



Versement forfaitaire – Lettre d'entente n° 277

La Régie vous avise qu'un montant forfaitaire sera versé et figurera à l'état de compte du **18 novembre 2016** de chaque médecin qui a choisi le mode de rémunération mixte dans certains secteurs de pratique en CLSC et en UMF-CH, pour compenser le délai de mise en application de la nomenclature en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC.

Le montant forfaitaire sera versé au médecin pour la période écoulée entre sa date d'adhésion au mode mixte dans l'un des secteurs mentionnés ci-dessus et le 31 mai 2016, veille de la date d'entrée en vigueur de la nomenclature des actes en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC.

Pour bénéficier du montant forfaitaire, le médecin doit avoir au moins 500 patients inscrits à son nom, le **31 mars 2016**.

Le montant forfaitaire correspond à 5,85 % de la valeur des actes qui sont visés par le supplément d'honoraires prévu aux paragraphes 2.06 et 2.07 de l'annexe XXIII excluant :

- l'acte médico-administratif paraissant à l'article 6 de la section B-1 de l'annexe I à l'annexe XXIII;
- l'acte médico-administratif paraissant à l'article 7 de la section B-2 de l'annexe I à l'annexe XXIII;
- les services décrits à l'onglet *P – Gynécologie* de l'annexe V de l'entente générale;
- les services de l'onglet *J – Ultrasonographie* du Manuel des services de laboratoire en établissement;
- les actes de l'annexe II à l'annexe XXIII.

Les montants forfaitaires sont sujets à l'application des paragraphes 2.09 et 2.14 de l'annexe XXIII.

Les modalités relatives au versement du montant forfaitaire sont déterminées dans la *Lettre d'entente n° 277* présentée en [partie I](#).

Lettre d'entente n° 277

Concernant le versement d'un forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte dans certains secteurs de pratique en CLSC et dans le secteur de pratique de l'UMF-CH

ATTENDU que le mode de rémunération mixte en CLSC dans les secteurs de services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le cadre du programme jeunesse, interruption volontaire de grossesse, en unité de médecine familiale ainsi qu'en unité de médecine familiale en milieu hospitalier est élaboré sur la base de la nomenclature des actes en cabinet;

ATTENDU la mise en application éventuelle d'une nouvelle nomenclature à l'acte en cabinet et à domicile qui aura pour conséquence de rehausser la rémunération globale des services rémunérés en vertu de cette nouvelle nomenclature;

ATTENDU que les suppléments d'honoraires applicables au mode de rémunération mixte en CLSC dans les secteurs visés et en unité de médecine familiale en milieu hospitalier ont été établis de façon à produire un résultat inférieur à celui attendu et ce, tant que la nouvelle nomenclature des actes en cabinet n'est pas en vigueur, tout en permettant d'intégrer ultérieurement la nouvelle nomenclature des actes sans exiger l'ajout de financement supplémentaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

- 1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin ayant adhéré au mode de rémunération mixte pour la période écoulée entre la date d'adhésion à ce mode dans l'un des secteurs visés par la présente lettre d'entente et la date de mise en vigueur d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet qui sera applicable en CLSC et en UMF.
- 2.00 Le montant forfaitaire correspond à 5,85 % de la valeur des actes qui sont visés par le supplément d'honoraires prévu aux paragraphes 2.06 et 2.07 de l'annexe XXIII excluant, l'acte médico-administratif apparaissant à l'article 6 de la section B-1 de l'annexe I à l'annexe XXIII, excluant l'acte médico-administratif apparaissant à l'article 7 de la section B-2 de l'annexe I de l'annexe XXIII, de même que les services décrits à l'onglet P « Gynécologie » de l'Annexe V de l'entente générale et les services de l'onglet J « Ultrasonographie » du Manuel des services de laboratoire en établissement. Les montants forfaitaires sont sujets à l'application des paragraphes 2.09 et 2.14 de l'annexe XXIII.
- 3.00 Pour bénéficier du montant forfaitaire prévu à la présente, le 31 mars 2016, selon les modalités à convenir en vertu de l'Entente de principe transmises au plus tard trois (3) mois après la mise en vigueur de la nouvelle nomenclature, le médecin doit compter au moins 500 patients inscrits à son nom selon le paragraphe 3.01 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Advenant l'interruption de la pratique du médecin à la date d'évaluation, pour une période de plus de treize semaines consécutives, l'évaluation du nombre de patients inscrits s'effectue le dernier jour précédant la date d'interruption de sa pratique, à la condition que cette date de référence soit antérieure au 31 mars 2016.
- 4.00 Le montant forfaitaire est versé au médecin environ cinq (5) mois après la mise en vigueur de la nouvelle nomenclature des actes en cabinet qui sera applicable en CLSC et en UMF-CH.
- 5.00 Les montants forfaitaires sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5^e jour d'octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec