

**Équipes Santé familiale**  
*Améliorer les soins primaires*

## **Guide de rémunération des médecins**

Ébauche pour diffusion – 29 juillet 2005

## Table des matières

<b>1. Objet</b>	<b>Page 3</b>
<b>2. Contexte</b>	<b>Page 3</b>
<b>3. Le rôle des médecins de famille dans l'équipe Santé familiale</b>	<b>Page 3</b>
<b>4. Options et choix de rémunération des médecins</b>	<b>Page 4</b>
<b>5. Modèles de base et éléments communs</b>	<b>Page 4</b>
1. Modèles de paiement par capitation combinés	
2. Modèle salarial combiné	
3. Modèle complémentaire combiné	
<b>6. Protocole d'entente avec l'Ontario Medical Association</b>	<b>Page 7</b>
<b>7. Travailler au sein d'une équipe Santé familiale pluridisciplinaire</b>	<b>Page 9</b>
<b>8. Paiement des dépenses de frais généraux</b>	<b>Page 10</b>
<b>9. Services d'omnipraticien spécialisé ou qui a une pratique ciblée</b>	<b>Page 10</b>
<b>10. Nouveaux médecins de famille</b>	<b>Page 10</b>
<b>11. Où puis-je obtenir plus de renseignements?</b>	<b>Page 10</b>
<b>12. Pièces jointes</b>	<b>Page 11</b>

## Objet

Ce guide fournit des renseignements aux promoteurs des équipes Santé familiale au sujet des options de rémunération des médecins de famille. Il ne doit pas être considéré comme une revue détaillée des modèles de rémunération, mais plutôt comme un recueil de renseignements généraux sur les choix de rémunération et sur la façon d'obtenir des renseignements supplémentaires. Actuellement, les modèles disponibles pour les équipes Santé familiale sont dérivés des modèles de soins à l'acte non rémunérés existants.

Ce guide fait partie d'une série de guides élaborés pour aider les personnes qui créent des équipes Santé familiale.

Pour obtenir des renseignements généraux sur les équipes Santé familiale, veuillez consulter les feuilles de renseignements sur les équipes Santé familiale ou le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée à : <http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht>.

## Contexte

La relation entre le médecin de famille et le patient est au centre du système de soins de santé primaires. Les médecins de famille sont des membres clés de l'équipe Santé familiale.

Comme il est indiqué dans le protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« le ministère ») et l'Ontario Medical Association (OMA) (article 5.2) :

« La relation entre un patient et son médecin de famille est un fondement historique dans le domaine des soins primaires et continue d'être central dans le réseau de collaboration des fournisseurs de soins actuel. Chaque personne dans la province doit pouvoir établir une relation avec un médecin de famille qui s'engage à lui fournir, de façon permanente, des soins primaires. L'inscription renforce l'engagement mutuel inhérent à cette relation ». (Traduction)

Au cours des dernières années, le ministère et l'OMA ont collaboré à la création d'un ensemble de modèles de rémunération innovateurs et intéressants destinés à rémunérer les médecins de famille qui fournissent des soins de santé primaires à leurs patients. Ces modèles répondent à la plupart des besoins des médecins des équipes Santé familiale et sont décrits ci-dessous dans la section intitulée « Options et choix de rémunération des médecins ».

De plus, le concept d'équipe Santé familiale permet, le cas échéant, d'adapter ces modèles standards en fonction des besoins particuliers des collectivités et des fournisseurs de soins de santé. Une telle adaptation demeure une exception plutôt qu'une règle et elle doit faire l'objet d'une négociation entre le ministère et l'OMA.

Pour obtenir plus de renseignements sur les équipes Santé familiale, communiquez avec le ministère par courriel à [fhtinquiry@moh.gov.on.ca](mailto:fhtinquiry@moh.gov.on.ca) ou par téléphone au 416 212-6155, ou sans frais au 1 866 766-0266.

## Le rôle des médecins de famille dans l'équipe Santé familiale

Les équipes Santé familiale ont la responsabilité de fournir des services de base en soins de santé primaires à leurs populations inscrites. Les patients peuvent être inscrits auprès d'un médecin de famille individuel ou auprès du groupe. Pour obtenir plus de renseignements sur l'inscription, consultez le Guide d'inscription des patients.

L'entente entre le ministère et l'équipe Santé familiale établit des obligations en ce qui a trait à la fourniture des services, à la rédaction de rapports et à la rémunération des services. Les services fournis par chaque équipe Santé familiale varient en fonction des besoins de la population desservie et de la taille et de la composition de l'équipe. Toutes les équipes Santé familiale fournissent des services de soins de santé primaires qui comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement et la réadaptation. Les obligations de service sont indiquées dans ce guide, dans la

pièce jointe A. Certaines équipes Santé familiale peuvent fournir des services spécialisés, des services de diagnostic ou des programmes de prise en charge des maladies chroniques et des services de promotion de la santé.

Il est possible qu'une équipe Santé familiale n'arrive pas, à elle seule, à fournir tous les services, mais qu'elle soit en mesure de coordonner les différentes options de soins appropriées pour la population traitée et la collectivité desservie. Cette souplesse respecte les différences entre les ententes de soins locales, les compétences des praticiens et les besoins des patients.

Il est reconnu et accepté que le rôle du médecin de famille au sein d'une équipe Santé familiale varie en fonction de la composition de l'équipe professionnelle et de la collectivité. Dans certaines équipes Santé familiale, les médecins de famille peuvent également avoir la responsabilité des soins à l'hôpital et au service d'urgence. Dans ces cas, une combinaison différente des accords de rémunération peut être possible, si elle n'existe pas déjà. Ce guide fournit des renseignements généraux sur certaines de ces options. Pour obtenir plus de détails, consultez votre coordonnateur ministériel ou téléphonez au service de renseignements de l'équipe Santé familiale.

## Options et choix de rémunération des médecins

Il existe trois options de base pour la rémunération des médecins de famille des équipes Santé familiale. En voici une brève description.

Certains médecins ont exprimé un intérêt pour l'utilisation potentielle de la rémunération à l'acte pour les médecins exerçant au sein d'équipes Santé familiale. L'OMA prépare un document de discussion à ce sujet.

Tous les modèles constituent une forme de rémunération « combinée », ce qui signifie qu'ils utilisent plus d'un type de rémunération, notamment le salaire, les paiements par capitation, les primes et les paiements complémentaires à différents niveaux. Ces options reposent sur des modèles existants négociés entre le ministère et l'OMA.

L'inscription des patients est une obligation pour toutes les équipes Santé familiale.

Tous les modèles de rémunération comprennent des options de remplacement en cas d'absence des médecins suppléants et temporaires. Des prestations de maternité sont proposées en vertu du protocole d'entente négocié entre l'OMA et le ministère et ratifié le 30 mars 2005.

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2005, le précédent programme de congés de maternité sera remplacé par le nouveau programme de congé maternité-parental. Il permet aux médecins admissibles de se prévaloir d'un congé maternité de 9 semaines consécutives et d'un congé parental distinct de 8 semaines consécutives. Il accorde également 50 % de la moyenne des rémunérations à l'acte ou un autre régime de rémunération pouvant atteindre 1 000 \$ par semaine.

Les accords de rémunération complémentaire peuvent différer de ceux des congés de maternité ou parentaux, mais tous accordent des prestations aux moins égales aux prestations mentionnées ci-dessus.

## Modèles de base et éléments communs

Les médecins de famille des équipes Santé familiale seront probablement financés à l'aide de l'un des modèles de financement des soins de santé primaires :

- Formule de paiement par capitation combinée : Réseaux Santé familiale ou Organisation de services de santé (OSS) et Réseaux de soins primaires;
- Formule de financement basé sur la complémentarité : Accords du Groupe de médecins en milieu rural et dans le Nord (anciennement appelé Plan de financement de la médecine de groupe dans le Nord et Programme de contrats communautaires);
- Rémunération salariale : modèle du Centre de santé communautaire (CSC).

Tous ces modèles reconnaissent le besoin d'encourager la fourniture de services de soins de santé primaires complets aux patients en utilisant divers incitatifs, notamment les taux de paiement par capitation et les salaires, les bonis, les primes et le soutien à la formation médicale continue.

La plupart des modèles de rémunération possèdent des éléments communs. Mentionnons la rémunération basée sur les primes qui récompense la prestation de soins qui s'appuient sur des faits ou les soins relevant de certains domaines (comme les soins palliatifs ou hospitaliers). De plus, il y aura des dispositions communes pour l'établissement de rapports et la responsabilisation. Le concept d'équipe ne peut pas prendre forme sans l'inscription des patients.

### **1. Modèles de paiement par capitation combinés**

Il existe actuellement trois modèles de paiement par capitation combinés. Les accords de l'OSS et du réseau de soins primaires ne sont pas disponibles pour les nouveaux groupes qui recherchent un modèle de paiement par capitation combiné, pour le moment. En vertu du récent protocole d'entente entre le ministère et l'OMA, ces modèles seront renégociés pour établir un nouveau contrat de modèle de paiement par capitation pour l'automne 2005. Une fois ce contrat finalisé, les nouveaux groupes de médecins et les équipes Santé familiale y auront accès. D'ici là, les médecins de l'OSS et du réseau de soins primaires peuvent choisir de continuer à être rémunéré selon leurs contrats actuels.

Le modèle du réseau Santé familiale est disponible pour les groupes constitués d'au moins cinq médecins.

Tous les modèles de paiement par capitation combinés sont effectués pour les éléments suivants :

- 1.1 Taux de paiement par capitation corrigé en fonction de l'âge et du sexe pour tous les patients inscrits
- 1.2 Paiements d'indemnités pour les soins préventifs
- 1.3 Primes pour des types de services particuliers tels que décrits à la pièce jointe C
- 1.4 Paiements à l'acte pour les patients non inscrits et pour les services non payés par capitation
- 1.5 Paiements pour la prise en charge de la direction du groupe et la prise de responsabilités dans le groupe
- 1.6 Subvention de formation médicale continue
- 1.7 Indemnités pour les services apportés aux patients le soir et la fin de semaine

De plus, dans le modèle du réseau Santé familiale, les paiements couvrent les éléments suivants :

1. indemnité pour facturation de consultation : une partie de chaque consultation d'un patient inscrit est payée via la rémunération à l'acte;
2. paiement spécial maximal semi-annuel (« prime d'accès ») en fonction de l'atteinte de l'objectif de réduction du nombre de patients qui obtiennent les services payés par capitation auprès de médecins de famille qui ne sont pas membres.

Pour obtenir plus de renseignements, voir la pièce jointe F.

Le ministère et l'OMA renégocieront les modèles de l'OSS et du réseau de soins primaires actuels en un seul modèle commun qui, lorsqu'il sera terminé, sera disponible pour tous les médecins, y compris les médecins des équipes Santé familiale. En vertu du protocole d'entente, les discussions devraient prendre fin en octobre 2005.

Selon les modèles de l'OSS et du réseau de soins primaires, les médecins sont payés à l'avance pour tous les services par capitation et des ajustements de rémunération sont ensuite réalisés en fonction de l'utilisation externe faite par les clients inscrits des services payés par capitation.

### **2. Modèle de salaire combiné**

Ce modèle de rémunération est disponible pour toutes les équipes Santé familiale. Il se base sur le modèle de rémunération utilisé par les CSC.

Les médecins reçoivent alors un salaire et des primes, des indemnités de déclaration de consultation et certaines primes de soins aux patients.

- Travail à rémunération fixe.
- L'objectif clé consiste à fournir des soins primaires.
- Garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; le CSC reçoit une rémunération pour la garde et alloue l'argent en fonction du partage de la garde.
- La fourchette de salaire pour les zones sous desservies va de 124 848 à 150 419 \$.
- L'échelle des salaires pour les zones totalement desservies varie de 106 216 à 127 971 \$.
- L'indemnité de garde est de 5 353 \$.
- Primes de financement de CSC – jusqu'à 20 % du salaire de l'organisme est fourni en plus du salaire.
- Généralement, quatre semaines de vacances sont accordées.
- Les professionnels membres de l'équipe ont la possibilité de suivre une formation médicale continue.
- Les médecins des CSC qui encourent des frais pour l'assurance contre la faute professionnelle obtiennent normalement un remboursement.
- Aucun frais généraux.
- Les médecins sont autorisés à facturer des services à l'acte réalisés à l'extérieur du CSC.

Le ministère et l'OMA sont actuellement en discussion au sujet du « rendement » des primes de réouverture de 2003 et des nouveaux ajustements du protocole d'entente. L'échelle salariale, les primes et indemnités disponibles pour les médecins salariés seront modifiés au cours des prochains mois pour refléter les résultats de ces discussions.

### **3. Modèle complémentaire combiné**

Ce modèle de rémunération est disponible pour les équipes Santé familiale qui comptent de un à sept médecins dans des zones particulières de la province. Il est dérivé, en partie, du nouvel accord renégocié pour les Plans de financement de la médecine de groupe dans le Nord (trois à sept médecins par collectivité) et les Programmes de contrats communautaires (un ou deux médecins par collectivité). En vertu des accords renégociés, les deux types de contrats dépendent maintenant des accords de Groupes de médecins en milieu rural et dans le Nord.

Ce modèle de rémunération apporte un financement sur la base d'un engagement de l'équipe Santé familiale à fournir, à coordonner ou à superviser les services de soins de santé primaires pour tous les résidents d'une zone géographique définie.

Ce modèle de rémunération prévoit :

- 3.1 Un complément de la rémunération de base par médecin – le montant du complément du médecin varie selon la taille de la population desservie et de la zone géographique couverte.
- 3.2 Un paiement de suppléance spécial offert par le programme de suppléance de l'OMA et l'accès du groupe aux journées de suppléance attribuées aux postes vacants.
- 3.3 La possibilité de participer aux activités de salle d'urgence.
- 3.4 Le paiement pour services d'urgence aux médecins des collectivités n'ayant pas d'hôpital local.
- 3.5 Des indemnités pour soins préventifs.
- 3.6 Des indemnités pour service particulier.
- 3.7 Le paiement d'une prime pour travail en zone rurale.
- 3.8 Le paiement pour la prise en charge de la direction du groupe et pour la prise de responsabilités dans le groupe.
- 3.9 Des frais de consultation équivalents à 5 % de la valeur des honoraires.
- 3.10 Des paiements pour service de nuit.
- 3.11 Aucune exclusion pour d'autres primes de maintien en poste offertes par le ministère.

Pour obtenir plus de renseignements sur cette option de rémunération, consultez la pièce jointe G.

## Protocole d'entente avec l'Ontario Medical Association

Le ministère et l'OMA ont récemment négocié un nouveau protocole d'entente pour les services des médecins en Ontario. En plus des indemnités actuelles, ce document tente de refléter la plupart des nouveaux éléments, bien que dans certains cas, les mécanismes et les échéances de mise en œuvre de certains éléments sont en cours.

### Indemnités de service de soins préventifs

Il existe trois types de services de soins préventifs disponibles :

- (1) **Indemnité de prise en charge des soins préventifs.** Elle a pour but de compenser l'effort et la dépense nécessaires pour rappeler un patient qui doit subir des interventions de soins préventifs recommandées aux intervalles adéquats. L'indemnité est de 6,86 \$.
- (2) **Indemnité initiale complémentaire pour l'arrêt du tabac et indemnité de conseil pour l'arrêt du tabac.** À compter du 1<sup>er</sup> avril 2006, les médecins des modèles avec inscription de patients pourront recevoir une prime annuelle de 15 \$, en plus de l'indemnité de visite régulière, pour tout dialogue établi avec des patients qui fument. Certains éléments de l'indemnité restent à déterminer. En plus, à partir du 1<sup>er</sup> avril 2006, les médecins seront autorisés à facturer un code d'honoraires pour jusqu'à deux consultations de suivi sur une période de 12 mois suivant la première consultation, et ce, pour chaque patient qui s'est engagé à arrêter de fumer.
- (3) **Codes de prise en charge des soins préventifs cumulés.** Ces indemnités sont payées annuellement. Elles sont calculées en fonction du pourcentage de la population ciblée admissible et inscrite qui bénéficie de l'intervention recommandée. Chaque type d'intervention et chaque médecin fait l'objet d'un paiement distinct. Le montant du paiement augmente proportionnellement au pourcentage de la population ciblée qui bénéficie de l'intervention. Le paiement maximal pour chaque intervention est de 2 200 \$.

Ces paiements concernent les cabinets de soins primaires qui ont opté pour un modèle dans le cadre duquel les patients s'inscrivent auprès d'un médecin particulier. Une formule différente devra être élaborée pour les médecins qui ont choisi de travailler en vertu d'un modèle où les patients s'inscrivent auprès d'une équipe.

Consultez la pièce jointe B pour obtenir plus de renseignements sur ces paiements.

Les paiements de services de soins préventifs (codes d'amélioration de service) sont disponibles pour quatre interventions :

1. **vaccination pour les enfants inscrits âgés de moins de 2 ans;**
2. **vaccin antigrippal** pour les patients inscrits âgés de plus de 65 ans qui ont reçu le vaccin adéquat avant le 1<sup>er</sup> décembre de chaque exercice;
3. **test de Papanicolaou** pour les patientes inscrites âgées de 35 à 70 ans, une fois tous les deux ans;
4. **mammographies** pour les patientes inscrites âgées de 50 à 70 ans, une fois tous les deux ans;
5. **prime pour dépistage colorectal** pour les patients inscrits âgés de 50 à 74 ans, une fois tous les 30 mois, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2006.

### Primes pour certains types de services

Les primes d'encouragement pour certains types de soins existent dans la plupart des modèles de paiement par capitation combinés. Ces primes diffèrent selon les modèles et comprennent :

- (1) Soins obstétricaux et accouchement
- (2) Soins palliatifs
- (3) Visites à domicile
- (4) Service d'urgence (par le biais d'une facturation exclue ou la participation à d'autres CHU)
- (5) Soins aux malades mentaux gravement atteints
- (6) Soins hospitaliers
- (7) Soins prénataux
- (8) Interventions en cabinet
- (9) Soins aux personnes âgées
- (10) Honoraires pour soins épisodiques au nouveau né

Les montants et les conditions d'obtention de ces primes peuvent varier selon les modèles de rémunération. Pour obtenir plus de renseignements, consultez la pièce jointe C.

### **Indemnité pour service de garde**

Les équipes Santé familiale fournissent de façon régulière des soins à leurs patients après les heures d'ouverture et les fins de semaine. Le nombre d'heures et les exigences spécifiques sont définis dans l'accord entre l'équipe Santé familiale et le ministère. Dans certaines collectivités, selon les besoins, ces heures peuvent varier ou être annulées si plus de 50 % des médecins fournissent des services d'anesthésie, d'urgence ou d'obstétrique.

Selon certains modèles, les médecins de garde peuvent demander le paiement d'une indemnité supplémentaire, évaluée actuellement à 15 % de la valeur des honoraires du paiement à l'acte pour un certain nombre de services courants. Le 1<sup>er</sup> avril 2006, la valeur de la indemnité passera de 15 % à 20 %. Consultez la pièce jointe D pour obtenir plus d'information sur les obligations et les indemnités pour service de garde.

Tous les patients des équipes Santé familiale auront accès au Service téléphonique d'aide médicale intégré (STAM) financé par le ministère. Un des médecins de l'équipe Santé familiale doit répondre aux questions de l'infirmière du STAM si elle a besoin de son avis. Consultez le Guide du STAM pour plus de renseignements sur ce service.

### **Prime pour la formation médicale continue**

Cette prime d'encouragement est disponible pour tous les médecins de l'équipe Santé familiale. Les personnes qui participent aux séances approuvées par le programme peuvent se prévaloir d'une prime de formation médicale de 100 \$ de l'heure, jusqu'à concurrence de 2 400 \$ par an.

Consultez la pièce jointe E pour obtenir plus de renseignements sur la prime de formation médicale continue.

### **Indemnité pour nouveau patient**

Tous les médecins, peu importe le modèle de rémunération choisi, peuvent demander une indemnité annuelle (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars) pour les nouveaux patients qu'ils acceptent dans leur clientèle. Le médecin et le patient doivent remplir une déclaration à cet effet afin que le médecin puisse recevoir cette indemnité unique.

Cette indemnité peut être demandée pour un maximum de 50 patients par an. Elle atteint 100 \$ pour les patients âgés de moins de 65 ans, 110 \$ pour les patients âgés de 65 à 74 ans et 120 \$ pour les patients âgés de plus de 75 ans. Les conditions qui régissent la demande d'indemnité pour nouveau patient sont définies dans le protocole d'entente entre le ministère et l'OMA.

Pendant leur première année de pratique en soins primaires (commencée au cours des trois années suivant l'obtention du diplôme), les médecins nouvellement diplômés peuvent demander une indemnité de nouveau patient de 100 \$, pour un maximum de 150 personnes admissibles à titre de nouveaux patients.

## **Primes pour travail en milieu rural**

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2006, tous les modèles de rémunération comprendront une prime particulière calculée en fonction du degré auquel la collectivité où se trouve l'équipe Santé familiale sera considérée comme une communauté rurale. Ces indemnités sont prévues pour encourager les médecins à aller travailler dans des collectivités rurales et éloignées. Elles sont calculées selon la méthodologie de l'« Index de ruralité de l'Ontario » (Rurality Index of Ontario - RIO) élaboré par l'OMA. Le ministère et l'OMA préciseront les détails de mise en œuvre de cet élément.

De plus, les médecins de toutes les équipes Santé familiale demeurent admissibles à toutes les indemnités du Programme de services aux régions insuffisamment desservies et à d'autres indemnités de pratique offertes par le Ministère et auxquelles ils sont admissibles.

## **Paiements au médecin chef**

Il est probable qu'il soit demandé à un ou plusieurs médecins d'endosser les responsabilités de la direction, comme l'organisation de l'équipe, le recrutement du personnel, l'établissement des règles pour les soins cliniques et le contrôle de la qualité.

Certains modèles de rémunération prévoient des paiements particuliers pour ce rôle (p. ex., modèle de paiement par capitation combiné).

## **Travailler au sein d'une équipe Santé familiale pluridisciplinaire**

Une des caractéristiques uniques et intéressantes des équipes Santé familiale est la possibilité de travailler au sein d'une équipe de praticiens de différentes disciplines. La plupart des équipes comprennent des infirmières, des infirmières praticiennes et des pharmaciens. Certaines d'entre elles comptent sur les services de travailleurs en santé mentale, de travailleurs sociaux, de diététiciens ou de professionnels d'autres spécialités selon les besoins de la population desservie.

La fourniture de services aux patients peut être améliorée en donnant accès à différents fournisseurs de soins de santé. Il est également possible d'offrir un plus grand choix de services aux patients en mettant sur pied des programmes spécialisés.

Le ministère a défini des règles quant aux options de rémunération de ces fournisseurs. Vous pouvez obtenir plus de détails à ce sujet en consultant le Guide de rémunération des fournisseurs interdisciplinaires.

Il est entendu que les relations de travail entre les membres de l'équipe seront guidées par les domaines de spécialités réglementés autant que par les préférences et les compétences des fournisseurs individuels. Chaque équipe fonctionne différemment; au fil du temps, chacune développera ses propres caractéristiques, ses propres relations de travail et sa propre culture. La philosophie fondamentale est de permettre à chaque membre de l'équipe d'utiliser tous les aspects de leur pratique.

De plus, le ministère travaille avec des partenaires extérieurs, notamment les associations professionnelles des différents groupes de praticiens, pour élaborer des outils et des guides afin d'aider à la formation de ces équipes pluridisciplinaires.

## **Paiement des dépenses de frais généraux**

Les modèles de rémunération décrits ci-dessus comprennent une rémunération pour les frais généraux normaux liés au fonctionnement du cabinet d'un médecin de famille – notamment l'entretien, l'assurance, le personnel, les fournitures et l'équipement. La contribution aux frais généraux est effectuée séparément (pour les modèles salariaux) ou elle fait partie de la rémunération brute des médecins (pour les autres modèles) et les médecins doivent contribuer aux frais généraux comme ils le faisaient par le passé.

Un financement des frais généraux liés au fonctionnement d'une équipe Santé familiale sera disponible. Ce montant varie selon le modèle de gouvernance choisi pour l'équipe Santé familiale, la population desservie, les membres de l'équipe pluridisciplinaire employés et leur impact sur le potentiel des revenus d'un médecin. Le ministère travaillera avec l'OMA pour élaborer des règles et des obligations normalisées en ce qui a trait à cette contribution aux frais généraux.

## Services d'omnipraticien spécialisé ou qui a une pratique ciblée

Dans certains cas, les omnipraticiens ont acquis une sous-spécialité dans des domaines uniques de pratique et de soins, notamment la psychothérapie et la santé mentale, les soins palliatifs, les soins obstétricaux et de la mère ou les soins aux personnes âgées.

En vertu du nouveau protocole d'entente avec l'OMA, des plans de financement alternatifs seront élaborés pour les médecins qui pratiquent dans les domaines des soins palliatifs, des soins aux personnes âgées, du VIH et de l'oncologie. Dans ces cas, le groupe devrait consulter son coordonnateur ministériel pour discuter des possibilités.

## Nouveaux médecins de famille

Les nouveaux médecins de famille (diplômés depuis moins de trois ans) peuvent demander jusqu'à 100 \$ par nouveau patient, pour un maximum de 150 patients, lors de leur première année de pratique.

De plus, les médecins nouvellement diplômés qui se joignent à une équipe Santé familiale où ils sont rémunérés selon le modèle de paiement par capitation combiné peuvent se prévaloir d'une option de paiement spéciale (stabilisation du revenu).

Ces médecins peuvent choisir de recevoir la somme de 155 000 \$, en un seul paiement ou par versements, s'ils se trouvent dans une zone urbaine; ce montant atteint 170 000 \$ dans les zones rurales, et ce, jusqu'à 12 mois après s'être joint à l'équipe. Pour obtenir plus de détails et connaître les conditions particulières liées à ces rémunérations, consultez votre coordonnateur ministériel.

## Où puis-je obtenir plus de renseignements?

Le ministère affectera un coordonnateur ou une coordonnatrice à chaque ESF potentielle. Celui-ci ou celle-ci sera votre personne ressource auprès du ministère et vous accompagnera à travers les étapes de la création d'une ESF.

Si le nom de votre coordonnateur ou de votre coordonnatrice ne vous a pas encore été communiqué, veuillez entrer en contact avec le ministère :

Courriel : FHTinquiry@moh.gov.on.ca  
 Adresse : Équipe de renouvellement des soins primaires  
 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
 1075, rue Bay, 9<sup>e</sup> étage  
 Toronto (Ontario) M5S 2B1  
 Téléphone : 416 212-6155 ou, sans frais, 1 866 766-0266

Pour obtenir des renseignements généraux sur les équipes Santé familiale, veuillez consulter les feuilles de renseignements sur les équipes Santé familiale ou le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée à : [http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht_mn.html)

## PIÈCE JOINTE A

### Services de base de l'équipe Santé familiale

Les soins de santé intégrés supposent que les soins font partie d'un processus continu et que les soins sont offerts à la famille du patient et dans le contexte social. Elle comprend la création, la prise en charge et la conservation d'un dossier médical adéquat géré par le médecin.

Voici quelques-uns des soins de santé intégrés.

#### Évaluation de l'état de santé

1. Lorsque c'est nécessaire, procéder à l'enregistrement complet des antécédents, notamment la présentation des plaintes, le cas échéant, les anciennes maladies, les antécédents sociaux et familiaux, l'évaluation des systèmes et la conduite d'un examen physique complet.
2. Effectuer périodiquement un historique spécifique et un examen physique, si nécessaire, pour dépister les maladies des patients.
3. Effectuer périodiquement un historique spécifique et un examen physique, si nécessaire, pour répondre aux plaintes des patients ou pour gérer les problèmes chroniques.

#### Diagnostic et traitement

Évaluer et planifier les soins aux patients en fonction des antécédents et des résultats d'examen physique, des recherches et consultations appropriées selon les résultats d'évaluations de la santé complètes, périodiques et régulières. Soigner les maladies ou blessures épisodiques et chroniques et en effectuer le suivi. Dans le cas des maladies ou blessures graves, faire une évaluation rapide, un test de diagnostic approprié, un traitement médical, donner des conseils au patient au sujet des soins qu'il se prodiguera lui-même et de la prévention. Fournir ou coordonner la prise en charge des maladies chroniques, comme le diabète et l'hypertension.

#### Soins périnataux primaires

Fournir des soins périnataux primaires, notamment les conseils aux parents sur le contrôle des naissances et la planification familiale. Assurer une formation relative au dépistage et au traitement des maladies transmissibles sexuellement.

#### Soins de santé mentale primaires

Offrir un traitement des problèmes d'ordre émotif et psychiatrique, dans la mesure où le médecin est à l'aise dans cette pratique. Selon le cas, orienter les patients vers et collaborer avec les psychiatres et les fournisseurs de soins de santé mentale appropriés.

#### Soins palliatifs primaires

Fournir des soins palliatifs aux malades en phase terminale ou soutenir l'équipe qui en est responsable. Les soins palliatifs comprennent la fourniture de services en cabinet, l'orientation vers des centres d'accès aux soins communautaires, ou vers d'autres services de soutien selon le cas, et effectuer des visites auprès des patients, le cas échéant.

#### Soutien à l'hôpital, à domicile et aux maisons de soins de longue durée

Lorsque c'est pertinent et possible, aider à planifier l'autorisation de sortie, les services de réadaptation, le suivi des patients non hospitalisés et les services de soins à domicile.

**Coordination de services et orientation**

Coordonner l'orientation vers d'autres fournisseurs et organismes de soins de santé, notamment vers les spécialistes, les services de réadaptation et de physiothérapie, les programmes de soins à domicile et en hospice et les services de diagnostics, selon le cas. Surveiller adéquatement l'état des patients qui ont été orientés vers des soins supplémentaires et collaborer au traitement médical des patients.

**Information du patient et soins préventifs**

Utiliser les règles factuelles pour dépister les patients à risque pour une maladie, de façon à promouvoir la détection rapide et à instituer une intervention et des conseils précoces pour réduire le risque ou l'apparition de troubles causés par une maladie, notamment les vaccinations appropriées et des évaluations de santé périodiques.

**Soins prénatals, d'obstétrique, postnatals et du nouveau né en hôpital**

Fournir ou organiser la fourniture de services de maternité, notamment des soins prénatals jusqu'au terme de la grossesse, le travail et l'accouchement de même que les soins à la mère et au nouveau né. Si les médecins du réseau Santé familiale n'offrent pas tous les soins maternels, ils doivent faire tous les efforts nécessaires afin que les patientes inscrites les reçoivent.

**Organiser une réponse en tout temps**

Fournir un service aux patients lors des heures de travail habituelles, des heures supplémentaires de même que par le biais du Service téléphonique d'aide médicale (STAM) qui permet de répondre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 aux préoccupations des patients en ce qui a trait à leur santé.

**Droits et obligations professionnels**

En vertu des règles en vigueur édictées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et l'accord entre le ministère et l'équipe Santé familiale, rien n'interdit à un médecin de mettre fin à sa relation avec un patient. En outre, aucun élément de l'accord ne crée d'obligation pour le médecin d'outrepasser ses compétences professionnelles ou, en déployant tous ses efforts, de poser des actes au-delà d'une maîtrise raisonnable.

## **PIÈCE JOINTE B**

### **Primes de soins préventifs**

Dans cette section, nous utilisons la phraséologie du modèle de contrat du réseau Santé familiale. D'autres modèles qui offrent des primes de soins préventifs possèdent les mêmes conditions. Tel qu'indiqué à la page 8, les équipes Santé familiale qui choisissent d'inscrire les patients auprès du groupe verront leur processus négocié entre les parties.

#### **Codes d'amélioration du service**

Chaque médecin du réseau Santé familiale peut soumettre des demandes pour les codes d'amélioration de service suivants en vertu des conditions définies ci-dessous. Toutes les références à un patient inscrit incluent le parent ou tuteur de ce patient, le cas échéant.

#### **Codes d'amélioration de service pour la prise en charge des soins préventifs**

Selon certaines conditions, une indemnité d'amélioration de service de 6,86 \$ peut être payée à un médecin du réseau Santé familiale pour chaque patient contacté par le médecin dans le but de planifier un rendez-vous pour l'un des tests ou l'une des interventions de soins préventifs suivants :

##### **Test de Papanicolaou : Q001A**

L'indemnité d'amélioration de service peut être demandée tous les deux ans pour chaque patiente inscrite, âgée de 35 à 70 ans et à risque pour le cancer du col de l'utérus, avec qui l'on prend rendez-vous pour planifier un test de Papanicolaou.

##### **Mammographie : Q002A**

L'indemnité d'amélioration de service peut être demandée tous les deux ans pour chaque patiente inscrite, âgée de 50 à 70 ans et à risque pour le cancer du sein, avec qui l'on prend rendez-vous pour planifier une mammographie.

##### **Vaccin antigrippal pour les patients inscrits âgés de plus de 65 ans et plus : Q003A**

L'indemnité d'amélioration de service peut être demandée une fois par an pour chaque patient inscrit, âgé de plus de 65 ans, avec qui l'on prend rendez-vous pour planifier une vaccination antigrippale.

##### **Immunisations pour les patients inscrits âgés de moins de deux ans : Q004A**

L'indemnité d'amélioration de service peut être demandée une fois pour chaque patient inscrit, âgé de 18 mois à 2 ans, dont le parent ou tuteur a planifié un rendez-vous pour les immunisations fournies par le ministère en vertu des règles définies par le Comité consultatif national de l'immunisation.

#### **Codes d'amélioration de service pour la prise en charge des soins préventifs cumulés**

Un réseau Santé familiale peut demander les codes d'amélioration de service suivants pour le compte d'un médecin du réseau Santé familiale qui a cumulé un haut niveau de soins préventifs apportés à ses patients inscrits. Un réseau Santé familiale peut faire une demande par an pour chaque médecin du réseau Santé familiale pour chacun des quatre cas suivants.

##### **Vaccin antigrippal pour les patients inscrits âgés de plus de 65 ans**

Cette indemnité d'amélioration de service est payable au réseau Santé familiale et est calculé sur une base annuelle pour chaque médecin du réseau Santé familiale, en fonction du pourcentage de patients inscrits auprès du médecin du réseau Santé familiale qui ont plus de 65 ans et qui ont reçu le vaccin antigrippal approprié pour la saison grippale en question et avant le 1<sup>er</sup> décembre de cet exercice.

<u>Pourcentage de patients inscrits</u>	<u>Indemnité payable</u>	<u>Code d'amélioration de service</u>
60 %	220 \$	Q100
65 %	440 \$	Q101
70 %	770 \$	Q102
75 %	1 100 \$	Q103
80 %	2 200 \$	Q104

### **Test de Papanicolaou**

Cette indemnité d'amélioration de service est payable au réseau Santé familiale et est calculé sur une base annuelle pour chaque médecin du réseau Santé familiale, en fonction du pourcentage de patientes inscrites auprès du médecin du réseau Santé familiale âgées de 35 à 70 ans et qui ont subi un test de Papanicolaou au cours de l'exercice en cours ou précédent.

<u>Pourcentage de patientes inscrites</u>	<u>Indemnité payable</u>	<u>Code d'amélioration de service</u>
60 %	220 \$	Q105
65 %	440 \$	Q106
70 %	660 \$	Q107
75 %	1 320 \$	Q108
80 %	2 200 \$	Q109

### **Mammographie**

Cette indemnité d'amélioration de service est payable au réseau Santé familiale et est calculé sur une base annuelle pour chaque médecin du réseau Santé familiale, en fonction du pourcentage de patientes inscrites auprès du médecin du réseau Santé familiale âgées de 50 à 70 ans et qui ont subi une mammographie au cours de l'exercice en cours ou précédent.

<u>Pourcentage de patientes inscrites</u>	<u>Indemnité payable</u>	<u>Code d'amélioration de service</u>
55 %	220 \$	Q110
60 %	440 \$	Q111
65 %	770 \$	Q112
70 %	1 320 \$	Q113
75 %	2 200 \$	Q114

### **Immunisations pour les patients inscrits âgés de moins de deux ans**

Cette indemnité d'amélioration de service est payable au réseau Santé familiale et est calculé sur une base annuelle pour chaque médecin du réseau Santé familiale, en fonction du pourcentage de patients inscrits auprès du médecin du réseau Santé familiale âgés de 18 mois à 2 ans et qui ont reçu toutes les immunisations fournies par le ministère et recommandées par le Comité consultatif national de l'immunisation. Pour demander cette indemnité d'amélioration de service, le médecin du réseau Santé familiale doit garder des dossiers détaillés, notamment le nom du vaccin, le numéro de lot, le fabricant, la date de vaccination et le mode d'administration.

<u>Pourcentage de patients inscrits</u>	<u>Indemnité payable</u>	<u>Code d'amélioration de service</u>
85 %	440 \$	Q115
90 %	1 100 \$	Q116
95 %	2 200 \$	Q117

## PIÈCE JOINTE C

### Primes et indemnités pour soins spécifiques

#### A. Primes particulières – Tous les médecins de groupe peuvent recevoir les indemnités suivantes :

##### 1. Nouvelle prime pour soins apportés aux personnes âgées

Le ministère paiera à un médecin du groupe une indemnité de 10 % pour les demandes valables de bilans généraux (A003) effectués sur les patients inscrits âgés de 65 à 74 ans. Cette indemnité doit être demandée en utilisant le code Q065. L'indemnité Q065 peut être demandée une seule fois par patient et par exercice (1<sup>er</sup> avril au 31 mars) pour tous les patients effectivement inscrits auprès du médecin du groupe.

**Remarque : pour pouvoir bénéficier de cette indemnité, le patient doit être effectivement inscrit à l'aide du formulaire défini à l'annexe A, même s'il apparaît déjà sur la liste d'inscription initiale émise par le ministère.**

**Autre remarque : cette indemnité sera remplacée le 1<sup>er</sup> octobre 2005 par une indemnité de 15 % pour les personnes âgées de plus de 70 ans. La méthode d'application de cette indemnité aux modèles de soins primaires sera déterminée par l'OMA et le MSSLD avant cette date.**

##### 2. Prime pour soins palliatifs

Un médecin de groupe recevra 2 000 \$ supplémentaires après avoir déposé des demandes valables pour le code d'honoraires K023 pour au moins quatre patients en soins palliatifs au cours d'un exercice.

##### 3. Primes pour les soins de santé primaires offerts aux patients souffrant de maladies mentales graves

Un médecin de groupe recevra 1 000 \$ supplémentaires par exercice lorsque, durant cette période, au moins cinq patients qui reçoivent un diagnostic de trouble bipolaire ou de schizophrénie se sont inscrits auprès du médecin du groupe. Les codes d'honoraires pour les services fournis à ces patients doivent être accompagnés du code de diagnostic 295 pour la schizophrénie, ou du code de suivi Q020 pour le trouble bipolaire. Le patient doit être inscrit pour que l'indemnité soit payée. Un médecin de groupe recevra 1 000 \$ supplémentaires (2 000 \$ au total) pour l'indemnité de soins de santé mentale pour au moins cinq patients supplémentaires (au moins 10 patients au total) soumis aux règles ci-dessus.

**Remarque : pour pouvoir bénéficier de cette indemnité, le patient doit être effectivement inscrit à l'aide du formulaire défini à l'annexe A, même s'il apparaît déjà sur la liste d'inscription initiale émise par le ministère.**

##### 4. Paiement pour soins épisodiques au nouveau né

Dans certains modèles, les médecins peuvent demander un paiement supplémentaire de 12,50 \$ pour les demandes approuvées, et ce, jusqu'à concurrence de huit visites de puériculture (A007) auprès de patients inscrits pendant leur première année de vie. Le code d'ajout, Q014, doit accompagner chaque demande soumise pour que l'indemnité soit payée.

#### B. Indemnités particulières

##### 7.1 Indemnité pour accouchements

Un médecin recevra 3 200 \$ supplémentaires après avoir soumis des demandes valables pour au moins cinq services indiqués dans la liste ci-dessous qu'il fournit à un minimum de cinq patientes au cours d'un exercice.

**7.2 Indemnité pour services hospitaliers**

Un médecin recevra 5 000 \$ supplémentaires après avoir soumis des demandes valables pour des services indiqués dans la liste ci-dessous totalisant 2 000 \$ au cours d'un exercice. L'indemnité pour services hospitaliers des modèles harmonisés passera de 5 000 \$ à 7 500 \$ dans les zones pour lesquelles le score donné par l'Index de ruralité de l'Ontario de l'OMA est supérieur à 45 de même qu'à Timmins, à Thunder Bay, à North Bay et à Sault St. Marie.

**7.3 Indemnité pour les soins palliatifs**

Un médecin de groupe recevra 2 000 \$ supplémentaires après avoir déposé des demandes valables pour le code d'honoraires K023 pour au moins quatre patients en soins palliatifs au cours d'un exercice.

**7.5 Paiement spécial pour soins prénatals**

Un médecin de groupe recevra 2 000 \$ supplémentaires après avoir déposé des demandes valables pour les codes d'honoraires P003 ou P004 pour des soins prénatals prodigués au cours des 28 premières semaines de grossesse pour au moins cinq patientes inscrites au cours d'un exercice.

**7.6 Paiements spéciaux pour visites à domicile (autres que pour soins palliatifs)**

Un médecin de groupe recevra 2 000 \$ supplémentaires après avoir déposé des demandes valables pour les codes d'honoraires A901 ou A902 pour au moins 100 visites au domicile de patients inscrits au cours d'un exercice.

**7.7 Paiements spéciaux pour interventions en cabinet**

Un médecin du réseau Santé familiale recevra 2 000 \$ supplémentaires après avoir soumis des demandes valables pour des services indiqués dans la liste définie à l'annexe 5 (jointe) délivrés à des patients inscrits au réseau Santé familiale et totalisant au moins 1 200 \$ au cours d'un exercice.

Grâce à la facturation pro forma, les infirmières praticiennes peuvent contribuer à obtenir des indemnités pour les services 7.5, 7.6 et 7.7.

Un médecin de groupe peut ne pas être admissible à la fois pour une indemnité 7.1 (accouchements) et 7.5 (soins prénatals).

**Les codes suivants sont utilisés pour déterminer si un médecin a atteint le seuil du paiement spécial pour les services d'obstétrique:**

- P006 OBS-Accouchement par voie vaginale
- P009 Présence lors du travail ou de l'accouchement d'un médecin autre qu'un médecin-conseil en obstétrique (combiné à P011 – Présence du même auxiliaire médical à une césarienne ou à un accouchement par intervention opératoire)
- P018 OBS césarienne – intervention uniquement
- P020 OBS – Accouchement par intervention opératoire autre que césarienne
- P038 Présence auprès d'une patiente en travail transférée dans un autre centre pour l'accouchement
- P041 OBS – Accouchement par césarienne avec ligature des trompes

**Les codes suivants sont utilisés pour déterminer le seuil de paiement spécial pour les services hospitaliers :**

- A933 Bilan général sur demande
- C002 Visites suivantes jusqu'à cinq semaines

- C003 Bilan général
- C004 Nouveau bilan général
- C005 Consultation
- C006 Nouvelle consultation
- C007 Visites suivantes, de la 6<sup>e</sup> à la 13<sup>e</sup> semaine
- C008 Soins parallèles
- C009 Visites suivantes, après la 13<sup>e</sup> semaine
- C010 Soins de soutien
- C121 Honoraires supplémentaires pour visites pour maladie intercurrente
- C777 Déclaration de décès
- C905 Consultation limitée en hôpital
- C933 Bilan général pour admission sur visite
- H001 Soins du nouveau né

## **PIÈCE JOINTE D**

### **Obligations et paiements des soins pendant la garde**

#### **Prime de garde**

Le ministère paiera à l'équipe Santé familiale une indemnité de 15 % (20 % au 1<sup>er</sup> avril 2006) de la pleine valeur des codes d'honoraires A001, A003, A004, A007, A008, A888, K005, K013 et K017 pour les demandes valables concernant les services de garde (y compris pour les jours fériés) fournis aux patients inscrits.

#### **Obligations du service de garde**

Certaines équipes Santé familiale seront dispensées des obligations relatives au service de garde en raison de leurs autres obligations de service envers leurs patients inscrits (voir les contrats individuels pour plus de détails).

Quant aux équipes Santé familiale qui doivent fournir un service de garde, les obligations sont les suivantes :

Les heures de garde sont définies par groupe de trois heures par jour, selon le nombre de jours requis par le modèle en vigueur, hors des heures normales de travail. Les heures peuvent être effectuées du lundi au jeudi ou le samedi ou le dimanche. S'il y a plus de quatre médecins dans le groupe, l'une des périodes de garde doit être le samedi ou le dimanche.

Le service de garde doit permettre les visites imprévues de patients.

Aucun service n'est obligatoire les jours fériés (bien que des primes sont payées si un tel service est fourni).

Les infirmières praticiennes peuvent remplir l'obligation d'une session d'heures de garde par semaine.

## **PIÈCE JOINTE E**

### **Prime incitative à la formation médicale continue**

#### **Codes d'amélioration de service pour la formation médicale ciblée Q555**

Une indemnité d'amélioration de service de 100 \$ l'heure peut être payée, sur une base annuelle, dans le cadre de certains modèles, à un médecin pour chaque heure passée à une conférence ou à un séminaire de formation médicale continue, sous réserve des conditions suivantes :

- a) l'activité doit avoir été approuvée par un comité mixte composé de membres de l'OMA, du ministère, de l'Institut de recherche en services de santé et de l'Ontario College of Family Physicians;
- b) un médecin peut déposer une demande pour un maximum de 24 heures par an;
- c) le médecin doit conserver la preuve de sa présence à l'activité en question.

## PIÈCE JOINTE F

### Paiement spécial maximal

Certains modèles autorisent un paiement au groupe tous les six mois si ses patients reçoivent moins de services que la moyenne actuelle, pondérée en fonction de l'âge et du sexe, de services payés par capitation qui sont offerts par des médecins de famille n'appartenant pas au groupe.

Le mécanisme de paiement est décrit ci-dessous et est copié à partir du contrat du réseau Santé familiale actuel.

#### 1.7 Paiement spécial

**1.7.1** Le réseau Santé familiale a droit à un paiement spécial en fonction du succès du réseau Santé familiale et de ses médecins à fournir à leurs patients inscrits tous les services du réseau Santé familiale dont ils ont besoin. Le paiement spécial est calculé et payé par semestre pour chaque patient inscrit, une fois que le ministère a reçu les données complètes des demandes nécessaires pour le semestre.

**1.7.2** Le montant de chaque paiement spécial semestriel est déterminé comme suit :

- (a) multiplier la somme du taux de base de tous les patients inscrits admissibles pendant six mois par 0,2065. Le résultat sera appelé le « Paiement spécial maximal »;
- (b) soustraire du Paiement spécial maximal la valeur totale de toutes les demandes payées par le ministère aux médecins autres que les spécialistes, les omnipraticiens spécialisés qui effectuent des bilans ophtalmologiques (A110, A111, A112, A114) et les médecins du réseau Santé familiale, pour des services assurés, qui sont décrits comme des services de base dans l'annexe 2, et fournis aux patients inscrits pendant le semestre. Le résultat est le paiement spécial payable au réseau Santé familiale pour cette période. Lorsque le montant est zéro ou négatif, il n'y a pas de paiement spécial pour la période.

## PIÈCE JOINTE G

### Modèle de rémunération complémentaire combiné

Le modèle de rémunération complémentaire combiné est une combinaison de rémunération complémentaire basée sur le nombre de médecins dans le groupe, des factures pour rémunération à l'acte admissibles, des primes et indemnités spéciales, des indemnités pour travail en zone rurale et du financement pour service d'urgence.

#### Collectivités admissibles

**Ce modèle est généralement disponible pour les collectivités dont le classement au Programme de services aux régions insuffisamment desservies indique qu'elles peuvent recevoir de un à sept médecins. Généralement, les collectivités ont une population de base inférieure à 10 000 habitants et sont à plus de 80 km du centre urbain le plus proche.**

#### Services

##### *Soins primaires :*

Ce modèle fournit un financement sur la base d'un engagement du groupe à fournir, à coordonner ou à superviser les services de soins de santé primaires essentiels. Le groupe doit s'assurer qu'un nombre suffisant de médecins sont disponibles pour fournir ces services pendant des heures de travail raisonnables et régulières, pour un total d'au moins 40 heures du lundi au vendredi. Des heures de service doivent également être proposées par le groupe le soir et la fin de semaine, dans un lieu approprié de leur choix.

##### *Couverture en tout temps :*

Dans les collectivités qui disposent d'un programme de service d'urgence hospitalier, le groupe doit fournir un service d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Si la collectivité ne possède pas d'hôpital, les médecins doivent proposer une garde en tout temps, sous réserve de disponibilité raisonnable.

##### *Services hospitaliers, à domicile et, lorsqu'il y a lieu, en établissements de soins de longue durée :*

Lorsqu'il y a lieu, et s'il peut le faire, le groupe doit fournir des services aux patients hospitalisés dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée présents dans la collectivité, aider à planifier les autorisations de sortie, les services de réadaptation, le suivi des patients externes et les services de soins à domicile.

#### Financement et avantages

##### *Financement de base :*

Ce modèle fournit un financement en fonction du nombre de médecins qui travaillent en vertu de l'accord, jusqu'à concurrence du nombre de médecins défini pour la collectivité. Un montant annuel est remis. Il comprend un financement pour les services, les frais généraux associés et la prise en charge des services dans la collectivité.

### **Couverture pour le service d'urgence**

Les collectivités admissibles (celles qui possèdent un programme d'urgences hospitalières) peuvent bénéficier d'un financement, partagé entre les médecins du groupe, pour l'ouverture 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 du service d'urgence. Les montants annuels sont déterminés en fonction de la taille du groupe et le groupe reçoit un montant global pour la fourniture de ces services. Tout deuxième service de garde requis peut être facturé à l'acte.

Quant aux collectivités sans programme d'urgences hospitalières, elles peuvent faire l'objet d'un financement pour créer un service de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ce service de garde est soumis à une attente raisonnable quant à la capacité des médecins.

### **Paiement d'indemnité pour zone rurale**

Un financement supplémentaire est disponible pour le groupe en fonction d'un classement en zone rurale prédéfini. Il constitue un supplément au financement de base et est attribué en reconnaissance de l'incidence que la pratique en zone rurale peut avoir sur la charge de travail et sur le recrutement des médecins et leur maintien en poste.

### **Services spécialisés**

Ce modèle comprend un financement supplémentaire pour les services spécialisés fournis par les membres du groupe à la collectivité. Les services spécialisés, pour lesquels il est possible d'obtenir un financement supplémentaire sont :

- les services d'accouchement;
- les services de chirurgie mineure;
- l'aide en chirurgie;
- les services d'anesthésie.

### **Facturation « pro forma »**

Ce modèle finance une prime de 5 % de tous les codes valables qui sont facturés à l'aide du système de facturation de l'Assurance-santé pour des services fournis par les médecins du groupe.

### **Facturation à l'acte**

Ce modèle permet une facturation à l'acte de tous les services d'obstétrique. De plus, l'un ou l'autre des « services spécialisés » décrits plus haut peut être facturé à l'acte s'il a été fourni en dehors des heures normales de travail (nuits et fins de semaine).

### **Paiements pour la prise en charge de la direction du groupe et pour la prise de responsabilités au sein du groupe**

Les médecins qui travaillent selon ce modèle peuvent recevoir un paiement s'ils prennent en charge de la direction du groupe et s'ils assument des responsabilités dans le groupe, en fonction du nombre de patients inscrits dans le groupe.

### **Indemnités et primes**

Selon ce modèle, les médecins peuvent recevoir toutes les indemnités et les primes décrites plus haut, notamment pour la formation médicale continue, les soins préventifs et les paiements des services de garde.

### **Programme de suppléance de l'OMA**

Selon ce modèle, les médecins du groupe ont le droit d'être remplacés par un suppléant 37 jours par an. Les suppléances doivent être organisées avec l'aide du programme de suppléance de l'OMA, sous réserve de la disponibilité des suppléants. De plus, tout poste vacant dans le groupe (en fonction du placement des médecins) peut être admissible aux 37 jours de suppléance (le cumul de ces jours étant de trois jours par poste à pourvoir par mois) du groupe.

**Congé de maternité et parental**

Les médecins de ce groupe peuvent bénéficier d'un congé de maternité ou parental en vertu des accords. La rémunération est alors partagée à 50 % entre le paiement complémentaire identifié comme la rémunération du médecin et le montant complet de la part administrative du paiement.