



MANUEL DES SPÉCIALISTES BROCHURE NO 1

MISE À JOUR : 59
AVRIL 2004

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

MODIFICATION 35 EN VIGUEUR LE 1^{er} JANVIER 2004, MODIFICATION 36 EN VIGUEUR LE 1^{er} FÉVRIER 2004 et modifications administratives

- **Annexe 1**
 - . Dispositions normatives. Modification à la procédure d'arbitrage, article 21.2
Page : [7](#)
- **Annexe 9**
 - . Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle renouvelée pour l'année 2004
Pages : [16](#) à 18
- **Annexe 11-A**
 - . Lettre d'entente n° 2. Ajout de deux établissements
Page : [A-1](#)
 - . Lettre d'entente n° 8 modifiée en concordance avec les changements apportés à la procédure d'arbitrage
Page : [A-10](#)
 - . Lettre d'entente n° 40. Ajout d'un AVIS concernant un médecin spécialiste agissant comme consultant dans le cadre des missions du Grand Nord
Page : [A-31](#)
 - . Lettre d'entente n° 102 concernant la prestation de soins au sein de certains centres hospitaliers en pénurie grave d'effectifs. Ajout et retrait de forfaits payables pour certains centres hospitaliers
Pages : [A-58](#) et [A-59](#)
 - . Lettre d'entente n° 112 concernant la prestation de soins dans certaines disciplines et établissements visés. Ajout et retrait de spécialités aux fins du paiement du forfait
Pages : [A-69](#) à A-71
 - . Lettre d'entente n° 122 concernant le paiement de suppléments de garde en disponibilité. Ajout d'une spécialité et de deux établissements
Pages : [A-77](#) à A-80
 - . Lettre d'entente n° 124 concernant l'instauration de mesures favorisant le soutien des médecins exerçant dans certains centres hospitaliers en pénurie d'effectifs. Ajout de centres hospitaliers et de disciplines
Pages : [A-82](#) et [A-83](#)
 - . Lettre d'entente n° 132 concernant la garde en disponibilité en chirurgie générale dans certains centres hospitaliers. Ajout de deux centres hospitaliers
Page : [A-90](#)

- **Annexe 30**
 - . Ajustement des tarifs en évaluation psychiatrique en concordance avec la Modification 34**Page :** [64](#)
- **Protocole d'accord**
 - . Relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une régie régionale. La banque et les enveloppes d'heures reconduites pour l'année 2004 sans modification**Page :** [3](#)

Modifications d'ordre administratif

- **ANNEXE 11-A**
 - . Lettre d'entente n° 40. Ajout d'un AVIS concernant un médecin spécialiste agissant comme consultant dans le cadre des missions du Grand Nord**Page :** [A-31](#)
- **ANNEXE 15**
 - . Ajout d'un AVIS à l'article 10.1 pour la tarification en service continu dans les établissements concernés par la Lettre d'entente n° 40.**Page :** [13](#)
- **ANNEXE 19**
 - . Ajout d'un AVIS à l'article 1.4.1 concernant la déclaration de territoire de pratique principale en rémunération différente**Page :** [20](#)

NOTE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 020 / 2004-05-04 .

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-2551-12533-2

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service de l'information aux professionnels



TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
INTRODUCTION.....	1
COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE.....	1
SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE.....	2
ACCORD-CADRE.....	1
ARTICLE 1	
Reconduction des annexes.....	2
ARTICLE 2	
Détermination d'une enveloppe budgétaire.....	2
ARTICLE 3	
Plan de carrière du médecin spécialiste.....	3
ARTICLE 4	
Changement d'oeuvre, fusion ou fermeture d'un centre hospitalier, d'un département ou d'un service....	4
ARTICLE 5	
Dispositions diverses.....	4
ARTICLE 6	
Application.....	4
LISTE DES ANNEXES.....	5
ANNEXE 1	
Entente relative au régime d'assurance maladie	
Dispositions normatives.....	1
ANNEXE 2	
Concernant le suivi et la vérification du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.....	9
ANNEXE 3	
Protocole relatif au contrôle des gains de pratique exceptionnels.....	11
ANNEXE 4	
Tarif de la médecine et de la chirurgie.....	12
ANNEXE 5	
Tarif de la médecine de laboratoire.....	13
ANNEXE 6	
Tarif de la médecine et de la chirurgie.....	13
ANNEXE 7	
Tarif de la médecine de laboratoire.....	13
ANNEXE 8	
Protocole relatif aux plafonnements de gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires.....	14
ANNEXE 9	
Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle.....	16

	<i>Page</i>
ANNEXE 10.	19
Entente auxiliaire concernant l'urgence de première ligne en pédiatrie et en cardiologie	
ANNEXE	
Liste des organismes visés à l'Annexe 10.	20
ANNEXE 11. A - LETTRES D'ENTENTE NUMÉROTÉES.	A-1
LETTRE D'ENTENTE # 1.	A-1
LETTRE D'ENTENTE # 2.	A-1
LETTRE D'ENTENTE # 3.	A-2
LETTRE D'ENTENTE # 4.	A-7
LETTRE D'ENTENTE # 5.	A-7
LETTRE D'ENTENTE # 6 concernant la tarification de l'EMPS.	A-8
LETTRE D'ENTENTE # 7 concernant la règle d'application concernant l'acte 0272 « TENS ».	A-9
LETTRE D'ENTENTE # 8 conseil d'arbitrage.	A-10
LETTRE D'ENTENTE # 9 concernant les pratiques mixtes en médecine nucléaire et en radiologie diagnostique.	A-10
LETTRE D'ENTENTE # 10 concernant les laboratoires de biochimie, de microbiologie et d'hématologie dirigés par un pathologiste.	A-11
LETTRE D'ENTENTE # 11 concernant l'hématologie.	A-11
LETTRE D'ENTENTE # 12 les visites.	A-12
LETTRE D'ENTENTE # 13 concernant le paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique.	A-12
LETTRE D'ENTENTE # 14 concernant la médecine nucléaire.	A-13
LETTRE D'ENTENTE # 15 concernant le paiement de certains examens de laboratoire pratiqués chez des résidents d'une autre province du Canada.	A-13
LETTRE D'ENTENTE # 17 relative aux circonstances justifiant la prévalidation des relevés d'honoraires.	A-14
LETTRE D'ENTENTE # 18 prévoyant le paiement de forfaits compensatoires intérimaires aux médecins psychiatres et aux médecins spécialistes en santé communautaire.	A-14
LETTRE D'ENTENTE # 19 concernant la facturation des honoraires forfaitaires et du salariat.	A-15
LETTRE D'ENTENTE # 20.	A-15
LETTRE D'ENTENTE # 21 concernant les programmes de réadaptation et de soins à domicile de malades pulmonaires chroniques.	A-15
LETTRE D'ENTENTE # 23 prévoyant certaines modalités exceptionnelles d'application du plafonnement d'activités PA-6 - Radiologie.	A-16
LETTRE D'ENTENTE # 24 concernant le forfait hebdomadaire suivant la formule 18-25 en anesthésie et en chirurgie.	A-17
LETTRE D'ENTENTE # 25 concernant les pratiques d'appoint des médecins spécialistes salariés.	A-17
LETTRE D'ENTENTE # 26 concernant les renouvellements d'ordonnance pour le traitement d'une maladie chronique.	A-18
LETTRE D'ENTENTE # 27 concernant le paiement par virement bancaire.	A-18
LETTRE D'ENTENTE # 28 concernant la radio-oncologie.	A-18
LETTRE D'ENTENTE # 29 concernant le centre de santé de l'Hématite.	A-19
LETTRE D'ENTENTE # 30 concernant le forfait hebdomadaire suivant la formule 15-21.	A-19
LETTRE D'ENTENTE # 31 prévoyant des dérogations au régime d'exclusivité de la tarification horaire.	A-20
LETTRE D'ENTENTE # 32 concernant le paiement d'émoluments de régie au médecin-chef d'un département hospitalier de psychiatrie.	A-26
LETTRE D'ENTENTE # 33 concernant la pratique de la chirurgie générale à l'Hôpital de Sept-Iles.	A-26
LETTRE D'ENTENTE # 34 concernant le salariat.	A-27
LETTRE D'ENTENTE # 35 concernant des dérogations relatives au paiement du tarif horaire - Annexe 15.	A-28
LETTRE D'ENTENTE # 36 prévoyant certains classements exceptionnels.	A-29
LETTRE D'ENTENTE # 37.	A-30
LETTRE D'ENTENTE # 38.	A-30
LETTRE D'ENTENTE # 39 concernant les dérogations recommandées par la corporation professionnelle des médecins du Québec suivant la clause 1.3 du tarif de la médecine de laboratoire.	A-30
LETTRE D'ENTENTE # 40 concernant la tarification horaire pour la clinique (Annexe 15), le week-end et les jours fériés dans les établissements des régions 10A et 10B.	A-31
LETTRE D'ENTENTE # 41 concernant la tarification de la culture d'épiderme pour les grands brûlés.	A-32
LETTRE D'ENTENTE # 42 concernant le paiement d'émoluments de régie, en psychiatrie.	A-33
LETTRE D'ENTENTE # 43 concernant la banque d'yeux du Centre hospitalier de l'Université Laval.	A-33
LETTRE D'ENTENTE # 44 concernant la tarification de la médecine nucléaire in vivo.	A-34

	<i>Page</i>
LETTRÉ D'ENTENTE # 45	A-34
LETTRÉ D'ENTENTE # 46 concernant la chirurgie réfractive	A-34
LETTRÉ D'ENTENTE # 48 concernant les frais techniques d'audiométrie payés par le médecin oto-rhino-laryngologiste, en centre hospitalier	A-35
ANNEXE - LETTRÉ D'ENTENTE # 48	A-35
LETTRÉ D'ENTENTE # 49 concernant certaines mesures de dépannage exceptionnelles en radiologie ...	A-36
ANNEXE - LETTRÉ D'ENTENTE # 49 - liste des établissements	A-37
LETTRÉ D'ENTENTE # 51 concernant la chirurgie buccale et maxillo-faciale	A-37
LETTRÉ D'ENTENTE # 52 concernant certains médecins salariés	A-37
LETTRÉ D'ENTENTE # 53 concernant les missions sur les territoires de la basse Côte-Nord	A-38
LETTRÉ D'ENTENTE # 55 concernant l'assurance responsabilité professionnelle	A-38
LETTRÉ D'ENTENTE # 56 concernant la pratique au tarif horaire en temps partagé - Annexe 15	A-39
LETTRÉ D'ENTENTE # 57 concernant l'Annexe 5 - Règles de tarification du tarif de la médecine de laboratoire	A-39
LETTRÉ D'ENTENTE # 58 concernant la clinique de radiologie Maisonneuve-Rosemont	A-39
LETTRÉ D'ENTENTE # 59 concernant certaines mesures de dépannage exceptionnelles en radiologie ...	A-40
ANNEXE - LETTRÉ D'ENTENTE # 59 - Liste des établissements	A-40
LETTRÉ D'ENTENTE # 60 concernant certains procédés chirurgicaux exécutés en cardiologie	A-41
LETTRÉ D'ENTENTE # 61 concernant la tarification de certains services en radiologie	A-41
LETTRÉ D'ENTENTE # 62 concernant l'examen clinique psychiatrique pour cure fermée	A-41
LETTRÉ D'ENTENTE # 64 concernant l'examen d'un enfant suivant la Loi sur la protection de la jeunesse ..	A-42
LETTRÉ D'ENTENTE # 65 concernant le centre « Dernier recours »	A-42
LETTRÉ D'ENTENTE # 66 concernant les transplantations d'organes	A-43
LETTRÉ D'ENTENTE # 67 concernant Pierre R. Laberge, médecin microbiologiste, Serge Breton, médecin psychiatre et Richard R. Jodoin, chirurgien plasticien	A-43
LETTRÉ D'ENTENTE # 69 concernant la rémunération du Dr Marc Rhainds dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale du Québec (E.V.A.Q.)	A-44
LETTRÉ D'ENTENTE # 70 concernant la révision de la tarification	A-44
LETTRÉ D'ENTENTE # 72 concernant les hypothèses économiques des plafonnements introduits dans le cadre de la Modification # 30 en oto-rhino-laryngologie, en obstétrique-gynécologie et en urologie	A-45
LETTRÉ D'ENTENTE # 74 concernant le docteur Paul G. Ouellet	A-45
LETTRÉ D'ENTENTE # 75 concernant la rémunération dans certaines disciplines au centre hospitalier Lac-Mégantic	A-46
LETTRÉ D'ENTENTE # 76 concernant la nouvelle spécialité d'oncologie-médicale	A-47
LETTRÉ D'ENTENTE # 77 concernant les docteurs Louise Passerini, Yves Berthiaume et Annick Châtillon ..	A-47
LETTRÉ D'ENTENTE # 78 concernant le paiement de la prime de revalorisation en pédiatrie	A-48
LETTRÉ D'ENTENTE # 79 concernant le docteur Marleen Daris, obstétricien-gynécologue	A-48
LETTRÉ D'ENTENTE # 80 concernant l'utilisation des forfaits compensatoires	A-49
LETTRÉ D'ENTENTE # 83 concernant l'instauration de nouveaux programmes	A-50
LETTRÉ D'ENTENTE # 84 concernant l'impact des transformations du réseau hospitalier sur la pratique médicale	A-51
LETTRÉ D'ENTENTE # 85 concernant la mise en place d'un régime de retraite pour les médecins spécialistes	A-52
LETTRÉ D'ENTENTE # 86 concernant l'assurance responsabilité professionnelle	A-52
LETTRÉ D'ENTENTE # 87 concernant l'application de l'article 2 de l'Accord-cadre relativement à l'utilisation de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée	A-53
LETTRÉ D'ENTENTE # 88 concernant la diminution volontaire du niveau d'activité pour les médecins spécialistes	A-54
LETTRÉ D'ENTENTE # 89 concernant les modifications possibles aux plafonnements de gains de pratique	A-54
LETTRÉ D'ENTENTE # 90 concernant la modification de l'Accord-cadre afin de refléter le résultat des négociations dans le secteur public	A-55
LETTRÉ D'ENTENTE # 95 concernant l'anesthésiologie au centre hospitalier Beauce-Etchemin (<i>Abrogée par la Modification 34</i>)	
LETTRÉ D'ENTENTE # 96 concernant l'anesthésiologie et la chirurgie générale au centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie et au centre hospitalier de Charlevoix (Baie-Saint-Paul)	A-56
LETTRÉ D'ENTENTE # 98 concernant l'anesthésiologie au centre hospitalier de Buckingham (<i>Abrogée par la Modification 34</i>)	
LETTRÉ D'ENTENTE # 99 concernant la rémunération des médecins spécialistes exerçant au service d'interventions médicales d'urgence (Urgence-santé du Montréal métropolitain)	A-57
LETTRÉ D'ENTENTE # 102 concernant la prestation de soins au sein de certains centres hospitaliers en pénurie d'effectifs	A-58
LETTRÉ D'ENTENTE # 107 concernant le programme québécois de dépistage du cancer du sein.	A-61

	<i>Page</i>
LETTRE D'ENTENTE # 108 relative à l'entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle	A-63
ANNEXE à la lettre d'entente relative à l'entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle	A-64
LETTRE D'ENTENTE # 109 concernant l'instauration de mesures temporaires visant à maintenir l'accessibilité aux services médicaux spécialisés au sein de certaines disciplines et établissements	A-65
LETTRE D'ENTENTE # 110 concernant la participation des médecins spécialistes en endocrinologie aux tests de dosages hormonaux	A-67
LETTRE D'ENTENTE # 111 ayant pour objet le statut professionnel du docteur Patrice Laflamme dont le numéro de permis émis par le collège des médecins du Québec est 95-376	A-68
LETTRE D'ENTENTE # 112 concernant la prestation de soins dans certaines disciplines et établissements visés	A-69
LETTRE D'ENTENTE # 113 concernant l'instauration de mesures d'accessibilité aux services médicaux spécialisés	A-73
LETTRE D'ENTENTE # 118 concernant la chirurgie orthopédique au centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (Pavillon de Gatineau et Pavillon de Hull)	A-74
LETTRE D'ENTENTE # 120 concernant les implications financières de l'implantation de l'Annexe 38	A-75
LETTRE D'ENTENTE # 121 concernant l'implantation du mode de rémunération mixte	A-76
LETTRE D'ENTENTE # 122 concernant le paiement de suppléments de garde en disponibilité	A-77
LETTRE D'ENTENTE # 123 concernant l'anesthésiologie au centre hospitalier de la région de l'Amiante	A-81
LETTRE D'ENTENTE # 124 concernant l'instauration de mesures favorisant le soutien des médecins exerçant dans certains centres hospitaliers en pénurie d'effectifs	A-82
LETTRE D'ENTENTE # 125 concernant le docteur Paul L'Espérance, psychiatre	A-85
LETTRE D'ENTENTE # 126 concernant la nouvelle spécialité de génétique médicale	A-86
LETTRE D'ENTENTE # 127 concernant la nouvelle spécialité de la médecine d'urgence	A-86
LETTRE D'ENTENTE # 128 concernant la garde en disponibilité à distance en radiologie dans certains centres hospitaliers	A-87
LETTRE D'ENTENTE # 129 concernant la mise en place d'un comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés	A-88
LETTRE D'ENTENTE # 130 concernant les cabinets privés de médecins spécialistes	A-89
LETTRE D'ENTENTE # 131 concernant la cessation de carrière du médecin spécialiste	A-89
LETTRE D'ENTENTE # 132 concernant la garde en disponibilité en chirurgie générale au centre hospitalier Brome-Missisquoi-Perkins et au RSSS des Aurores Boréales - CH La Sarre	A-90
LETTRE D'ENTENTE # 133 concernant la rémunération dans certains établissements éloignés de la Côte-Nord et du Nunavik	A-91
LETTRE D'ENTENTE # 134 concernant l'instauration de mesures incitatives de rémunération en psychiatrie	A-92
LETTRE D'ENTENTE # 135 concernant l'accessibilité et la prestation continue des services médicaux spécialisés dans certains établissements en pénurie d'effectifs	A-93
LETTRE D'ENTENTE # 136 concernant l'augmentation du nombre de traitements en radio-oncologie	A-95
LETTRE D'ENTENTE # 137 concernant les médecins spécialistes en médecine d'urgence	A-96
LETTRE D'ENTENTE # 138 concernant l'accessibilité et la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille	A-97
LETTRE D'ENTENTE # 140 concernant la radiologie au Centre hospitalier régional du Suroît et l'Hôpital Barrie Memorial	A-99
LETTRE D'ENTENTE # 141 concernant la radiologie diagnostique à l'Hôpital du Haut-Richelieu	A-99
LETTRE D'ENTENTE # 142 concernant l'accessibilité aux services médicaux et la répartition des effectifs médicaux	A-100
LETTRE D'ENTENTE # 143 concernant la mise en place d'un comité sur les conditions d'exercice des médecins spécialistes	A-101
LETTRE D'ENTENTE # 144 concernant la gestion de fin de carrière des médecins spécialistes	A-102
LETTRE D'ENTENTE # 145 concernant l'évaluation et la mise en place d'autres mesures pour favoriser la qualité et l'accessibilité aux soins	A-103
LETTRE D'ENTENTE # 146 concernant la rémunération des médecins spécialistes	A-104
LETTRE D'ENTENTE # 147 concernant les épreuves cardiologiques effectuées au centre de réadaptation Lucie Bruneau	A-106
LETTRE D'ENTENTE # 148 concernant l'obstétrique-gynécologie à l'hôpital du Haut-Richelieu	A-106
LETTRE D'ENTENTE # 149 concernant les modifications apportées aux modalités d'application des plafonnements généraux de gains de pratique	A-107
LETTRE D'ENTENTE # 150 concernant la mise en place de la rémunération majorée dans certains territoires	A-108

**TITRE V.
PROCÉDURE D'ARBITRAGE****ARTICLE 20.***DIFFÉREND*

20.1 Un différend est logé par un médecin spécialiste ou la Fédération, conformément au présent titre.

On distingue le différend en contestation d'honoraires et le différend collectif.

1. DIFFÉREND EN CONTESTATION D'HONORAIRES

20.2 Un médecin spécialiste auquel la Régie oppose un refus de paiement ou demande un remboursement, peut former un différend.

Pour le médecin qui n'a pas présenté de demande de révision, ce différend doit être logé dans les six mois de la réception de la décision de la Régie concernant un refus de paiement ou une demande de remboursement.

Pour le médecin qui a présenté une demande de révision, ce différend doit être logé dans les six mois de la réception de la décision de la Régie qui fait suite au processus de représentations prévu à l'article 15.

La production d'un avis de différend met fin au processus de représentations.

La Fédération peut, dans les mêmes circonstances, agir pour le compte d'un ou plusieurs médecins spécialistes.

20.3 Il n'y a pas ouverture au différend en contestation d'honoraires, si le litige est de la compétence exclusive de la Commission des Affaires sociales.

20.4 Un médecin spécialiste peut former un différend contre un établissement, s'il y a litige au sujet de l'application de son contrat de services professionnels.

2. DIFFÉREND COLLECTIF

20.5 La Fédération peut former un différend collectif contre la Ministre, la Régie ou un établissement.

Elle peut ainsi soulever tout désaccord au sujet de l'application de cette entente.

Elle peut, de même, attaquer tout instrument administratif - tels une directive, une circulaire, un contrat d'affiliation ou un plan d'organisation - qu'elle prétend être en contravention de cette entente.

ARTICLE 21.*ARBITRAGE***1. AVIS DE DIFFÉREND**

21.1 Un différend est logé au moyen d'un avis adressé au greffier du conseil d'arbitrage qui en notifie sans délai les parties intéressées.

Cet avis de différend est rédigé au moyen du formulaire prévu dans l'annexe 18, sauf s'il s'agit d'un différend logé par la Fédération.

2. QUORUM

21.2 Tout différend est instruit devant un conseil d'arbitrage formé d'un président, assisté d'assesseurs.

+ En règle générale, le président est nommé par les parties négociantes. Chacune d'elles choisit un assesseur.

On procède devant un président seul si le plaignant en fait la demande.

+ Toutefois, si le plaignant en fait la demande, le président et, le cas échéant, les assesseurs sont choisis par les parties au différend. En cas de désaccord entre elles sur le choix du président, celui-ci est désigné par les parties négociantes.

3. DÉCISIONS

21.3 Les questions sont décidées par le président, après avis des assesseurs.

21.4 Le conseil d'arbitrage statue sur le bien-fondé du différend; s'il accueille, il ordonne le redressement qu'il estime approprié.

Il peut rendre toute ordonnance intérimaire qu'il estime équitable pour la sauvegarde des droits des parties.

21.5 Le conseil d'arbitrage peut ordonner sursis d'exécution si le plaignant conteste une demande de remboursement de la Régie et démontre prima facie une apparence de droit.

Une ordonnance de sursis d'exécution a effet pour une période de soixante (60) jours; elle ne peut être prolongée par le conseil d'arbitrage que du consentement des parties.

21.6 Un différend doit être entendu dans les soixante (60) jours de sa présentation.

Après ce délai le président fixe une date d'audition.

21.7 Le conseil d'arbitrage rend sa sentence dans les soixante (60) jours de l'audition.

4. SENTENCE

21.8 Une sentence arbitrale doit être rendue par écrit et être motivée; elle contient, le cas échéant, le rapport dissident d'un assesseur.

Elle est transmise, sous pli recommandé, aux parties intéressées.

21.9 Tout montant que la Régie doit payer en exécution d'une sentence arbitrale porte intérêt au taux prévu par la loi en regard d'un remboursement exigible d'un médecin spécialiste. Cet intérêt court à compter de la présentation du différend.

5. FRAIS

21.10 Les honoraires du président sont répartis en parts égales entre les parties au différend.

Les honoraires d'un assesseur sont payés par la partie qui le nomme.

Les frais de sténographie sont assumés par la Régie.

6. GREFFIER

21.11 Le greffier du conseil d'arbitrage est nommé par la Ministre.

Il a pour mission de préparer le dossier d'arbitrage, de convoquer les parties, d'assigner les témoins et de voir au bon déroulement de l'audition.

Il agit selon les instructions du conseil d'arbitrage.

Montréal, le 22 décembre 1986.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président de la Fédération
des médecins spécialistes du Québec

ARTICLE 5*RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE OU PROGRESSIVE*

5.1 À l'égard du médecin spécialiste qui bénéficie de la majoration de rémunération différente, on ne compte pas dans les gains de pratique, la majoration de rémunération différente.

5.2 Les gains de pratique du médecin spécialiste sujet à l'application des mesures de rémunération progressive sont normalisés. On calcule ces gains de pratique comme s'ils étaient payés suivant la tarification de base.

JEAN ROCHON

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS : *La Partie 2 qui comprend les Règles d'application, les Plafonnements d'activités et les Plafonnements de gains de pratique est publiée dans le Manuel des médecins spécialistes et le Manuel de services de laboratoire en établissement, sous l'onglet « Règles d'application ».*

ANNEXE 9.**ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La Régie rembourse au médecin spécialiste participant au régime, une quote-part de sa prime d'assurance responsabilité professionnelle.

- + Pour le médecin qui souscrit son assurance responsabilité professionnelle auprès de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), cette quote-part correspond, selon le genre d'activité médicale visé, à la différence entre la prime témoin et le montant représentant la contribution du médecin, lesquels sont mentionnés en annexe. La prime témoin s'entend du montant de la prime fixée pour la province de Québec par l'ACPM, pour un genre d'activité médicale, pour l'année 2004, et incluant la taxe de 9 % sur les assurances. Toutefois, le remboursement prévu à la présente annexe ne s'applique qu'à l'égard de la partie de l'année pour laquelle le médecin acquitte la prime fixée pour la province de Québec pour un genre d'activité médicale. La quote-part est alors déterminée en tenant compte de la prime ainsi acquittée et en ajustant au prorata la contribution du médecin et le critère de gains de pratique prévu à l'article 2.

Pour le médecin qui ne souscrit pas son assurance responsabilité professionnelle auprès de l'ACPM, la quote-part correspond, selon le genre d'activité médicale visé, à la différence entre :

- le moindre de la prime d'assurance responsabilité professionnelle applicable pour une année, incluant la taxe de 9 % sur les assurances, et de la prime témoin; et
 - le montant mentionné en annexe représentant la contribution du médecin.
- + 2. Le remboursement de prime est accordé au médecin spécialiste qui, pour la période du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, a touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 \$.
 - + Ce remboursement de prime est également accordé au médecin spécialiste qui, pendant l'année 2004, a touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 \$.

De plus, lorsque le médecin n'exerce qu'une partie de l'année et n'acquitte ainsi, auprès de l'ACPM ou d'un assureur, qu'une partie de la prime d'assurance responsabilité professionnelle autrement applicable, la quote-part est déterminée en tenant compte de la prime acquittée pour cette partie de l'année et en ajustant au prorata le critère de gains de pratique de 52 704 \$ ainsi que la contribution du médecin mentionnée en annexe.

3. Un remboursement de prime est payé dans les 45 jours de la réception d'un reçu attestant le paiement de la prime ou d'une partie d'icelle.

- + Un remboursement de prime pour l'année 2003 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2004.
- + Un remboursement de prime pour l'année 2004 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2005.

Un remboursement exigible non acquitté dans le délai prévu pour son paiement porte un intérêt annuel. Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 %; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

- + 4. La présente entente a effet du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004.
- 5. Les montants payés par la Régie ne sont pas comptés dans le calcul des gains de pratique.
- + EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS : 1- Le remboursement n'est effectué que sur présentation de preuves attestant que la prime ou partie de la prime à rembourser a été acquittée par le professionnel (ex. : l'accusé de réception de l'ACPM ou un reçu attestant le genre d'activité médicale visée par la prime et le montant acquitté).

Lorsqu'une partie de la prime a été acquittée par le professionnel, la Régie rembourse partiellement la quote-part.

- 2- Le médecin qui a autorisé l'ACPM à fournir par télécommunication à la Régie les informations concernant son assurance responsabilité professionnelle, n'a pas à remplir le formulaire sauf pour sa première année d'adhésion à l'ACPM.
- 3- Pour connaître les modalités pour demander un remboursement, voir la description du formulaire sous l'onglet « Formulaires » du Manuel des médecins spécialistes, Régime d'assurance maladie.

TABLEAU DE L'ANNEXE 9

+	Genre d'activité	Prime témoin 2004	Contribution du médecin
		(incluant la taxe)	
+	Biochimie médicale	1 164,12	400
+	Médecine administrative - aucun travail clinique	1 164,12	400
+	Microbiologie médicale	1 164,12	400
+	Pathologie anatomique	1 164,12	400
+	Pathologie générale	1 164,12	400
+	Pathologie hématologique	1 164,12	400
+	Pathologie neurologique (neuropathologie)	1 164,12	400
+	Médecine physique et réadaptation, gériatrie et soins palliatifs	1 190,28	400
+	Pratique médicale limitée exclusivement à l'assistance chirurgicale	1 190,28	400
+	Médecine communautaire (santé publique)	1 190,28	400
+	Médecine de famille ou médecine générale	1 190,28	400
+	Médecine du sport	1 190,28	400
+	Médecine du travail	1 190,28	400
+	Psychiatrie - incluant la pratique exclusive de la psychothérapie	1 556,52	900
+	Médecine générale incluant la garde à la salle d'urgence	1 556,52	900
+	Allergie	1 556,52	900
+	Cancérologie médicale (oncologie médicale)	1 556,52	900
+	Cardiologie	1 556,52	900
+	Dermatologie	1 556,52	900
+	Endocrinologie	1 556,52	900
+	Génétique	1 556,52	900
+	Hématologie	1 556,52	900
+	Immunologie clinique	1 556,52	900
+	Maladies infectieuses	1 556,52	900
+	Médecine des voies respiratoires	1 556,52	900
+	Médecine interne et ses sous-spécialités non précisées ailleurs	1 556,52	900
+	Médecine nucléaire	1 556,52	900
+	Néphrologie	1 556,52	900
+	Pratique chirurgicale excluant tout traitement opératoire	1 556,52	900
+	Pratique limitée au traitement de la douleur chronique	1 556,52	900
+	Pratique obstétricale excluant le travail, l'accouchement et/ou la chirurgie	1 556,52	900
+	Radio-oncologie	1 556,52	900
+	Rhumatologie	1 556,52	900
+	Soins intensifs	1 556,52	900
+	Imagerie diagnostique	1 713,48	950
+	Médecine générale incluant anest., chir. et urgence (mais non l'obstétrique)	1 713,48	950
+	Néonatalogie	1 713,48	950
+	Pédiatrie	2 027,40	1 000

+ Genre d'activité	Prime témoin 2004 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
+ Anesthésie	2 877,60	1 050
+ Chirurgie pédiatrique	2 877,60	1 050
+ Gastroentérologie	2 877,60	1 050
+ Neurologie	2 877,60	1 050
+ Ophtalmologie	2 877,60	1 050
+ Urologie	2 877,60	1 050
+ Médecine d'urgence, urgentologie	3 950,16	1 100
+ Médecine générale incluant obs., anest., chir. et urgence	3950,16	1 100
+ Oto-rhino-laryngologie	4 447,20	1 450
+ Chirurgie générale	6 487,68	2 600
+ Chirurgie gynécologique (excluant le travail et l'accouchement)	6 487,68	2 600
+ Chirurgie thoracique	6 487,68	2 600
+ Chirurgie vasculaire	6 487,68	2 600
+ Chirurgie cardiovasculaire	9 090,60	3 500
+ Chirurgie plastique	9 090,60	3 500
+ Chirurgie orthopédique	10 437,84	3 500
+ Neurochirurgie	15 499,80	3 700
+ Obstétrique (incluant ou excluant la gynécologie)	17 814,96	3 800

ANNEXE 11. A - LETTRES D'ENTENTE NUMÉROTÉES**LETTRES D'ENTENTE**

AVIS : Certaines lettres d'entente comportent une date de signature. C'est normalement la date de la première adoption de la Lettre d'entente. Cependant lors de son remplacement, c'est la date de celui-ci qui apparaît. Malgré cela, la date de signature n'est pas modifiée lors d'un simple amendement à la Lettre d'entente.

LETTRE D'ENTENTE # 1**LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :**

1. La lettre d'entente # 9 du 16 juillet 1982 est reconduite comme suit :

Le médecin spécialiste qui bénéficiait d'une reconnaissance de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, donnée en vertu du paragraphe 1.5 de l'Entente du 4 novembre 1976, conserve les droits y obtenus.

LE 22 DÉCEMBRE 1986.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 2**LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :**

1. On applique la tarification des visites en centre hospitalier de courte durée dans les établissements suivants :

- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
(Site François-Charon et Site Cardinal-Villeneuve)
- Centre de réadaptation InterVal
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- + - Centre mitissien de santé et de services communautaires
- + - Centre montérégien de réadaptation - Granby
- Centre régional de réadaptation La Ressource
- Centre de réadaptation La Maison
- Hôpital Sainte-Justine - CR Marie-Enfant

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 3**LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les lettres d'entente # 24 du 16 juillet 1982 et # 33 du 20 décembre 1983 sont remplacées par ce qui suit :
Sont compris dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale, les actes énumérés en annexe.
LE 22 DÉCEMBRE 1986.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE À LA LETTRE D'ENTENTE # 3**PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES**

Ablation des points de suture ou des agrafes

Ablation de shunt artérioveineux (hémodialyse)

Administration de sang autologue

Administration et interprétation des tests diagnostiques suivants :

analyse d'urine (sommaire et microscopique)

hémoglobine (sauf par spectrophotométrie)

mycose test

P.P.D. (purified protein derivative)

tuberculine

autres analyses par réactifs sur ruban, comprimé ou autres méthodes simples

Application de pâte d'unna

Appréciation simple de l'acuité visuelle et auditive

Aspiration de la trachée sous vision directe

Aspiration pour otite séreuse

Attelles correctrices, application au cou, à la main et au poignet

Biomicroscopie

Biopsie du pénis

Biopsie du scrotum

Blocage du nerf honteux, uni ou bilatéral

Blocage paracervical

Botte d'unna

Brûlures simples, traitement et débridement

Calibrage de l'urètre

Capsulotomie des facettes articulaires

Cathétérisme des veines caves, rénales ou sus-hépatiques pour enregistrement de pression pour prélèvement

Cathétérisme vésical, sauf autrement prévu au tarif

Cautérisation du cordon ombilical

LETTRE D'ENTENTE # 7**CONCERNANT LA RÈGLE D'APPLICATION CONCERNANT L'ACTE 0272 « TENS ».****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La règle d'application suivante est adoptée :

RÈGLE D'APPLICATION CONCERNANT LE CODE 0272 « TENS »

Le code d'acte 0272 est appliqué comme suit :

Cet honoraire est payé au médecin spécialiste pour l'évaluation de l'efficacité de ce traitement chez un malade qu'il voit dans le cadre du programme de soins d'une clinique de la douleur organisé par un centre hospitalier de soins ultraspécialisés, indiqué par les parties négociantes.

Maximum : cet honoraire peut être payé pour une réévaluation du patient une fois par 180 jours, soit par le même médecin spécialiste soit par un autre médecin spécialiste de la clinique.

Tout autre traitement administré par le médecin spécialiste, est compris dans l'honoraire de la visite.

Les traitements administrés par le personnel collaborateur en cabinet privé, ne sont pas payés par la Régie.

2. Cette règle d'application prend effet le 1^{er} février 1987.

LE 22 DÉCEMBRE 1986

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS VISÉS PAR LA LETTRE D'ENTENTE # 7 :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôtel-Dieu de Montréal
- Hôpital Neurologique de Montréal
- Hôpital Notre-Dame de Montréal
- Hôpital Royal Victoria
- Hôpital St-Luc de Montréal
- Centre hospitalier de l'Université Laval
- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Hôpital St-François d'Assise de Québec (*)
- Hôtel-Dieu de Lévis (**)

AVIS : (*) En vigueur le 1^{er} décembre 1992.

(**) En vigueur le 1^{er} juillet 1994.

+

LETTRE D'ENTENTE # 8**CONSEIL D'ARBITRAGE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Les parties négociantes ou, le cas échéant, les parties au différend désignent une personne parmi celles dont les noms suivent pour agir comme président du Conseil d'arbitrage :

- Me Marc Gravel;
- Me Jean-Yves Durand;
- Me Gilles Corbeil.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce _____ jour de _____ 2004.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 9**CONCERNANT LES PRATIQUES MIXTES EN MÉDECINE NUCLÉAIRE
ET EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE****LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. À titre exceptionnel, sont maintenus certains avantages déjà accordés pour permettre une pratique d'appoint en médecine nucléaire ou en radiologie diagnostique.

Ainsi :

Le médecin radiologiste qui a pratiqué la médecine nucléaire entre le 1^{er} janvier et le 31 août 1986, a droit d'être payé au plein tarif de la médecine nucléaire; le maximum des honoraires qu'il peut tirer de cette pratique d'appoint est de 25 000 \$ par semestre.

Le médecin nucléiste qui a pratiqué la radiologie diagnostique dans un laboratoire de radiologie générale entre le 1^{er} janvier et le 31 août 1986, a droit au paiement des honoraires de laboratoire; il a également droit au paiement des honoraires de consultation pour cette pratique, maximum 25 000 \$ par semestre.

À compter du 1^{er} juin 1989, ces honoraires sont comptés dans les gains de pratique du médecin radiologiste ou du médecin nucléiste et ils sont assujettis aux règles relatives au plafonnement de ses gains de pratique professionnelle.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 40

CONCERNANT LA TARIFICATION HORAIRE POUR LA CLINIQUE (ANNEXE 15), LE WEEK-END ET LES JOURS FÉRIÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DES RÉGIONS 10A ET 10B.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

À titre exceptionnel, les médecins spécialistes établis dans les régions 10A et 10B peuvent être payés au tarif horaire pour les soins qu'ils donnent le week-end et un jour férié.

AVIS : *Utiliser les codes d'activités suivants : 002064 ou 022064 (Services cliniques fournis les week-end et les jours fériés).*

Il en est de même des médecins spécialistes qui agissent comme consultants dans le cadre des missions du Grand-nord.

AVIS : *Tout médecin spécialiste se rendant dispenser des services dans un des établissements des régions visées par cette lettre d'entente est considéré agir comme consultant dans le cadre des missions du Grand-Nord.
La région 10 A correspond maintenant à la région 17 : le Nunavik et la région 10 B correspond maintenant à la région 18 : Conseil Cri de la Santé et des services sociaux de la Baie James.*

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 41

CONCERNANT LA TARIFICATION DE LA CULTURE D'ÉPIDERME POUR LES GRANDS BRULÉS.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le docteur François Auger, médecin microbiologiste, est payé au tarif horaire pour les services qu'il rend dans le cadre de l'unité d'auto-transplantation de peau chez les grands brûlés de l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Le tarif horaire est de 80 \$.

2. Sont visés les services suivants :

a. Service de base du laboratoire.

Le nombre maximal d'heures est de 10 par semaine.

AVIS : Utiliser le code d'activités 023053 (Services de laboratoire).

b. Mise en marche du procédé de culture cutanée et supervision de la croissance des feuillets.

Le nombre maximal d'heures par patient est de 25.

AVIS : Utiliser le code d'activités 023065 (Mise en marche du procédé de culture cutanée).

c. Préparation des feuillets pour transplantation.

Le nombre maximal d'heures est de 8 pour chaque épisode de transplantation.

AVIS : Utiliser le code d'activités 023066 (Préparation des feuillets pour transplantation).

3. Les rémunérations payées suivant la présente lettre d'entente sont comptées comme gains externes en regard des dispositions de l'Addendum 5. Microbiologie du Tarif de la médecine de laboratoire.

4. La présente lettre d'entente prend effet au 1^{er} mai 1987.

AVIS : Pour la facturation des codes d'activités 023065 et 023066, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et joindre à votre demande de paiement les renseignements pertinents.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 42**CONCERNANT LE PAIEMENT D'ÉMOLUMENTS DE RÉGIE, EN PSYCHIATRIE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

En psychiatrie, les lettres d'entente prévoyant la rémunération des fonctions de régie sont prolongées jusqu'au 31 mars 1989.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 43**CONCERNANT LA BANQUE D'YEUX DU CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ LAVAL.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les médecins ophtalmologistes du CHUL, chargés de la Banque d'yeux nationale, sont payés aux taux horaire pour cette activité.

Le tarif horaire est de 80 \$.

2. Sont ainsi payés au tarif horaire :

- l'examen du globe oculaire;
- le contrôle du nettoyage et de l'aseptisation du globe oculaire;
- le découpage de la cornée;
- la mise en conservation de la cornée en bocal de la culture du tissu;
- la distribution des greffons.

AVIS : Utiliser le code d'activités 024030 (Services cliniques).

Voir les modalités de facturation de l'Annexe 15, Brochure No 2 - Spécialistes.

3. La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} janvier 1989.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 44**CONCERNANT LA TARIFICATION DE LA MÉDECINE NUCLÉAIRE IN VIVO****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. À compter du 1^{er} septembre 1989, les examens de médecine nucléaire in vivo sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 45**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Le médecin qui ne justifie pas d'un certificat de spécialiste en médecine de laboratoire, auquel les parties négociantes ont reconnu le droit de se prévaloir de la tarification d'une ou plusieurs disciplines de la médecine de laboratoire, est payé aux trois-quarts du tarif pour cette pratique.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 46**CONCERNANT LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE**

Considérant l'évolution récente de la technologie relativement à la chirurgie réfractive.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De créer un comité conjoint composé de médecins ayant mandat de réévaluer les critères permettant d'identifier les pathologies oculaires qui peuvent être traitées par la chirurgie réfractive.

2. Ce comité fait rapport aux parties négociantes d'ici le 1^{er} janvier 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, le 24^e jour d'avril 1995.

JEAN ROCHON

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 48

CONCERNANT LES FRAIS TECHNIQUES D'AUDIOMÉTRIE PAYÉS PAR LE MÉDECIN OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE, EN CENTRE HOSPITALIER.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Régie rembourse les frais techniques de procédé d'audiométrie assumés par le médecin ORL qui fournit, outre son service médical, les services d'un audiologiste (ou d'un technicien) et un équipement portatif d'audiométrie.

Ce remboursement est établi suivant la tarification prévue dans l'Entente.

2. La présente lettre d'entente s'applique aux médecins ORL dont les noms apparaissent dans la liste en annexe, pour leur pratique dans les établissements y indiqués.

Un établissement cesse d'être visé par la présente lettre d'entente lorsqu'il offre les services d'un audiologiste et l'équipement d'audiométrie.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE - LETTRE D'ENTENTE # 48

DOCTEURS ROBERT A. BERTRAND ET ARMAND ARSENAULT

- Centre de santé Isle-Dieu -Matagami
- Hôpital de Chibougamau

DOCTEURS CLAUDE BÉLANGER, IVAN LANDRY ET SERGE PARADIS

- Hôpital St-Sauveur de Val d'or

LETTRE D'ENTENTE # 49

CONCERNANT CERTAINES MESURES DE DÉPANNAGE EXCEPTIONNELLES EN RADIOLOGIE.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

ARTICLE 1.*POOL DE DÉPANNAGE*

1.1 La fédération, avec l'appui de l'Association des radiologistes du Québec, crée un pool de dépannage, en radiologie.

Ce Pool de dépannage - Régions est formé de médecins radiologistes qui acceptent de faire du dépannage dans les régions, comme mesure transitoire.

1.2 Le Pool de dépannage - Régions fait en sorte d'assurer au centre hospitalier qu'il dessert, la présence régulière d'un médecin radiologiste consultant.

Au besoin, pour les examens de graphie en attente, on ajoute aux services du consultant visiteur, les services de consultation selon la modalité valise fax.

ARTICLE 2.*DEMANDES DE DÉPANNAGE*

2.1 Les demandes de dépannage sont transmises par la personne que désigne la direction des affaires professionnelles du MSSS.

Elles sont adressées au coordonnateur du Pool de dépannage - Régions que nomme l'Association des radiologistes du Québec.

ARTICLE 3.*TARIFICATION*

3.1 Les examens de radiologie pratiqués dans les hôpitaux visés par la présente lettre d'entente, sont payés conformément au tarif.

Toutefois, le médecin radiologiste ne touche pas de majoration de rémunération différente. Celle-ci est versée au Pool de dépannage - Régions qui en fait emploi pour le paiement d'incitatifs.

ARTICLE 4.*FACTURATION*

4.1 Le Pool de dépannage - Régions autorise et transmet, en qualité de tiers autorisé, la facturation des examens fournis suivant la présente lettre d'entente.

4.2 La Régie accorde au Pool de dépannage - Régions les avances de fonds déterminées par les parties négociantes, pour le paiement d'incitatifs.

ARTICLE 5.*APPLICATION*

5.1 Sont visés par les mesures de dépannage exceptionnelles envisagées par la présente lettre d'entente, les établissements hospitaliers dont la liste apparaît en annexe.

Cette lettre d'entente prend effet au jour de l'adoption du décret prévu au mémoire d'intention signé par la ministre, le 5 avril 1989, concernant la création d'un contingent de postes protégés pour la radiologie en région.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS : Voir l'annexe à la Lettre d'entente # 49, à la page suivante.

ANNEXE - LETTRE D'ENTENTE # 49

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS

Région 01

- C.S. de l'Archipel
- C.H. de Chandler
- C.H. Baie-des-Chaleurs
- C.H. de Matane
- Hôpital de Gaspé
- Hôpital des Monts

Région 02

- C.H. de Dolbeau

Région 06B

- C.H. Notre-Dame de Ste-Croix, Mont-Laurier

LETTRÉ D'ENTENTE # 51

CONCERNANT LA CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :

1. Le médecin spécialiste auquel un malade est dirigé en consultation par un chirurgien buccal, a droit au supplément de consultation pour sa visite.

S'il s'agit d'un chirurgien, il reçoit le supplément de consultation interdisciplinaire.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 52

CONCERNANT CERTAINS MÉDECINS SALARIÉS.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :

1. Les médecins salariés qui ont été engagés pour une semaine de travail de 40 heures ou plus, peuvent continuer d'être payés sur la base d'une semaine de travail de la même durée.

De même, ces médecins peuvent continuer de bénéficier d'avantages sociaux calculés sur la base de leur semaine de travail - maximum 45 heures.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 53**CONCERNANT LES MISSIONS SUR LES TERRITOIRES DE LA BASSE-CÔTE-NORD****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les médecins qui se rendent sur la Basse Côte-Nord pour y dispenser des soins spécialisés dans le cadre d'une mission occasionnelle organisée sous l'autorité du ministre, peuvent se prévaloir du tarif horaire.

Ils sont alors payés suivant ce tarif pendant toute la durée de leur séjour, les week-ends et les jours fériés compris - maximum 21 jours par trimestre et par discipline.

On applique un tarif horaire de 80 \$.

AVIS : Utiliser le code d'activités 026030 (Services cliniques).

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 55**CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE**

CONSIDÉRANT les critères de gains de pratique prévus à l'article 2 de l'Annexe 9 pour avoir droit au remboursement d'une quote part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle.

CONSIDÉRANT que certains médecins exerçant en milieu universitaire ne rencontrent pas ces critères de gains de pratique en raison du niveau de leurs activités académiques mais doivent tout de même assumer diverses tâches cliniques et acquitter leur prime d'assurance responsabilité professionnelle.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Nonobstant l'article 2 de l'Annexe 9, les parties négociantes peuvent, sur autorisation spécifique, donner droit aux bénéfices de l'Annexe 9 au médecin spécialiste qui exerce en milieu universitaire et dont les gains de pratique au cours d'une année civile sont inférieurs à 52 704 \$ en raison de son niveau d'activités académiques.

2. La Régie donne effet aux avis d'autorisation transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 8e jour de mars 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 56**CONCERNANT LA PRATIQUE AU TARIF HORAIRE EN TEMPS PARTAGÉ. ANNEXE 15.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :**

1. Celui qui pratique au tarif horaire dans plus d'un établissement, est sujet au plafonnement établi par l'article 12 de l'Annexe 15.

Les heures additionnelles sont autorisées par le médecin-chef du département dans lequel le médecin spécialiste prolonge son service, au delà de la prestation de 7 heures pour la journée.

Dans ses notes explicatives, le médecin spécialiste indique l'horaire de ses activités pour la journée.

2. La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} janvier 1990.

À l'égard des heures additionnelles effectuées avant le 31 décembre 1989, le médecin spécialiste visé par la présente lettre d'entente, n'est pas tenu de fournir des notes explicatives.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 57**CONCERNANT L'ANNEXE 5. RÈGLES DE TARIFICATION DU TARIF DE LA MÉDECINE DE LABORATOIRE.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :**

1. Les clauses 2.4 et 4.2 de l'Addendum 5. Microbiologie, du Tarif de la médecine de laboratoire prévoyant le calcul de la modulation de disponibilité relative prennent effet au 1^{er} janvier 1990.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 58**CONCERNANT LA CLINIQUE DE RADIOLOGIE MAISONNEUVE-ROSEMONT.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :**

1. Les parties négociantes conviennent d'analyser périodiquement l'impact de l'implantation de la Clinique de radiologie de la Polyclinique Maisonneuve-Rosemont sur les gains de pratique en radiologie et d'en tenir compte dans leurs évaluations tarifaires.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 59

CONCERNANT CERTAINES MESURES DE DÉPANNAGE EXCEPTIONNELLES EN RADIOLOGIE.

VU LA LETTRE D'ENTENTE # 49

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Les services radiologiques rendus dans les établissements énumérés en annexe, entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre 1989, ne sont pas sujets au plafonnement d'activités PA-6.

À compter du 1^{er} novembre 1989, sont exemptés du plafonnement d'activités PA-6, les honoraires versés au Pool de pratique - Régions.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE - LETTRE D'ENTENTE # 59

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS

Région 01

- C.S. de l'Archipel
- C.H. de Chandler
- C.H. Baie-des Chaleurs
- C.H. de Matane
- Hôpital de Gaspé
- Hôpital des Monts

Région 02

- C.H. de Dolbeau

Région 06B

- C.H. Notre-Dame de Ste-Croix, Mont-Laurier

AVIS : Voir l'AVIS DE PARTICIPATION à la page suivante.

AVIS DE PARTICIPATION

Par la présente, j'informe la Régie de l'assurance maladie du Québec que j'entends participer au Pool de dépannage -Régions, aux conditions établies par les Lettres d'entente # 49 et 59, intervenues entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Ma participation me permettra de toucher le tarif régulier pour ma pratique dans les hôpitaux visés par la Lettre d'entente # 59.

Quant au supplément de rémunération différente, il sera utilisé selon les fins déterminées par le comité de direction du Pool de dépannage - Régions nommé par la FMSQ sur la recommandation de mon association professionnelle.

Le présent avis de participation s'applique à l'égard de ma pratique en région depuis le 1^{er} novembre 1989.

LE 1989

.....
(signature du médecin)

LETTRÉ D'ENTENTE # 60**CONCERNANT CERTAINS PROCÉDÉS CHIRURGICAUX EXÉCUTÉS EN CARDIOLOGIE.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :**

1. En cardiologie, seules sont comprises dans l'honoraire global d'un procédé d'implantation d'un stimulateur cardiaque permanent ou de son remplacement, les visites que le cardiologue intervenant rend au malade pendant son hospitalisation.
2. On applique la même règle lorsqu'un cardiologue pratique l'introduction d'un ballon intra-aortique.
3. La présente lettre d'entente a préséance sur la règle d'application no. 7.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

ROBERT MARIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 61**CONCERNANT LA TARIFICATION DE CERTAINS SERVICES EN RADIOLOGIE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :**

1. À compter du 1^{er} mars 1992, l'acte radiologique de la mesure de la densité osseuse est facturé en utilisant le formulaire des visites.
2. À compter du 1^{er} juillet 2001, les services radiologiques suivants sont facturés en utilisant le formulaire des visites :
pyélographie incluant la tomographie, le cas échéant (code 8181)
phlébographie périphérique (code 8061)

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

ROBERT MARIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 62**CONCERNANT L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :**

1. L'examen clinique psychiatrique demandé par une ordonnance de cour en vue d'une cure fermée conformément aux dispositions de la Loi sur la protection du malade mental donne droit à un tarif de 150 \$ incluant la rédaction du rapport.

AVIS : *Inscrire le code d'acte 8854 dans la case ACTES. Voir sous l'onglet B « Tarification des visites » dans le Manuel des médecins spécialistes.*

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

ROBERT MARIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 64

CONCERNANT L'EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :

1. Le médecin auquel un enfant est dirigé afin de déterminer s'il est victime de mauvais traitements, est payé comme suit :

XXXX	Prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	120,00	100,00
XXXX	Supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives)	35,00	35,00

2. Sauf lorsque le médecin est rémunéré à titre d'expert, le temps de la vacation à la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse, est payé au tarif horaire de 100 \$.

AVIS : Voir les codes d'acte appropriés sous l'onglet B « Tarification des visites » sous le titre « Examen d'un enfant suivant la Loi sur la protection de la jeunesse ».

3. Ces honoraires ne sont pas comptés dans les gains de pratique.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de décembre 1992.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

ROBERT MARIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 65

CONCERNANT LE CENTRE « DERNIER RECOURS »

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :

1. La Régie paie au docteur Yvan Monette, psychiatre, des honoraires de 22 250 \$ pour les services rendus aux patients du centre « Dernier Recours » pour la période du 8 janvier 1991 au 14 juin 1991.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

ROBERT MARIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 66**CONCERNANT LES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Des honoraires de 80 \$ l'heure sont payés au médecin pour le temps qu'il consacre aux activités de préparation d'une transplantation d'organes.
2. Le médecin indique dans son relevé d'honoraires les activités de préparation qu'il a faites, en mentionnant leur durée respective.
3. Le médecin peut facturer selon le mode de l'acte pour des soins donnés à d'autres patients le même jour dans l'établissement.

AVIS : - Inscrire le numéro d'assurance maladie du donneur ou du receveur québécois, selon le cas, ou les prénom, nom, date de naissance, sexe et adresse du donneur non québécois; dans ce dernier cas, si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** et inscrire un « A » dans la case **C.S.**;

- Inscrire le code 0510 dans la case **ACTES**;
- Inscrire le nombre d'heures dans la case **UNITÉS**;
- Inscrire le code de l'établissement;
- Inscrire les activités de préparation et leur durée respective dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

4. Ces dispositions s'appliquent aux demandes de paiement présentées à la Régie de l'assurance maladie depuis le 1^{er} janvier 1989.

À compter du 1^{er} septembre 1997, cette lettre d'entente ne s'applique pas au médecin spécialiste en chirurgie générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de décembre 1992.

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

ROBERT MARIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 67**CONCERNANT PIERRE R. LABERGE, MÉDECIN MICROBIOLOGISTE, SERGE BRETON, MÉDECIN PSYCHIATRE ET RICHARD R. JODOIN, CHIRURGIEN PLASTICIEN.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les journées de ressourcement acquises par le docteur Pierre R. Laberge, comme omnipraticien, avant qu'il n'entreprenne ses études de spécialité en microbiologie, lui sont reconnues.
2. Il en est de même des journées de ressourcement acquises par le docteur Serge Breton, comme omnipraticien avant qu'il n'entreprenne ses études de spécialité en psychiatrie.
3. Il en est également de même des journées de ressourcement acquises par le docteur Richard Jodoin, comme omnipraticien, avant qu'il n'entreprenne ses études de spécialité en chirurgie plastique. (Rétroactivement au 1^{er} octobre 1992).
4. Ces journées sont sujettes à l'article 3 de l'Annexe 19. Rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 69

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU DR MARC RHAINDS DANS LE CADRE DU SYSTÈME D'ÉVACUATION AÉROMÉDICALE DU QUÉBEC (E.V.A.Q.)**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Pour la période du 1er janvier 1993 au 31 décembre 2000, le Dr Marc Rhainds est rémunéré selon le mode de rémunération de l'honoraire forfaitaire au tarif horaire pour sa participation à E.V.A.Q.
2. Lors de cette participation, pour la période de 7h00 à 23h00, le nombre d'heures payées au tarif horaire ne peut dépasser 12; pour la période de 23h00 à 7h00, le nombre d'heures payées au tarif horaire ne peut dépasser 6.

AVIS : *Utiliser le code d'activités 016089 (Services cliniques - garde de jour) ou 016090 (Services cliniques - garde de nuit).*

3. Pendant ces périodes, il ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24^e jour d'avril 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 70

CONCERNANT LA RÉVISION DE LA TARIFICATION.**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Une révision de l'ensemble de la tarification sera effectuée par les parties négociantes au plus tard le 1^{er} mars 1994 en vue d'une mise à jour eu égard à l'évolution de la pratique médicale et à un contrôle plus efficace de l'évolution des coûts.

Conséquemment, les dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 visant respectivement les Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie, les Règles de tarification de la médecine de laboratoire, la Tarification de la médecine et de la chirurgie, la Tarification de la médecine de laboratoire et le Protocole relatif aux plafonnements des gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires seront remplacées d'ici le 1^{er} mars 1994.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de mars 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 72**CONCERNANT LES HYPOTHÈSES ÉCONOMIQUES DES PLAFONNEMENTS INTRODUITS DANS LE CADRE DE LA MODIFICATION n° 30 EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE ET EN UROLOGIE.**

CONSIDÉRANT les évaluations faites par les parties négociantes pour chacun des plafonnements suivants :

1. PA-18 - Oto-rhino-laryngologie
 - plafonnements de gains de pratique 682 400
2. PA-26 - Obstétrique-gynécologie
 - plafonnements de gains de pratique 855 200
3. PA-27 - Urologie
 - plafonnements de gains de pratique 327 400

CONSIDÉRANT l'incertitude de ces évaluations;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Ces évaluations prospectives et leurs effets sont vérifiés par les parties négociantes, en fonction des données observées pour la période du 1^{er} juillet 1994 au 31 décembre 1994, par rapport à celles de la même période l'année précédente.

Les parties corrigent, à la baisse ou à la hausse, les tarifs des spécialités concernées en fonction de l'effet économique réel observé durant la période-témoin.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 74**CONCERNANT LE DOCTEUR PAUL G. OUELLET.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La Régie paie au docteur Paul G. Ouellet, psychiatre, les émoluments de régie prévus à la Lettre d'entente A-18 pour les services rendus à titre de chef de service clinique au Centre hospitalier Robert Giffard au cours de la période du 26 novembre 1990 au 18 décembre 1991.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 75

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DANS CERTAINES DISCIPLINES AU CENTRE HOSPITALIER LAC-MÉGANTIC.

ATTENDU la situation particulière et exceptionnelle du Centre hospitalier Lac-Mégantic lequel se retrouve à plus de cent (100) kilomètres du centre hospitalier régional le plus rapproché;

ATTENDU que la situation démographique de la région rend également difficile l'installation et le maintien sur place de médecins spécialistes en anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et obstétrique-gynécologie;

ATTENDU la nécessité d'assurer le maintien de services médicaux appropriés dans ces disciplines au Centre hospitalier Lac-Mégantic;

ATTENDU qu'il y a lieu de favoriser que le Centre hospitalier Lac-Mégantic puisse obtenir les services médicaux appropriés dans ces disciplines, entre autres par la voie d'un jumelage avec un centre hospitalier de la région;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de ce qu'il a droit en vertu de l'Entente, le médecin spécialiste en anesthésiologie, en médecine interne, en chirurgie générale et en obstétrique-gynécologie a également droit à un forfait quotidien de 55 \$ en semaine (à l'exception des jours fériés) et de 35 \$ le week-end ou un jour férié.

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **9891** (forfait en semaine à l'exception des jours fériés) ou **9892** (forfait le week-end ou un jour férié), dans la case ACTES;
- le code d'établissement.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9891 ou 9892.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

2. On lui accorde également les avantages suivants lorsqu'il doit effectuer un déplacement de plus de 70 kilomètres (unidirectionnel) afin de se rendre dispenser des soins à ce centre :

2.1 Il a droit à un forfait de 165 \$ pour chaque période de six (6) jours consécutifs au cours desquels il assume la prestation de soins;

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **9893** dans la case ACTES, le 6e jour de la dispensation des services;
- dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, les dates correspondant à la période des soins rendus dans l'établissement et le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) parcourus;
- le code d'établissement.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9893.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

2.2 Il a droit aux frais de déplacement et de séjour prévus à l'article 1 de l'Annexe 23.

AVIS : Voir l'article 1 de l'Annexe 23 dans le Manuel des médecins spécialistes pour tout déplacement de 40 kilomètres et plus (distance unidirectionnelle).

3. Pour chaque journée, un seul médecin spécialiste de chacune des disciplines visées peut se prévaloir des avantages de la présente lettre d'entente. Si plus d'un médecin d'une de ces disciplines dispensent des soins dans ce centre au cours d'une même journée, seul celui qui est assigné de garde pour cette journée a droit aux avantages prévus à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^e jour de décembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 76**CONCERNANT LA NOUVELLE SPÉCIALITÉ D'ONCOLOGIE-MÉDICALE.**

ATTENDU QUE le Collège des médecins a reconnu l'oncologie-médicale comme nouvelle spécialité;

ATTENDU QUE les parties négociantes verront dans un proche avenir à adopter les dispositions nécessaires concernant la rémunération des médecins spécialistes reconnus au sein de cette nouvelle spécialité;

ATTENDU QUE dans l'attente de dispositions spécifiques de rémunération, les parties négociantes doivent prévoir de façon transitoire la rémunération de ces médecins;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À compter de la date de reconnaissance de la discipline de l'oncologie-médicale et ce jusqu'à l'adoption de dispositions spécifiques de rémunération par les parties négociantes, les médecins ayant obtenu un nouveau certificat en oncologie-médicale demeurent rémunérés selon leurs classifications avant l'obtention de ce dernier certificat. Ainsi, les médecins classifiés, entre autres, en hématologie, médecine interne ou pédiatrie continueront d'être rémunérés selon les tarifs propres à ces spécialités. En ce qui a trait aux médecins n'étant certifiés spécialistes que dans la discipline de l'oncologie-médicale, ceux-ci seront rémunérés selon les modalités déterminées par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e jour d'octobre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 77**CONCERNANT LES DOCTEURS LOUISE PASSERINI, YVES BERTHIAUME ET ANNICK CHÂTILLON.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

La Régie paie aux docteurs Louise Passerini, Yves Berthiaume et Annick Châtillon, les forfaits patients et les forfaits unités prévus à l'Annexe 29 de l'Entente et pour lesquels ils ont présenté une facturation pour les mois de juin et juillet 1994.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour d'août 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 78**CONCERNANT LE PAIEMENT DE LA PRIME DE REVALORISATION EN PÉDIATRIE.**

ATTENDU QUE pour avoir droit au paiement de la prime de revalorisation prévue à l'Annexe 32 de l'Entente, le médecin spécialiste oeuvrant en régions désignées doit entre autres conditions, avoir gagné dans l'année civile des gains de pratique d'au moins 100,000 \$ en établissement;

ATTENDU QUE pour la discipline de la pédiatrie, de l'obstétrique-gynécologie et de la dermatologie on prend également en compte 70 % des gains de pratique du médecin en cabinet en régions désignées si ces gains de pratique sont d'au moins 30,000 \$ dans un ou plusieurs établissements en régions désignées;

ATTENDU QUE cette exception visait à faire en sorte d'assurer le paiement de la prime de revalorisation aux médecins spécialistes qui avaient une importante pratique mixte dans ces disciplines;

ATTENDU QUE malgré cette exception, certains médecins spécialistes oeuvrant en régions désignées dans la discipline de la pédiatrie n'ont pu se qualifier pour le paiement de la prime de revalorisation;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins de rencontrer l'exigence prévue à l'alinéa 1.1 c) de l'Annexe 32 de l'Entente, on tient compte, pour le médecin pédiatre qui était installé en régions désignées au 1^{er} janvier 1994, de la totalité des gains de pratique gagnés par ce médecin en cabinet en régions désignées, en autant que les gains de pratique de ce médecin soient d'au moins 30,000 \$ dans un ou plusieurs établissements en régions désignées.

2. La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour d'août 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 79**CONCERNANT LE DOCTEUR MARLEEN DARIS, OBSTÉTRICIEN-GYNÉCOLOGUE.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Le Docteur Marleen Daris a droit au remboursement prévu à l'article 3.4 (i) de l'Annexe 19 de l'Entente pour les journées de ressourcement qu'elle a cumulées et pour lesquelles elle effectue un séjour de ressourcement au cours du mois de janvier 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour d'août 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 80**CONCERNANT L'UTILISATION DES FORFAITS COMPENSATOIRES.**

VU les dispositions touchant les médecins spécialistes contenues dans la Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public et le secteur municipal (1993, chapitre 37);

VU les dispositions de l'Accord-cadre du 22 décembre 1986 et ses modifications concernant les dépassements tarifaires et leur pondération en fonction de facteurs de productivité réelle;

ATTENDU QU' il y a lieu de répondre aux engagements et obligations prévus à ces dispositions pour les périodes qui y sont visées, de manière à finaliser et remplacer l'Accord-cadre du 22 décembre 1986 et ses modifications;

ATTENDU QUE des forfaits compensatoires de 47,6 M \$ ont été accumulés afin de tenir compte du retard à mettre en vigueur l'augmentation tarifaire du 1^{er} décembre 1992, laquelle est entrée en vigueur le 13 mars 1994;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Une somme de 37,1 M \$ est prélevée à même ces montants forfaitaires pour satisfaire à la réduction que prévoit l'article 31 de la Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public et le secteur municipal (1993, ch. 37) pour les périodes du 1^{er} décembre 1993 au 30 novembre 1994, du 1^{er} décembre 1994 au 30 novembre 1995 et du 1^{er} décembre 1995 au 30 novembre 1996.

2. Une somme de 7,1 M \$ est également prélevée de ces montants pour rembourser les dépassements non-autorisés observés au cours des périodes du 1^{er} décembre 1992 au 30 novembre 1993 et du 1^{er} décembre 1993 au 30 novembre 1994.

3. Le solde disponible des forfaits compensatoires, soit 3,4 M \$, auquel s'ajoute une réserve de 6,4 M \$ pour l'année 1995-1996, peut être utilisé, notamment, afin de rembourser tout dépassement de l'enveloppe budgétaire globale pré-déterminée à l'article 2.1 du présent Accord-cadre ou d'effectuer le versement de montants forfaitaires aux médecins spécialistes dans les cas, conditions et circonstances définis par les parties négociantes.

4. La présente lettre d'entente emporte l'abrogation du mémoire d'intention signé le 22 mars 1994 entre les parties négociantes concernant l'affectation des forfaits compensatoires alors en réserve.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 83**CONCERNANT L'INSTAURATION DE NOUVEAUX PROGRAMMES.**

CONSIDÉRANT que le MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX a pour fonctions d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives à la santé et aux services sociaux;

CONSIDÉRANT que dans l'exercice de ces fonctions, le Ministre a le pouvoir de proposer et de développer de nouveaux programmes;

CONSIDÉRANT l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale prédéterminée devant servir à la rémunération des médecins spécialistes pour la durée de l'Accord-cadre;

CONSIDÉRANT que la rémunération des services rendus par les médecins spécialistes, dans le cadre des programmes dont l'administration est confiée à la RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, est assumée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée;

LES PARTIES CONVIENNENT, de discuter de l'impact de tout nouveau programme institué par la loi ou le gouvernement dont l'administration est confiée à la RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre et des mesures à prendre.

Ces discussions pourront également porter sur d'autres programmes institués par le Ministre après la signature des présentes, impliquant la participation des médecins spécialistes et ayant un impact sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 84

CONCERNANT L'IMPACT DES TRANSFORMATIONS DU RÉSEAU HOSPITALIER SUR LA PRATIQUE MÉDICALE.

VU la nécessité de répondre à l'évolution des besoins de la population en matière de santé;

VU la transformation du réseau hospitalier;

VU l'impact de la reconfiguration du réseau de la santé sur la pratique médicale;

ATTENDU QUE le MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, reconnaît que la reconfiguration du réseau de la santé implique la participation des cabinets privés;

ATTENDU QUE la FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC, s'engage à participer au virage ambulatoire et à l'implantation de la chirurgie d'un jour et de l'hôpital d'un jour;

À CETTE FIN, LES PARTIES CONVIENNENT :

- 1.** D'apporter les aménagements nécessaires à la tarification des services rendus par les médecins spécialistes pour ajuster la rémunération de certains actes à la réalité du virage ambulatoire, à la chirurgie d'un jour et à l'hôpital d'un jour.
- 2.** De favoriser la mise en place de réseaux de services et de réseaux de garde régionaux et supra-régionaux.
- 3.** De réviser les modes d'organisation et de dispensation des services médicaux et les modes de rémunération des médecins spécialistes afin d'en assurer la flexibilité et l'interchangeabilité ainsi que l'accessibilité des services à la population.
- 4.** De mettre en place des mesures visant à permettre, par exemple par la voie de contrats de services, une meilleure complémentarité entre les établissements et les cabinets privés en vue d'assurer la continuité des soins spécialisés et leur accessibilité.
- 5.** De discuter des mesures à prendre dans l'éventualité d'un transfert des activités hospitalières vers les cabinets privés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 85**CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE RETRAITE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES.**

CONSIDÉRANT l'intérêt des parties négociantes pour la mise en place d'un régime de retraite pour les médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT l'introduction d'un plan de carrière pour les médecins spécialistes;

LES PARTIES CONVIENNENT :

1. D'entreprendre l'étude de la mise en place d'un régime de retraite pour les médecins spécialistes et d'en évaluer la faisabilité.
2. Cette étude portera, notamment, sur l'admissibilité ou l'assujettissement au régime, les cotisations, l'admissibilité à la rente de retraite, sa coordination avec les régimes publics ou privés dont bénéficient déjà les médecins spécialistes, les conditions d'application du régime en cas de cessation d'exercice, de décès, de rupture du mariage, le niveau de remplacement du revenu à la retraite susceptible de rencontrer les besoins des médecins spécialistes et son évolution au regard de l'inflation.
3. L'étude devra comporter une évaluation du coût des solutions retenues.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 86**CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE.**

CONSIDÉRANT que la FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC a déclaré son intérêt pour l'instauration d'une mutuelle de protection des médecins à l'égard de la responsabilité professionnelle qu'ils peuvent encourir dans l'exercice de leur profession;

CONSIDÉRANT la participation du Ministre, en vertu de l'Annexe 9 de l'Entente, au paiement des primes d'assurance responsabilité que doivent défrayer les médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT les études auxquelles ont procédé respectivement le Ministre et la FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC quant à la problématique de l'assurance responsabilité professionnelle des médecins;

LES PARTIES CONVIENNENT :

1. De poursuivre l'évaluation de la faisabilité et de la rentabilité de l'instauration d'un tel projet dans la perspective de son implantation dans les meilleurs délais.
2. Cette évaluation portera notamment sur l'instauration de modalités administratives qui détermineront à l'égard d'une réclamation ou d'un litige, les responsabilités respectives des établissements ou de la mutuelle de protection permettant ainsi de réduire les coûts du règlement de ces litiges.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 87**CONCERNANT L'APPLICATION DE L'ARTICLE 2 DE L'ACCORD-CADRE RELATIVEMENT À L'UTILISATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE PRÉDÉTERMINÉE.****LES PARTIES CONVIENNENT QUE :**

1. Sans limiter la généralité de l'article 2.3 de l'Accord-cadre, la rémunération des médecins spécialistes pour les services suivants est assumée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'article 2.1 de l'Accord-cadre :

- a) Les services rendus par les médecins spécialistes dans le cadre des lettres d'entente # 5, 6 et 62.
- b) Les services professionnels des médecins spécialistes hors-Québec inscrits au régime d'assurance maladie ainsi que les remboursements aux bénéficiaires pour des services médicaux dispensés hors-Québec, selon le montant payé par la Régie, jusqu'à concurrence de celui qui aurait été payé pour de tels services en vertu de l'Entente.

Toutefois, la rémunération des services médicaux rendus hors du Québec, selon les conditions décrites aux articles 23.1 et 23.2 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie est exclue de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

- c) Les remboursements faits dans le cadre de l'Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle.
- d) Les autopsies.
- e) Les activités des médecins spécialistes reliées au programme relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une régie régionale et, le cas échéant, au programme relatif à la rémunération de certaines fonctions de gestion assumées par les médecins spécialistes en établissement.

2. La rémunération des médecins à qui le COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC décerne un permis restrictif après le 1^{er} avril 1995 n'est pas considérée aux fins de la détermination de tout dépassement ou non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre.

3. Dans l'éventualité de la certification de médecins détenant déjà un permis d'exercice, dans une nouvelle spécialité reconnue par LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC après le 1^{er} avril 1995, les parties conviennent d'analyser et d'évaluer l'impact de l'arrivée de ces nouveaux médecins spécialistes sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre et de discuter des mesures à prendre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé À Québec, ce 1^{er} octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 88**CONCERNANT LA DIMINUTION VOLONTAIRE DU NIVEAU D'ACTIVITÉ POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES.**

CONSIDÉRANT l'élaboration et l'application des plans d'effectifs médicaux;

CONSIDÉRANT la nécessité de favoriser l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT le désir de certains médecins spécialistes de diminuer leur niveau d'activité;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

le MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX reconnaît la notion de demi-poste aux fins de l'élaboration et de l'application des plans d'effectifs médicaux. Le Ministre adopte les mesures nécessaires afin d'assurer la reconnaissance de cette notion dans le réseau.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, le 1^{er} octobre 1995.

JEAN ROCHON

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 89**CONCERNANT LES MODIFICATIONS POSSIBLES AUX PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE.**

CONSIDÉRANT l'adoption de mesures de plafonnement des gains de pratique applicables à l'ensemble des médecins spécialistes québécois;

CONSIDÉRANT l'application de ces plafonnements sur une base trimestrielle pour la période du 1^{er} octobre 1995 au 31 décembre 1995 et sur une base semestrielle à compter du 1^{er} janvier 1996;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC et le MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX reconnaissent la possibilité de convenir, d'ici au 1^{er} décembre 1995, des modifications particulières à certains des plafonds instaurés par l'Accord-cadre. Toute modification qui pourrait être introduite ne s'appliquera cependant qu'à compter du semestre débutant le 1^{er} janvier 1996.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour d'octobre 1995.

JEAN ROCHON

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 90

CONCERNANT LA MODIFICATION DE L'ACCORD-CADRE AFIN DE REFLÉTER LE RÉSULTAT DES NÉGOCIATIONS DANS LE SECTEUR PUBLIC.

CONSIDÉRANT l'entente de principe devant intervenir entre le gouvernement et le secteur public;

CONSIDÉRANT la nécessité d'agir avec équité avec l'ensemble des intervenants;

CONSIDÉRANT la nécessité de modifier l'Accord-cadre selon les paramètres de l'entente de principe à intervenir dans le secteur public;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant de 6,3 millions est ajouté au solde de 9,8 millions de forfaits compensatoires prévu à la Lettre d'entente #80 afin de faire état de l'abrogation proposée de la Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public et le secteur municipal.

2. Les modifications nécessaires sont également apportées à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre afin de refléter les augmentations de 1 % à intervenir dans le secteur public le 1^{er} janvier 1997 et le 1^{er} janvier 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour d'octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS : *Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9872 ou 9873.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRE D'ENTENTE # 96

CONCERNANT L'ANESTHÉSIOLOGIE ET LA CHIRURGIE GÉNÉRALE AU CENTRE HOSPITALIER ST-JOSEPH DE LA MALBAIE ET AU CENTRE HOSPITALIER DE CHARLEVOIX (BAIE-SAINT-PAUL).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans les disciplines de l'anesthésiologie et de la chirurgie générale, le médecin qui a droit au tarif du per diem a, malgré la limitation prévue à l'article 7.1 de l'Annexe 15, également droit à 20 % des honoraires à l'acte pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 19 h au Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie et au Centre hospitalier de Charlevoix (Baie-Saint-Paul).

AVIS : Le médecin rémunéré à l'acte doit remplir le formulaire « Demande de paiement-médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- le code d'acte dans la case ACTES;
- le modificateur 042 dans la case MOD;
- dans la case HONORAIRES le montant équivalant à 20 % des honoraires de l'acte facturé;
- le code d'établissement.

Les services doivent être facturés pour chaque personne assurée sur une demande de paiement distincte.

Lorsqu'il assume la garde en semaine au sein de sa discipline, on lui accorde également un supplément de garde en disponibilité en semaine, aux conditions prévues à l'Article 3 de l'Annexe 25.

2. Les avantages conférés par la présente lettre d'entente s'appliquent à compter du 1^{er} décembre 1996

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2 avril 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Garde de 12 heures en semaine (à l'exception des jours fériés)
	Codes d'acte 50,00 \$
Anesthésiologie	9870
Chirurgie générale	9871

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9870 ou 9871.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRÉ D'ENTENTE # 99

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EXERÇANT AU SERVICE D'INTERVENTIONS MÉDICALES D'URGENCE (URGENCE-SANTÉ DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les médecins spécialistes attachés au service d'Urgence-Santé sont payés suivant un tarif horaire.

AVIS : *Utiliser les codes d'activités 010038 (Coordination), 010042 (Médecin inscrit), 010044 (Médecin consultant) ou 010075 (Témoin).*

Ce tarif est de 71 \$.

Le nombre d'heures payé au tarif horaire ne peut dépasser 35 heures par semaine, incluant toute autre rémunération au tarif horaire touchée par ce médecin spécialiste en vertu d'autres dispositions de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 102

CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS AU SEIN DE CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS EN PÉNURIE GRAVE D'EFFECTIFS

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs prévalant au sein de certains centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la prestation de soins au sein de ces centres par la mise en place de mesures ponctuelles;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui participe à la prestation des soins dans une discipline et un établissement visés et qui est désigné par les parties négociantes.

Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente. Ce montant forfaitaire varie selon la situation du médecin désigné.

Médecin établi

2. Un médecin est ainsi désigné par les parties négociantes s'il exerce de façon régulière et continue dans un établissement visé et non dans un contexte d'itinérance.

Le montant forfaitaire pouvant être réclamé par ce médecin est de 150 \$ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans sa discipline et de 150 \$ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans sa discipline.

AVIS : Voir le tableau des codes d'acte et des tarifs à la fin de la présente Lettre d'entente.

Médecin remplaçant ou en support

3. Un médecin est ainsi désigné par les parties négociantes si, dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de services), il accepte de se rendre dans un établissement visé afin de participer à la prestation des soins dans sa discipline.

Toutefois, à moins de circonstances exceptionnelles, un médecin ne peut être ainsi désigné s'il n'exerce pas de façon régulière et continue dans un autre établissement au Québec ou si cet autre établissement fait déjà face à un problème d'effectifs médicaux dans sa discipline et est visé par l'application des lettres d'entente #102 ou #112.

Le montant forfaitaire pouvant être réclamé par ce médecin est de 350\$ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans sa discipline et de 150\$ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans sa discipline.

AVIS : Voir le tableau des codes d'acte et des tarifs à la fin de la présente Lettre d'entente.

4. Afin de déterminer si un médecin exerce de façon régulière et continue dans un établissement ou plutôt dans un contexte d'itinérance, les parties négociantes tiennent compte d'un ensemble de facteurs dont, notamment, le statut du médecin, son lieu de résidence et de pratique principale, son niveau de participation aux activités de l'établissement et l'application d'autres mesures prévues à l'Entente.

5. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, les disciplines et les établissements visés, le type de montant forfaitaire applicable, de même que le nombre maximum de montants forfaitaires mentionnés à l'alinéa 3 pouvant être versés par discipline au cours d'une journée sont les suivants :

+ Région et établissement	Discipline	Forfaits applicables par jour		
		Médecins établis (Art. 2)	Nbre maximal de forfaits Médecins remplaçants ou en support (Art. 3)	Date de début d'application
01 - Bas Saint-Laurent CH d'Amqui	Chirurgie générale	oui	1	01-08-31
02 - Saguenay/Lac Saint-Jean Complexe hospitalier de la Sagamie	Pédiatrie	oui	1	01-02-14 au 03-11-30
04 - Mauricie/Centre-du-Québec CH régional de la Mauricie	Anesthésiologie	oui	3	98-09-24
+	Obstétrique-gynécologie	oui	1	00-09-15
	Pédiatrie	oui	1	00-09-15

+ Région et établissement	Discipline	Forfaits applicables par jour		
		Médecins établis (Art. 2)	Nbre maximal de forfaits Médecins remplaçants ou en support (Art. 3)	Date de début d'application
04 - Mauricie/Centre-du-Québec (suite)				
CH régional de Trois-Rivières	Radiologie diagnostique	N/A	2	03-06-16
Centre SSS de la Saint-Maurice	Médecine interne	oui	1	03-04-07
08 - Abitibi-Témiscamingue				
CH de Val-d'Or	Radiologie diagnostique	oui	1	01-01-25
CH La Sarre	Chirurgie générale	oui	1	01-06-27
CH Rouyn-Noranda	Médecine interne	oui	1	01-03-01
	Pédiatrie	N/A	1	03-03-06
	Radiologie diagnostique	oui	1	03-07-01
09 - Côte-Nord				
Centre de santé de la Basse Côte-Nord	Radiologie diagnostique	oui	1	01-09-16
CH régional Baie-Comeau	Médecine interne	oui	1	03-01-01
11 - Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine				
CH de Chandler	Obstétrique-gynécologie	N/A	1	03-05-23
+ Centre hospitalier de Gaspé	Chirurgie générale	oui	1	03-10-15
(Pavillon Hôtel-Dieu)	Chirurgie générale	oui	1	03-08-29
12 - Chaudières-Appalaches				
CH Beauce-Etchemin	Obstétrique-gynécologie	oui	1	99-06-10
	Médecine	oui	1	02-02-01
	Radiologie diagnostique	oui	2	02-11-22
CH de la région de l'Amiante	Obstétrique-gynécologie	oui	1	03-01-07
14 - Lanaudière				
CH régional de Lanaudière	Pédiatrie	oui	1	03-05-07
15 - Laurentides				
CH Saint-Eustache	Obstétrique-gynécologie	oui	1	02-04-01
+ Anesthésiologie	Anesthésiologie	N/A	1	00-07-01 au 03-12-31
CH et CR Antoine-Labelle	Anesthésiologie	oui	1	03-03-10
16 - Montérégie				
Hôtel-Dieu de Sorel	Anesthésiologie	oui	2	97-09-01
	Obstétrique-gynécologie	oui	1	00-07-01
CH Anna-Laberge	Anesthésiologie	oui	2	01-06-04
CH régional du Suroît	Radiologie diagnostique	oui	0	03-01-01

AVIS : L'inscription N/A indique que seulement les professionnels «remplaçant ou en support» sont autorisés pour cet établissement.

6. De plus, le médecin spécialiste en anesthésiologie ou en obstétrique-gynécologie qui assume la garde en semaine dans sa discipline à l'Hôtel-Dieu de Sorel a droit au supplément de garde en disponibilité en semaine, aux conditions prévues à l'article 3 de l'Annexe 25.

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 9836 (forfait en semaine à l'exception des jours fériés) dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires de 50 \$ et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

7. Les montants forfaitaires prévus à l'article 1 ne sont pas considérés aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

8. La présente lettre d'entente s'applique pour les disciplines et établissements visés, aux dates déterminées par les parties négociantes. Les avantages qu'elle confère sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte des effectifs disponibles dans ces disciplines.

AVIS : Cette lettre d'entente ne s'applique pas aux médecins bénéficiant ou ayant bénéficié du programme d'allocation de fin de carrière, sauf pour le code d'acte 9836.

9. La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce _____ jour de _____ 2004.

+ **PHILIPPE COUILLARD, MD**
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Week-end et jours fériés		Autres jours	
	Art. 3	Art. 2	Art. 3	Art. 2
	Codes d'acte 150 \$	Codes d'acte 150 \$	Codes d'acte 350 \$	Codes d'acte 150 \$
Anesthésiologie	9832	9834	9833	9835
Obstétrique-gynécologie	9762	9764	9763	9765
Pédiatrie	9738	9740	9739	9741
Radiologie diagnostique	9710	9712	9711	9713
Médecine interne	9714	9716	9715	9717
Chirurgie générale	9700	9701	9702	9703
Médecine	19009	19010	19011	19012

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRE D'ENTENTE # 107**CONCERNANT LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.**

CONSIDÉRANT la mise en place par le Ministre d'un programme spécifique de santé publique visant l'implantation d'un programme québécois de dépistage du cancer du sein;

CONSIDÉRANT les objectifs et paramètres du programme québécois de dépistage du cancer du sein;

CONSIDÉRANT le processus de désignation des centres de dépistage et des centres de référence pour investigation;

CONSIDÉRANT les normes et exigences portant sur la participation au programme de dépistage, sur le suivi de la qualité des examens de mammographie, sur les services de dépistage et les références pour investigation et sur la qualité du système d'information;

CONSIDÉRANT l'importance de la participation des cabinets privés de radiologie aux fins de l'application du programme québécois de dépistage du cancer du sein;

CONSIDÉRANT qu'actuellement des mammographies sont effectuées aux fins de dépistage;

CONSIDÉRANT que le nombre de mammographies supplémentaires imputables à l'introduction du programme québécois de dépistage du cancer du sein est estimé à 80 000 par année, selon une répartition de 50 000 en cabinets privés et de 30 000 en établissements;

CONSIDÉRANT les frais techniques reliés aux mammographies de dépistage effectuées en cabinets privés;

CONSIDÉRANT les frais particuliers découlant des normes et exigences spécifiques du programme québécois de dépistage du cancer du sein;

CONSIDÉRANT les incertitudes dans l'évaluation du nombre réel de mammographies supplémentaires qui seront effectuées dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1. Services médicaux**

1.1 Les mammographies de dépistage effectuées par les médecins spécialistes en radiologie sont rémunérées conformément aux dispositions de l'Accord-cadre.

2. Supplément

2.1 Un supplément de 7,50 \$ est versé au médecin radiologiste pour chaque mammographie de dépistage effectuée en cabinet privé dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein, au titre des frais qu'il doit encourir en raison de certaines normes et exigences spécifiques de ce programme.

AVIS : Voir le code d'acte 8081 sous le titre « Mammographie » sous l'onglet V-Radiologie diagnostique du Manuel des médecins spécialistes.

3. Évaluation et financement

3.1 À compter de l'introduction du programme québécois de dépistage du cancer du sein, le ou vers le 1^{er} novembre 1997, les parties négociantes conviennent d'évaluer le nombre de mammographies supplémentaires effectuées par les médecins spécialistes en radiologie au cours de chaque semestre.

Cette évaluation est effectuée en utilisant la période de référence du 1^{er} juillet 1996 au 30 juin 1997 et en comparant les données observées au cours de chaque semestre d'une année civile avec celles observées au cours du même semestre de la période de référence.

3.2 Nonobstant toutes dispositions au contraire prévues à l'Accord-cadre, le paiement des montants suivants est, jusqu'à concurrence d'un montant total de 2,4 millions \$ par année, exclu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée allouée aux médecins spécialistes :

3.2.1 Les suppléments versés aux médecins spécialistes en vertu de l'article 2.1; et

3.2.2 Les honoraires de laboratoire versés aux médecins spécialistes en vertu de l'article 1.1 pour les mammographies supplémentaires déterminées à l'article 3.1.

3.3 De plus, les montants ci-dessus mentionnés ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Accord-cadre. Les parties négociantes conviennent des modalités nécessaires à cette fin.

4. Suivi

4.1 Dans l'éventualité où le paiement des montants ci-dessus mentionnés pourrait excéder la somme de 2,4 millions \$ au cours d'une année, les parties négociantes conviennent d'examiner la situation et d'évaluer les solutions possibles.

4.2 Les parties négociantes conviennent également d'évaluer annuellement le nombre de services médicaux supplémentaires dispensés par les médecins spécialistes québécois par rapport aux données spécifiques observées pour ces services médicaux au cours de l'année précédant l'introduction du programme québécois de dépistage du cancer du sein et d'en examiner l'impact sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour de mai 1998.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 108**RELATIVE À L'ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE**

CONSIDÉRANT l'augmentation importante des primes d'assurance responsabilité professionnelle devant être acquittées par les médecins spécialistes pour l'année 1998;

CONSIDÉRANT l'engagement des parties négociantes d'évaluer les effets d'une augmentation significative des primes d'assurance responsabilité professionnelle sur les frais de pratique et d'apporter les ajustements nécessaires.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De façon exceptionnelle, pour l'année 1998, la Régie verse au médecin spécialiste un montant forfaitaire afin de le compenser de l'augmentation de la prime d'assurance responsabilité professionnelle qu'il doit assumer pour l'année 1998.

Ce montant forfaitaire (MF) est calculé selon les conditions et modalités apparaissant en annexe de la présente lettre d'entente.

2. Le versement de ce montant forfaitaire est accordé au médecin spécialiste qui, pour la période du 1^{er} avril 1996 au 31 mars 1997, a touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 \$. Il est également accordé au médecin spécialiste qui, pendant l'année 1998, aura touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 \$.

3. Le versement de ce montant forfaitaire est effectué par la Régie dans les 45 jours de la réception d'un reçu attestant le paiement de la prime ou d'une partie d'icelle. Il doit être demandé au plus tard le 31 mars 1999.

Un remboursement exigible non acquitté dans le délai prévu pour son paiement porte un intérêt annuel. Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 %; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

Toutefois, le médecin visé par l'annexe 9 et ayant présenté une demande de remboursement dans les délais prescrits à cette annexe, reçoit le versement du montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente sans qu'il ne soit nécessaire de présenter une nouvelle demande.

4. Les montants forfaitaires payés par la Régie ne sont pas comptés dans le calcul des gains de pratique.

5. Est exclue de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, la somme des montants forfaitaires versés par la Régie en vertu de la présente lettre d'entente et des montants correspondant à la quote-part remboursée par la Régie pour l'année 1998 en vertu de l'annexe 9 de l'Accord-cadre, de laquelle on déduit les montants correspondant à la quote-part remboursée par la Régie pour l'année 1997 en vertu de l'annexe 9 alors applicable.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour du mois d'avril 1998.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

**ANNEXE
À LA LETTRE D'ENTENTE RELATIVE À L'ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE**

Le montant forfaitaire (MF) prévu à l'article 1 de la lettre d'entente #108 relative à l'entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle est calculé comme suit :

$$MF = (P98 - P97) - (QP98 - QP97)$$

où P98 correspond à la prime payable par le médecin pour l'année 1998 selon le groupe auquel il appartient;

P97 correspond à la prime payable par le médecin pour l'année 1997 selon le groupe auquel il appartient pour l'année 1998;

QP98 correspond à la quote-part versée par la Régie au médecin pour l'année 1998 selon le groupe auquel il appartient; et

QP97 correspond à la quote-part qui aurait été versée par la Régie au médecin pour l'année 1997 selon le groupe auquel il appartient pour l'année 1998.

Dans tous les cas, le montant forfaitaire doit être calculé en utilisant la prime-témoin, tant pour l'année 1997 que pour l'année 1998, du dernier groupe auquel appartient le médecin spécialiste.

LETTRE D'ENTENTE # 109**CONCERNANT L'INSTAURATION DE MESURES TEMPORAIRES VISANT À MAINTENIR L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS AU SEIN DE CERTAINES DISCIPLINES ET ÉTABLISSEMENTS.****LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Afin de maintenir l'accessibilité aux services médicaux spécialisés dans les disciplines et les établissements qu'elles désignent en régions intermédiaires et éloignées, les parties négociantes conviennent de mettre en place un mode de rémunération mixte.

Sont visés les disciplines et établissements désignés par les parties négociantes et qui font l'objet d'une pénurie importante d'effectifs à laquelle les mécanismes actuellement prévus à l'Accord-cadre ne peuvent répondre adéquatement.

2. Ce mode de rémunération mixte s'applique sur autorisation des parties négociantes seulement. L'avis d'autorisation comporte l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente, dont le nom du médecin, la discipline et l'établissement désignés ainsi que la période d'application pour laquelle un médecin est autorisé à s'en prévaloir.

3. Ce mode de rémunération mixte constitue un mode de rémunération exclusif pour le médecin autorisé à s'en prévaloir.

4. Le mode de rémunération mixte est composé des éléments suivants :

Per diem

4.1 Le médecin spécialiste reçoit un per diem pour les services médicaux qu'il dispense au cours d'une journée de clinique, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. Pour une demi-journée de clinique, il reçoit un demi per diem. Le montant du per diem est déterminé par les parties négociantes et apparaît à l'avis d'autorisation.

Supplément d'honoraires

4.2 Le médecin spécialiste est également rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte, selon les modalités suivantes :

4.2.1 Il reçoit un pourcentage de la rémunération à l'acte prévu aux tarifs d'honoraires pour les services médicaux qu'il dispense entre 7 heures et 17 heures, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. Le pourcentage de rémunération ainsi que les services médicaux visés sont déterminés par les parties négociantes et apparaissent à l'avis d'autorisation; et

4.2.2 Il reçoit la rémunération à l'acte prévue aux tarifs d'honoraires pour les services médicaux qu'il dispense entre 17 heures et 7 heures le lendemain matin, du lundi au vendredi. Il reçoit également la rémunération à l'acte pour les services médicaux qu'il dispense le week-end et les jours fériés.

4.2.3 Toutefois, le médecin spécialiste qui est appelé pour une urgence au cours des périodes ci-après mentionnées, a droit au paiement d'honoraires majorés :

4.2.3.1 Entre 7 heures et minuit, le week-end et les jours fériés (**MOD=044**), et entre 21 heures et minuit les autres jours (**MOD=043**).

4.2.3.2 Entre minuit et 7 heures, tous les jours (**MOD=069**).

La majoration applicable au cours de ces périodes est déterminée par les parties négociantes et apparaît à l'avis d'autorisation.

Supplément de garde en disponibilité

5. Un supplément de garde en disponibilité peut être payable la semaine, les week-ends et les jours fériés, au médecin spécialiste qui est assigné de garde dans sa discipline.

Le montant du supplément pour une garde en semaine ou pour une garde de 24 heures le week-end et les jours fériés apparaît à l'avis d'autorisation.

Le week-end, la garde commence le samedi, 7 heures; un jour férié, elle commence le matin de la fête, 7 heures.

Un seul supplément de garde est payable par jour, par discipline et par établissement.

Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément de garde par jour.

6. La majoration de rémunération différente prévue à l'article 1 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre ainsi que les mesures de rémunération progressive prévues à l'Annexe 34 de l'Accord-cadre s'appliquent, le cas échéant, à l'ensemble des honoraires versés en vertu de la présente lettre d'entente, selon les modalités qui sont prévues à ces annexes.
7. Les honoraires versés au médecin spécialiste en application de la présente lettre d'entente ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévue à l'annexe 8 de l'Accord-cadre.
8. Les parties négociantes procèdent, avant le 1^{er} septembre 1998, à l'évaluation des résultats obtenus par suite de la mise en place du mode de rémunération mixte prévue à la présente lettre d'entente dans les disciplines et établissements désignés, en regard des objectifs d'accessibilité aux services médicaux spécialisés.
9. La Régie donne effet aux avis d'autorisation transmis par les parties négociantes.
10. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, seuls sont considérés comme jours fériés, ceux indiqués au paragraphe 14.5 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie.
11. La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} décembre 1997.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de juin 1998.

AVIS : *Les parties négociantes ont mis fin à l'application de cette lettre d'entente le 31 décembre 1998.*

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 110

CONCERNANT LA PARTICIPATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ENDOCRINOLOGIE AUX TESTS DE DOSAGES HORMONAUX.

CONSIDÉRANT les travaux en cours concernant la réorganisation des activités de laboratoire;

CONSIDÉRANT les délais nécessaires à l'achèvement de ces travaux et à l'implantation de nouveaux modes de rémunération pour certaines disciplines de laboratoire;

CONSIDÉRANT la nécessité dans l'intervalle de rémunérer les médecins spécialistes en endocrinologie pour leur participation aux tests de dosages hormonaux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins spécialistes en endocrinologie qui participent aux tests de dosages hormonaux effectués en laboratoire sont rémunérés sur une base forfaitaire.
2. Pour chaque trimestre d'une année civile, les parties négociantes transmettent à la Régie de l'assurance maladie du Québec la liste des médecins spécialistes en endocrinologie participant aux tests de dosages hormonaux effectués en laboratoire, ainsi que la rémunération devant être versée à chacun d'eux pour cette participation.
3. Aucune autre rémunération que celle prévue à la présente lettre d'entente ne peut être versée à ces médecins spécialistes en endocrinologie pour leur participation aux activités de dosages hormonaux effectuées en laboratoire.
4. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1^{er} octobre 1997 à l'exception de l'article 3 qui ne s'applique qu'à compter du 1^{er} avril 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour du mois de juin 1998.

AVIS : *Dès que la Régie est avisée par les parties négociantes du droit du médecin à recevoir un forfait pour sa participation aux tests de dosages hormonaux, le versement accordé se fait automatiquement dans le mois qui suit le trimestre.*

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 111

AYANT POUR OBJET LE STATUT PROFESSIONNEL DU DOCTEUR PATRICE LAFLAMME DONT LE NUMÉRO DE PERMIS ÉMIS PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC EST 95-376.

ATTENDU que le docteur Patrice Laflamme est un médecin spécialiste qui a complété sa formation en médecine familiale après avoir obtenu son certificat de spécialiste en santé communautaire;

ATTENDU qu'une attestation du Collège signée par le docteur Joëlle Lescop, secrétaire générale, certifie que le docteur Patrice Laflamme a rempli toutes les conditions nécessaires pour que le Collège des médecins du Québec reconnaisse sa compétence en médecine familiale suite à un programme de formation de deux ans et la réussite à l'examen de médecine familiale en novembre 1997;

CONSIDÉRANT que le docteur Laflamme pratique comme médecin omnipraticien;

CONSIDÉRANT que le docteur Laflamme demande d'adhérer à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ);

COMPTE TENU que l'article 3.1 de l'Annexe I de L'Accord-cadre prévoit que le Ministère reconnaît la Fédération comme le seul organisme représentatif des médecins spécialistes pour la négociation et l'application de toute entente relative aux services médicaux;

COMPTE TENU qu'aux termes de l'article 2.1 de l'Annexe I de l'Accord-cadre, tout médecin qui justifie d'un certificat de spécialiste délivré par la Corporation professionnelle des médecins du Québec est placé sous l'autorité de telle entente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, malgré les articles 2.1 et 3.1 de l'Annexe I de l'Accord-cadre, le docteur Patrice Laflamme est soustrait de l'application de l'entente MSSS-FMSQ en autant qu'il exerce en médecine familiale.

2. Conséquemment, le docteur Patrice Laflamme ne peut plus, à compter du 12 janvier 1998, se prévaloir des conditions d'exercice et de rémunération prévues à l'Accord-cadre du 1^{er} octobre 1995 intervenu entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec ni de toute autre entente dont les parties pourront convenir dans l'avenir au bénéfice des médecins spécialistes. Il est également exempté des obligations qui en découlent.

3. Cette exemption s'applique exclusivement au docteur Patrice Laflamme. Elle ne peut, d'aucune façon, être interprétée et appliquée à un médecin qui, avant ou après avoir obtenu un certificat en spécialité du Collège des médecins du Québec, a satisfait aux exigences de celui-ci pour exercer en médecine familiale.

4. La présente lettre d'entente prend effet le 12 janvier 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour du mois de juin 1998.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 112

CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS DANS CERTAINES DISCIPLINES ET ÉTABLISSEMENTS VISÉS.**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui participe, par le biais d'un groupe concerté, à la prestation des soins dans une discipline et un établissement visés.

2. Ce montant forfaitaire est de 170 \$ par jour, la semaine, le week-end et les jours fériés. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'entente, pour chaque jour où ce médecin dispense des soins ou assume la garde dans un établissement visé.

AVIS : Cette lettre d'entente ne s'applique pas aux médecins bénéficiant ou ayant bénéficié du programme d'allocation de fin de carrière.

3. Seuls les groupes de médecins assurant une prestation continue des soins dans un établissement visé et ayant été reconnus comme tels par les parties négociantes peuvent se qualifier au titre du paiement du montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente. Le médecin qui exerce dans un établissement qui compte moins de trois médecins de sa spécialité ne peut s'inscrire comme membre d'un groupe concerté aux fins de la présente lettre d'entente, à moins d'autorisation des parties négociantes.

4. Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'un établissement visé à l'exception de la psychiatrie au CH régional Baie-Comeau, au CH et CR Antoine-Labelle, au CH de la région de l'Amiante et au CH régional de Trois-Rivières pour lesquels on applique un maximum de deux montants forfaitaires par jour.

5. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, les disciplines et les établissements visés sont les suivants :

AVIS : Les dates déterminées par les parties négociantes sont inscrites en italique dans le tableau suivant :

RÉGION ET ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE	
01 - Bas Saint-Laurent		
CH d'Amqui	Anesthésiologie,	99-09-01
	obstétrique-gynécologie	02-01-26
	et radiologie diagnostique	02-03-01
CH de Matane	Anesthésiologie	99-09-01
CH Notre-Dame-du-Lac	Anesthésiologie,	99-09-01
	chirurgie générale	00-11-14
+	et radiologie diagnostique	-----
Centre Notre-Dame-de-Fatima	Anesthésiologie	99-09-01
CH régional de Rimouski	Anesthésiologie,	01-11-01
	psychiatrie	00-07-01
	et cardiologie ⁽¹⁾	03-05-15
02 - Saguenay/Lac Saint-Jean		
+ Centre Maria-Chapdelaine-CH de Dolbeau	Anesthésiologie,	00-12-01
	chirurgie générale	01-10-01
+	et radiologie diagnostique	-----
Complexe hospitalier de la Sagamie	Hématologie/oncologie	03-11-01
	médicale,	
	pédiatrie	03-12-01
	et neurologie	02-07-01

(1) Le montant forfaitaire peut également être payable au médecin interniste qui participe à la prestation des soins en cardiologie.

+ RÉGION ET ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE	
03 - Québec		
Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie	Anesthésiologie et chirurgie générale	98-02-22 01-10-12
CH de Charlevoix	Anesthésiologie et chirurgie générale	01-04-01 03-06-01
04 - Mauricie/Centre-du-Québec		
Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice	Anesthésiologie, chirurgie générale psychiatrie	99-09-14 00-06-04 01-12-01
CH régional de Trois-Rivières	Psychiatrie	01-03-15
05 - Estrie		
Carrefour santé du Granit - CH Lac-Mégantic	Radiologie diagnostique	01-03-01
07 - Outaouais		
Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau (CH)	Chirurgie générale et anesthésiologie	00-06-05 01-02-22
Centre hospitalier du Pontiac	Anesthésiologie	02-02-01
08 - Abitibi-Témiscamingue		
CH de Val-d'Or	Anesthésiologie et psychiatrie	99-01-29 02-01-01
+ CH La Sarre	Anesthésiologie, radiologie diagnostique et obstétrique-gynécologie	99-01-29 03-11-24 01-11-23
Centre de santé Sainte-Famille	Anesthésiologie et radiologie diagnostique	99-01-29 -----
CH Rouyn-Noranda	Obstétrique-gynécologie	03-04-07
CH Hôtel-Dieu d'Amos	Anesthésiologie	03-06-02
09 - Côte-Nord		
CH régional de Sept-Îles	Chirurgie générale, anatomo-pathologie psychiatrie et médecine interne	02-08-01 02-06-01 02-07-01 03-10-01
CH régional Baie-Comeau	Psychiatrie, anesthésiologie et obstétrique-gynécologie	99-06-15 03-06-01 03-06-01
10 - Nord-du-Québec		
Centre de santé de Chibougamau	Anesthésiologie et chirurgie générale	98-08-28 98-06-01
11 - Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine		
Centre hospitalier de Gaspé (Pavillon Hôtel-Dieu)	Anesthésiologie et radiologie diagnostique	99-09-01 98-12-06
Hôpital des Monts	Anesthésiologie, médecine interne, chirurgie générale et psychiatrie	99-09-01 03-03-14 03-04-07 03-10-01
+ CH Baie-des-Chaleurs	Anesthésiologie	99-09-01

RÉGION ET ÉTABLISSEMENT	DISCIPLINE	
11 - Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine (suite)		
CH de Chandler	Anesthésiologie,	99-09-01
CH de l'Archipel	Anesthésiologie	99-09-01
	psychiatrie	99-07-12
	obstétrique-gynécologie	01-03-15
	et radiologie diagnostique	-----
+		
12 - Chaudière-Appalaches		
CH de la Région de l'Amiante	Psychiatrie	99-06-01
15 - Laurentides		
CH et CR Antoine-Labelle	Psychiatrie	01-10-31
	et chirurgie générale	03-08-02
+ Hôtel-Dieu de St-Jérôme	Psychiatrie	03-10-01
16 - Montérégie		
CH Pierre-Boucher	Pneumologie	01-01-27
CH régional du Suroît	Radiologie diagnostique	03-01-01
+ Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Anesthésiologie	04-01-15
17 - Nunavik		
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	Anesthésiologie	01-03-01
Centre de santé Inuulitsivik	Anesthésiologie	01-03-01

6. La présente lettre d'entente s'applique, pour les disciplines et établissements visés, aux dates déterminées par les parties négociantes. Les avantages qu'elle confère sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte des effectifs disponibles dans ces disciplines.

7. La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2004.

PHILIPPE COUILLARD, MD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

<i>Spécialités</i>	<i>Montant forfaitaire quotidien en semaine, le week-end et les jours fériés</i>
	<i>Codes d'acte 170 \$</i>
Anesthésiologie	9843
Chirurgie générale	9844
Hématologie/oncologie médicale	19035
Radiologie diagnostique	9845
Psychiatrie	9846
Pneumologie	9721
Pédiatrie	9699
Obstétrique-gynécologie	9771
Médecine interne	19031
Neurologie	19027
Anatomo-pathologie	19028
Cardiologie ⁽¹⁾	19032

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRÉ D'ENTENTE # 113

Concernant l'instauration de mesures d'accessibilité aux services médicaux spécialisés

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIF :

1. Des modalités particulières d'application des plafonnements d'activités ou de gains de pratique sont retenues afin de favoriser l'accessibilité aux soins dans les établissements faisant l'objet d'une pénurie importante d'effectifs médicaux et désignés par les parties négociantes. Ces modalités particulières sont les suivantes :

- i) Pour le médecin qui exerce dans un établissement désigné par les parties négociantes, les honoraires qu'il tire de la prestation de services médicaux dans cet établissement ne sont pas sujets au plafonnement visé, une fois le maximum atteint.
- ii) Toutefois, pour le médecin qui se rend exercer dans un établissement désigné par les parties négociantes dans un contexte de support ou de remplacement, les honoraires qu'il tire de la prestation de services médicaux dans cet établissement ne sont pas considérés aux fins de l'application d'un plafonnement visé.

2. L'avis de désignation comporte l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente, dont la discipline, l'établissement et le plafonnement visés ainsi que la période d'application.

3. La Régie donne effet aux avis de désignation transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de février 2001.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 118

CONCERNANT LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DES VALLÉES DE L'OUTAOUAIS (PAVILLON DE GATINEAU ET PAVILLON DE HULL).**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique qui se rend au Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (Pavillon de Gatineau ou Pavillon de Hull) afin d'exercer sa discipline, le tout dans un contexte de support aux médecins spécialistes de cette discipline qui oeuvrent de façon principale à ce centre, a droit au supplément de garde en disponibilité en semaine, les week-ends et les jours fériés, aux conditions prévues à l'article 3 de l'Annexe 25.

2. Un seul supplément de garde peut être payable au cours d'une journée au Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais.

3. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 14 décembre 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e jour d'octobre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Garde de 24 heures Week-end et jour férié	Garde de 12 heures les autres jours
	Code d'acte 350,00 \$	Code d'acte 50,00 \$
Chirurgie orthopédique	9821	9822

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9821 ou 9822.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRÉ D'ENTENTE # 120**CONCERNANT LES IMPLICATIONS FINANCIÈRES DE L'IMPLANTATION DE L'ANNEXE 38**

CONSIDÉRANT l'engagement des parties négociantes dans le cadre du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1996-1997 à 2000-2001, de mettre en place un mode de rémunération mixte, basé sur une rémunération forfaitaire, pour les médecins spécialistes qui exercent en établissement;

CONSIDÉRANT que le mode de rémunération mixte constitue une mesure structurante en vue de maintenir la plus grande accessibilité aux services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population du Québec;

CONSIDÉRANT que l'implantation du mode de rémunération mixte entraîne des coûts reliés à l'effet des suppléments d'honoraires, d'urgence, de garde en disponibilité, des forfaits réseau et, le cas échéant, universitaires et des modifications de pratique;

CONSIDÉRANT le coût d'implantation de ce nouveau mode de rémunération dans certaines spécialités ou dans certains établissements de même que pour le paiement de certaines activités non rémunérées dans le cadre du mode de rémunération à l'acte;

ATTENDU que les parties négociantes s'engagent à financer tous les coûts d'implantation du mode de rémunération mixte à partir de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée et de crédits additionnels spécifiques pouvant atteindre un maximum de 20 M \$ sur une base annuelle récurrente;

ATTENDU que les parties s'entendent à l'effet que les jours de ressourcement octroyés à l'Annexe 38 ne doivent générer aucun coût additionnel;

ATTENDU les dispositions de la lettre d'intention concernant la mise en place du mode de rémunération mixte;

ATTENDU que le mode de rémunération mixte doit être disponible en milieu pédiatrique, en respect des dispositions de cette lettre d'intention et pour l'ensemble des médecins spécialistes à compter du 1^{er} avril 1999;

ATTENDU que l'implantation du mode de rémunération mixte présente plusieurs incertitudes au niveau des hypothèses économiques retenues.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'évaluation prospective est vérifiée à chaque semestre par les parties négociantes en fonction des données transmises par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les parties négociantes ajustent leur évaluation en conséquence sur la base de ces données.
2. Advenant que l'implantation du mode de rémunération mixte dans un département, service ou secteur d'activité excède les évaluations effectuées par les parties négociantes, les parties analysent les résultats observés et apportent les correctifs appropriés.
3. Advenant que les données indiquent que le coût d'implantation dépasse les crédits additionnels maxima de 20 M \$ sur base annuelle récurrente, les parties négociantes apportent les correctifs appropriés en ajustant la rémunération des différentes composantes du mode de rémunération mixte, pour assurer le respect des engagements des parties à l'effet de ne pas excéder le montant des crédits additionnels consentis.
4. Advenant que les jours de ressourcement octroyés dans le cadre de la rémunération mixte entraînent une augmentation des coûts, les parties négociantes apportent les correctifs appropriés en ajustant la rémunération des différentes composantes du mode de rémunération mixte.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10 décembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 121

CONCERNANT L'IMPLANTATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

CONSIDÉRANT l'engagement des parties négociantes dans le cadre du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1996-1997 à 2000-2001, de mettre en place un mode de rémunération mixte, basé sur une rémunération forfaitaire, pour les médecins spécialistes qui exercent en établissement;

CONSIDÉRANT que le mode de rémunération mixte constitue une mesure structurante en vue de maintenir la plus grande accessibilité aux services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population du Québec;

CONSIDÉRANT que l'implantation du mode de rémunération mixte peut avoir des impacts non prévisibles à ce stade-ci (*per diem*, rythme d'implantation, enseignement, période visée par le *per diem*, système d'information, etc.);

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

De mesurer et d'évaluer, en cours d'implantation du mode de rémunération mixte, les impacts pouvant en découler sur la pratique médicale et l'organisation des services médicaux spécialisés en établissement et d'apporter les ajustements appropriés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10 décembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 122

CONCERNANT LE PAIEMENT DE SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les suppléments de garde en disponibilité en semaine, les week-ends et les jours fériés sont payés, aux conditions prévues à l'article 3 de l'Annexe 25, au médecin qui est assigné de garde dans une discipline et un centre hospitalier désignés par les parties négociantes.
2. Les disciplines et centres hospitaliers visés de même que la période d'application de la présente lettre d'entente sont les suivantes :

Centre hospitalier	Discipline	Période d'application
CH de Granby	Anesthésiologie Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} septembre 1999 À compter du 1 ^{er} juin 2001
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	Anesthésiologie Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} septembre 1999 À compter du 1 ^{er} juin 2001
Hôpital Sainte-Croix	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 1999
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 1999
CH Beauce-Etchemin	Obstétrique-gynécologie Anesthésiologie Chirurgie générale Médecine (garde multidisciplinaire) Pédiatrie Psychiatrie Radiologie diagnostique	À compter du 1 ^{er} juin 1999 À compter du 12 septembre 2000 À compter du 12 septembre 2000 À compter du 12 septembre 2000 À compter du 12 septembre 2000 À compter du 12 septembre 2000 À compter du 22 novembre 2002
CH Jonquière	Anesthésiologie Médecine interne Chirurgie générale Chirurgie orthopédique Obstétrique-gynécologie Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} avril 1999 À compter du 1 ^{er} avril 1999 À compter du 1 ^{er} avril 1999 À compter du 1 ^{er} avril 1999 À compter du 1 ^{er} avril 1999 À compter du 1 ^{er} juin 2001
CH régional de la Mauricie (CHRM)	Anesthésiologie Chirurgie générale Médecine interne Obstétrique-gynécologie Pédiatrie	À compter du 1 ^{er} janvier 1998 À compter du 8 septembre 2000 À compter du 8 septembre 2000 À compter du 8 septembre 2000 À compter du 8 septembre 2000
CH régional de la Mauricie	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 1999
+ CH de Lachine	Médecine (garde multidisciplinaire)	À compter du 14 janvier 2004
CH de Val-d'or	Radiologie diagnostique ¹	À compter du 2 octobre 2000
CH Hôtel-Dieu d'Amos	Radiologie diagnostique ¹	À compter du 2 octobre 2000
CH Rouyn-Noranda	Radiologie diagnostique ¹	À compter du 2 octobre 2000
CH La Sarre	Radiologie diagnostique ¹	À compter du 2 octobre 2000
Centre de santé Sainte-Famille	Radiologie diagnostique ¹	À compter du 2 octobre 2000

Centre hospitalier	Discipline	Période d'application
CH régional du Suroît	Anesthésiologie Psychiatrie Pédiatrie	À compter du 27 octobre 2000 À compter du 1 ^{er} juin 2001 À compter du 28 avril 2003
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	Obstétrique-gynécologie ⁴ Psychiatrie	Du 1 ^{er} mars 2002 au 15 juillet 2002 À compter du 1 ^{er} juin 2001
Hôpital Jean-Talon	Médecine (garde multidisciplinaire) Anesthésiologie	À compter du 1 ^{er} février 2001 À compter du 15 décembre 2001
CH des Vallées de l'Outaouais	Psychiatrie ²	À compter du 1 ^{er} mars 2001
CH Pierre-Janet	Psychiatrie ²	À compter du 1 ^{er} mars 2001
CH-CHSLD de Papineau	Psychiatrie ²	À compter du 1 ^{er} mars 2001
CH régional de Trois-Rivières (Pavillon Sainte-Marie)	Psychiatrie Pneumologie ³	À compter du 1 ^{er} juin 1999 À compter du 4 avril 2001
CHVO (Pavillon de Gatineau)	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} décembre 2000
Complexe hospitalier de la Sagamie	Psychiatrie Pédiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001 À compter du 1 ^{er} juin 2001
Hôpital du Christ-Roi	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001
Hôtel-Dieu de Montmagny	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001
CH de la Région de l'Amiante	Psychiatrie Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} juin 2001 À compter du 7 janvier 2003
L'Hôpital d'Argenteuil	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001
CH Laurentien	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001
+ Centre hospitalier Saint-Eustache	Anesthésiologie	À compter du 4 novembre 2003
	Psychiatrie Anesthésiologie	À compter du 1 ^{er} juin 2001 À compter du 1 ^{er} avril 2002
CH régional de Lanaudière	Psychiatrie Obstétrique-gynécologie Pédiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001 À compter du 16 avril 2002 À compter du 16 avril 2002
CH Le Gardeur	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001
Hôpital du Haut-Richelieu	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001
Hôtel-Dieu de Sorel	Psychiatrie Radiologie diagnostique Pédiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001 À compter du 15 mars 2001 À compter du 1 ^{er} septembre 2003
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Psychiatrie	À compter du 1 ^{er} juin 2001
+ (CH Honoré-Mercier et Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe)	Anesthésiologie	À compter du 1 ^{er} janvier 2004
CH Anna-Laberge	Psychiatrie Anesthésiologie	À compter du 1 ^{er} juin 2001 À compter du 15 août 2001

Centre hospitalier	Discipline	Période d'application
CH de LaSalle	Anesthésiologie	À compter du 15 décembre 2001
# CH universitaire de Québec - Pavillon CHUL	Anesthésiologie pédiatrique ⁴ Pédiatrie (soins intensifs) ⁵	À compter du 7 décembre 2001 À compter du 1 ^{er} février 2002

- (1) Un maximum de deux suppléments de garde est payable par jour pour l'ensemble de ces établissements. Seuls les médecins spécialistes qui assument une garde régionale en radiologie ont droit au paiement de ce supplément de garde.
- (2) Un seul supplément de garde est payable par jour pour l'ensemble de ces établissements. Seul le médecin spécialiste qui assume la garde régionale en psychiatrie a droit au paiement de ce supplément de garde.
- (3) Le supplément peut également être payable au médecin interniste qui assume la garde en pneumologie.
- (4) Le supplément de garde de 24 heures le week-end ou un jour férié est toutefois de 200 \$ plutôt que de 350 \$.
- (5) Seul le supplément de garde de 50 \$ en semaine s'applique.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11^e jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS : Voir le tableau à la page suivante.

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Garde de 24 heures Week-end et jours fériés		Garde de 12 heures les autres jours
	Code d'acte 350 \$	Code d'acte 200 \$	Code d'acte 50 \$
Anesthésiologie			
CH régional de la Mauricie (CHRM)	9841	S/O	9842
CH de Granby	9874	S/O	9842
CH Brome-Missisquoi-Perkins	9874	S/O	9842
CH Jonquière	9827	S/O	9828
# CH Laurentien	9841	S/O	9842
CH Beauce-Etchemin	9827	S/O	9828
CH régional du Suroît	9841	S/O	9842
CH Anna-Laberge	9841	S/O	9842
Hôpital Jean-Talon	9841	S/O	9842
CH de LaSalle	9841	S/O	9842
Centre hospitalier Saint-Eustache	9841	S/O	9842
CH universitaire de Québec - CHUL	S/O	19015	9842
# Réseau Santé Richelieu-Yamaska	9841	S/O	9842
Psychiatrie	9756	S/O	9757
Obstétrique-gynécologie	9827	S/O	9828
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	S/O	19014	9828
Médecine interne	9827	S/O	9828
Chirurgie générale	9827	S/O	9828
Chirurgie orthopédique	9827	S/O	9828
Pédiatrie	9728	S/O	9729
Radiologie diagnostique	9730	S/O	9737
Médecine (garde multidisciplinaire)	9719	S/O	9720
Pneumologie	9709	S/O	9718

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRE D'ENTENTE # 123

CONCERNANT L'ANESTHÉSIOLOGIE AU CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉGION DE L'AMIANTE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin anesthésiologiste qui a droit au tarif du per diem a, malgré la limitation prévue à l'article 7.1 de l'Annexe 15, également droit à 20 % des honoraires à l'acte pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 19 h au Centre hospitalier de la région de l'Amiante.

AVIS : Le médecin rémunéré à l'acte doit remplir le formulaire « Demande de paiement - Médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- le code d'acte dans la case ACTES;
- le modificateur 042 dans la case MOD (applicable du 5 février au 20 septembre 1999);
- le montant équivalant à 20 % des honoraires de l'acte facturé dans la case HONORAIRES ;
- le code d'établissement.

Les services doivent être facturés pour chaque personne assurée sur une demande de paiement distincte.

2. Le médecin anesthésiologiste qui assume la garde dans sa discipline au Centre hospitalier de la région de l'Amiante a également droit au supplément de garde en disponibilité en semaine, les week-ends et les jours fériés, aux conditions prévues à l'article 3 de l'Annexe 25.

3. L'article 1 de la présente lettre d'entente s'applique du 5 février 1999 au 20 septembre 1999. L'article 2 s'applique à compter du 5 février 1999.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 8^e jour de mars 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Garde de 24 heures Week-end et jour férié	Garde de 12 heures les autres jours
Voir l'annexe 25	Code d'acte 50,00 \$
9273	9870

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9273 ou 9870.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRE D'ENTENTE # 124

CONCERNANT L'INSTAURATION DE MESURES FAVORISANT LE SOUTIEN DES MÉDECINS EXERÇANT DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS EN PÉNURIE D'EFFECTIFS.

CONSIDÉRANT le nombre précaire d'effectifs médicaux exerçant dans certaines disciplines et centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT la récurrence des gardes en disponibilité;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des mesures de soutien aux médecins qui exercent dans ces centres;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Peut se prévaloir des mesures suivantes, le médecin spécialiste qui se rend dans un centre hospitalier visé afin d'exercer sa discipline, le tout dans un contexte de support aux médecins spécialistes de cette discipline qui y oeuvrent de façon principale.

AVIS : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie en remplissant le formulaire « Avis de remplacement, de désignation en support ou en « pool de service » » (n° 3121). Préciser l'identité du médecin, la période concernée, la situation d'entente visée et le mode de rémunération.*

1.1 Il a droit au supplément de garde en disponibilité en semaine, les week-ends et les jours fériés, aux conditions prévues à l'article 3 de l'Annexe 25.

1.2 Il peut, plutôt que d'être rémunéré selon la tarification à l'acte, se prévaloir en semaine (à l'exclusion d'un jour férié), de la rémunération au per diem prévue à l'Annexe 15, selon les conditions prévues aux articles 1 à 8 de cette annexe. Toutefois, s'il exerce dans une spécialité visée par l'Annexe 38, il peut plutôt se prévaloir, pour ses activités médicales, du mode de rémunération mixte prévu à l'Annexe 38 pour sa spécialité, selon les conditions qui y sont énoncées.

2. Les disciplines et centres hospitaliers visés de même que la période d'application des mesures prévues à la présente lettre d'entente sont les suivants :

Centre hospitalier	Discipline	Période d'application
CH Beauce-Etchemin	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} février 1999
	Pédiatrie	À compter du 1 ^{er} décembre 1997
	Radiologie diagnostique	À compter du 2 octobre 2000
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	Obstétrique-gynécologie	À compter du 2 octobre 2000
+ CH de Chandler	Chirurgie générale	À compter du 15 octobre 2003
+ CH de Gaspé (Pavillon Hôtel-Dieu)	Chirurgie générale	À compter du 29 août 2003
CH de Granby	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} octobre 1997
CH de la région de l'Amiante	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} octobre 1997
CH de Val-d'Or	Obstétrique-gynécologie	À compter du 17 septembre 1998
+ CH Fleury	Radiologie	À compter du 1 ^{er} février 2004
CH régional de la Mauricie	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} août 1998
	Radiologie diagnostique	À compter du 8 septembre 2000
CH régional Baie-Comeau	Radiologie diagnostique	À compter du 2 octobre 2000
CH de Gaspé	Médecine interne	À compter du 1 ^{er} juillet 1999
	Chirurgie générale	Du 1 ^{er} juillet 1999 au 1 ^{er} juillet 2003
CH Saint-Eustache	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} février 1999
+ CH St-Joseph de la Malbaie	Obstétrique-gynécologie	Du 19 décembre 2003 au 15 janvier 2004
Hôpital Sainte-Croix	Obstétrique-gynécologie	À compter du 10 décembre 1998
Hôtel-Dieu de Sorel	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} février 1999
	Chirurgie orthopédique	À compter du 1 ^{er} avril 1999
	Anesthésiologie	À compter du 5 juin 2002

Centre hospitalier	Discipline	Période d'application
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Chirurgie orthopédique	À compter du 1 ^{er} avril 1999
CHVO (Pavillon de Gatineau)	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} décembre 2000
+ CHVO (Pavillon de Hull)	Chirurgie générale	À compter du 3 octobre 2003
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	Obstétrique-gynécologie	À compter du 1 ^{er} avril 2001
	Hématologie-oncologie	À compter du 14 mai 2002
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	Obstétrique-gynécologie	À compter du 22 septembre 2003
Complexe hospitalier de la Sagamie	Hématologie	À compter du 21 juin 2001
CH régional du Suroît	Obstétrique-gynécologie	À compter du 15 novembre 2001
CH de Verdun	Anesthésiologie	Du 28 juillet au 15 septembre 2002

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec , ce 11e jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

<i>Spécialités</i>	<i>Garde de 24 heures Week-end et jours fériés</i>	<i>Garde de 12 heures les autres jours</i>
	<i>Code d'acte 350 \$</i>	<i>Code d'acte 50 \$</i>
<i>Obstétrique-gynécologie</i>		
<i>CH Région Amiante</i>	9277	9831
<i>CH Beauce-Etchemin</i>	9868	9869
<i>CH de Granby</i>	9839	9840
<i>Obstétrique-gynécologie</i>		
<i>CH régional de la Mauricie</i>	9829	9831
<i>Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins</i>	9829	9831
<i>CH de Val-d'Or</i>	9829	9831
<i>Hôpital Sainte-Croix</i>	9829	9831
<i>CH Saint-Eustache</i>	9829	9831
<i>Hôtel-Dieu de Sorel</i>	9829	9831
<i>CHVO (Pavillon de Gatineau)</i>	9829	9831
<i>Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme</i>	9829	9831
<i>CH régional du Suroît</i>	9829	9831
<i>Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal</i>	9829	9831
<i>Pédiatrie</i>	9837	9838
<i>Chirurgie orthopédique</i>	9766	9767
<i>Médecine interne</i>	9750	9751
<i>Chirurgie générale</i>	9752	9753
<i>Radiologie diagnostique</i>	9732	9731
<i>Hématologie et oncologie</i>	9169	9276
<i>Anesthésiologie</i>	19029	19030

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRE D'ENTENTE # 125

CONCERNANT LE DOCTEUR PAUL L'ESPÉRANCE, PSYCHIATRE.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Nonobstant l'article 1.1 de l'Addendum 11 - Épreuves de fonctions respiratoires, le Dr Paul L'Espérance a le droit d'être rémunéré pour la prestation des services médicaux d'étude de l'apnée nocturne (codes 8472, 8473, 8474 et 8475) au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1^{er} juillet 1999.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 8^e jour de mars 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 126**CONCERNANT LA NOUVELLE SPÉCIALITÉ DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE.**

ATTENDU QUE le Collège des médecins a reconnu la génétique médicale comme nouvelle spécialité;

ATTENDU QUE les parties négociantes verront dans un proche avenir à adopter les dispositions nécessaires concernant la rémunération des médecins spécialistes reconnus au sein de cette nouvelle spécialité;

ATTENDU QUE dans l'attente de dispositions spécifiques de rémunération, les parties négociantes doivent prévoir de façon transitoire la rémunération de ces médecins;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

À compter de la date de reconnaissance de la discipline de la génétique médicale et ce, jusqu'à l'adoption de dispositions spécifiques de rémunération par les parties négociantes, les médecins ayant obtenu un nouveau certificat en génétique médicale demeurent rémunérés selon leur classification avant l'obtention de ce dernier certificat. En ce qui a trait aux médecins n'étant certifiés que dans la discipline de la génétique médicale, ceux-ci sont rémunérés selon les modalités déterminées par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 8^e jour de mars 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 127**CONCERNANT LA NOUVELLE SPÉCIALITÉ DE LA MÉDECINE D'URGENCE.**

ATTENDU QUE le Collège des médecins a reconnu la médecine d'urgence comme nouvelle spécialité;

ATTENDU QUE les parties négociantes verront dans un proche avenir à adopter les dispositions nécessaires concernant la rémunération des médecins spécialistes reconnus au sein de cette nouvelle spécialité;

ATTENDU QUE dans l'attente de dispositions spécifiques de rémunération, les parties négociantes doivent prévoir de façon transitoire la rémunération de ces médecins;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

À compter de la date de reconnaissance de la discipline de la médecine d'urgence et ce, jusqu'à l'adoption de dispositions spécifiques de rémunération par les parties négociantes, les médecins ayant obtenu un nouveau certificat en médecine d'urgence demeurent rémunérés selon leur classification avant l'obtention de ce dernier certificat. En ce qui a trait aux médecins n'étant certifiés que dans la discipline de la médecine d'urgence, ceux-ci sont rémunérés selon les modalités déterminées par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 8^e jour de mars 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 128

CONCERNANT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ À DISTANCE EN RADIOLOGIE DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au Centre hospitalier de Jonquière.
2. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau.
3. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au Centre hospitalier de l'Archipel.
4. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au CH du Pontiac.
5. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie au Centre Maria-Chapdelaine - Centre de service Dolbeau.
6. Le supplément de garde en disponibilité à distance est de 50 \$ un jour de semaine et de 200 \$ pour le samedi, le dimanche ou un jour férié.
7. Un seul supplément de garde est payable par jour, par établissement.
8. Un médecin ne peut réclamer le paiement de plus d'un supplément de garde par jour.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^e jour d'août 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialité	Garde de 24 heures Week-end et jour férié	Garde de 12 heures les autres jours
	Code d'acte 200,00 \$	Code d'acte 50,00 \$
Radiologie	9774	9773

AVIS : Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code de l'établissement pour lequel la garde à distance a été effectuée;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- identifier le centre hospitalier à partir duquel est effectuée la garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9774 ou 9773.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRE D'ENTENTE # 129

CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN COMITÉ DE GESTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

CONSIDÉRANT qu'il est primordial de bien planifier les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied un comité permanent de gestion des effectifs médicaux spécialisés composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Lorsque les travaux du comité portent sur l'organisation des services médicaux spécialisés au sein d'une région spécifique, un représentant de la Régie régionale concernée participe également au comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins spécialistes de diverses disciplines ainsi que d'autres représentants des régies régionales qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité en raison de leur expertise.

2. Le comité permanent de gestion des effectifs médicaux spécialisés a pour fonction d'évaluer les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois, le tout afin d'assurer une accessibilité optimale aux services médicaux spécialisés pour la population. À cette fin, le comité exerce notamment les attributions suivantes, sur le plan local, régional et provincial :

- i) Il évalue les besoins en effectifs médicaux spécialisés et donne son avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et post-doctorale en médecine ;
- ii) Il évalue et donne son avis sur les plans d'organisation des établissements, les plans régionaux d'effectifs médicaux et les plans d'organisation des services relatifs aux médecins spécialistes ;
- iii) Il identifie les besoins prioritaires en effectifs médicaux spécialisés et définit les objectifs de répartition ;
- iv) Il donne son avis sur l'organisation des services médicaux spécialisés ;
- v) Il donne son avis sur tout projet concernant la prestation de services médicaux spécialisés ;
- vi) Il donne son avis sur les demandes d'allocation de fin de carrière qui lui sont présentées par le comité conjoint prévu à l'Annexe 36.

3. Dans le cadre de l'exercice de ses attributions, le comité tient compte, notamment, des besoins de la population en services, de la répartition actuelle des effectifs médicaux spécialisés dans les différentes régions, des effectifs médicaux disponibles au sein de chaque discipline, de l'évolution des prévisions à court, moyen et long terme de ces effectifs, des mesures incitatives déjà existantes, des modes d'organisation de services et des masses critiques d'effectifs médicaux nécessaires, sur une base locale et régionale, au sein des différentes disciplines.

4. Afin de favoriser l'atteinte des objectifs qu'il identifie et l'accessibilité aux soins dans certaines régions ou centres hospitaliers, le comité peut recommander la mise en place de différentes mesures, selon les modalités et conditions qu'il détermine, dont notamment :

- i) La révision de certains plans d'organisation d'établissements, de plans régionaux d'effectifs médicaux et de plans d'organisation des services relatifs aux médecins spécialistes;
- ii) L'instauration de mesures incitatives de rémunération visant l'installation de médecins ou la desserte intrarégionale ou interrégionale dans certains établissements;
- iii) La conclusion d'ententes de services interétablissements;
- iv) La conclusion d'ententes de services entre un établissement et un cabinet affilié de médecins spécialistes.

5. Le comité évalue les résultats découlant de l'application des mesures identifiées à l'article 4 en regard des objectifs visés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de septembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 130**CONCERNANT LES CABINETS PRIVÉS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES**

CONSIDÉRANT le rôle essentiel des cabinets privés de médecins spécialistes dans le cadre du réseau de prestation de soins et leurs responsabilités accrues comme fournisseurs de services ;

CONSIDÉRANT la nécessité de favoriser un réseau intégré de soins médicaux spécialisés comprenant les cabinets privés de médecins spécialistes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Afin d'assurer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés, le MSSS et la FMSQ conviennent de favoriser, par le biais de projets pilotes, la conclusion d'entente de service entre les établissements du réseau de la santé et certains cabinets privés de médecins spécialistes.

2. Ces ententes de service doivent assurer une couverture optimale de services et être établies selon les termes et modalités déterminés par les parties négociantes.

3. Les parties conviennent également d'analyser et de discuter du financement dans le cadre de projets pilotes, de cette nouvelle forme d'organisation des services médicaux spécialisés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de septembre 2000. .

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 131**CONCERNANT LA CESSATION DE CARRIÈRE DU MÉDECIN SPÉCIALISTE**

CONSIDÉRANT les objectifs poursuivis par le Programme d'allocation de fin de carrière prévu à l'Annexe 36 ayant trait à l'optimisation de l'utilisation des ressources médicales spécialisées :

LES PARTIES CONVIENNENT :

1. De prolonger le Programme d'allocation de fin de carrière prévu à l'Annexe 36 jusqu'au 30 septembre 2001, permettant ainsi son application aux médecins spécialistes qui atteignent l'âge de 65 ans d'ici cette date.

2. D'analyser les impacts du Programme d'allocation de fin de carrière tant sur le plan des coûts que sur le plan de la gestion des effectifs médicaux spécialisés et d'évaluer l'opportunité de maintenir ce programme, d'y mettre fin, d'en modifier les conditions d'application ou de convenir de solutions alternatives de fin de carrière.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de septembre 2000. .

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 132

CONCERNANT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EN CHIRURGIE GÉNÉRALE DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payable en semaine, les week-ends et les jours fériés au médecin spécialiste en chirurgie générale qui est établi dans un centre hospitalier visé et qui assume une garde spécifique pour les césariennes.

AVIS : L'établissement doit informer par écrit le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie de l'identité des médecins concernés en mentionnant qu'il s'agit de la Lettre d'entente 132.

2. Le supplément est de 200 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié et de 50 \$ pour les autres jours.

3. Un seul supplément de garde spécifique pour les césariennes est payable par jour, par établissement et ce, jusqu'à concurrence d'un maximum de 60 jours par année, par établissement, pour le supplément de 50 \$, et de 26 jours par année, par établissement, pour le supplément de 200 \$.

4. Un même médecin ne peut réclamer, au cours d'une même journée, le supplément de garde prévu à la présente lettre d'entente et le supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25.

5. Les centres hospitaliers visés de même que la période d'application de la présente lettre d'entente sont les suivants :

Établissement	Période d'application
RSSS des Aurores Boréales - CH La Sarre	À compter du 1 ^{er} juillet 1999
Centre hospitalier Brome-Missisquoi-Perkins	À compter du 2 octobre 2000
CLSC - CHSLD - CH de la MRC Denis-Riverin (Hôpital des Monts)	À compter du 1 ^{er} juillet 2001
Carrefour SSS de la Saint-Maurice	À compter du 1 ^{er} juillet 2001
Réseau de santé du Témiscouata - CH Notre-Dame-du-Lac	À compter du 1 ^{er} juillet 2001
Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie	À compter du 15 juin 2001
+ CH Baie-des-Chaleurs	À compter du 8 décembre 2003
+ Centre Maria-Chapdelaine - Centre de service Dolbeau	À compter du 15 juin 2003

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialité	Week-end et jours fériés	Autres jours
	Code d'acte 200 \$	Code d'acte 50 \$
Chirurgie générale	9768	9769

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES ;
- le code d'établissement ;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRE D'ENTENTE # 133

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS ÉLOIGNÉS DE LA CÔTE-NORD ET DU NUNAVIK.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le médecin spécialiste qui se rend dispenser des soins dans sa discipline dans un établissement visé à l'article 2, a également droit aux avantages suivants :

- i) Il a droit à un forfait de 600 \$ pour chaque période de trois (3) jours consécutifs, du lundi au vendredi, au cours desquels il dispense des soins;
- ii) Lorsque le médecin qui se rend dans un établissement visé est retenu en raison de problèmes de transport qui entravent son retour à son établissement principal, il a droit à un forfait de 600 \$ pour chaque jour, du lundi au vendredi, pendant lequel il est ainsi retenu.

2. Les établissements visés par la présente lettre d'entente sont le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, le Centre de santé Inuulitsivik et le Centre de santé de la Basse Côte-Nord.

3. Seul le médecin qui est rémunéré selon le mode de rémunération mixte dans un établissement visé peut se prévaloir des avantages prévus à la présente lettre d'entente.

4. Le médecin ne peut réclamer le paiement du forfait prévu à l'alinéa 1 ii) au cours d'une journée pour laquelle il réclame le paiement d'un per diem selon le mode de rémunération mixte.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^e jour de juin 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Forfaits en semaine incluant les jours fériés

<i>Paragraphe 1i)</i>	<i>Paragraphe 1ii)</i>
600 \$	600 \$
Code d'acte	Code d'acte
9724	9725

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- pour le code d'acte 9724, inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, les dates correspondant à la période des soins rendus dans l'établissement;

Le code d'acte 9724 doit être facturé le 3^e jour de la dispensation des soins.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 9724 ou 9725.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRE D'ENTENTE # 134

CONCERNANT L'INSTAURATION DE MESURES INCITATIVES DE RÉMUNÉRATION EN PSYCHIATRIE

CONSIDÉRANT le nombre de médecins psychiatres exerçant dans certains établissements des régions intermédiaires et périphériques;

CONSIDÉRANT la situation de ces établissements au niveau du plan d'effectifs médicaux, de la population à desservir et du volume d'activités en psychiatrie;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la stabilité des équipes en place et/ou de favoriser le recrutement d'effectifs dans ces établissements;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le médecin psychiatre qui exerce dans un établissement visé à l'article 2, a également droit au paiement d'une prime de cent dollars (100 \$) par jour si les honoraires qu'il reçoit au cours de ce jour dans les établissements visés sont d'au moins trois cent cinquante dollars (350 \$).

2. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, les établissements visés sont les suivants :

- Complexe hospitalier de la Sagamie
- CH régional de Trois-Rivières
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- Hôpital Sainte-Croix
- CH du Centre-de-la-Mauricie
- Centre hospitalier Pierre-Janet
- CH des Vallées de l'Outaouais
- CH-CHSLD de Papineau
- Centre hospitalier Gatineau Memorial
- CH Beauce-Etchemin
- CH de la région de l'Amiante
- Hôtel-Dieu de Montmagny
- Hôtel-Dieu de St-Jérôme
- CH régional De Lanaudière
- CH Saint-Eustache
- CH Anna-Laberge
- CH régional du Suroît
- Hôpital du Haut-Richelieu
- Hôtel-Dieu de Sorel

AVIS : Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 9726 (forfait en semaine, week-end et jours fériés) dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

3. Un médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de plus d'une prime de 100 \$ par jour.

4. Un médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de la prime de 100 \$ au cours d'une journée pour laquelle il a réclamé le paiement du forfait de 170 \$ prévu à la lettre d'entente n° 112.

5. Les avantages conférés par la présente lettre d'entente sont réévalués régulièrement par les parties négociantes, en tenant compte, notamment, de l'évolution de la situation des effectifs médicaux dans l'établissement visé.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 135

CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS EN PÉNURIE D'EFFECTIFS.**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation continue des services médicaux spécialisés dans certains établissements et disciplines qu'elles désignent.

2. Les parties négociantes désignent les disciplines et établissements visés à la présente lettre d'entente en tenant compte des critères suivants :

- Seules les disciplines de base nécessitant une permanence sont considérées;
- L'établissement doit être situé dans un secteur géographiquement isolé qui rend difficile le recrutement dans la discipline visée;
- Aucun médecin n'exerce de façon principale dans l'établissement et la discipline désignés.

3. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui assure, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue des services médicaux dans une discipline et un établissement désignés par les parties négociantes.

4. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin donne l'ensemble des soins auxquels l'habilitent ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin doit également assumer la couverture de la garde.

Les parties négociantes favorisent l'acquisition par le médecin de la formation supplémentaire nécessaire à la prestation de l'ensemble des soins requis, eu égard à la mission de l'établissement.

5. Le montant forfaitaire est de 500 \$ par jour. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où le médecin se rend dans l'établissement désigné afin d'assurer la prestation continue des services médicaux dans sa discipline.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'un établissement désigné.

6. Afin d'être admissible au paiement de ce montant forfaitaire, le médecin doit être reconnu par les parties négociantes à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour une période minimale d'un (1) an.

AVIS : *La liste des médecins participants au groupe concerné doit être soumise aux parties négociantes avec la demande d'adhésion de l'établissement à la lettre d'entente.*

Aucun montant forfaitaire ne peut être versé en vertu de la présente lettre d'entente avant que le groupe ne soit constitué et le soit de manière à assurer une couverture complète pour la période minimale d'une année prévue au paragraphe précédent.

7. Afin d'être reconnu au sein d'un groupe, le médecin doit exercer de façon principale dans un établissement autre qu'un établissement désigné et sa participation au groupe concerté ne doit pas affecter l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement principal. Le médecin qui exerce de façon principale dans une discipline et un établissement visés par les lettres d'entente n° 102 ou n° 112 ne peut être reconnu au sein d'un groupe.

Un médecin ne peut être membre de plus d'un (1) groupe à la fois, à moins d'autorisation contraire des parties négociantes.

De plus, les parties négociantes favorisent l'autonomie régionale et privilégient la reconnaissance de médecins qui exercent dans la région de l'établissement désigné.

8. Chaque médecin du groupe doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour une période minimale de vingt et un (21) jours au cours de l'année.

L'engagement de service de l'ensemble des médecins du groupe doit permettre d'assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour la période minimale d'un (1) an prévue à l'article 6.

9. Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, l'obligation pour le médecin de payer à la Régie une pénalité de 500 \$ pour chaque jour de non-respect des termes de son engagement. Le montant de cette pénalité est versé au budget alloué pour l'application de la présente lettre d'entente.

10. Le médecin qui ne peut assurer la prestation continue des services médicaux au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins du groupe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services médicaux au cours de cette journée dans la discipline et l'établissement désignés.

Lorsqu'un médecin remplaçant est ainsi identifié afin d'assurer la prestation continue des services médicaux, il a alors droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 5 en lieu et place du médecin qu'il remplace et la pénalité prévue à l'article 9 ne s'applique pas.

AVIS : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie de l'identité des médecins concernés et la période visée en remplissant le formulaire « Avis de remplacement, de désignation en support ou en «pool de service » » (n° 3121). Inscrire « Lettre d'entente 135 » dans la case AUTRES.*

11. Parmi les médecins du groupe, un coordonnateur est désigné afin d'assurer l'organisation de la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés.

AVIS : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie de l'identité du médecin coordonnateur et la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente 135.*

La rémunération du médecin coordonnateur est assurée par le biais du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une régie régionale.

AVIS : *Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires » (n° 1215) et inscrire le code d'activité 049038 (Coordonnateur).*

Le médecin coordonnateur doit aviser les parties négociantes et l'établissement désigné au moins soixante (60) jours avant la fin de la période visée à l'engagement de l'ensemble des médecins du groupe, si le groupe entend renouveler pour une autre année son engagement d'assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline visée.

12. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le lieu d'exercice principal d'un médecin est celui où il gagne la majorité de ses gains de pratique.

13. Les parties négociantes peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente dans une discipline ou un établissement désignés ou reconsidérer la reconnaissance d'un groupe concerté ou d'un membre du groupe.

14. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente comprenant la désignation de la discipline et de l'établissement visés ainsi que la période d'application.

15. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

16. Le montant forfaitaire prévu à l'article 5 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS : *Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 9708 (forfait en semaine, week-end et jours fériés), dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRÉ D'ENTENTE # 136

CONCERNANT L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE

CONSIDÉRANT les recommandations du comité de radio-oncologie;

CONSIDÉRANT les nouveaux investissements effectués par le Ministre pour réduire les listes d'attente en radio-oncologie;

CONSIDÉRANT que les services de radio-oncologie de plusieurs centres hospitaliers ont été appelés à accroître leur capacité de traitement;

CONSIDÉRANT la nécessité de rémunérer l'ensemble des professionnels de la santé concernés par la prolongation des heures de service;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le médecin spécialiste en radio-oncologie qui prolonge sa disponibilité de service afin d'assurer le traitement des patients en radio-oncologie dans un centre hospitalier qui a été appelé à accroître sa capacité de traitement, a également droit à un forfait de 200 \$ pour chaque jour où il est ainsi appelé à prolonger sa disponibilité de service.

2. Les parties négociantes transmettent à la Régie pour chaque centre hospitalier visé, le nom des médecins spécialistes en radio-oncologie ayant prolongé leur disponibilité de service ainsi que le montant auquel ils ont droit en vertu de la présente lettre d'entente.

3. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 137

CONCERNANT LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN MÉDECINE D'URGENCE

CONSIDÉRANT la reconnaissance de la spécialité de la médecine d'urgence par le Collège des médecins du Québec depuis le 3 septembre 1998;

CONSIDÉRANT la délivrance par le Collège des médecins du Québec de certificats de spécialiste en médecine d'urgence depuis octobre 1999;

CONSIDÉRANT les dispositions de la lettre d'entente n° 127 concernant des mesures transitoires de rémunération des médecins spécialistes en médecine d'urgence;

CONSIDÉRANT la nécessité d'établir dans les meilleurs délais les différentes composantes de la rémunération des médecins spécialistes en médecine d'urgence.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties reconnaissent la nécessité de poursuivre leurs discussions afin d'établir les modes de rémunération et les conditions d'exercice et de rémunération des médecins spécialistes en médecine d'urgence en tenant compte des objectifs suivants.

- La reconnaissance de la pratique dite lourde;
- Une participation équitable aux activités cliniques de l'unité; et
- Une juste rémunération de leurs activités médico-administratives en fonction de l'achalandage et de la lourdeur de la clientèle.

Les parties réitèrent également que la rémunération du médecin spécialiste en médecine d'urgence doit rechercher l'utilisation optimale de ses compétences en favorisant la pratique en établissement auprès des usagers de l'urgence et non en cabinet privé ou d'autres lieux que les unités d'urgence.

2. Les parties conviennent que les différentes composantes de la rémunération seront définies afin de permettre, sur la base des données de rémunération de l'année 1999-2000, une rémunération moyenne de 197 000 \$ pour les médecins spécialistes en médecine d'urgence qui satisfont aux critères de gains de pratique minimums.

3. Les parties conviennent que d'ici à l'adoption de ces différentes composantes de la rémunération, les médecins spécialistes en médecine d'urgence demeurent rémunérés selon les dispositions de la lettre d'entente n° 127. De plus, un montant forfaitaire compensatoire est versé à chaque médecin spécialiste en médecine d'urgence, à compter de la date de sa certification, ou au plus tôt à compter du 1^{er} avril 2000, si la date de certification est antérieure au 1^{er} avril 2000. Ce montant forfaitaire est équivalent à 19,4 % de l'ensemble des honoraires versés au médecin par la Régie à compter de cette date, à l'exception des honoraires gagnés en cabinet privé et de ceux gagnés pour des services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Aux fins du calcul du montant forfaitaire compensatoire, les honoraires sont ajustés, le cas échéant, à compter de l'année 2001-2002, pour chaque période visée du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante, sur la base de la tarification applicable le 1^{er} juillet 2001.

4. Les parties négociantes transmettent à la Régie le montant auquel a droit chaque médecin spécialiste en médecine d'urgence.

5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 138

CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE AU CENTRE DE SANTÉ SAINTE-FAMILLE.**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

2. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui assure, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue des services médicaux en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

3. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin donne l'ensemble des soins auxquels l'habilite ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin doit également assumer la couverture de la garde.

Les parties négociantes favorisent l'acquisition par le médecin de la formation supplémentaire nécessaire à la prestation de l'ensemble des soins requis, eu égard à la mission du Centre de santé Sainte-Famille.

4. Le montant forfaitaire est de 500 \$ par jour. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où le médecin assure la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour.

5. Afin d'être admissible au paiement de ce montant forfaitaire, le médecin doit être reconnu par les parties négociantes à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer, pour une période minimale d'un (1) an, la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

AVIS : *La liste des médecins participants au groupe concerté doit être soumise aux parties négociantes.*

Aucun montant forfaitaire ne peut être versé en vertu de la présente lettre d'entente avant que le groupe ne soit constitué et le soit de manière à assurer une couverture complète pour la période minimale d'une année prévue au paragraphe précédent.

6. Dans la reconnaissance d'un groupe concerté, les parties négociantes favorisent l'autonomie régionale et privilégient la reconnaissance de médecins qui exercent dans la région de l'établissement désigné.

De plus, ne peut être reconnu au sein d'un groupe, le médecin qui exerce de façon principale dans une discipline et un établissement visés par les lettres d'entente n° 102 ou n° 112 ou dont la participation au groupe concerté risque d'affecter l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement principal.

7. Chaque médecin du groupe doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille pour une période minimale de vingt et un (21) jours au cours de l'année.

Toutefois, le médecin du groupe qui exerce de façon principale au Centre de santé Sainte-Famille doit quant à lui s'engager à assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille pour une période minimale de vingt-six (26) semaines au cours de l'année, incluant la garde.

L'engagement de service de l'ensemble des médecins du groupe doit permettre d'assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille pour la période minimale d'un (1) an prévue à l'article 5.

8. Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, l'obligation pour le médecin de payer à la Régie une pénalité de 500 \$ pour chaque jour de non-respect des termes de son engagement. Le montant de cette pénalité est versé au budget alloué pour l'application de la présente lettre d'entente.

9. Le médecin qui ne peut assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins du groupe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services au cours de cette journée.

Lorsqu'un médecin remplaçant est ainsi identifié afin d'assurer la prestation continue des services médicaux, il a alors droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 4 en lieu et place du médecin qu'il remplace et la pénalité prévue à l'article 8 ne s'applique pas.

AVIS : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie de l'identité des médecins concernés et la période visée en remplissant le formulaire « Avis de remplacement, de désignation en support ou en « pool de service » » (n° 3121). Inscire « Lettre d'entente 138 » dans la case AUTRES.*

10. Parmi les médecins du groupe, un coordonnateur est désigné afin d'assurer l'organisation de la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

AVIS : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie de l'identité du médecin coordonnateur et la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente 138.*

La rémunération du médecin coordonnateur est assurée par le biais du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une régie régionale.

AVIS : *Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires » (n° 1215) et inscrire le code d'activité 049038 (Coordonnateur).*

Le médecin coordonnateur doit aviser les parties négociantes et le Centre de santé Sainte-Famille au moins soixante (60) jours avant la fin de la période visée à l'engagement de l'ensemble des médecins du groupe, si le groupe entend renouveler pour une autre année son engagement.

11. Les parties négociantes peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente ou reconsidérer la reconnaissance d'un groupe concerté ou d'un membre du groupe.

La présente lettre d'entente cesse notamment de s'appliquer à compter du moment où plus d'un médecin exerce de façon principale en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

12. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

13. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

14. Le montant forfaitaire prévu à l'article 4 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS : *Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :*
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 9028 (forfait en semaine, week-end et jours fériés), dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

LETTRÉ D'ENTENTE # 140**CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU SUROÎT ET L'HÔPITAL BARRIE MEMORIAL****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les honoraires que le médecin spécialiste en radiologie diagnostique tire de sa prestation de services au Centre hospitalier régional du Suroît (CHRS) et à l'Hôpital Barrie Memorial ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique.

2. La présente lettre d'entente ne s'applique toutefois que dans la mesure où le médecin spécialiste tire un minimum de 65 000 \$ de gains de pratique dans ces centres hospitaliers au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2003.

Cette condition est vérifiée par les parties négociantes à la fin du semestre. Dans l'éventualité où cette condition n'est pas rencontrée, la Régie révisé les honoraires facturés selon les règles d'application des plafonds de gains de pratique normalement applicables et procède à la récupération qui en découle, le cas échéant.

3. Également, la présente lettre d'entente ne s'applique que dans la mesure où le médecin spécialiste en radiologie diagnostique participe à la garde au Centre hospitalier régional du Suroît.

4. La présente lettre d'entente s'applique du 1^{er} janvier au 30 juin 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 141**CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE À L'HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les honoraires que le médecin spécialiste en radiologie diagnostique tire de sa prestation de services à l'Hôpital du Haut-Richelieu ne sont considérés qu'à concurrence de 50 % aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique.

2. La présente lettre d'entente s'applique du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2003. .

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 142

CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX ET LA RÉPARTITION DES EFFECTIFS MÉDICAUX

CONSIDÉRANT l'adoption de la loi 142;

CONSIDÉRANT les dispositions de cette loi concernant les médecins spécialistes, lesquels appellent à la négociation d'une entente entre les parties pour leur application;

CONSIDÉRANT que la Fédération a rejeté le recours à ces mesures pour la médecine spécialisée ;

CONSIDÉRANT que la Fédération souscrit toutefois à l'objectif de favoriser une meilleure accessibilité aux soins pour la population québécoise et une répartition adéquate des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire ;

CONSIDÉRANT que le ministre de la Santé et des Services Sociaux est disposé à considérer l'introduction d'autres mesures afin de favoriser l'atteinte de ces objectifs;

CONSIDÉRANT le projet de renouvellement de l'Accord-cadre déposé par la Fédération le 14 mars 2002 et les mesures qui y sont avancées pour favoriser l'atteinte de ces objectifs;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de la lettre d'entente # 129, les parties ont mis en place le comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés afin de mettre à profit l'expertise des médecins spécialistes dans la détermination des mesures propres à favoriser l'atteinte de ces objectifs;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de s'entendre sur les moyens à mettre en œuvre afin d'y parvenir;

AFIN DE FAVORISER UNE RÉPARTITION ADÉQUATE DES EFFECTIFS MÉDICAUX ET L'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ POUR LA POPULATION, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'abroger, à compter du 1^{er} juin 2003, l'Annexe 34 de l'Accord-cadre concernant les mesures de rémunération progressive. Toutefois, le comité conjoint constitué en vertu de cette annexe peut faire une recommandation quant aux demandes de reconnaissance qui couvrent une période antérieure à cette date.

2. De consacrer une enveloppe budgétaire récurrente de 22 M\$ afin d'introduire, à compter du 1^{er} octobre 2003, une nouvelle grille de rémunération majorée en régions périphériques, intermédiaires et éloignées. Les parties s'engagent à finaliser cette grille d'ici au 1^{er} mars 2003.

3. De consacrer une enveloppe budgétaire récurrente de 3 M\$ à compter du 1^{er} avril 2003 afin de favoriser la conclusion d'ententes de services pour la couverture continue des soins dans certaines spécialités et établissements des régions.

4. De réaffirmer l'importance du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés institué en vertu de la lettre d'entente # 129 afin de planifier les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire.

5. De confier au comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés le mandat de:

- Réexaminer, d'ici le 10 mai 2003, les plans régionaux d'effectifs médicaux établis pour la période 2003-2004 en vue d'y apporter les améliorations possibles;
- Examiner la question de l'apport des cliniques privées et de leur complémentarité dans la poursuite des objectifs en matière d'accessibilité et de répartition;
- Amorcer les travaux sur la confection des plans régionaux pour la période 2004-2006 et faire les recommandations appropriées au ministre.

6. Les parties reconnaissent qu'afin d'assurer la bonne marche des travaux du comité de gestion des effectifs médicaux, il importe que celui-ci puisse disposer des moyens nécessaires à la poursuite de ses fins et les parties conviennent à cet effet de lui octroyer les ressources requises pour la réalisation de son mandat.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 143

CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN COMITÉ SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

CONSIDÉRANT qu'il est primordial de favoriser la qualité des soins dispensés à la population et d'améliorer l'accessibilité aux services;

CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes québécois doivent pouvoir disposer de conditions d'exercice adéquates pour exercer leur profession et répondre aux besoins de leurs patients;

CONSIDÉRANT que les conditions d'exercice impliquent l'accès à des ressources adéquates au plan humain, matériel et financier;

CONSIDÉRANT que la qualité des conditions d'exercice a une incidence sur les conditions de prestation des soins aux patients, sur l'organisation du travail des médecins et sur le niveau de rétention et de recrutement de médecins spécialistes au Québec;

CONSIDÉRANT que le ministre de la Santé et des Services Sociaux convient de mettre en place, compte tenu des ressources disponibles, les mesures propres à l'amélioration des conditions d'exercice des médecins spécialistes;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité paritaire sur les conditions d'exercice des médecins spécialistes composé de représentants du ministère de la Santé et des Services Sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Un observateur en provenance du Collège des médecins du Québec participe également aux travaux du comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins spécialistes de diverses disciplines ainsi que des représentants des Régies régionales ou des établissements du réseau qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité. Il peut à cette fin constituer des groupes de travail et leur confier des mandats spécifiques.

2. Le comité sur les conditions d'exercice a pour mandat de favoriser l'amélioration des conditions d'exercice des médecins spécialistes, et ce afin de favoriser la qualité des soins et d'améliorer leur accessibilité pour la population.

À cette fin, le comité identifie les problèmes reliés aux conditions d'exercice des médecins spécialistes, autant sur un plan local, régional que provincial, en fait l'analyse et formule des recommandations quant aux correctifs à apporter.

3. Le comité peut également donner des avis sur toutes questions relatives à l'organisation du travail ou aux conditions d'exercice des médecins spécialistes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 144**CONCERNANT LA GESTION DE FIN DE CARRIÈRE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES**

CONSIDÉRANT l'introduction en 1995 d'un programme d'allocation de fin de carrière pour les médecins spécialistes québécois;

CONSIDÉRANT la fin du programme d'allocation de fin de carrière au 31 mars 2002;

CONSIDÉRANT que depuis cette date les médecins spécialistes ne bénéficient plus de modalités particulières de gestion de fin de carrière;

CONSIDÉRANT la lettre d'entente # 85;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir le statut de travailleur autonome des médecins spécialistes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :

1. D'ici au 31 mars 2003, la Fédération déposera à la table de négociation, à laquelle se sera joint un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor, ses orientations en matière de gestion de la fin de carrière des médecins spécialistes.

2. Dans les 90 jours de ce dépôt, les représentants du ministère de la Santé et des Services Sociaux et du Secrétariat du Conseil du trésor procéderont à l'analyse des orientations déposées par la Fédération et feront part de leur position.

3. Par la suite, les parties entameront des pourparlers en vue d'en arriver à la conclusion d'une entente applicable à compter du 1^{er} avril 2004.

Dans le cadre de ces pourparlers, les parties pourront convenir de procéder aux divers travaux ou études susceptibles de les éclairer dans leur négociation.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 145**CONCERNANT L'ÉVALUATION ET LA MISE EN PLACE D'AUTRES MESURES POUR FAVORISER LA QUALITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS**

CONSIDÉRANT le projet de renouvellement de l'Accord-cadre déposé par la Fédération le 14 mars 2002;

CONSIDÉRANT les diverses mesures proposées par la Fédération dans le cadre de ce projet de renouvellement;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de poursuivre les travaux entrepris au cours des derniers mois sur les questions suivantes:

- La notion de cabinets affiliés et la révision de la composante technique
- Le renouvellement des équipements en cabinets privés
- La rémunération de la télémédecine
- L'instauration d'un programme de congé parental
- L'instauration d'un programme de ressourcement
- La rémunération des tâches médico-administratives
- La modification des plafonds de gains de pratique
- La révision du plafond de rémunération majorée en région

Ces travaux devront être complétés assez tôt pour que les négociations entre les parties puissent permettre la conclusion d'ententes applicables même avant le 1^{er} avril 2004.

2. Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied des comités paritaires pour l'évaluation et la détermination des modalités relatives à l'introduction éventuelle des mesures suivantes:

- La rémunération de la garde en disponibilité
- La rémunération des chefs de département
- La rémunération des activités d'enseignement et de recherche

Les comités mis sur pied devront faire rapport aux parties négociantes des résultats de leurs travaux d'ici au 31 octobre 2003 afin que les négociations entre les parties puissent permettre la conclusion d'ententes applicables à compter du 1^{er} avril 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 146**CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES**

CONSIDÉRANT la politique de rémunération du gouvernement;

CONSIDÉRANT que le gouvernement a la responsabilité d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel afin de permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé;

CONSIDÉRANT qu'à cet égard, les comparaisons et les écarts de rémunération avec les autres provinces doivent être pris en considération;

CONSIDÉRANT que le gouvernement et la Fédération reconnaissent l'existence d'écarts entre les rémunérations des médecins spécialistes québécois et celles de leurs collègues des autres provinces mais qu'ils ne s'entendent pas sur l'ampleur des écarts à corriger;

CONSIDÉRANT que les comparaisons de rémunération et leur interprétation exigent la prise en compte d'une multitude de facteurs techniques, économiques et sociaux;

CONSIDÉRANT qu'en dépit de l'incertitude sur l'ampleur des écarts à corriger, le gouvernement a accepté de procéder, à compter du 1^{er} avril 2003, à un redressement de la rémunération des médecins spécialistes par le biais de l'introduction des mesures identifiées à l'article 9 du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS/FMSQ pour les années 1999-2000 à 2003-2004;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité d'étude sur la rémunération des médecins spécialistes dont le mandat consiste à comparer la rémunération des médecins spécialistes québécois par rapport à celle de leurs confrères des autres provinces et à déterminer l'ampleur des écarts de rémunération.

Dans le cadre de son analyse, le comité tient compte de l'ensemble des facteurs pertinents à la comparaison de la rémunération des médecins spécialistes et à la détermination des écarts de rémunération.

2. Ce comité est composé des personnes suivantes:

- Un expert indépendant pouvant, de par ses connaissances dans ce domaine, contribuer à faciliter la réalisation du mandat du comité, et choisi par les parties négociantes;
- Des représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec;
- Des représentants du ministère de la Santé et des Services Sociaux; et
- Un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor.

3. Les parties nomment madame Diane Marleau afin d'agir comme expert indépendant et conviennent d'assumer à part égale le paiement de ses honoraires.

4. Afin de permettre au comité d'étude sur la rémunération d'accomplir son mandat avec compétence et célérité, les parties conviennent de retenir les services de l'Institut canadien d'information sur la santé ou, à défaut, de tout autre expert, afin de colliger et de fournir aux membres du comité l'ensemble des données pertinentes à la comparaison de la rémunération des médecins spécialistes québécois avec celle de leurs confrères des autres provinces et à la détermination des écarts de rémunération qui prévalent. Les coûts reliés à l'obtention de ces services sont assumés à part égale par les parties négociantes.

Les parties conviennent d'octroyer les mandats à ce titre de façon à ce que l'ensemble des données pertinentes soit colligé et fourni au plus tard le 31 mai 2003.

5. Les travaux du comité d'étude sur la rémunération doivent être complétés au plus tard le 31 octobre 2003. Le comité remet aux parties négociantes un rapport faisant état de ses conclusions.

6. Une fois saisies des résultats des travaux du comité d'étude, les parties entreprennent des pourparlers en vue de conclure une entente sur les écarts de rémunération à corriger et l'échéancier de ces correctifs, lequel ne peut s'étendre sur une période de plus de quatre ans à moins que les parties en conviennent autrement

7. En tout temps, si une des parties le souhaite, un médiateur pourra être nommé afin de leur permettre d'en arriver à une entente. Les honoraires du médiateur sont assumés à part égale par les parties.

Le médiateur fera rapport aux parties, traduisant le résultat de son intervention auprès des parties en indiquant les sujets d'ententes et de mésententes et toutes autres conclusions qu'il juge raisonnables. Le médiateur peut faire des recommandations aux parties; ces recommandations ne lient pas les parties.

8. Le gouvernement s'engage à corriger les écarts reconnus par les parties afin d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé.

Ces correctifs s'appliquent à compter du 1^{er} avril 2004 et par la suite au 1^{er} avril de chaque année qui suit, selon l'ampleur de l'écart à être corrigé et l'échéancier convenu entre les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 147**CONCERNANT LES ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES EFFECTUÉES AU CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La tarification prévue à l'**ADDENDUM 9 - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES** de l'Annexe 7 s'applique aux épreuves cardiologiques effectuées au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.
2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1^{er} juillet 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2003.

PHILIPPE COUILLARD, MD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE # 148**CONCERNANT L'OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE À L'HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les honoraires que le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie tire de sa prestation de services à l'Hôpital du Haut-Richelieu ne sont considérés qu'à concurrence de 50 % aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique.
2. La présente lettre d'entente s'applique du 1^{er} juillet 2002 au 31 décembre 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2003. .

PHILIPPE COUILLARD, MD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 149

CONCERNANT LES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX MODALITÉS D'APPLICATION DES PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX DE GAINS DE PRATIQUE

CONSIDÉRANT les modifications que les parties apportent aux modalités de calcul des gains visés par les plafonnements généraux de gains de pratique de l'Annexe 8;

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés dont, de façon spécifique, la réduction des listes d'attente;

CONSIDÉRANT que toute modification aux modalités d'application des plafonnements généraux de gains de pratique peut avoir divers impacts.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mesurer et d'évaluer à la fin de chacun des quatre (4) semestres suivant la signature des présentes, l'augmentation de la pratique médicale découlant des modifications apportées aux modalités de calcul des gains visés par les plafonnements généraux de gains de pratique et leur effet sur l'amélioration de l'accessibilité aux services médicaux spécialisés dont, de façon spécifique, la réduction des listes d'attente.

Ces évaluations prendront notamment en considération le niveau d'activités constaté chez les médecins avant et après les modifications apportées, les coûts qui en résultent et les divers facteurs qui influent sur les listes d'attente.

2. De mettre fin aux modifications apportées aux modalités de calcul des gains visés par les plafonnements généraux de gains de pratique de l'Annexe 8 au terme de la période d'évaluation prévue à l'article 1, si les évaluations ne démontrent pas l'atteinte des objectifs fixés à l'égard de la réduction des listes d'attente en établissement et, le cas échéant, de réduire l'enveloppe globale prédéterminée applicable au cours d'une année d'un montant de 3 millions \$.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2003. .

PHILIPPE COUILLARD, MD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE # 150

CONCERNANT LA MISE EN PLACE DE LA RÉMUNÉRATION MAJORÉE DANS CERTAINS TERRITOIRES

CONSIDÉRANT la lettre d'entente # 142;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de l'article 2 de cette lettre d'entente, les parties négociantes ont convenu d'introduire, à compter du 1^{er} octobre 2003, une nouvelle grille de rémunération majorée en région;

CONSIDÉRANT que les parties ont finalisé cette nouvelle grille de rémunération majorée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La nouvelle grille de rémunération majorée à être introduite au 1^{er} octobre 2003 est agréée selon les critères suivants :

1.1 Cinq territoires de rémunération majorée sont reconnus, soit :

I- 107 % pour les territoires comprenant :

- **Dans la région de l'Outaouais**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH Pierre-Janet, CH-CHSLD de Papineau et CH des Vallées de l'Outaouais;
- **Dans la région de Québec**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH St-Joseph de La Malbaie et CH de Charlevoix;
- **Dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CHSLD Ermitage de la MRC d'Arthabaska - Résidence Le Chêne, Centre de santé Cloutier-du-Rivage, CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie - Centre Laflèche, Centre de santé de la MRC de Maskinongé, CH du Centre-de-la-Mauricie, CH régional de Trois-Rivières, CH régional de la Mauricie, Hôtel-Dieu d'Arthabaska, Hôpital Sainte-Croix et le Centre de santé Nicolet-Yamaska - CH du Christ-Roi;
- **Dans la région de Chaudière-Appalaches**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH de la Région de l'Amiante, CH de Beauceville, CH Beauce-Etchemin et l'Hôtel-Dieu de Montmagny;
- **Dans la région de la Montérégie**, le territoire où est situé l'Hôtel-Dieu de Sorel;
- **Dans la région de l'Estrie**, le territoire où est situé le Carrefour santé du Granit - CH Lac-Mégantic.

II- 115 % pour les territoires comprenant :

- **Dans la région du Saguenay/Lac Saint-Jean**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH de la Sagamie, Hôpital de La Baie et le CH de Jonquière.

III- 125 % pour les territoires comprenant :

- **Dans la région du Saguenay/Lac Saint-Jean**, les territoires où sont situés les établissements suivants : Centre Le Jeannois et Hôtel-Dieu de Roberval;
- **Dans la région du Bas-Saint-Laurent**, les territoires où sont situés les établissements suivants : Réseau Santé Kamouraska - Centre Notre-Dame-de-Fatima et CH régional du Grand-Portage.

IV- 130 % pour les territoires comprenant :

- **Dans la région de l'Outaouais**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH du Pontiac et Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau;
- **Dans la région du Saguenay/Lac Saint-Jean**, le territoire où est situé le Centre Maria-Chapdelaine;
- **Dans la région du Bas-Saint-Laurent**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH d'Amqui, CH de Matane, Réseau de Santé du Témiscouata - CH Notre-Dame-du-Lac et CH régional de Rimouski;
- **Dans la région des Laurentides**, le territoire où est situé le CH et CR Antoine-Labelle;
- **Dans la région de la Mauricie/Centre-du-Québec**, le territoire où est situé le Centre de santé et des services sociaux de la Saint-Maurice.

V- 144 % pour les territoires comprenant :

- Pour l'ensemble des régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine.

1.2 Les majorations applicables dans ces territoires s'appliquent seulement aux médecins qui y sont établis et qui y exercent activement dans un établissement. Pour ces médecins, la majoration s'applique alors autant en établissement qu'en cabinet privé.

1.3 Dans les territoires III, IV et V, le médecin qui y dispense des services et qui ne rencontre pas les deux conditions de l'article 1.2 reçoit néanmoins une majoration de 20 %.

1.4 Les règles suivantes s'appliquent pour le médecin d'un territoire qui exerce dans un autre territoire :

- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires I conserve cette majoration pour les services qu'il fournit dans les territoires II;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires III conserve cette majoration pour les services qu'il fournit dans les territoires IV ou V;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires IV conserve cette majoration pour les services qu'il fournit dans les territoires V;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires II, III, IV ou V reçoit la majoration applicable aux territoires I pour les services qu'il fournit dans ces territoires;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires III, IV ou V reçoit la majoration applicable aux territoires II pour les services qu'il fournit dans ces territoires;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires IV ou V reçoit la majoration applicable aux territoires III pour les services qu'il fournit dans ces territoires;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires V reçoit la majoration applicable aux territoires IV pour les services qu'il fournit dans ces territoires;

1.5 Les majorations de la rémunération de base sont versées jusqu'à concurrence d'un montant d'honoraires résultant de services rendus dans l'ensemble de ces territoires égal à 228 000 \$ par année civile. Une fois ce maximum atteint, les majorations ne s'appliquent qu'aux honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la Règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la Règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ou de l'article 4 de l'Annexe 38.

1.6 La majoration applicable dans les secteurs III, IV et V de l'Annexe 20, ainsi qu'au Centre de santé de Chibougamau, demeure inchangée.

2. Les parties conviennent d'insérer à l'entente les clauses nécessaires afin de permettre l'application, à compter du 1^{er} octobre 2003, de la nouvelle grille de rémunération majorée prévue à la présente lettre d'entente, conformément aux critères qui y sont prévus.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2003. .

PHILIPPE COUILLARD, MD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 15.**ENTENTE AUXILIAIRE
RELATIVE AUX HONORAIRES FORFAITAIRES****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Les honoraires forfaitaires sont le per diem et le tarif horaire.

PARTIE 1.**LA TARIFICATION AU PER DIEM**

Le tarif du per diem est établi pour la pratique de la médecine dans un département clinique d'un établissement hospitalier désigné par la ministre.

Seul peut se prévaloir de ce tarif, celui qui y est autorisé au préalable par les parties négociantes.

AVIS : 1- Pour les médecins psychiatres et en santé communautaire rémunérés au per diem : utiliser le code d'activités 022XXX.

2- Pour les autres médecins rémunérés au per diem : utiliser les codes d'activités 002XXX.

1. L'honoraire**1.1 Le tarif du per diem est de 550 \$.**

Il est accordé pour une journée de clinique et une disponibilité de jour, en semaine, sauf les jours considérés comme fériés selon la clause 14.5 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie.

AVIS : Voir l'AVIS sous l'article 14.5 du Préambule général dans le Manuel des médecins spécialistes.

1.2 Dans les disciplines de l'anesthésiologie, de la chirurgie générale et de la médecine interne, le médecin qui a droit au tarif du per diem, malgré la limitation de l'article 7.1, a également droit à vingt pour cent (20 %) des honoraires à l'acte pour les services médicaux et les services médico-administratifs visés à l'Annexe 24, dispensés entre 7 heures et 19 heures, dans un centre hospitalier d'une région désignée. (*)

1.3 Les médecins spécialistes oeuvrant au Centre hospitalier de l'Archipel (Cap-aux-Meules, Îles-de-la-Madeleine) et qui ont droit au tarif du per diem ont, malgré la limitation de l'article 7.1, également droit à vingt pour cent (20 %) des honoraires à l'acte pour les services médicaux et les services médico-administratifs visés à l'Annexe 24, dispensés entre 7 heures et 19 heures. (*)

2. La journée de clinique**2.1 La journée de clinique est d'une durée minimale de 7 heures réparties en 2 demi-journées de service continu.**

Seul est compté le temps de présence sur les étages, aux unités de soins et aux cliniques.

AVIS : Utiliser les codes d'activités 002030 ou 022030 (Services cliniques).

2.2 À l'occasion d'une journée de clinique plus courte que la durée prescrite, on accorde 66 \$ par heure de service continu.

3. La disponibilité de jour**3.1 Le département doit assurer une disponibilité de jour en semaine, entre 7 et 19 heures.**

Chacun des médecins spécialistes est tenu d'y participer.

Celui qui est de service, est sur appel.

AVIS : (*) Remplir le formulaire n° 1200 (Demande de paiement- médecin) de la façon suivante :

- Inscrire le code d'acte dans la case ACTES
- Inscrire le modificateur 042 dans la case MOD
- Inscrire dans la case HONORAIRES, le montant équivalant à 20 % des honoraires de l'acte facturé
- Inscrire le code d'établissement

Les services doivent être facturés pour chaque personne assurée sur une demande de paiement distincte.

Le médecin spécialiste en médecine interne ou celui oeuvrant au Centre hospitalier de l'Archipel qui facture des services de laboratoire (SLE), doit remplir le formulaire « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte » (n° 1606), en utilisant le modificateur 042.

4. L'horaire des assignations

4.1 L'horaire des assignations pour la journée de clinique et la disponibilité de jour est fixé par le médecin-chef du département.

5. Gamme des soins

5.1 À l'occasion d'une assignation, le médecin spécialiste donne l'ensemble des soins auxquels l'habilite ses privilèges de pratique hospitaliers.

6. La garde

6.1 À l'occasion d'une garde, le médecin spécialiste touche pour les urgences auxquelles il répond, les honoraires majorés prévus au Tarif de la médecine et de la chirurgie.

Il a, en outre, droit au supplément de garde en disponibilité établi pour sa région ou son établissement.

AVIS : - Utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire la lettre « E » dans la case CS. De plus, ces services doivent être facturés pour chaque personne assurée sur une demande de paiement distincte.
- Voir la règle 14 du préambule général du tarif de la médecine et de la chirurgie.
- Référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde en disponibilité.

7. Limitation

7.1 Celui qui est payé au per diem ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie, sauf ceux prévus pour la garde.

Toutefois, le week-end et les jours fériés, il peut toucher les honoraires de visite pour la tournée des malades.

Il peut également toucher les honoraires prévus pour les services médico-administratifs visés à l'Annexe 24 lorsque dispensés en semaine, en dehors de la période de 7 heures à 19 heures, ainsi que le week-end et les jours fériés.

AVIS : Inscrire l'heure de la dispensation des services médico-administratifs visés à l'Annexe 24 effectués en semaine en dehors de la période de 7 heures à 19 heures dans la case « DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ».

8. Rapport d'activités

8.1 L'établissement présente aux parties négociantes, un rapport trimestriel indiquant les prestations de soins fournies par le département.

Ce rapport est préparé suivant les modalités établies par les parties négociantes.

9. Autorisation

9.1 Une autorisation de paiement suivant le mode du per diem est donnée pour un an ou une période plus courte.

Sont visés par une autorisation, les médecins spécialistes qui y sont nommés et ceux qui les remplacent, lors d'un congé.

Pour être nommé, il faut assurer une permanence dans la discipline, soit comme plein temps hospitalier, soit comme membre d'un pool de service plein temps.

AVIS : L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie en remplissant le formulaire « Avis de remplacement, de désignation en support ou en « pool de service » » (n° 3121). Préciser l'identité des médecins concernés et la période visée. Cocher la situation d'entente « Annexe 15 ».

PARTIE 2.**LA TARIFICATION HORAIRE**

La tarification horaire est un mode optionnel de paiement pour certaines prestations de soins :

Sont visés :

- la clinique ou le laboratoire dans un établissement hospitalier désigné par la ministre;
- la clinique ou le laboratoire dans un établissement hospitalier pour malades mentaux;
- la pneumophysiologie dans un centre de traitement des maladies pulmonaires chroniques;
- la clinique dans certaines unités de soins ou cliniques de médecine organisées pour la prise en charge de malades dont l'état est exceptionnel;
- la pratique de la médecine dans un CLSC, un centre d'accueil ou un établissement hospitalier de soins de longue durée.

On ne peut se prévaloir de la tarification horaire sans y être autorisé au préalable par les parties négociantes.

AVIS : Utiliser le code d'activités 002030 (Services cliniques), 002053 (Services de laboratoire) ou 003030 (Services cliniques - soins de pneumophysiologie).

10. L'honoraire

10.1 Le tarif horaire est de 80 \$ l'heure.

Il est payé pour un temps de **service continu de 60 minutes**, en semaine.

AVIS : À titre exceptionnel, la tarification horaire le week-end est permise dans les établissements concernés par la Lettre d'entente 40.

10.2 Seul est compté comme période de service continu, le temps consacré aux activités visées par l'avis d'autorisation.

À l'égard de la clinique et du laboratoire, seul est compté le temps de présence sur les étages, aux unités de soins, aux cliniques ou au laboratoire.

11. Limitation

11.1 Celui qui est payé au tarif horaire, ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie pour des soins donnés le même jour dans l'établissement - sauf les soins d'urgence entre 19 et 7 heures.

Des dérogations peuvent être établies par entente, au bénéfice de médecins payés au tarif horaire pour le soin des malades traités dans les unités de soins ou les cliniques de médecine des centres hospitaliers.

Une dérogation ne s'applique pas à l'égard des malades pour lesquels le médecin est payé au tarif horaire.

AVIS : Pour les dérogations déjà établies, voir la Lettre d'entente 31 dans la présente Brochure N° 1.

12. Plafonnement de la grille horaire

12.1 Le nombre d'heures payées au tarif horaire, ne peut dépasser 7 par jour et 35 par semaine.

Ne sont pas comptées les heures de surtemps du médecin spécialiste auquel le médecin-chef du département demande de prolonger son service pour répondre aux besoins.

À l'occasion d'un surtemps, le médecin spécialiste présente des notes explicatives.

AVIS : Utiliser le code d'activités 002060, 003060 ou 022060 (Heures supplémentaires).

12.2 Celui qui est payé au tarif horaire peut cumuler cette rémunération avec une autre rémunération au tarif horaire prévue à l'Entente, en autant que ce cumul n'entraîne pas la rémunération de plus de 7 heures par jour, maximum 35 heures par semaine. Toutefois, ne sont incluses, ni sujettes à ce maximum, les heures de surtemps qui ont été autorisées à titre exceptionnel en vertu des dispositions de l'Entente.

13. Autorisation

13.1 Une autorisation de paiement suivant le mode de la tarification horaire, est donnée pour une période de trois (3) ans ou une période plus courte, sauf pour la première autorisation où la période ne peut excéder 1 an.

Une autorisation est accordée pour les prestations de soins qui y sont visées.

Sont visés par une autorisation, les médecins spécialistes qui y sont nommés.

PARTIE 3.**RÈGLES COMMUNES****14. Désignation des établissements**

14.1 Un établissement est désigné par la ministre, sur recommandation de la fédération.

L'avis de désignation détermine les effectifs médicaux susceptibles d'être payés suivant le mode des honoraires forfaitaires.

Il est du ressort de l'Administration d'un établissement d'en demander la désignation; elle indique alors les effectifs médicaux pour lesquels elle demande le paiement d'honoraires forfaitaires.

15. Rémunération différente

15.1 S'ajoute au tarif du per diem et au tarif horaire, la majoration de rémunération différente pour la pratique dans les régions désignées par la ministre.

16. Autres activités

16.1 Les honoraires forfaitaires sont payés pour la prestation de soins médicaux au malade.

Ces honoraires sont également payés au médecin spécialiste pour le suivi de ses malades. À ce titre, lui est payé le temps qu'il consacre aux communications avec le personnel clinique et les proches.

On ne peut se prévaloir de la tarification forfaitaire pour le paiement d'autres activités. Des dérogations peuvent toutefois être apportées par entente entre les parties négociantes.

AVIS : *Utiliser les codes d'activités 002032 ou 003032 (Rencontres multidisciplinaires), 002055 ou 003055 (Communications).*

Pour les dérogations déjà établies, voir la Lettre d'entente 35 dans la présente Brochure No 1.

17. Procédure relative aux autorisations

17.1 Toute demande d'autorisation de paiement suivant le mode du per diem ou du tarif horaire, est soumise par l'Administration de l'établissement.

17.2 Est formé un comité conjoint de la tarification forfaitaire.

Y sont déferées, pour recommandation, toutes les demandes d'autorisation pour le paiement d'honoraires forfaitaires.

17.3 La Régie donne effet aux avis d'autorisation qui lui sont présentés par la ministre.

18. Restrictions aux autorisations

Dans les disciplines autres que l'anesthésiologie, la chirurgie générale ou la médecine interne, aucune nouvelle autorisation de paiement au per diem ne peut être recommandée à compter du 1^{er} janvier 1994 par le Comité conjoint mandaté à cette fin, sauf dans les deux cas suivants :

- a) le renouvellement d'autorisation au médecin spécialiste déjà rémunéré au per diem;
- b) une nouvelle autorisation à un médecin spécialiste qui succède à un médecin spécialiste de la même discipline ayant cessé d'exercer dans le même centre hospitalier.

Toutefois, les parties négociantes se réservent le droit d'autoriser le paiement au per diem dans des cas exceptionnels qui le justifient et selon les modalités qu'elles détermineront.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 19.**LA RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES FOURNIS DANS CERTAINS TERRITOIRES****1. RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE ET TERRITOIRES CONCERNÉS****1.1 Territoires isolés**

1.1.1 Le médecin spécialiste reçoit une majoration de la rémunération de base prévue à l'entente, quel que soit son mode de rémunération, pour les services qu'il fournit dans les secteurs III, IV et V de l'Annexe 20 ainsi qu'au Centre de santé Chibougamau.

1.1.2 Cette majoration est de 45 % de la rémunération de base.

AVIS : *Le médecin dont la pratique est effectuée en territoires isolés n'est pas tenu de compléter la déclaration de territoire de pratique principale - Rémunération différente. Toutefois, s'il prévoit se déplacer pour rendre des services dans un autre territoire et recevoir la rémunération applicable à ce territoire, il doit alors compléter le formulaire requis.*

1.2 Territoires éloignés

1.2.1 Le médecin spécialiste reçoit une majoration de la rémunération de base prévue à l'entente, quel que soit son mode de rémunération, pour les services qu'il fournit dans les territoires éloignés mentionnés à l'article 1.2.4.

Sous réserve de l'article 1.2.2, cette majoration est de 20 % de la rémunération de base.

1.2.2 Une majoration plus avantageuse de la rémunération de base est toutefois accordée en lieu et place de celle prévue à l'article 1.2.1 pour les services fournis par le médecin spécialiste qui, à l'égard d'un territoire mentionné à l'article 1.2.4, remplit les conditions suivantes :

- i) Il exerce de façon principale dans ce territoire; et
- ii) Il exerce dans un établissement de ce territoire de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services).

1.2.3 La majoration plus avantageuse s'applique dans tous les lieux où le médecin dispense des services dans le territoire où il remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2.

1.2.4 La majoration plus avantageuse est fixée aux pourcentages suivants selon le territoire où le médecin remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2 :

Territoire 5 : 45 %

Ce territoire correspond à :

1. Le territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue;
2. Le territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, à l'exception des localités de ce territoire qui sont comprises dans le secteur III de l'Annexe 20;
3. Le territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie/Îles de la Madeleine; et
4. Les localités des secteurs I et II de l'Annexe 20 qui ne sont pas déjà comprises dans les territoires précédents, à l'exception du Centre de santé Chibougamau.

Territoire 4 : 30 %

Ce territoire correspond à :

1. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean incluant le territoire de CLSC Maria-Chapdelaine;
2. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent incluant les territoires de CLSC de Cabano, Saint-Eleuthère, Rimouski-Neigette, La Mitis, Les Basques, Matane et La Matapédia;
3. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais incluant les territoires de CLSC Pontiac et Des Forestiers;
4. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides incluant le territoire de CLSC Antoine-Labelle; et

5. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie/Centre-du-Québec incluant le territoire de CLSC Haut-St-Maurice, à l'exception des localités de ce territoire qui sont comprises dans le secteur III de l'Annexe 20.

Territoire 3 : 25%

Ce territoire correspond à :

1. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean incluant les territoires de CLSC Domaine-du-Roy et Lac-St-Jean-Est; et
2. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent incluant les territoires de CLSC de Kamouraska et de Rivière-du-Loup.

1.3 Autres territoires

1.3.1 Une majoration de la rémunération de base prévue à l'entente est accordée, quel que soit le mode de rémunération applicable, pour les services fournis par le médecin spécialiste qui, à l'égard d'un territoire mentionné à l'article 1.3.3, remplit les conditions suivantes :

- i) Il exerce de façon principale dans ce territoire; et
- ii) Il exerce dans un établissement de ce territoire de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services).

1.3.2 La majoration s'applique dans tous les lieux où le médecin dispense des services dans le territoire où il remplit les conditions prévues à l'article 1.3.1;

1.3.3 La majoration est fixée aux pourcentages suivants, selon le territoire où le médecin remplit les conditions prévues à l'article 1.3.1.:

Territoire 2 : 15%

Ce territoire correspond à la partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay/Lac-Saint-Jean incluant les territoires de CLSC Saguenay, Jonquière, Chicoutimi et Fjord.

Territoire 1 : 7%

Ce territoire correspond à :

1. Le territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie/Centre-du-Québec, à l'exception du territoire de CLSC Haut-St-Maurice;
2. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais incluant les territoires de CLSC Les Collines-de-l'Outaouais, Aylmer, Hull, Gatineau, Vallée-de-la-Lièvre et Petite-Nation;
3. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec incluant les territoires de CLSC Charlevoix-Ouest et Charlevoix-Est;
4. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches incluant les territoires de CLSC Montmagny, L'Islet, Lotbinière, L'Amiante, La Nouvelle-Beauce, Robert-Cliche, Beauce-Sartigan et Lac-Etchemin;
5. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie incluant les territoires de CLSC Bas-Richelieu; et
6. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie incluant le territoire CLSC Granit.

1.4 Dispositions générales

1.4.1 À chaque année, le médecin qui souhaite bénéficier d'une majoration de la rémunération de base prévue aux articles 1.2.2 et suivants ou 1.3 doit compléter une déclaration à la Régie où il fournit l'information permettant de confirmer le respect des conditions donnant droit à cette majoration.

AVIS : À chaque année, le médecin doit compléter une déclaration de territoire de pratique principale - Rémunération différente, par le biais d'un formulaire en ligne disponible et transmissible par Internet. Exceptionnellement, vous pouvez produire votre déclaration par téléphone en appelant aux numéros habituels du Service de l'information aux professionnels.

Le médecin doit également informer la Régie sans délai de toute modification de son lieu d'exercice qui aurait pour effet de remettre en question le respect des conditions donnant droit à une majoration de la rémunération de base.

La Régie transmet aux parties négociantes la liste des médecins qui bénéficient d'une majoration de la rémunération de base.

1.4.2 Les parties négociantes vérifient, sur demande ou de leur propre chef, si le médecin qui bénéficie ou souhaite bénéficier d'une majoration de la rémunération de base rencontre les conditions prévues au présent article et en informe la Régie. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

1.4.3 Aux fins de l'application de la condition prévue aux articles 1.2.2 (i) ou 1.3.1 (i), le médecin est réputé exercer de façon principale dans le territoire où il tire la majorité de ses gains de pratique, lorsque considérés selon la rémunération de base.

AVIS : *Le territoire de pratique principale du médecin correspond à celui où il tire au moins 50 % de ses gains de pratique.*

1.4.4 Aux fins de l'application de la condition prévue aux articles 1.2.2 (ii) ou 1.3.1 (ii), les parties négociantes déterminent si un médecin exerce de façon régulière et continue dans un établissement ou plutôt dans un contexte d'itinérance en tenant compte d'un ensemble de facteurs dont le statut du médecin, son lieu de résidence, son niveau de participation aux activités de l'établissement et l'application d'autres mesures prévues à l'Entente.

1.4.5 Aux fins de l'application des majorations de la rémunération de base prévues au présent article, on tient également compte des règles suivantes :

- i) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.3.1 dans le territoire 1 conserve la majoration applicable à ce territoire pour les services qu'il fournit dans le territoire 2.
- ii) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.3.1 dans le territoire 2 reçoit la majoration applicable au territoire 1 pour les services qu'il fournit dans ce territoire.
- iii) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2 dans le territoire 3 conserve la majoration applicable à ce territoire pour les services qu'il fournit dans les territoires 4 ou 5 et reçoit, selon le cas, la majoration applicable aux territoires 1 ou 2 pour les services qu'il fournit dans l'un de ces territoires.
- iv) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2 dans le territoire 4 conserve la majoration applicable à ce territoire pour les services qu'il fournit dans le territoire 5 et reçoit, selon le cas, la majoration applicable aux territoires 1, 2 ou 3 pour les services qu'il fournit dans l'un de ces territoires.
- v) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2 dans le territoire 5 reçoit, selon le cas, la majoration applicable aux territoires 1, 2, 3 ou 4 pour les services qu'il fournit dans l'un de ces territoires.
- vi) Le médecin qui exerce de façon principale dans les territoires isolés mentionnés à l'article 1.1 et qui y exerce en établissement reçoit, selon le cas, la majoration applicable aux territoires 1, 2, 3, 4 ou 5 pour les services qu'il fournit dans l'un de ces territoires.

1.4.6 Les majorations de la rémunération de base sont versées jusqu'à concurrence d'un montant d'honoraires résultant de services rendus dans l'ensemble des territoires 1 à 5 et des territoires isolés égal à 219,000 \$ par année civile (228,000 \$ à compter du 1^{er} janvier 2004). Une fois ce maximum atteint, les majorations ne s'appliquent qu'aux honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la Règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la Règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ou de l'article 4 de l'Annexe 38.

1.4.7 La détermination des territoires visés au présent article est effectuée selon le découpage territorial officiel du Ministère de la Santé et des Services sociaux et s'applique selon la délimitation des territoires de CLSC telle qu'elle existe au 1^{er} juillet 2003.

2. PRIME DE RÉTENTION

2.1 On attribue une prime de rétention au médecin spécialiste exerçant dans des établissements situés dans un ou plusieurs territoire(s) insuffisamment pourvu(s) de professionnels de la santé et qui y tient feu et lieu depuis trois (3) ans.

À compter du 1^{er} jour du mois suivant le troisième (3^e) anniversaire d'établissement en régions désignées, cette prime correspond à 14 % de la rémunération de base gagnée par le médecin spécialiste dans ces établissements, jusqu'à concurrence de 3 500 \$ pour chacun des trimestres d'une année civile.

À compter du 1^{er} jour du mois suivant le sixième (6^e) anniversaire d'établissement en régions désignées, cette prime correspond à 20 % de la rémunération de base gagnée par le médecin spécialiste dans ces établissements, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour chacun des trimestres d'une année civile.

Pour un trimestre donné, cette prime est payable, au plus tard, dans les quarante-cinq (45) jours après la fin du trimestre qui suit.

La durée d'établissement d'un médecin spécialiste est calculée de façon cumulative et non consécutive, de façon à tenir compte de toute période au cours de laquelle le médecin a exercé dans un établissement situé en territoire insuffisamment pourvu de professionnels de la santé et y a tenu feu et lieu, en autant que le médecin n'ait pas cessé, pour une période consécutive de plus de deux ans, d'exercer dans un établissement situé dans un tel territoire et d'y tenir feu et lieu.

2.2 Cette prime s'applique exclusivement au médecin établi en régions éloignées et dont l'hôpital principal est situé à plus de quatre cents (400) kilomètres du plus près de Montréal ou de Québec.

Par hôpital principal, on entend celui où le médecin gagne la majorité de ses revenus en établissement.

2.3 Cette prime ne s'applique qu'aux médecins spécialistes qui exercent dans un établissement et dans une spécialité visés à l'article 1.2 de l'Annexe 32. Toutefois, jusqu'au 31 décembre 1996, cette prime ne s'applique qu'aux médecins spécialistes qui exercent dans un établissement et dans une spécialité visés à l'article 1.2 de l'Annexe 32, tel que cet article se lisait au 31 décembre 1995.

AVIS : *Il appartient au médecin de faire la première demande de prime à la Régie et ce, au moyen d'une lettre adressée au Service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires en précisant pour la période de référence de trois ou six ans selon le cas, la localité de résidence ainsi que la date d'arrivée ou de départ. Par la suite, les autres versements seront effectués automatiquement.*

3. FRAIS DE RESSOURCEMENT

3.1 Le médecin spécialiste qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les territoires déterminés par arrêté de la Ministre conformément au 5^e alinéa de l'article 19 de la loi bénéficie d'un maximum de vingt (20) jours de ressourcement après chaque période de douze (12) mois (entre le 1^{er} mai et le 30 avril) où il a exercé sa profession sur une base régulière dans ces territoires.

AVIS : *Le médecin rémunéré selon le mode du salariat doit utiliser le code de congé 19.*

Le médecin spécialiste qui s'établit en cours d'année a droit à un séjour de ressourcement d'une durée égale au pro-rata des mois travaillés.

Les jours de ressourcement au crédit d'un omnipraticien lui sont reconnus, lorsqu'il devient médecin spécialiste, au moment de son retour dans un territoire désigné.

Le médecin peut, au cours de la première année, utiliser par anticipation un maximum de dix (10) jours de ressourcement.

AVIS : *Le médecin rémunéré selon le mode du salariat doit utiliser le code de congé 18.*

3.2 Le séjour de ressourcement doit s'effectuer dans le cadre d'un programme de perfectionnement ou dans le cadre d'un congrès de perfectionnement.

3.3 Le médecin spécialiste qui désire bénéficier d'un séjour de ressourcement doit donner préavis d'un (1) mois pour permettre son remplacement.

3.4 Le médecin spécialiste qui bénéficie d'un séjour de ressourcement a droit au remboursement des frais suivants :

- i) un montant de 375,00\$ par jour de ressourcement; le médecin rémunéré à honoraires forfaitaires (salariat) reçoit son traitement;
- ii) le remboursement des frais réels de transport aller-retour, selon le tarif économique du lieu de sa résidence au lieu de séjour (maximum quatre (4) fois par année) jusqu'à concurrence de l'équivalent du prix par avion d'un passage aller-retour, classe économique, de la localité où il exerce jusqu'à Montréal;
- iii) une allocation forfaitaire de 180 \$ par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais).

Le médecin doit, pour obtenir remboursement, fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation de séjour de perfectionnement.

3.5 Le présent article tient lieu des congés de perfectionnement prévus à l'annexe 21 relative aux avantages sociaux pour les médecins rémunérés selon le mode du salariat.

3.6 Le cumul des journées de ressourcement ne peut excéder quatre-vingt (80) jours.

3.7 Les dispositions du présent article 3 ne s'appliquent pas au médecin spécialiste qui a sa résidence principale ou exerce sa profession sur une base régulière dans les municipalités régionales de comté d'Antoine Labelle, de Kamouraska et de Rivière-du-Loup (ne comprenant pas les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix).

ANNEXE 30

ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE.

AVIS : Pour le médecin spécialiste autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte en établissement, seules les dispositions de l'article 1.2 de la présente annexe s'appliquent. (Voir l'article 15.2 iv de l'Annexe 38 - Brochure n° 5).

Le médecin physiatre qui est de service dans une unité de réadaptation lourde à l'Institut de réadaptation de Montréal et à L'Hôpital Sainte-Justine est payé suivant le Tarif de la médecine et de la chirurgie.

Il peut, toutefois, être payé au tarif horaire pour sa pratique en établissement.

1. GAMME DES ACTIVITÉS

1.1 Le médecin physiatre peut se prévaloir du tarif horaire pour la pratique de sa discipline dans un établissement.

Sont ainsi visés :

1.1.1 Prestation de soins

Au titre des prestations de soins, le médecin physiatre est payé pour les visites et les thérapies des malades hospitalisés, résidents ou traités dans les unités de soins, les urgences ou les cliniques externes et autres services ambulatoires.

AVIS : Utiliser le code d'activités 002030 (Services cliniques).

1.1.2 Suivi des malades

Au titre de suivi des malades, on paie le médecin physiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin de ses malades. On inclut de même le temps des communications avec les proches.

AVIS : Utiliser le code d'activités 002055 (Communications).

1.1.3 Équipe interdisciplinaire

On paie le médecin physiatre pour le temps qu'il consacre aux séances de travail de l'équipe interdisciplinaire et aux rencontres avec les malades et leurs proches dont l'équipe a charge.

AVIS : Utiliser le code d'activités 002032 (Rencontres multidisciplinaires).

1.1.4 Organisation des programmes

On paie le médecin physiatre pour le temps qu'il consacre à l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de programmes de soins spécifiques qui sont demandés par son chef de service ou de département.

On ne peut se prévaloir de la tarification horaire pour le paiement d'autres activités.

AVIS : Utiliser le code d'activités 002037 (Planification - programmation - évaluation) ou 002047 (Exécution d'un programme).

1.2 Le médecin physiatre peut se prévaloir du tarif de la médecine et de la chirurgie.

Les actes suivants sont ajoutés :

AVIS : Voir les codes d'acte appropriés sous l'onglet B « Tarification des visites » - Annexe 30, dans le manuel des médecins spécialistes.

1.2.1 Pour le patient hospitalisé

Dans un centre hospitalier de réadaptation où le médecin traitant est un physiatre et où la réadaptation se fait par équipe interdisciplinaire (6 intervenants médicaux ou paramédicaux ou plus, dans des domaines différents pour des malades avec atteinte des fonctions supérieures et 5 intervenants pour les autres malades) auprès d'un malade traité pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuro-musculaire généralisée.

1.2.1.1 Évaluation hebdomadaire par le physiatre traitant.

L'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires, sauf le P.I.I., avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier.

+ TARIF : 68,50 \$

Un seul honoraire d'évaluation hebdomadaire peut être chargé, par un physiatre traitant, pour un même patient, par période d'une semaine établie du lundi au dimanche.

Aucune autre visite, sauf le P.I.I., ne peut être chargé par le physiatre traitant durant cette période.

Cet honoraire d'évaluation hebdomadaire ne peut être payé au physiatre si des honoraires au tarif horaire lui ont été payés dans la même période d'une semaine dans le même établissement.

1.2.1.2 Plan d'intervention individualisée (P.I.I.)

Planifications, rencontres interdisciplinaires, rencontres avec le malade, la famille le cas échéant, et rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) comprenant :

- La description de la déficience de l'incapacité et du handicap
- Le plan de traitement par objectif avec échéancier

+ TARIF : 171,40 \$

Un seul honoraire de P.I.I. peut être chargé, pour un même patient, pour une période de 6 semaines.

1.2.2 À la clinique externe

Dans un centre hospitalier de réadaptation où le physiatre est le médecin responsable au sein d'une équipe interdisciplinaire et où il évalue des malades traités pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuromusculaire généralisée.

1.2.2.1 Évaluation médico-handicap

Anamnèse, examen physique, discussions interdisciplinaires, rencontres de la personne ressource accompagnante et rédaction d'un rapport qui comprend :

- La description de la déficience, de l'incapacité, et du handicap
- Le plan de traitement de réadaptation

+ TARIF : 85,70 \$

Un seul honoraire d'évaluation médico-handicap peut être chargé, pour un même patient, pour une période de 6 mois.

2. LA GARDE

2.1 À l'occasion d'une garde, le physiatre touche pour les urgences auxquelles il répond, les honoraires majorés prévus au Tarif de la médecine et de la chirurgie.

3. TARIF HORAIRE

3.1 Le tarif horaire est de 80 \$.

À l'égard des prestations de soins, du suivi des malades et de l'équipe interdisciplinaire, le médecin physiatre est payé pour un temps de service en semaine entre 7 heures et 19 heures, sauf les jours considérés fériés.

3.2 Limitation

Celui qui est payé au tarif horaire, ne peut toucher d'autres honoraires de la régie pour des soins donnés le même jour dans l'établissement - sauf les soins d'urgence entre 19 heures et 7 heures.

10. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.1 Le présent protocole d'accord entre en vigueur à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour d'octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE I

CONCERNANT LA DÉTERMINATION DES BANQUES D'HEURES ET DES ENVELOPPES ANNUELLES VISÉES PAR LE PROTOCOLE D'ACCORD AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES CONSEILS AUPRÈS D'UNE RÉGIE RÉGIONALE OU MEMBRES D'UNE COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE

+ (Cette banque d'heures n'est valable que pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004)

RÉGIES RÉGIONALES VISÉES	BANQUES D'HEURES MAXIMALES	ENVELOPPES ART 3.1	ENVELOPPES PRÉS, OU V-PRÉS.	ART 3.2 AUTRES MÉDECINS
Bas-Saint-Laurent (01)	700	350	150	200
Saguenay/Lac-Saint-Jean (02)	700	350	150	200
Québec (03)	3 350	2 600	300	450
Mauricie et du Centre-du-Québec (04)	1 000	500	200	300
Estrie (05)	1 000	500	200	300
Montréal-Centre (06)	4 450	3 700	300	450
Outaouais (07)	1 000	500	200	300
Abitibi/Témiscamingue (08)	600	250	150	200
Côte-Nord (09)	600	250	150	200
Nord-du-Québec (10)	600	250	150	200
Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine (11)	600	250	150	200
Chaudière-Appalaches (12)	700	350	150	200
Laval (13)	1 000	500	200	300
Lanaudière (14)	700	350	150	200
Laurentides (15)	700	350	150	200
Montréal (16)	3 225	2 600	250	375
Nunavik (17)	125	125	0	0
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	125	125	0	0
Banques d'heures supplémentaires pouvant être utilisées selon les besoins	3 400	3 400	0	0

PROTOCOLE D'ACCORD

AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES AU BÉNÉFICE DU CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

ARTICLE 1

OBJET

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération du médecin visé au paragraphe 1.2 qui exerce certaines activités professionnelles au bénéfice du Conseil médical du Québec;

1.2 Aux fins du présent protocole d'accord, le vocable «médecin» signifie le médecin spécialiste qui est membre du Conseil médical du Québec, nommé par le Gouvernement sur recommandation du Ministre, à partir d'une liste de médecins recommandés par la Fédération des médecins spécialistes du Québec, excluant toutefois le médecin spécialiste nommé président du Conseil médical du Québec;

Le vocable «médecin» peut également signifier le médecin spécialiste qui est membre du Conseil médical du Québec, nommé par le Gouvernement sur recommandation du Ministre et dont la rémunération en vertu du présent protocole est autorisée, de façon exceptionnelle, par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

ARTICLE 2

CHAMP D'APPLICATION

2.1 Les dispositions de l'Accord-cadre entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec s'appliquent au médecin visé, sous réserve des stipulations contenues dans le présent protocole d'accord.

ARTICLE 3

PORTÉE ADDITIONNELLE

3.1 Outre les parties, la Régie et le médecin, le présent protocole lie le Conseil médical du Québec.

ARTICLE 4

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

4.1 Pour le médecin, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est relative à sa participation aux travaux d'un ou de plusieurs comités du Conseil médical du Québec, en excluant, toutefois, le temps de présence aux séances du Conseil médical du Québec.

AVIS : Utiliser le code d'activités 062046 (Activités professionnelles auprès du Conseil médical) et le numéro d'établissement 94999 (Conseil médical du Québec).

ARTICLE 5

MODES DE RÉMUNÉRATION

5.1 Pour les activités décrites à l'article 4.1 du présent protocole d'accord, le médecin est rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire, au taux prévu à l'Annexe 15 de l'Accord-cadre;

5.2 Toutefois, malgré ce qui précède, le médecin peut, s'il est détenteur d'une nomination selon l'échelle de traitement apparaissant à l'Annexe 16, continuer à se prévaloir, de façon exclusive, de ce mode de rémunération pour ses activités effectuées au bénéfice du Conseil médical du Québec;

5.3 Le présent protocole d'accord tient lieu des nomination et autorisation permettant au médecin visé par les présentes d'être rémunéré;

5.4 L'autorisation tenant lieu de nomination ne comporte, à l'endroit du médecin rémunéré à salaire, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

AVIS : Aucun avis de nomination ne doit être envoyé à la Régie ou au MSSS.