

> Médecins omnipraticiens

Amendement n° 193 : rémunération de certaines activités médico-administratives

Le ministre de la Santé et des Services sociaux et les représentants de votre fédération ont convenu de l'Amendement n° 193 à l'Entente générale. À moins d'indication contraire, ces changements entrent en vigueur le **1^{er} juin 2022**.

Nous serons prêts à recevoir votre facturation **à partir du 27 juin 2022**. Vous avez 90 jours à compter de cette date pour facturer les dispositions qui entrent en vigueur de façon rétroactive.

Rémunération des activités médico-administratives

L'Amendement n° 193 prévoit des modifications aux modalités de rémunération des activités médico-administratives pour :

- le médecin responsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) ou celui qui l'assiste;
- le médecin responsable d'un groupe de médecine de famille accès-réseau (GMF-AR) ou celui qui l'assiste;
- le médecin chef d'un groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U);
- le chef du service d'urgence;
- le chef du département clinique de médecine générale et celui qui l'assiste;
- le médecin qui participe aux activités du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Ajustements et concordances : GMF désignés accès-réseau et niveaux de désignation des GMF

Plusieurs ajustements et concordances sont effectués au texte de l'Entente générale, notamment aux titres et modalités des ententes particulières visant les GMF et les GMF-R, pour tenir compte :

- des GMF ayant obtenu la désignation accès-réseau (GMF-AR);
- de la modulation de la rémunération du médecin responsable selon les niveaux de désignation des GMF et des GMF-AR.

Ces changements s'inscrivent dans le contexte d'amélioration de l'accès aux services médicaux de première ligne et découlent du [Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille \(GMF\)](#) et du [Programme de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille \(GMF\)](#).

SOMMAIRE

1	Rémunération du médecin responsable d'un GMF ou de celui qui l'assiste (EP 33 – GMF)	3
1.1	Modalités de rémunération	3
1.2	Allocation des forfaits	3
1.3	Instructions de facturation	3
2	Rémunération du médecin responsable d'un GMF accès-réseau (GMF-AR) ou de celui qui l'assiste (EP 54).....	4
2.1	Modalités de rémunération	4
2.2	Instructions de facturation	4
2.3	Éléments de contexte	4
2.4	Allocation des forfaits	5
3	Augmentation du nombre de forfaits pour les activités effectuées par le chef du GMF-U (EP 42 – Médecin enseignant).....	5
4	Rémunération du chef du service d'urgence (EP 50)	5
5	Rémunération du chef du département clinique de médecine générale et de ceux qui l'assistent (EP 56)	6
5.1	Modalités de rémunération	6
5.2	Instructions de facturation	7
5.3	Allocation de forfaits par établissement.....	7
5.4	Nouvel avis de service et liste des établissements admissibles	7
5.5	Abolition de l'EP 27 – Chef de département (CHSGS).....	7
6	Rémunération du médecin qui participe aux activités médico-administratives relatives au CMDP	7
6.1	Médecins autorisés et avis de service	8
6.2	Modalités de rémunération	8
6.3	Activités reconnues et forfaits alloués pour tous les médecins autorisés	8
6.4	Forfaits alloués pour le membre élu au comité exécutif du CMDP	8
6.5	Instructions de facturation	8
7	Concordance pour le mode mixte – rémunération en clinique réseau	9

1 Rémunération du médecin responsable d'un GMF ou de celui qui l'assiste (EP 33 – GMF)

Les modalités de rémunération du médecin responsable d'un GMF, ou de celui qui l'assiste, sont désormais établies en tenant compte du niveau de désignation accordé à votre GMF. L'[Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille \(GMF\)](#) (33) est modifiée.

1.1 Modalités de rémunération

L'article [V Rémunération du médecin responsable](#) de l'Annexe V est remplacé.

Les activités du médecin responsable d'un GMF, ou de celui qui l'assiste, sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule à l'acte prévoyant le paiement de forfaits alloués, sur une base annuelle.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- le montant du forfait est de 70,75 \$ (code de facturation **09750**);
- la banque de forfaits est gérée sur une base annuelle, du 1^{er} avril au 31 mars;
- lors d'un changement de médecin responsable en cours d'année, la répartition des forfaits se fait en proportion du nombre de semaines de la désignation de chacun des médecins responsables pour l'année;
- le médecin responsable d'un GMF doit se prévaloir minimalement de 60 % du nombre de forfaits alloués au GMF sur une base annuelle;
- la rémunération est exclue du calcul du revenu brut trimestriel (par. 5.3 de l'Annexe IX);
- les majorations applicables à la rémunération différente prévue aux annexes XII et XII-A s'appliquent.

1.2 Allocation des forfaits

Le nombre de forfaits est modulé en fonction du niveau de désignation de votre GMF, de la manière suivante :

Niveau du GMF	Nbre de forfaits 1 ^{er} juin 2022 au 31 mars 2023	Nbre de forfaits/année à partir du 1 ^{er} avril 2023
Niveaux 1 à 3	283	340
Niveaux 4 à 6	312	375
Niveaux 7 à 9	354	425
Niveaux 10 à 12	500	600

Le niveau de votre GMF et le nombre de forfaits alloués sont précisés à la *Liste des GMF désignés par accord des parties et mentions pertinentes* de l'Annexe I. La liste sera disponible le **1^{er} juin 2022** sous la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord\)](#) de notre site Web.

1.3 Instructions de facturation

Lors de la facturation de ce forfait, vous devez indiquer :

- le nombre de forfaits;
- le numéro du site GMF.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu par le comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable.

Le code de facturation **19017** pour le forfait hebdomadaire de 400,95 \$ est aboli au **31 mai 2022**.

2 Rémunération du médecin responsable d'un GMF accès-réseau (GMF-AR) ou de celui qui l'assiste (EP 54)

Les modalités de rémunération du médecin responsable d'un GMF accès-réseau (GMF-AR), ou de celui qui l'assiste, sont désormais établies en tenant compte du niveau de désignation accordé à votre GMF-A ou votre GMF-R. L'[Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau \(GMF-AR\)](#) (54) est modifiée.

2.1 Modalités de rémunération

L'article [5.00 Rémunération du médecin responsable du GMF-A et du GMF-R](#) est modifié.

Les activités du médecin responsable d'un GMF-A ou d'un GMF-R, ou de celui qui l'assiste, sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule à l'acte prévoyant le paiement de forfaits alloués, sur une base annuelle.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- le montant du forfait est de 70,75 \$ (code de facturation **09751**);
- la banque de forfaits est gérée sur une base annuelle, du 1^{er} avril au 31 mars;
- lors d'un changement de médecin responsable en cours d'année, la répartition des forfaits se fait en proportion du nombre de semaines de la désignation de chacun des médecins responsables pour l'année;
- le médecin responsable d'un GMF-A ou d'un GMF-R doit se prévaloir minimalement de 60 % du nombre de forfaits alloués au GMF sur une base annuelle;
- la rémunération est exclue du calcul du revenu brut trimestriel (par. 5.3 de l'Annexe IX);
- les majorations applicables à la rémunération différente prévue aux annexes XII et XII-A s'appliquent.

2.2 Instructions de facturation

Lors de la facturation de ce forfait, vous devez indiquer le nombre de forfaits.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu par le comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable.

Le code de facturation **19895** pour les activités professionnelles rémunérées à forfaits est aboli au **31 mai 2022**.

2.3 Éléments de contexte

À compter du **1^{er} juin 2022**, lorsque vous rendez des services au sans rendez-vous, vous devez utiliser le nouvel élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**. L'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné réseau (GMF-R)** est aboli au **31 mai 2022**.

Médecin assistant

À compter du **1^{er} juin 2022**, seul le médecin qui assiste le médecin responsable doit utiliser l'élément de contexte **Forfait du médecin assistant pour les activités administratives en GMF-AR**. L'élément de contexte **Forfait résiduel pour les activités médico-administratives en GMF-R** est aboli.

2.4 Allocation des forfaits

Le nombre de forfaits est modulé en fonction du niveau de la désignation accès-réseau de votre GMF, de la manière suivante :

Dénominations	Niveau du GMF	Nbre de forfaits 1 ^{er} juin 2022 au 31 mars 2023	Nbre de forfaits/année à partir du 1 ^{er} avril 2023
GMF-A	Niveau 1	129	155
	Niveau 2	142	170
	Niveau 3	154	185
GMF-R	Niveaux 4 à 6	167	200
	Niveaux 7 à 9	187	225
	Niveaux 10 à 12	208	250

Le niveau de votre GMF-AR et le nombre de forfaits alloués sont précisés à la *Liste des GMF-AR désignés par accord des parties et mentions pertinentes* de l'Annexe I. La liste sera disponible le **1^{er} juin 2022** sous la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord\)](#) de notre site Web.

3 Augmentation du nombre de forfaits pour les activités effectuées par le chef du GMF-U (EP 42 – Médecin enseignant)

Le nombre de forfaits, sur la base de l'année civile, est modifié aux fins de la rémunération des activités médico-administratives effectuées par le médecin chef du GMF-U, ou de celui qui l'assiste, dans le cadre de l'EP 42 – Médecin enseignant.

Au [paragraphe 8.03](#) de la Section II, le nombre de forfaits par groupe d'appartenance est augmenté ainsi :

Groupe	Nbre forfaits 1 ^{er} juin 2022 au 31 décembre 2022	Nbre forfaits/année civile à partir du 1 ^{er} janvier 2023
1	152	260
2	213	364

4 Rémunération du chef du service d'urgence (EP 50)

Les modalités de rémunération du médecin chef du service d'urgence, ou du médecin qui l'assiste, prévues à l'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement (50) sont modifiées.

Au [paragraphe 3.06](#), le nombre de forfaits alloués, sur la base de l'année civile, à chaque installation (ou établissement) selon le groupe auquel elle appartient est augmenté ainsi :

Groupe d'appartenance	Nbre forfaits 1 ^{er} juin 2022 au 31 décembre 2022	Nbre forfaits/année civile à partir du 1 ^{er} janvier 2023
Installation (ou établissement selon le cas) du groupe I	396	676
Installation (ou établissement selon le cas) du groupe II	238	406
Installation (ou établissement selon le cas) du groupe III	158	270

La liste des installations désignées à l'entente particulière en vertu du paragraphe 3.06 sera mise à jour ultérieurement sous la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord\)](#) de notre site Web.

5 Rémunération du chef du département clinique de médecine générale et de ceux qui l'assistent (EP 56)

Les modalités de rémunération du médecin chef du département clinique de médecine générale, et de ceux qui l'assistent, sont révisées.

L'EP 27 – Chef de département – (CHSGS) est abolie et remplacée par la nouvelle [Entente particulière relative aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin nommé chef du département clinique de médecine générale et, de ceux qui l'assistent, d'un établissement](#) (56) (EP 56 – Chef de département (établissement)).

5.1 Modalités de rémunération

Les activités du médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale, et de ceux qui l'assistent, d'un établissement qui gère une ou des installations sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits alloués sur la base de l'année civile.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- le montant du forfait est de 70,75 \$ (code de facturation **09752**);
- la banque de forfaits est gérée sur la base de l'année civile;
- lors d'un changement de chef du département clinique de médecine générale, la répartition des forfaits se fait en proportion du nombre de semaines de la désignation de chacun des médecins pour l'année;
- le chef du département clinique de médecine générale ne peut se prévaloir de plus de 50 % du nombre de forfaits alloués sur une base annuelle;
- le chef du département clinique de médecine générale distribue les forfaits résiduels entre les médecins qui l'assistent en tant que chefs adjoints de département et chefs de service en tenant compte :
 - de l'organigramme organisationnel de l'établissement;
 - du nombre de médecins dans le service médical ou le département local;
 - de l'importance des mandats régionaux;
- la rémunération est exclue du calcul du revenu brut trimestriel (par. 5.3 de l'Annexe IX);
- les majorations applicables à la rémunération différente prévue aux annexes XII et XII-A s'appliquent.

Cette entente particulière couvre également l'activité professionnelle liée à la participation à l'intégration des activités de son établissement aux orientations mises de l'avant par le département régional de médecine générale (DRMG).

5.2 Instructions de facturation

Lors de la facturation de ce forfait, vous devez indiquer le nombre de forfaits.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5.3 Allocation de forfaits par établissement

La banque de forfaits est allouée, par année civile, à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations. Le nombre est établi en tenant compte des critères suivants :

- le nombre de médecin omnipraticiens (excluant ceux qui facturent principalement au service d'urgence);
- la masse monétaire des médecins omnipraticiens qui facturent au sein de l'établissement (excluant les établissements de détention, l'urgence, le CHSLD et la santé publique);
- le nombre d'installations de l'établissement (excluant notamment les CHSLD, les soins palliatifs, les installations sans lits d'hospitalisation, les centres de réadaptation);
- la population qui habite dans le territoire desservi par l'établissement.

5.4 Nouvel avis de service et liste des établissements admissibles

Aux fins de l'application de l'EP 56 – Chef de département(établissement), l'établissement doit nous faire parvenir le formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte](#) (3547) pour le médecin qui assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale et pour chacun des médecins qui l'assistent. À l'aide de notre service en ligne Établissement du réseau de la santé, choisir la situation d'entente *E.P. – Chef du département clinique de médecine générale et ses assistants* et sélectionner, selon la nomination, « Chef du département clinique de médecine générale » ou « Assistant du chef du département clinique de médecine générale ». Notre service en ligne sera modifié afin de transmettre ces avis de service à compter du **27 juin 2022**.

Les nominations en lien avec l'EP 27 qui est abolie seront terminées.

Le nombre de forfaits alloués annuellement à l'établissement est précisé à la liste des établissements admissibles à l'EP 56 – Chef de département(établissement) de l'Annexe I. La liste sera disponible le **1^{er} juin 2022** sous la rubrique [Annexes mises à jour en continu \(Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord\)](#) de notre site Web.

Pour les établissements non fusionnés à un CISSS ou à un CIUSSS (CHU de Québec, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, CHUM, CUSM), les forfaits devront être facturés avec le numéro de l'installation (**0XXX3**) indiqué à l'Annexe I, même si ce n'est pas le lieu habituel où le médecin travaille.

5.5 Abolition de l'EP 27 – Chef de département (CHSGS)

L'Entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien du chef du département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (27) est abolie.

Les codes suivants sont abolis le **31 mai 2022** et ne doivent plus être utilisés :

- le code de facturation **19064** pour les forfaits hebdomadaires de 70,75 \$ de la rémunération à l'acte;
- le code d'activité **013043** prévu pour la rémunération à tarif horaire.

6 Rémunération du médecin qui participe aux activités médico-administratives relatives au CMDP

L'Amendement n° 193 introduit le nouveau [Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives en lien avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens \(CMDP\)](#).

6.1 Médecins autorisés et avis de service

Seuls les médecins qui ont des privilèges réguliers en établissement peuvent bénéficier des modalités de rémunération du présent protocole d'accord, peu importe leur mode de rémunération. Toutefois, pour le médecin rémunéré selon le mode mixte, les modalités du paragraphe 2.01b) de l'Annexe XXIII s'appliquent pour les activités médico-administratives. Il ne peut donc pas se prévaloir de la rémunération prévue à ce protocole.

L'établissement transmet à la RAMQ le formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte](#) (3547) pour chaque médecin autorisé à participer aux activités du CMDP. À l'aide de notre service en ligne Établissement du réseau de la santé, choisir la situation d'entente *Protocole d'accord – CMDP* et sélectionner, selon la nomination, « Réunions médico-administratives art. 3.05 a), b), c) et e) » ou « Membre du comité exécutif – art. 3.05 ». Notre service en ligne sera modifié afin de transmettre ces avis de service à compter du **27 juin 2022**.

6.2 Modalités de rémunération

Les activités du médecin qui participe aux réunions de service, département, assemblée du CMDP ou comités visés au protocole d'accord sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits alloués sur une base annuelle.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- le montant du forfait est de 70,75 \$;
- la banque de forfaits est gérée sur une base annuelle, par médecin;
- le résiduel de la banque de forfaits n'est pas reporté à l'année subséquente;
- la rémunération est exclue des plafonds prévus au paragraphe 5.3 de l'Annexe IX;
- les majorations applicables à la rémunération différente prévue aux annexes XII et XII-A s'appliquent.

6.3 Activités reconnues et forfaits alloués pour tous les médecins autorisés

Les activités médico-administratives suivantes prévues au paragraphe 3.05 donnent droit à un maximum de 2 forfaits par activité, et ce, pour un maximum de 34 forfaits alloués par année civile, à chaque médecin :

- assemblée du CMDP prévue à l'alinéa a) (code de facturation **09753**);
- réunion de département prévue à l'alinéa b) (code de facturation **09754**);
- réunion de service prévue à l'alinéa c) (code de facturation **09755**);
- tous les comités du CMDP prévus à l'alinéa e) (code de facturation **09757**), en excluant le comité exécutif du CMDP de l'alinéa d).

6.4 Forfaits alloués pour le membre élu au comité exécutif du CMDP

Chaque réunion du comité exécutif du CMDP (code de facturation **09756**) prévue à l'alinéa d) du paragraphe 3.05 donne droit à un maximum de 8 forfaits par réunion, et ce, pour un maximum de 96 forfaits alloués à chaque médecin qui est membre élu au comité exécutif. Ces forfaits constituent une banque distincte qui est allouée sur une base annuelle, entre le 1^{er} juillet et le 30 juin de l'année subséquente. Ils s'ajoutent à la banque de 34 forfaits allouée pour les activités permises aux alinéas a), b), c) et e).

Toutefois, lorsqu'un membre du comité exécutif y cesse ses activités en cours d'année de référence du CMDP, et qu'il est remplacé par un autre médecin, nous nous assurons que la proportion de forfaits demandés par chacun n'excède pas la proportion de semaines de leur participation au comité exécutif par rapport au nombre de semaines dans l'année. Nous procédons par récupération, le cas échéant.

6.5 Instructions de facturation

Lors de la facturation de ces forfaits, vous devez indiquer :

- l'heure de début;
- le nombre de forfaits sur la ligne de facture.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

7 Concordance pour le mode mixte – rémunération en clinique réseau

L'Annexe XXIII pour la rémunération mixte est modifiée en concordance avec le retrait des mentions au médecin responsable d'une clinique réseau dont les modalités de rémunération ont déjà pris fin en janvier 2019. Le code de facturation **19102** pour le forfait hebdomadaire de 67,65 \$ relatif aux activités médico-administratives est retiré des sections B-1 à B-3 de l'Annexe 1.

c. c. Agences de facturation commerciales