



MANUEL DES SPÉCIALISTES BROCHURE N° 1

MISE À JOUR : 89

JANVIER 2014

Veillez conserver ces pages pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto et verso des pages touchées par les modifications ainsi que les décalages de pages.

MODIFICATION 64 et MODIFICATION 67, en vigueur le 1^{er} janvier 2014, sauf mention contraire, et autres modifications administratives

MODIFICATION 67

ANNEXE 11. A - LETTRES D'ENTENTE NUMÉROTÉES

- Modification à la *Lettre d'entente n° 2* - **en vigueur le 13 mai 2013**
- Modification à la *Lettre d'entente n° 187* - **en vigueur le 1^{er} janvier 2012**
- Adoption de la nouvelle *Lettre d'entente n° 200* - **en vigueur le 30 juin 2013**
- Adoption de la nouvelle *Lettre d'entente n° 201*
Pages : [A-2](#), [A-161](#), [A-179](#) à A-182

ANNEXE 11. B - LETTRES D'ENTENTE NUMÉROTÉES

- Adoption de la nouvelle *Lettre d'entente n° A-85* - **en vigueur le 1^{er} juillet 2013**
Page : [B-54](#)

PROTOCOLES D'ACCORD

- Modification au point 8.2 du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux* - **en vigueur le 1^{er} janvier 2013**
- Modifications au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes* et ajout d'une partie II
- Modifications au *Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers*, points 4.3, 5.1 et 6.1
- Abrogation de l'article 10 du *Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers* - **en vigueur le 1^{er} octobre 2013**

- Adoption du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Opti-Lab)* - **en vigueur le 1^{er} juin 2013**
 - Adoption du *Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins spécialistes qui assurent une garde en disponibilité au Centre de référence québécois pour le traitement des sujets avec inhibiteurs de la coagulation* - **en vigueur le 1^{er} janvier 2013**
 - Adoption du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé*
- Pages :** [2](#), [41](#) à 46, [50](#), [51](#), [53](#), [75](#) à 83

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

TABLE DES MATIÈRES

- Mise à jour
- Pages :** [8](#), [11](#), [16](#) et [17](#)

ANNEXE 11. A - LETTRES D'ENTENTE NUMÉROTÉES

- Aux lettres d'entente 112 et 122, ajouts de disciplines et de codes d'acte
 - À la Lettre d'entente n° 200, ajout d'avis
- Pages :** [A-71](#), [A-76](#) et [A-179](#)

PROTOCOLES D'ACCORD

- Ajout d'avis au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes*
 - Ajout d'un avis sous le 2^e paragraphe du point 3.1 du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Opti-Lab)* - **en vigueur le 1^{er} juin 2013**
 - Ajout d'un tableau des codes d'acte et des tarifs et ajout d'avis au *Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins spécialistes qui assurent une garde en disponibilité au Centre de référence québécois pour le traitement des sujets avec inhibiteurs de la coagulation*
 - Ajout d'avis au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé*
- Pages :** [44](#), [45](#), [75](#), [79](#), [81](#) et [83](#)

MODIFICATION 64

ANNEXES 12 à ...

- Modification au montant maximal de versement de la majoration de la rémunération de base à l'annexe 19, point 1.4.6
 - Modification au montant de la prime de revalorisation de la rémunération de base et à la somme de la prime et des gains de pratique de l'annexe 32, points 1.3.1 et 1.3.2
- Pages :** [21](#) et [72](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les infolettres suivantes :
n° 034 du 10 mai 2013, n° 123 du 5 septembre 2013, n° 155 du 7 octobre 2013 et n° 229 du 10 décembre 2013

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives à l'Accord-cadre, aux annexes, lettres d'entente, protocoles d'accord, entente de principe et décrets.
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-51211-0

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

	<i>Page</i>
LETTRE D'ENTENTE N° 164 concernant la mise en application du protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire	A-122
LETTRE D'ENTENTE N° 165 concernant la supervision des stages de perfectionnement effectués par les moniteurs cliniques	A-123
LETTRE D'ENTENTE N° 166 concernant les règles de rémunération applicables aux médecins résidents détenteurs de permis restrictifs.	A-124
LETTRE D'ENTENTE N° 167 concernant le maintien de l'accessibilité aux services spécialisés en chirurgie orthopédique au Centre de santé et de services sociaux de Gatineau aux prises avec une grave pénurie temporaire d'effectifs (<i>abrogée par la Modification 56</i>)	A-125
LETTRE D'ENTENTE N° 168 concernant la rémunération des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie dans le cadre du programme amproob dans les établissements de santé du Québec	A-127
LETTRE D'ENTENTE N° 169 concernant les activités de santé publique effectuées par les médecins spécialistes en santé communautaire	A-129
LETTRE D'ENTENTE N° 170 concernant l'assurance responsabilité professionnelle	A-130
LETTRE D'ENTENTE N° 171 concernant les autopsies faites à la demande du coroner	A-131
LETTRE D'ENTENTE N° 172 concernant la rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes	A-134
LETTRE D'ENTENTE N° 173 concernant la rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (<i>abrogée par la Modification 62</i>)	A-138
LETTRE D'ENTENTE N° 174 concernant le projet de télépathologie auquel participent des pathologistes de toutes les régions du territoire du réseau intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) (<i>abrogée par la Modification 59</i>)	A-139
LETTRE D'ENTENTE N° 175 concernant la mise en application de l'annexe 42 prévoyant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie	A-141
LETTRE D'ENTENTE N° 176 concernant les modalités de rémunération des médecins spécialistes en période de pandémie d'influenza de type A (H1N1).	A-142
LETTRE D'ENTENTE N° 177 concernant la supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des infirmières praticiennes spécialisées	A-148
LETTRE D'ENTENTE N° 178 concernant la supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des dentistes résidents en chirurgie buccale et maxillo-faciale	A-149
LETTRE D'ENTENTE N° 179 concernant l'amélioration des conditions de pratique en anatomo-pathologie	A-150
LETTRE D'ENTENTE N° 180 concernant les services de procréation assistée	A-151
LETTRE D'ENTENTE N° 181 concernant les nouvelles spécialités reconnues par le Collège des médecins du Québec aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste	A-153
LETTRE D'ENTENTE N° 182 concernant les coûts des régimes d'assurances complémentaires obligatoires pour l'année 2013	A-154
LETTRE D'ENTENTE N° 182-A concernant les coûts des régimes d'assurances complémentaires obligatoires pour l'année 2012	A-155
LETTRE D'ENTENTE N° 183 concernant l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge	A-156
LETTRE D'ENTENTE N° 184 concernant la mise en application de l'annexe 43 prévoyant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes	A-158
LETTRE D'ENTENTE N° 185 concernant la supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des conseillères et conseillers en génétique	A-159
LETTRE D'ENTENTE N° 186 concernant la supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des étudiantes en pratique sage-femme.	A-160

	LETTRE D'ENTENTE N° 187 concernant la formation dispensée en technique de Mohs par le docteur Pierre Gauthier, médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.	A-161
	LETTRE D'ENTENTE N° 188 concernant l'assurance responsabilité professionnelle	A-162
	LETTRE D'ENTENTE N° 189 concernant la prise en charge des services en anatomo-pathologie dans un établissement en pénurie sévère d'effectifs	A-163
	LETTRE D'ENTENTE N° 190 concernant la mise en application de l'annexe 44 concernant le programme de développement professionnel et de maintien des compétences	A-165
	LETTRE D'ENTENTE N° 191 concernant la rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail. . . .	A-166
	LETTRE D'ENTENTE N° 192 concernant les nouvelles spécialités médicales reconnues par le Collège des médecins du Québec	A-167
	LETTRE D'ENTENTE N° 193 concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec .	A-168
	LETTRE D'ENTENTE N° 194 concernant la mise en application du Protocole concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes dispensant des services de télémédecine.	A-169
	LETTRE D'ENTENTE N° 195 concernant la mise en application du Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique	A-170
	LETTRE D'ENTENTE N° 196 concernant la mise en place des augmentations tarifaires et mesures ciblées à l'Entente des médecins spécialistes	A-171
	LETTRE D'ENTENTE N° 197 concernant le maintien de l'accessibilité aux services spécialisés en hémato-oncologie au Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi aux prises avec une grave pénurie temporaire d'effectifs	A-174
	LETTRE D'ENTENTE N° 198 concernant le maintien des compétences en coloscopie.	A-176
	LETTRE D'ENTENTE N° 199 concernant les activités accomplies par les médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail	A-178
#	LETTRE D'ENTENTE N° 200 concernant les services rendus par le docteur Miguel Burnier (93-321)	A-179
#	LETTRE D'ENTENTE N° 201 concernant la mise en application du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé, de la rémunération de réunions cliniques multidisciplinaires ainsi que de nouvelles activités d'enseignement	A-181

	<i>Page</i>
LETTRE D'ENTENTE A-61 concernant la garde en disponibilité en santé communautaire	B-33
LETTRE D'ENTENTE A-62 concernant la rémunération du docteur Philippe A. Coucke (05-046), médecin spécialiste en radio-oncologie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (<i>abrogée par la Modification 40</i>)	
LETTRE D'ENTENTE A-63 concernant la rémunération des médecins spécialistes classés en radio-oncologie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont	B-34
LETTRE D'ENTENTE A-64 concernant les services rendus par les docteurs Jacques Ouellet et Guylaine Vachon, médecins spécialistes en médecine d'urgence.	B-35
LETTRE D'ENTENTE A-65 concernant le docteur Pascale Hamel (94-329), pédiatre	B-35
LETTRE D'ENTENTE A-66 concernant la pratique du dr Éric Notebaert (88-144), médecin spécialiste en médecine d'urgence, au CSSS de Laval - Hôpital Cité de la Santé	B-36
LETTRE D'ENTENTE A-67 concernant la prestation de soins en chirurgie générale à l'hôpital Hôtel-Dieu. .	B-37
LETTRE D'ENTENTE A-68 concernant les services rendus par le docteur Diane Marcotte, médecin spécialiste en anesthésiologie	B-37
LETTRE D'ENTENTE A-69 concernant les services rendus par certains médecins spécialistes.	B-38
LETTRE D'ENTENTE A-70 concernant les Docteurs Louis Normandin, Joe Helou et Quoc Boa Do	B-39
LETTRE D'ENTENTE A-71 concernant la garde en disponibilité en gériatrie effectuée par le Docteur Jean-Pierre Beauchemin (83-266), gériatrie, au sein du département de médecine familiale de l'hôpital Laval . .	B-40
LETTRE D'ENTENTE A-72 concernant la respiration des soins en anesthésiologie au CHUM	B-41
LETTRE D'ENTENTE A-73 concernant les activités accomplies par certains médecins microbiologistes infectiologues au sein du Laboratoire de Santé publique du Québec (LSPQ).	B-42
LETTRE D'ENTENTE A-74 concernant la prestation de soins en chirurgie générale au CSSS de Manicouagan - Hôpital Le Royer	B-43
LETTRE D'ENTENTE A-75 concernant les activités dispensées au CSSS de la Basse Côte-Nord par le Docteur Jean-Pierre Doray, pédiatre.	B-44
LETTRE D'ENTENTE A-76 concernant les activités de coordination des soins intensifs par des médecins spécialistes	B-45
LETTRE D'ENTENTE A-77 concernant les services rendus par le docteur Thomas Warkus, gynécologue-oncologue	B-46
LETTRE D'ENTENTE A-78 concernant l'expertise fournie par certains médecins spécialistes lors des cliniques de vaccination des patients allergiques aux oeufs durant la pandémie	B-47
LETTRE D'ENTENTE A-79 concernant les services rendus par le docteur Christian-Yves Couture, anatomo-pathologiste.	B-48
LETTRE D'ENTENTE A-80 concernant les soins prodigués par le docteur Claude Pomerleau (73-429), médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie	B-49
LETTRE D'ENTENTE A-81 concernant la prestation de soins en chirurgie générale au CSSS de Manicouagan-Hôpital Le Royer	B-50
LETTRE D'ENTENTE A-82 concernant les services rendus par le docteur Francisco Javier Apullan (08-053), cardiologue.	B-51
LETTRE D'ENTENTE A-83 concernant les services dispensés par le docteur Anita W. Asgar (09-098), cardiologue	B-52
LETTRE D'ENTENTE A-84 concernant le paiement de frais de déplacement du Docteur Jean-Claude Delifer, pédiatre	B-53
# LETTRE D'ENTENTE A-85 concernant le paiement de montants forfaitaires au docteur Miguel Burnier (93-321)	B-54

	<i>Page</i>
ANNEXE 11 . C - AUTRES LETTRES D'ENTENTE	C-1
LETTRE D'ENTENTE concernant la garde sur place en psychiatrie au Douglas Hospital	C-1
LETTRE D'ENTENTE concernant la prise en charge des sinistrés de St-Basile	C-1
LETTRE D'ENTENTE concernant le département de toxicomanie de l'hôpital Saint-François d'Assise	C-2
LETTRE D'ENTENTE concernant les fonctions de régie exercées par le docteur Yves Lamontagne, médecin psychiatre, au centre hospitalier Louis H. Lafontaine	C-2
LETTRE D'ENTENTE	C-3
LETTRE D'ENTENTE concernant la garde sur place en psychiatrie, annexe 13.	C-3
LETTRE D'ENTENTE concernant l'impact de la rémunération progressive.	C-4
MÉMOIRE D'INTENTION concernant l'impact de la règle 5.5 du préambule général	C-4
MÉMOIRE D'INTENTION concernant l'impact de la modification à la règle 14.3 du préambule général prévoyant la majoration de l'urgence pour les unités de durée et les unités de base	C-4
LETTRE D'INTENTION concernant la période-témoin du 1 ^{er} juin 1989 au 31 mai 1990.	C-5
MÉMOIRE D'INTENTION concernant l'ultrasonographie.	C-5
MÉMOIRE D'INTENTION concernant la mammographie	C-6
MÉMOIRE D'INTENTION concernant les unités de soins intensifs et de soins coronariens en centre hospitalier de courte durée	C-7
LETTRE D'INTENTION concernant l'utilisation de la réserve affectée aux mesures de répartition des effectifs médicaux spécialisés en région	C-7
LETTRE D'INTENTION relative à l'entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle.	C-8
LETTRE D'INTENTION N ^O 1 relative à la Modification 26 concernant l'impact du plafonnement prévu à la Lettre d'entente n ^O 13	C-9
LETTRE D'INTENTION N ^O 2 relative à la Modification 26 concernant l'hypothèse quant au coût de la consultation pour polytraumatisés en chirurgie générale	C-9
LETTRE D'INTENTION N ^O 3 relative à la Modification 26 concernant les hypothèses économiques quant à l'introduction de nouvelles règles ou de nouveaux libellés en ophtalmologie	C-10
LETTRE D'INTENTION N ^O 4 relative à la Modification 26 concernant les hypothèses de certains plafonnements des gains de pratique	C-11
LETTRE D'INTENTION N ^O 5 relative à la Modification 26 concernant les hypothèses économiques quant au coût de l'annexe 29 - Soins intensifs.	C-12
MÉMOIRE D'INTENTION relatif à la Modification 28 concernant le coût du remboursement de la quote-part de la prime-témoin d'assurance responsabilité professionnelle	C-13
LETTRE D'INTENTION concernant l'évaluation des coûts du remplacement prévu à l'annexe 33 de l'Entente et l'évaluation des mécanismes de remplacement	C-14
LETTRE D'INTENTION concernant l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.	C-14
LETTRE D'INTENTION concernant la mise en place du mode de rémunération mixte.	C-15
MÉMOIRE D'INTENTION concernant l'assurance responsabilité professionnelle	C-16

	<i>Page</i>
ANNEXE 42	
Concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie	92
ANNEXE 43	
Concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes	96
ANNEXE 44	
Concernant l'instauration d'un programme de développement professionnel et de maintien des compétences pour les médecins spécialistes	99

	<i>Page</i>
PROTOCOLES D'ACCORD.	1
Relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux.	1
Ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice du conseil médical du Québec	4
Relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS/FMSQ pour les années 1996 - 1997 à 2000 - 2001	6
Concernant l'assurance responsabilité professionnelle.	19
Concernant de nouvelles mesures d'accessibilité aux services médicaux spécialisés	21
Relatif à la rémunération des médecins participant aux travaux du conseil québécois de lutte contre le cancer.	22
Relatif à la rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein.	23
Relatif à la rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes dans le cadre du programme québécois d'aide aux victimes de l'hépatite C	24
Concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec	25
Relatif à la rémunération des médecins spécialistes qui participent au service spécialisé de consultations téléphoniques destiné aux médecins faisant face à une problématique associée au VIH/SIDA.	27
Relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS/FMSQ pour les années 1999 - 2000 à 2003 - 2004.	28
ANNEXE	31
Relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence	32
Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	36
ANNEXE 1	39
Protocole d'accord relatif à la participation des médecins spécialistes à la mise en oeuvre du dossier de santé du Québec.	40
# Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes	41
# Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers	49
# Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale de préventions des infections nosocomiales.	54
# Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en pédiatrie	56

	<i>Page</i>
# Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie	58
# Protocole d'accord relatif au renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1 ^{er} avril 2010 au 31 mars 2015	60
# Protocole d'accord concernant la télémédecine	63
# Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique	66
# Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux	69
# Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader) dans un centre de traumatologie désigné.	72
# Protocole d'accord entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des prélèvements découlant des exigences du Code criminel	74
# Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Opti-Lab)	75
# Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins spécialistes qui assurent une garde en disponibilité au Centre de référence québécois pour le traitement des sujets avec inhibiteurs de la coagulation.	78
# Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé.	80
 ENTENTE DE PRINCIPE	 1
Entente de principe intervenue entre la FMSQ et le MSSS en vue de la détermination des paramètres financiers de rémunération des médecins spécialistes à compter du 1 ^{er} avril 2004	1
Entente intervenue entre la FMSQ et le MSSS dans le cadre de l'application de l'entente du 10 janvier 2007	6
DÉCRET	1

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.

ANNEXE 11 A. - LE - N^{os} 1 ET 2

LETTRE D'ENTENTE N° 1

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :

1. La lettre d'entente n° 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 N° 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 :

- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Centre de réadaptation de l'Estrie
- Centre de réadaptation InterVal
- Centre de réadaptation La Maison
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Centre montréalais de réadaptation - Granby
- Centre régional de réadaptation La RessourSe
- + - Hôpital Juif de réadaptation
- + - Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
- + - Centre de réadaptation l'InterAction du CSSS de la Mitis
- CR Marie Enfant du CHU Sainte-Justine
- Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches
(Point de service du Littoral : Saint-Romuald)
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- + - Villa Médica
- + - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- + - Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe
- + - Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

+ 2. Toutefois, pour le médecin spécialiste en physiothérapie, on applique la tarification en centre de réadaptation.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Spécialités	Montant forfaitaire quotidien en semaine, le week-end et les jours fériés
	Codes d'acte 204 \$
Anatomo-pathologie	19028
Anesthésiologie	09843
Cardiologie	19032
Chirurgie générale	09844
Chirurgie orthopédique	09775
Chirurgie thoracique	19774
Dermatologie	19104
Endocrinologie pédiatrique	19689
Génétique médicale	19775
Hématologie/Oncologie médicale	19035
Médecine/Garde multidisciplinaire	09704
Médecine interne	19031
# Microbiologie médicale	19842
Néphrologie	19776
Neurochirurgie	19690
Neurologie	19027
Obstétrique-gynécologie	09771
Ophthalmologie	19013
Oto-rhino-laryngologie	19795
Pédiatrie	09699
Pédopsychiatrie	19077
Pneumologie	09721
Psychiatrie	09846
Radiologie diagnostique	09845
Radio-oncologie	19006
Rhumatologie	19796

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.

ANNEXE 11 A. - LE - N° 113

LETTRE D'ENTENTE N° 113**CONCERNANT L'INSTAURATION DE MESURES D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Des modalités particulières d'application des plafonnements d'activités, des plafonnements de gains de pratique et des règles d'application 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 :

- 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. De plus, les parties négociantes peuvent, dans les cas qu'elles déterminent et lorsque les circonstances le justifient, convenir de ce qui suit :

- i) Octroyer au médecin visé à l'alinéa 1 i) qui exerce à titre de médecin établi, les bénéfices prévus à l'alinéa 1 ii);
- ii) Limiter l'application des bénéfices prévus à cette lettre d'entente strictement aux médecins exerçant dans un contexte de remplacement ou de support;
- iii) Modifier, à l'égard d'un médecin ou d'un groupe de médecins visés, le montant ou les modalités d'application d'un plafonnement d'activités, d'un plafonnement de gains de pratique ou d'une règle d'application.

3. 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.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2006.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

YVES DUGRÉ, M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 122

LETTRE D'ENTENTE N° 122

CONCERNANT LE SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAYABLE DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS ET DISCIPLINES EN PÉNURIE D'EFFECTIFS

CONSIDÉRANT les dispositions de l'annexe 25 concernant le paiement de suppléments de garde en disponibilité;

CONSIDÉRANT que l'annexe 25 prévoit le paiement d'un supplément de garde en disponibilité plus élevé dans certaines disciplines et établissements des régions éloignées;

CONSIDÉRANT les pénuries d'effectifs médicaux qui sévissent dans certaines disciplines et établissements;

CONSIDÉRANT la nécessité de favoriser, notamment par le biais de la garde en disponibilité, la continuité des services médicaux dans ces disciplines et établissements;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Afin de favoriser la continuité des soins dans certaines disciplines et établissements en pénurie d'effectifs, le supplément de garde en disponibilité applicable en vertu de l'annexe 25 est payable au médecin qui est assigné de garde locale, selon la tarification prévue à l'article 5.2 a) de l'annexe 25 pour les disciplines qui y sont visées. Pour les autres disciplines, le montant payable est de 180 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 540 \$, par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS : *Lorsque seuls les médecins remplaçants ou en support sont autorisés, l'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence (n° 3121). Préciser l'identité du médecin, la période concernée, la situation d'entente visée et le mode de rémunération.*

2. Les disciplines et établissements visés sont désignés par les parties négociantes.

3. Les parties négociantes déterminent si le supplément de garde en disponibilité payable en vertu de la présente lettre d'entente s'applique du lundi au vendredi, ou le samedi, le dimanche et un jour férié, ou à tous les jours.

4. Les parties négociantes déterminent également si le supplément de garde en disponibilité payable en vertu de la présente lettre d'entente s'applique à tous les médecins qui sont assignés de garde dans une discipline et un établissement désignés ou uniquement aux médecins remplaçants ou en support.

Un médecin remplaçant ou en support est celui qui, dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de service), accepte de se rendre dans un établissement visé afin de participer à la prestation des soins dans sa discipline et à assumer la garde en disponibilité.

5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2007.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

AVIS : *L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la Lettre d'entente n° 122 est disponible sur le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Listes de désignations et listes de garde](#) de l'onglet Facturation.*

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

Discipline	Week end et jours fériés				Autres jours			
	Lorsque tous les médecins assignés de garde dans l'établissement sont autorisés		Lorsque seuls les médecins remplaçants ou en support sont autorisés dans l'établissement		Lorsque tous les médecins assignés de garde dans l'établissement sont autorisés		Lorsque seuls les médecins remplaçants ou en support sont autorisés dans l'établissement	
	540 \$	660 \$	540 \$	660 \$	180 \$	240 \$	180 \$	240 \$
Anesthésiologie		19377		19378		19379		19380
Angioradiologie	19633		19634		19635		19636	
Chirurgie générale		19381		19382		19383		19384
Chirurgie orthopédique	19393		19394		19395		19396	
Chirurgie vasculaire		19401		19402		19403		19404
Hématologie-oncologie	19373		19374		19375		19376	
Médecine interne		19397		19398		19399		19400
# Microbiologie médicale	19843		19844		19845		19846	
Neurologie	19641		19642		19643		19644	
Obstétrique-gynécologie		19389		19390		19391		19392
Pédiatrie		19385		19386		19387		19388
Psychiatrie		19620		19621		19622		19623
Radiologie	19369		19370		19371		19372	

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 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.

AVIS : Dans les établissements où le paiement du supplément est limité aux médecins remplaçants ou en support **seulement**, veuillez utiliser les codes d'acte désignés à cette fin; dans toute autre situation, utiliser les codes d'acte des colonnes « tous les médecins ».

AVIS : Pour savoir si l'établissement où le paiement du supplément de garde est réclamé est limité aux médecins remplaçants ou en support, veuillez vous référer à l'annexe de la lettre d'entente. Celle-ci est également disponible sur le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Listes de désignations et listes de garde](#) de l'onglet Facturation.

ANNEXE 11 A. - LE - N° 187

LETTRE D'ENTENTE N° 187

CONCERNANT LA FORMATION DISPENSÉE EN TECHNIQUE DE MOHS PAR LE DOCTEUR PIERRE GAUTHIER, MÉDECIN SPÉCIALISTE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

- + **CONSIDÉRANT** l'expertise développée par le docteur Pierre Gauthier (79-402) dans le cadre de la pratique de la technique de Mohs pour le traitement de cancers de la muqueuse;
- + **CONSIDÉRANT** l'opportunité de favoriser la formation ou le perfectionnement de médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale pour la pratique de cette technique afin d'offrir un tel support;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

- + **1.** En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'Entente, le docteur Pierre Gauthier a également droit au paiement d'un montant forfaitaire de 704 \$ pour chaque journée au cours de laquelle il dispense, aux médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, une formation en technique de Mohs pour le traitement de cancers de la muqueuse.

AVIS : Utiliser le code d'acte **19745**.

- 2.** La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

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 **19745** dans la case ACTES;
- le code d'établissement (pour les forfaits payables en cabinet, utiliser le code de localité);
- 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.**

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 188

LETTRE D'ENTENTE N° 188
CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée comprend l'ensemble des montants remboursés aux médecins spécialistes au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;

CONSIDÉRANT que les cotisations payables à l'ACPM pour l'assurance responsabilité professionnelle ont diminué de façon importante pour l'année 2012;

CONSIDÉRANT l'entente intervenue entre la FMSQ et le MSSS concernant le renouvellement de l'annexe 9 et les modifications qui ont été apportées relativement à la contribution payable par les médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT que les modifications apportées à l'annexe 9 entraîneront une diminution des coûts supportés par l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée au titre de l'assurance responsabilité professionnelle pour l'année 2012.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes évaluent à un montant de 925 000 \$ la diminution des coûts attribuables à l'assurance responsabilité professionnelle payable en vertu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour l'année 2012.

2. Une réserve de 925 000 \$ est ainsi constituée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de compenser, le cas échéant, les augmentations du coût des cotisations payables par les médecins spécialistes à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2013 ou pour toute année subséquente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2011.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 200

+

LETTRE D'ENTENTE N° 200

CONCERNANT LES SERVICES RENDUS PAR LE DOCTEUR MIGUEL BURNIER (93-321)

CONSIDÉRANT que le docteur Miguel Burnier possède un permis restrictif lui permettant d'exercer ses activités autant en ophtalmologie qu'en anatomo-pathologie;

CONSIDÉRANT que depuis plusieurs années, le docteur Burnier exerce de façon importante dans chacune de ces spécialités;

CONSIDÉRANT les dispositions de l'Accord-cadre, lesquelles prévoient que la rémunération d'un médecin spécialiste est déterminée en fonction de sa spécialité principale de classification et que diverses modalités de rémunération s'appliquent pour une spécialité secondaire;

CONSIDÉRANT la situation particulière du docteur Burnier, lequel exerce à la fois dans une spécialité de la médecine et une spécialité de laboratoire, pour laquelle aucune disposition de l'Entente ne prévoit de modalités spécifiques;

CONSIDÉRANT la nécessité d'établir des modalités de rémunération afin de tenir compte de la situation particulière du docteur Burnier;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour l'exercice de ses activités en anatomo-pathologie, le docteur Burnier est rémunéré selon les modalités d'application du mode de rémunération en anatomo-pathologie, lesquelles sont prévues à l'Addendum 2 de l'annexe 5 du Tarif de la Médecine de laboratoire. Toutefois, la charge professionnelle annuelle maximale qui peut être rémunérée au docteur Burnier ne peut excéder 0,7 ÉTC et les modalités d'application du mode de rémunération, incluant la validation rétroactive, s'appliquent en considérant cette charge maximale.

AVIS : *Pour les activités de laboratoire (L4E) en anatomo-pathologie, veuillez utiliser le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation, rémunération à l'acte (n° 1606). Veuillez vous référer aux instructions de facturation qui se trouvent dans l'onglet A - Anatomo-pathologie du Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement concernant les règles et le tableau des actes.*

Pour votre rémunération en anatomo-pathologie, vous recevrez un montant forfaitaire. Vous ne devez donc pas réclamer les codes d'acte 14XXX.

2. Pour l'exercice de ses activités en ophtalmologie, et sous réserve de l'alinéa suivant, le docteur Miguel Burnier est rémunéré selon les modalités prévues au mode de rémunération mixte de l'annexe 38, pour la spécialité de l'ophtalmologie. Il peut ainsi, aux conditions qui y sont prévues, réclamer le paiement d'un demi-*per diem* ou d'un *per diem* pour ses activités, de même qu'un supplément d'honoraires pour les services médicaux qu'il dispense. Toutefois, le docteur Burnier ne peut bénéficier d'une rémunération en ophtalmologie pour une période de plus de trois jours par semaine.

De plus, compte tenu que la pratique du docteur Burnier en ophtalmologie représente un deuxième domaine d'activité, l'ensemble de la rémunération applicable en ophtalmologie, soit le *per diem*, demi-*per diem* et le supplément d'honoraires, est toutefois payé à un taux de 75 %.

AVIS : *Pour la rémunération mixte, les activités réalisées en ophtalmologie doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte (n° 3743).*

3. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des présentes, le docteur Burnier peut également, le cas échéant, réclamer la rémunération payable en vertu des dispositions suivantes de l'Accord-cadre :

- i) Les activités de supervision clinique ou autres activités d'enseignement prévues au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes;
- ii) L'annexe 25 concernant la rémunération de la garde en disponibilité;
- iii) Toute autre disposition déterminée par les parties négociantes qui en avisent la Régie.

4. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 30 juin 2013. Elle est révisée régulièrement par les parties négociantes, lesquelles décident de son maintien ou de sa révision.

5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes en vue de l'application de la présente lettre d'entente. Ces avis prévoient des modalités particulières de facturation visant à permettre l'application de la présente lettre d'entente tout en tenant compte des particularités de l'environnement informatique de la Régie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 201

+

LETTRE D'ENTENTE N° 201

CONCERNANT LA MISE EN APPLICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ACCOMPLIES DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, DE LA RÉMUNÉRATION DE RÉUNIONS CLINIQUES MULTIDISCIPLINAIRES AINSI QUE DE NOUVELLES ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'allouer une enveloppe de 105 M\$ en 2013-2014, 122,5 M\$ en 2014-2015 et 140 M\$ en 2015-2016 pour la mise en application de mesures liées à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé, de réunions cliniques multidisciplinaires et de nouvelles activités d'enseignement;

CONSIDÉRANT que les modalités de rémunération et la tarification applicables ont été déterminées par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses actuarielles;

CONSIDÉRANT que les coûts afférents de ces mesures peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi approprié des coûts reliés à l'introduction de ces mesures;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'établir, pour chacune des trois prochaines années, les prévisions de coûts suivantes pour chacune des mesures visées :

	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Réunion clinique multidisciplinaire	22,5 M\$	26,3 M\$	30,0 M\$
Activité d'enseignement	32,2 M\$	37,6 M\$	43,0 M\$
Activité médico-administrative	50,3 M\$	58,6 M\$	67,0 M\$
COÛT TOTAL	105,0 M\$	122,5 M\$	140,0 M\$

2. D'assurer un suivi mensuel des coûts pour les 3 premières années d'application. Pour ce faire, les parties conviennent d'établir des estimations en nombre d'heures, par établissement, basées sur la mission de l'établissement ainsi que la région dans laquelle se trouve celui-ci.

3. Au cours de chacune des années d'application, si le coût total réel pour les 3 mesures est inférieur aux prévisions, une nouvelle répartition des montants pour chacune des catégories sera convenu, et ce, pour autant que la somme totale annuelle demeure telle qu'indiquée au point 1.

4. Au cours de chacune des années d'application, si le coût total réel pour les 3 mesures atteint le coût total annuel tel qu'indiqué au point 1, les parties conviennent de ce qui suit :

- Pour les activités d'enseignement, les parties conviennent, pour tout dépassement de procéder selon les dispositions de la Lettre d'entente n° 164.
- Pour les réunions cliniques multidisciplinaires, les parties conviennent que le financement supplémentaire de tout dépassement sera assuré à même la réserve prévue à l'article 6.
- Pour les activités médico-administratives, l'atteinte du coût total annuel fixera la limite du montant dédié à ces dites activités. Par conséquent, les parties négociantes aviseront dès lors la Régie de cesser de rémunérer ces activités.

5. De plus, dans l'éventualité où le suivi par établissement permet d'observer que la facturation des médecins spécialistes diffère sensiblement des estimations, les parties négociantes conviennent des mesures à prendre afin de favoriser une équité dans la répartition.

6. Afin de permettre de pourvoir au financement des dépassements éventuels de coûts qui pourraient découler de l'introduction de la rémunération des réunions cliniques multidisciplinaires, les parties conviennent de constituer une réserve de 36 M\$ provenant des sommes cumulées non-récurrentes de l'enveloppe des augmentations tarifaires.

Cette réserve est établie pour une durée de 3 ans. Toutefois, cette réserve est réduite d'un montant de 12 M\$ au cours de chaque année d'application, dans l'éventualité où il n'y a pas de dépassement des coûts prévu au titre de cette mesure pour l'année. Dans l'éventualité d'un dépassement, cette réserve est réduite d'un montant correspondant à la différence entre ce dépassement et un montant de 12 M\$.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 11. B - LE - A-84

LETTRÉ D'ENTENTE A-84

CONCERNANT LE PAIEMENT DE FRAIS DE DÉPLACEMENT DU DOCTEUR JEAN-CLAUDE DELIFER, PÉDIATRE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :

La Régie verse un montant de 8 888,40 \$ au Docteur Jean-Claude Delifer (93-423) au titre de ses frais et temps de déplacement pour les services qu'il a dispensés dans sa discipline au CH régional de Lanaudière et à l'Hôtel-Dieu de Sorel, et ce, de janvier à novembre 2010.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

+ ANNEXE 11. B - LE - A-85

LETTRÉ D'ENTENTE A-85

CONCERNANT LE PAIEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES AU DOCTEUR MIGUEL BURNIER (93-321)

CONSIDÉRANT la lettre d'entente n° 200 et son application à compter du 30 juin 2013;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de pourvoir à la rémunération des services dispensés par le docteur Miguel Burnier depuis le 1^{er} janvier 2012, tout en tenant compte de la rémunération reçue depuis cette date;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La Régie verse au docteur Miguel Burnier un montant de 90 000 \$ à titre de rémunération additionnelle pour l'ensemble des services dispensés en ophtalmologie et en anatomo-pathologie au cours de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012.

La Régie verse également au docteur Miguel Burnier le montant que lui indiquent les parties négociantes à titre de rémunération additionnelle pour les services dispensés en ophtalmologie et en anatomo-pathologie au cours de la période du 1^{er} janvier au 29 juin 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

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 informent 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 344 800 \$ par année civile.

Toutefois, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la Règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4, de la Règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ou de l'article 4 de l'Annexe 38 ne sont pas considérés dans le calcul de ce montant d'honoraires et demeurent sujets à majoration une fois le maximum atteint. De plus, les services fournis dans les territoires isolés visés à l'article 1.1 demeurent sujets à majoration une fois le maximum atteint.

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 5 136 \$ 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 7 324 \$ 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 quarante (40) demi-journées 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 prorata des mois travaillés.

Les demi-journées de ressourcement au crédit d'un omnipraticien lui sont reconnues, 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 vingt (20) demi-journées 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 400 \$ par demi-journée de ressourcement; le médecin rémunéré à honoraires forfaitaires (salariat) reçoit son traitement;

AVIS : *Le médecin anatomo-pathologiste soumis à l'addendum 2 n'a pas droit à cet article.*

- 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 263 \$ par demi-journée de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais). Cette allocation ne peut être réclamée plus d'une fois par jour.

Le médecin doit, pour obtenir remboursement, fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation de séjour de perfectionnement.

POUR LE BAS-SAINT-LAURENT

Centre hospitalier régional de Rimouski

Centre hospitalier régional de Rivière-du-Loup

Centre hospitalier de Matane

Centre hospitalier d'Amqui

Centre mitissien de santé
et de services communautairesRéseau Santé Kamouraska -
Hôpital Notre-Dame de Fatima (La Pocatière)Réseau de Santé du Témiscouata -
CH Notre-Dame-du-Lac**POUR LA CÔTE-NORD**

Centre hospitalier régional de Sept-Îles

Centre hospitalier régional de Baie-Comeau

**POUR LA GASPÉSIE /
ÎLES-DE-LA-MADELEINE**

Centre hospitalier l'Hôtel-Dieu de Gaspé

Centre hospitalier de Chandler

Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (Maria)

Centre hospitalier de l'Archipel
(Cap-aux-Meules, Îles-de-la-Madeleine)

Hôpital des Monts (Sainte-Anne-des-Monts)

Centre hospitalier Mgr-Ross (Gaspé)

POUR LE SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN

Hôtel-Dieu d'Alma

Hôtel-Dieu de Roberval

Centre hospitalier de Dolbeau

SPÉCIALITÉS RECONNUES

Toutes les spécialités

Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, dermatologie, médecine interne, médecine nucléaire, microbiologie, neurologie, obstétrique-gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, psychiatrie, radiologie diagnostique, santé communautaire et urologie.

Anesthésiologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne et radiologie diagnostique.

Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et radiologie diagnostique.

Physiatrie

Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et radiologie diagnostique.

Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et radiologie diagnostique.

SPÉCIALITÉS RECONNUES

Toutes les spécialités

Toutes les spécialités

SPÉCIALITÉS RECONNUES

Toutes les spécialités

Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne, médecine nucléaire, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.

Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne, obstétrique-gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.

Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne, obstétrique-gynécologie, psychiatrie et radiologie diagnostique.

Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne, psychiatrie et radiologie diagnostique.

Psychiatrie

SPÉCIALITÉS RECONNUES

Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.

Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.

Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et pédiatrie.

POUR LES LAURENTIDESCentre hospitalier et Centre de réadaptation
Antoine-Labelle**SPÉCIALITÉS RECONNUES**

Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.

POUR LA MAURICIE - BOIS-FRANCSCarrefour de santé et des services sociaux
de la Saint-Maurice**SPÉCIALITÉS RECONNUES**

Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.

Centre hospitalier Saint-Joseph de la Tuque

POUR LE NORD-DU-QUÉBEC

Centre de santé de Chibougamau

SPÉCIALITÉS RECONNUES

Médecine interne, psychiatrie.

Centre de santé et des services sociaux
de la Radissonie

Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.

POUR L'OUTAOUAIS

Centre hospitalier de Maniwaki

SPÉCIALITÉS RECONNUES

Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.

Le CLSC, le CHSLD et le Centre hospitalier
du Pontiac

Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.

POUR LE NUNAVIK

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

SPÉCIALITÉS RECONNUES

Médecine interne

Pour les fins du droit à cette prime et de sa modulation, le médecin est réputé exercer dans un seul centre hospitalier, soit celui où il gagne la majorité de ses gains de pratique en établissement.

1.3 Montant de la prime de revalorisation de la rémunération de base

+ **1.3.1** La prime de revalorisation de la rémunération de base est de :

- 30 300 \$, pour des gains de pratique de moins de 233 600 \$;
- 24 100 \$, pour des gains de pratique entre 233 600 \$ et 257 000 \$;
- 18 000 \$, pour des gains de pratique entre 257 000 \$ et 280 700 \$;
- 12 100 \$, pour des gains de pratique entre 280 700 \$ et 303 800 \$;
- 6 000 \$, pour des gains de pratique entre 303 800 \$ et 327 700 \$.

Pour les fins de l'application de cet article, on vise l'ensemble des gains de pratique gagnés par le médecin dans son centre hospitalier principal, ainsi qu'en cabinet privé.

1.3.2 Cette prime est modulée en fonction de la distance entre l'établissement principal où exerce le médecin spécialiste et le plus près de Montréal ou Québec.

Pour une distance entre 125 et 225 kilomètres, 25 % du montant de la prime prévue à 1.3.1 s'applique.

Pour une distance entre 225 et 400 kilomètres, 50 % du montant de la prime prévue à 1.3.1 s'applique.

Pour une distance de plus de 400 kilomètres, 100 % du montant de la prime prévue à 1.3.1 s'applique.

+ La prime est augmentée d'un montant suffisant pour que le total de la prime et des gains de pratique soit égal à la prime et aux gains de pratique maximaux de la tranche inférieure. La prime est établie à un montant tel que la somme de la prime et des gains de pratique n'excède pas 327 700 \$.

1.3.3 Le montant de la prime de revalorisation et les exigences relatives aux revenus sont établis au prorata du nombre de jours qui restent à courir ou déjà courus pour compléter une année civile à l'égard du médecin qui, en cours d'année, s'établit ou quitte les régions désignées, ou cesse d'exercer sa profession en raison d'invalidité ou de grossesse.

1.3.4 Cette prime se calcule du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année et est payable le 15 mai de l'année suivante.

PROTOCOLE D'ACCORD

RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UNE AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

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 (chapitre A-29).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération des activités professionnelles du médecin spécialiste qui exerce auprès d'une agence de la santé et des services sociaux, à titre de médecin-conseil, les activités professionnelles décrites au paragraphe 3.1 ci-après.

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 aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent aux médecins visés, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord;

Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base.

2.2 Outre les parties, la Régie et les médecins visés, le présent protocole lie l'agence de la santé et des services sociaux.

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

3.1 Pour le médecin qui, en cette qualité, agit à titre de médecin-conseil auprès d'une ou plusieurs agences de la santé et des services sociaux, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui, reliée à la mission d'une agence de la santé et des services sociaux, est relative à l'exercice, sur le plan médical, des attributions suivantes :

- a) les activités de conseil ou de coordination, en regard de dossiers relevant du domaine de la planification, de la programmation, de l'organisation et de l'évaluation;
- b) la gestion de certains dossiers spécifiques, notamment ceux ayant pour objet le monitoring des effectifs médicaux et les mesures incitatives;
- c) pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux, les interventions auprès de différentes organisations;
- d) les activités de concertation inter-régionale et inter-sectorielle;
- e) l'exécution de tout mandat confié au médecin par le directeur général de l'agence de la santé et des services sociaux;

AVIS : Pour les activités 3.1 a) à 3.1 e) veuillez utiliser le code d'activité **049067** (Expertise professionnelle).

- f) la gestion de dossiers reliés au service préhospitalier d'urgence et à la médecine de sinistre.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité **049143** (Gestion des dossiers reliés au service préhospitalier d'urgence).

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité **049144** (Gestion des dossiers reliés à la médecine de sinistre).

4. RÉMUNÉRATION

AVIS : Pour réclamer la rémunération des heures supplémentaires, fournir des notes explicatives.

4.1 Pour les activités décrites au paragraphe 3.1, le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi pour une période de service continu de 60 minutes. Le tarif applicable est de 150 \$ l'heure. Ce tarif est de 175 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.

AVIS : Pour connaître la procédure relative aux autorisations du MSSS, se reporter à l'article 17 de l'annexe 15.

5. RÉPARTITION

5.1 Au niveau d'une agence de la santé et des services sociaux, la nomination, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé au paragraphe 3.1 relèvent du directeur général de l'agence de la santé et des services sociaux.

5.2 La mise en oeuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités prévues à l'article 8 des présentes.

6. FACTURATION

6.1 Le médecin spécialiste doit présenter un relevé d'honoraires contresigné par le représentant autorisé de l'agence de la santé et des services sociaux.

7. AVIS

7.1 Les parties négociantes avisent la Régie de l'assurance maladie du Québec de l'identité des médecins spécialistes à qui s'applique le présent protocole d'accord.

Une autorisation de rémunération au tarif horaire ne peut être accordée pour une période de plus d'un an.

8. BANQUE D'HEURES

8.1 Les parties négociantes déterminent la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire, doit être allouée, sur une base annuelle, à une agence de la santé et des services sociaux, aux fins d'assurer la mise en oeuvre du présent protocole d'accord. Cette banque d'heures est prévue à l'annexe 1.

8.2 Les parties négociantes désignent les médecins qui peuvent bénéficier des mesures prévues au présent protocole. Elles peuvent également, dans les cas qu'elles déterminent, identifier une banque d'heures maximale pouvant être réclamées par un médecin au cours d'une année.

+ La Régie transmet trimestriellement à chacune des agences de la santé et des services sociaux un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de cette agence en vertu du présent protocole.

9. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 Le présent protocole d'accord entre en vigueur le 1^{er} janvier 2008

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de ____ 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

- iii) Les activités de contrôle direct faites sur les lieux de l'intervention et reliées à la supervision des protocoles de soins et au contrôle de la qualité des interventions-terrain et pouvant comprendre, dans les cas urgents déterminés par la Corporation Urgences-santé ou le département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, des interventions diagnostiques et thérapeutiques;

AVIS : Utiliser le code d'activité **078120**.

- iv) Certaines activités médicales de nature semi-urgente déterminées par la Corporation Urgences-santé, tels les constats de décès, l'évaluation des cas à caractère psychiatrique avec refus de transport et le traitement de clientèle à mobilité réduite.

AVIS : Utiliser le code d'activité **078121**.

AVIS : Pour la Corporation Urgences-santé, utiliser le code d'établissement **99101** et pour l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal, utiliser le code d'établissement 0027X.

3.2 Le Centre antipoison du Québec (CAPQ)

À ce titre, l'activité professionnelle concerne :

3.2.1 Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui agit à titre de coordonnateur médical du Centre antipoison du Québec et comprenant la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation de programmes en toxicologie.

AVIS : Utiliser le code d'activité **078122**.

3.2.2 Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence au Centre antipoison du Québec et comprenant la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation de programmes en toxicologie.

AVIS : Utiliser le code d'activité **078123**.

3.2.3 La prise en charge, par le médecin spécialiste en médecine d'urgence exerçant au Centre antipoison du Québec, de la couverture provinciale des activités en toxicologie au cours d'une journée.

AVIS : - Utiliser le code d'activité **078124**, si aucune facturation d'autres activités pendant la période de prise en charge, sinon utiliser le code d'activité **078129**.

- Veuillez préciser dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, l'heure à laquelle le forfait a débuté.

- Pour le Centre antipoison du Québec, utiliser le code d'établissement **94519**.

3.3 Le système d'évacuation aéromédicale au Québec (E. V. A. Q.)

À ce titre, l'activité professionnelle concerne :

3.3.1 Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui agit à titre de coordonnateur du système d'évacuation aéromédicale du Québec et comprenant la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation de programmes dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale.

AVIS : Utiliser le code d'activité **078125**.

3.3.2 Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui détient des privilèges en évacuation aéromédicale dans un centre hospitalier désigné et comprenant la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation de programmes dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale, incluant la responsabilité des interventions préalables à l'évacuation aéromédicale.

AVIS : Utiliser le code d'activité **078126**.

3.3.3 Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui détient des privilèges en évacuation aéromédicale dans un centre hospitalier désigné et qui agit à titre de médecin-escorte lors du transport de patients dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale.

AVIS : - Utiliser un des codes d'activité suivants :

078127 (période d'activité de 1 heure à 13 heures);

078128 (période d'activité de 14 heures et plus).

- Veuillez préciser dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, l'heure à laquelle le forfait a débuté.

- Pour le système d'évacuation aéromédicale, utiliser le code d'établissement **02033**.

4. RÉMUNÉRATION

Les activités professionnelles prévues au présent protocole sont rémunérées sur une base forfaitaire ou de tarification horaire, selon le cas.

4.1 Tarif horaire

Les activités professionnelles visées 3.1.1, 3.2.1, 3.2.2, 3.3.1 et 3.3.2 sont rémunérées sur une base de tarification horaire. Le tarif horaire est de 117 \$ l'heure. Il est payé pour un temps de service continu de 60 minutes.

4.2 Montant forfaitaire

Les activités professionnelles visées aux articles 3.2.3 et 3.3.3 sont rémunérées sur une base forfaitaire.

Pour les activités professionnelles visées à l'article 3.2.3, le montant forfaitaire est de 462 \$ pour une prise en charge de 12 heures, du lundi au dimanche. Un maximum de 2 montants forfaitaires est payable par jour.

AVIS : Utiliser le code d'activité 078124. Cocher la plage horaire au cours de laquelle le forfait de prise en charge débute. Inscrire 12 heures dans la colonne Heures travaillées. Veuillez préciser dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, l'heure à laquelle le forfait a débuté.

Pour les activités professionnelles visées à l'article 3.3.3, le montant forfaitaire varie selon la période d'activité du médecin et le site de la mission :

- Pour une période d'activité continue de treize (13) heures, le montant forfaitaire est de 1 540 \$. Toute période d'activité moindre est payée au prorata.
- Pour une période d'activité continue de vingt-cinq (25) heures, le montant forfaitaire est de 2 820 \$. Toute période d'activité moindre (mais plus de 13 heures) ou additionnelle est payée au prorata.

AVIS : Utiliser le code d'activité 078127 pour une période d'activité de 1 heure à 13 heures ou le code d'activité 078128 pour une période d'activité de 14 heures et plus. Cocher la plage horaire au cours de laquelle la période d'activité débute. Inscrire la durée totale de la période d'activité dans la colonne Heures travaillées. Veuillez préciser dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, l'heure à laquelle le forfait a débuté.

De plus, s'ajoute un forfait par mission effectuée, lequel est déterminé selon le site de la mission, le jour et l'heure où elle débute :

- Pour une mission qui se rend à un ou des lieux d'embarquement situés au nord-ouest de la ville de Québec :

19439	Lundi au vendredi (8 h à 16 h)	492,00 \$
19825	Lundi au vendredi (16 h à minuit)	654,00 \$
19826	Samedi, dimanche et jours fériés (8 h à minuit)	689,00 \$
19827	Lundi au dimanche (minuit à 8 h)	787,00 \$

- Pour une mission qui se rend à un ou des lieux d'embarquement situés à l'est de la ville de Québec :

19440	Lundi au vendredi (8 h à 16 h)	370,00 \$
19828	Lundi au vendredi (16 h à minuit)	493,00 \$
19829	Samedi, dimanche et jours fériés (8 h à minuit)	518,00 \$
19830	Lundi au dimanche (minuit à 8 h)	592,00 \$

Une mission débute lors du décollage de l'avion avec le médecin à son bord.

AVIS : Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin (n° 1200) et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date et le code d'acte, dans la section ACTES;
- inscrire le code d'établissement 02033;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Une mission se termine généralement lors du retour du médecin à l'aéroport de Québec, suite à l'accompagnement du ou des patients dans un milieu hospitalier local, lorsque requis. Lorsqu'une nouvelle mission a comme point de départ l'aéroport de Montréal, la mission qui la précède se termine alors à l'aéroport de Montréal. Le médecin peut, le cas échéant, recevoir plus d'un forfait par période d'activité.

PROTOCOLE D'ACCORD

+ RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

- + 1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par un médecin spécialiste. Ces activités d'enseignement concernent les activités de supervision clinique visées à la Partie I de même que les activités d'enseignement et d'évaluation visées à la Partie II.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 Les dispositions de l'Accord-cadre intervenu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (ci-après les « parties négociantes ») aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent aux médecins visés, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord.

2.2 Aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'annexe 8 de l'Accord-cadre, on ne tient pas compte de la rémunération versée à un médecin spécialiste en vertu du présent protocole.

2.3 Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base.

2.4 Outre les parties, la Régie et les médecins, le présent protocole lie les établissements concernés.

+ *Partie I : ACTIVITÉS DE SUPERVISION CLINIQUE*

+ 3. ACTIVITÉS VISÉES

- + 3.1 Les activités de supervision clinique visées par le présent protocole sont celles qui sont accomplies par un médecin spécialiste désigné, dans un établissement universitaire reconnu et qui s'inscrivent dans l'une ou l'autre des catégories suivantes :

3.1.1 La supervision clinique des stages effectués par un résident pendant le programme de formation postdoctorale en médecine, à l'exclusion du moniteur clinique (ci-après désigné le « résident »);

3.1.2 La supervision clinique des stages effectués par un étudiant en médecine pendant la période du programme d'étude prédoctoral en médecine correspondant à l'externat (ci-après désigné l'« externe »);

3.1.3 La supervision clinique d'un externe ou d'un résident dans le cadre d'unités d'enseignement désignées.

- + 3.2 Les activités de supervision clinique visées à l'article 3.1 comprennent l'évaluation de l'externe et du résident en cours de stage ou en fin de stage.

- + 3.3 Pour plus de précision, les activités suivantes ne font pas partie des activités de supervision clinique rémunérées par le présent protocole :

- Les activités de supervision clinique effectuées en pré-externat;

- Les activités de supervision clinique des stages effectués par un moniteur clinique;

- + - Les activités d'enseignement effectuées par le biais de stages d'immersion clinique, APP, supervision par discussion de cas, centres d'apprentissage aux habiletés cliniques, etc.

- Les activités de gestion académique ou d'encadrement de l'activité de supervision clinique, tels que coordonnateur de stage, directeur de programme, responsable de l'externat, etc.

4. ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES RECONNUS

- + 4.1 Les établissements universitaires reconnus sont ceux où, dans le cadre d'un contrat d'affiliation ou de service conclu avec une université qui satisfait aux exigences prévues à l'article 10.2, sont dispensés les programmes de formation universitaire en médecine, incluant ceux visés par le programme de formation médicale décentralisée. Sont également visés les cabinets de médecins qui ont conclu de telles ententes.

5. RÉMUNÉRATION

5.1 La rémunération prévue au présent protocole s'applique en sus de toute autre rémunération applicable en vertu des dispositions de l'Entente.

- + **5.2** Le médecin spécialiste désigné qui accomplit les activités de supervision clinique est rémunéré selon un mode forfaitaire.

Le mode forfaitaire s'applique pour chaque demi-journée où le médecin spécialiste accomplit les activités de supervision clinique visées, en matinée ou en après-midi, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

Toutefois, lorsque les activités de supervision clinique sont effectuées à la salle d'urgence, par un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui y effectue un quart de travail, le mode forfaitaire s'applique alors au cours de toute la journée, de 8 h à 8 h le lendemain, du dimanche au samedi. Chaque période de quatre heures de supervision clinique compte alors pour une demi-journée. De façon exceptionnelle, les parties négociantes peuvent également permettre l'application de cette mesure aux médecins d'autres disciplines qui effectuent de la supervision clinique pendant une période d'assignation à la salle d'urgence.

5.3 Pour les activités de supervision clinique des résidents visées à l'article 3.1.1, le montant forfaitaire est de 90 \$ par demi-journée, et ce, peu importe le nombre de résidents supervisés par un même médecin.

5.4 Pour les activités de supervision clinique des externes visées à l'article 3.1.2, le montant forfaitaire est de 120 \$ par demi-journée, et ce, peu importe le nombre d'externes supervisés par un même médecin.

Ce montant s'applique également lorsque la supervision clinique effectuée par un médecin vise un groupe qui comprend à la fois au moins un externe et un résident.

5.5 Pour les activités de supervision des unités d'enseignement visées à l'article 3.1.3, le montant forfaitaire est de 180 \$ par demi-journée, et ce, peu importe le nombre d'externes ou de résidents faisant partie de l'unité d'enseignement.

5.6 La rémunération forfaitaire prévue aux articles 5.3 à 5.5 comprend le temps consacré par le médecin aux fins de l'évaluation de l'externe ou du résident en cours de stage ou en fin de stage. Toutefois, cette rémunération forfaitaire ne peut être réclamée aux seules fins de l'évaluation de stage au cours d'une journée où aucune activité d'enseignement clinique n'est effectuée.

6. LIMITATIONS

- + **6.1** La rémunération prévue pour les activités de supervision clinique est sujette aux règles et limitations suivantes :

6.1.1 Un seul montant forfaitaire prévu aux articles 3.1.1 et 3.1.2 peut être réclamé par demi-journée, à l'égard d'un externe ou résident donné, et ce, malgré que plus d'un médecin puisse être appelé à effectuer des activités de supervision clinique au cours de cette demi-journée à cet externe ou résident.

Le médecin qui a alors droit de réclamer le montant forfaitaire est celui qui, selon l'assignation effectuée par le chef de service ou de département, assume la prise en charge et la responsabilité de cet externe et/ou résident au cours de cette demi-journée.

6.1.2 Un médecin ne peut réclamer le paiement de plus d'un montant forfaitaire par demi-journée, toutes activités confondues.

6.1.3 Un maximum de deux montants forfaitaires est payable par jour, par médecin.

6.1.4 Pour les activités de supervision clinique visées à l'article 3.1.3, un seul montant forfaitaire est payable par demi-journée, par unité d'enseignement désignée.

7. DÉSIGNATION DES MÉDECINS

- + **7.1** Seuls les médecins qui ont été désignés au préalable par les parties négociantes peuvent bénéficier des mesures de rémunération prévues à la présente partie.

La désignation d'un médecin doit être renouvelée à chaque année.

- + **7.2** Les universités transmettent aux parties négociantes l'information nécessaire à la désignation des médecins visés.

7.3 Le présent protocole ne remet pas en question les responsabilités qui incombent aux universités d'attribuer les tâches académiques, de distribuer les externes et résidents dans les milieux de stage et d'assurer la qualité de l'enseignement.

7.4 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application du présent protocole.

8. UNITÉS D'ENSEIGNEMENT DÉSIGNÉES

8.1 La rémunération des activités de supervision visées à l'article 3.1.3 ne s'applique que dans les unités d'enseignement désignées par les parties négociantes.

8.2 Afin d'être désignée par les parties négociantes, une unité d'enseignement doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Elle doit correspondre à un lieu de dispensation de soins aménagé dans un établissement;
- Elle doit comprendre plusieurs lits d'hospitalisation dédiés à des fins d'enseignement clinique aux externes et résidents;
- La structure d'enseignement aux externes et résidents doit être de type pyramidale;
- La supervision clinique des externes et résidents est, au cours d'une demi-journée, assumée par un seul médecin, lequel effectue la totalité ou la presque totalité de ses activités dans cette unité au cours de cette demi-journée;
- Toutes autres conditions déterminées par les parties négociantes.

9. AUTORISATION DE PAIEMENT

- + **9.1** Toute demande de paiement selon la présente partie doit être contresignée par le chef de département ou de service clinique de l'établissement où les activités de supervision clinique visées ont été accomplies.

Si les activités ont été accomplies dans un lieu autre qu'un établissement, la demande de paiement doit être contresignée par le chef de service hospitalier responsable ou, à défaut, par le chef de programme universitaire.

10. MISE EN APPLICATION

- + **10.1** Sous réserve de l'article 10.2, la présente partie prend effet le 1^{er} juillet 2008.
- + **10.2** La mise en application de la présente partie et son maintien à l'égard d'un réseau universitaire donné est conditionnelle à ce que l'université responsable de ce réseau satisfasse aux conditions suivantes :

10.2.1 L'université doit consentir à une vérification de ses livres et états financiers afin de permettre aux parties négociantes d'obtenir l'information relative aux montants payés par l'université, à partir de son budget de fonctionnement, à des médecins spécialistes autres que les doyens, vice-doyens, vice-recteurs et directeurs de département, et ce :

- + - au cours des trois années financières précédant la mise en application de la présente partie;
- + - par la suite, sur demande des parties négociantes, pour chacune des années suivant la mise en application de la présente partie.

Cette vérification doit être effectuée par une personne indépendante désignée conjointement par l'université et les parties négociantes et dont les honoraires et frais sont partagés en parts égales par les parties.

- + **10.2.2** L'université doit s'engager par écrit à maintenir, au cours de l'année suivant la mise en application de la présente partie, un même niveau de financement pour des activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes et, pour les années subséquentes, à l'indexer selon une formule à être agréée avec les parties négociantes.

Cet engagement doit être fait selon la forme et les termes déterminés par les parties négociantes.

- + **10.2.3** L'université n'est partie à aucune entente avec des médecins spécialistes enseignants qui porte sur la rémunération des activités de supervision clinique visées à la présente partie 2.
- + Dans l'éventualité où une université était partie à une telle entente, celle-ci doit être modifiée afin d'exclure les activités visées à la présente partie et les sommes allouées en vertu de cette entente doivent être réaffectées à des activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes autres que celles visées à la présente partie.
- + À défaut, ce sont alors les dispositions de cette entente qui s'appliquent en lieu et place à la présente partie.

10.2.4 De plus, l'université qui accueille et assigne un moniteur clinique dans un milieu de stage doit s'engager à rémunérer les médecins spécialistes qui effectuent la supervision des stages de ce moniteur clinique. Cet engagement ne s'applique toutefois que lorsque la supervision de stage du moniteur clinique est effectuée de façon exclusive par le médecin au cours d'une demi-journée, sans autres externes ou résidents.

- + **10.3** Les parties négociantes évaluent le respect des conditions mentionnées à l'article 10.2 à l'égard d'un réseau universitaire et, selon leurs conclusions, informent la Régie d'appliquer, de suspendre ou de mettre fin à l'application à la présente partie à l'égard d'un réseau universitaire donné. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

Partie II : AUTRES ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT ET D'ÉVALUATION

11. ACTIVITÉS VISÉES

11.1 Les activités d'enseignement et d'évaluation visées par la présente partie désignent les activités suivantes qui sont effectuées par un médecin spécialiste, excluant toutefois celles pour lesquelles il reçoit une rémunération du milieu universitaire :

AVIS : *Pour connaître la nature de service (les trois premiers chiffres) à utiliser, voir l'avis sous l'article 13.4.2.*

11.1.1 La dispensation de cours ou d'exposés aux étudiants, résidents, médecins ou autres professionnels de la santé, excluant toutefois les cours répertoriés par l'université;

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité XXX249.*

11.1.2 L'enseignement aux étudiants en médecine sous la forme d'apprentissage par raisonnement clinique;

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité XXX250.*

11.1.3 L'enseignement par simulation aux étudiants, résidents ou médecins;

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité XXX251.*

11.1.4 L'évaluation des étudiants ou résidents selon le mode d'examen clinique objectif structuré ou selon toute autre forme d'évaluation qui nécessite la présence active d'un médecin spécialiste, excluant l'évaluation en cours ou en fin de stage;

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité XXX252.*

11.1.5 La réunion académique, laquelle désigne la réunion à laquelle assistent plusieurs médecins d'une ou de diverses spécialités et au cours de laquelle un sujet médical ou académique d'intérêt est abordé dans le cadre d'une présentation formelle effectuée par une personne possédant une expertise en la matière;

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité XXX253.*

11.1.6 Le club de lecture, lequel désigne la réunion à laquelle participent plusieurs médecins d'une ou de diverses spécialités et au cours de laquelle un article publié sur un sujet médical ou académique d'intérêt est abordé. Tout en permettant aux médecins de parfaire leurs connaissances sur le sujet abordé, leur participation active favorise la discussion et la critique des conclusions des auteurs sur le sujet.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité XXX254.*

11.2 Les activités d'enseignement et d'évaluation visées doivent être effectuées dans un établissement de santé, à l'exception de l'enseignement par simulation et de l'évaluation selon le mode d'examen clinique objectif structuré, lesquelles peuvent se dérouler au sein d'un établissement universitaire.

11.3 Les réunions académiques et les clubs de lecture doivent faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. De plus, pour les cours ou exposés, les réunions académiques et les clubs de lecture, une feuille de présence comportant le nom et la signature de chaque participant doit être conservée.

12. RÉMUNÉRATION

12.1 Le médecin spécialiste qui accomplit les activités d'enseignement et d'évaluation visées à la présente partie est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, pour une période de service continue de 60 minutes.

Le tarif horaire est de 150 \$ l'heure. Ce tarif est de 175 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.

12.2 La participation du médecin aux activités d'enseignement et d'évaluation visées doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Pour toute participation de plus d'une heure, le tarif horaire s'applique au prorata, par période de 15 minutes.

13. LIMITATIONS ET AUTRES MODALITÉS D'APPLICATION

13.1 Un médecin spécialiste ne peut tirer avantage des bénéfices prévus à la présente partie pour sa participation à une activité visée s'il reçoit déjà une rémunération de la Régie ou d'un tiers pour sa participation à cette activité.

13.2 Pour les réunions académiques prévues à l'article 11.1.5, un médecin spécialiste ne peut réclamer plus que vingt-cinq (25) heures par année civile.

13.3 Pour les clubs de lecture prévus à l'article 11.1.6, un médecin spécialiste ne peut réclamer plus que quinze (15) heures par année civile.

13.4 De plus, l'application de certaines dispositions prévues à l'Accord-cadre s'effectue selon les modalités suivantes :

13.4.1 Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38 ou de l'annexe 40, la rémunération d'une activité prévue à la présente partie est déterminée selon le mode de rémunération applicable à ce médecin au cours de la période pendant laquelle cette activité a été effectuée. Dans les cas où le mode de rémunération applicable est le mode de rémunération mixte, cette activité est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 50 %.

Pour le médecin spécialiste en anesthésiologie et nonobstant toute disposition au contraire prévue au modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie, ce supplément d'honoraires de 50 % s'applique pour toute la période de 7 h à 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. De plus, le médecin anesthésiologiste qui réclame le paiement des honoraires prévus au présent protocole entre 7 h et 8 h ou entre 15 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, ne peut alors se prévaloir de la rémunération prévue en vertu de l'article 5 du modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie au cours de la même période.

13.4.2 Pour le médecin spécialiste classé en biochimie médicale ou en microbiologie-infectiologie, les activités visées à la présente partie sont rémunérées à 50 % lorsque effectuées entre 7 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

AVIS : Pour les situations décrites aux paragraphes de l'article 13.4, utiliser la nature de service **253XXX**.

*Pour les autres, utiliser la nature de service **252XXX**.*

Le code correspondant à la nature de service doit toujours être suivi des trois chiffres identifiant les activités d'enseignement et d'évaluation listées à l'article 11.

14. AUTORISATION DE PAIEMENT

14.1 Toute demande de paiement sous la présente partie doit être contresignée par le chef de département ou de service clinique de l'établissement où les activités d'enseignement et d'évaluation visées ont été accomplies.

Dans les cas prévus, si les activités ont été accomplies dans un lieu autre qu'un établissement, la demande de paiement doit être contresignée par le chef de service hospitalier responsable ou, à défaut, par le chef de programme universitaire.

15. MISE EN APPLICATION

15.1 Sous réserve de l'article 15.2, la présente partie prend effet le 1^{er} janvier 2014.

15.2 La mise en application de la présente partie et son maintien à l'égard d'un réseau universitaire donné est conditionnelle à ce que l'université responsable de ce réseau satisfasse aux conditions suivantes :

15.2.1 L'université respecte les conditions prévues à l'article 10.2 de la Partie I;

15.2.2 L'université n'est partie à aucune entente avec des médecins spécialistes enseignants qui porte sur la rémunération des activités d'enseignement et d'évaluation visées à la présente partie.

Dans l'éventualité où une université était partie à une telle entente, celle-ci doit être modifiée afin d'exclure les activités visées à la présente partie et les sommes allouées en vertu de cette entente doivent être réaffectées à des activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes autres que celles visées par le présent protocole.

À défaut, ce sont alors les dispositions de cette entente qui s'appliquent en lieu et place à la présente partie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

Modificateur à utiliser pour réclamer chacun des codes d'acte du Protocole dans le but d'identifier l'université à laquelle le médecin professeur est rattaché

Université	Modificateur
Université Laval	MOD=028
Université de Montréal	MOD=031
Université McGill	MOD=035
Université de Sherbrooke	MOD=040

Activités de supervision clinique des stages (ailleurs qu'en unité d'enseignement clinique)

	Montant forfaitaire en semaine sauf jour férié		
	Résident(s) seulement	Au moins un externe	Moniteur(s) clinique(s) seulement
	Codes d'acte 90 \$ par demi-journée	Codes d'acte 120 \$ par demi-journée	Codes d'acte 90 \$ par demi-journée
A.M.	19700	19702	19762
P.M.	19701	19703	19763

	Montant forfaitaire à la salle d'urgence Codes de forfait réservés exclusivement aux médecins spécialistes en médecine d'urgence ou d'une autre discipline désignée Du dimanche au samedi (Période de 8 h à 8 h)		
	Résident(s) seulement	Au moins un externe	Moniteur(s) clinique(s) seulement
Début (1*)	Codes d'acte 90 \$ par période de 4 h	Codes d'acte 120 \$ par période de 4 h	Codes d'acte 90 \$ par période de 4 h
8 h à 12 h	19750	19756	19764
12 h à 16 h	19751	19757	19765
16 h à 20 h	19752	19758	19766
20 h à 00 h	19753	19759	19767
00 h à 4 h	19754	19760	19768
4 h à 8 h	19755	19761	19769

AVIS : (1*) Veuillez utiliser le code d'acte correspondant à la plage horaire où votre supervision a débuté.

AVIS : Les codes d'actes sous la section Moniteur(s) clinique(s) seulement doivent être utilisés lorsque le médecin spécialiste supervise un ou des moniteurs cliniques exclusivement. S'il y a présence d'un résident ou d'un externe, veuillez utiliser le code de la section correspondante.

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 modificateur approprié selon l'université visée; **ce champ est obligatoire;**
- le nombre de résidents, d'externes et de moniteurs cliniques dans la case UNITÉS; **ce champ est obligatoire;** ces unités n'ont aucun impact sur les honoraires;
- le code d'établissement (pour les forfaits payables en cabinet, utiliser le code de localité);
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- le numéro attribué par le Collège des médecins du Québec de tous les résidents, externes et moniteurs cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour lesquels la rémunération est demandée.

Si la formation a été dispensée à des étudiants différents au cours de la journée, veuillez utiliser une demande de paiement différente pour chaque période.

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.

Supervision clinique dans les unités d'enseignement clinique désignées (UEC)

Montant forfaitaire en semaine sauf jour férié	
Résident(s) et/ou externe(s)	Unités d'enseignement
Code d'acte 180 \$ par demi-journée (AM et PM)	
19704	Cardiologie
19705	Chirurgie générale
19706	Gastro-Entérologie
19707	Gériatrie
19708	Hématologie-Oncologie
19710	Médecine Interne
19711	Néphrologie
19712	Neurologie
19713	Obstétrique-Gynécologie
19714	Pédiatrie
19715	Pédiatrie – Maladies infectieuses
19716	Pédiatrie – Néonatalogie
19717	Pédiatrie – Pouponnière
19718	Pneumologie
19719	Psychiatrie
19720	Soins Intensifs
19721	Soins Intensifs – CCVT
19722	Soins Intensifs – Chirurgie
19723	Soins Intensifs – Médecine
19724	Soins Intensifs – Néonatalogie
19725	Soins Intensifs - Pédiatrique
19726	Soins Intermédiaires - Néonatalogie
19727	Soins Palliatifs

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 modificateur approprié selon l'université visée; **ce champ est obligatoire;**
- le nombre de résidents et d'externes dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun impact sur les honoraires;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- A. M. et/ou P. M. dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

PROTOCOLE D'ACCORD

CONCERNANT LA MISE EN PLACE DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION PARTICULIÈRES POUR LES CHERCHEURS BOURSIERS

AVIS : Les instructions de facturation qui s'y rapportent suivront.

PRÉAMBULE

Le protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers (ci-après le « 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 (chapitre A-29).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Le Protocole d'accord a pour objet de mettre en place des conditions de rémunération particulières pour les médecins spécialistes reconnus à titre de chercheurs boursiers et ce, afin de favoriser l'essor et la valorisation de la recherche en santé au Québec, d'améliorer les conditions de rémunération des chercheurs boursiers et d'assurer une meilleure gestion de la rémunération des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 Les dispositions de l'Accord-cadre intervenu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (ci-après les « parties négociantes ») aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent aux médecins visés, sous réserve des stipulations du Protocole d'accord.

2.2 Les plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Accord-cadre ne s'appliquent pas aux médecins spécialistes visés par le Protocole d'accord, ceux-ci étant plutôt visés par le plafonnement de gains de pratique prévu à l'article 4.4 et suivants.

En ce qui a trait aux règles d'application, plafonnement d'activités et plafonnements particuliers de gains de pratique, ceux-ci continuent de s'appliquer aux médecins visés par le Protocole d'accord. Toutefois, les parties négociantes peuvent convenir de modalités particulières pouvant s'appliquer au cas par cas et en avisent alors la Régie. On ne tient pas compte de la rémunération versée à un médecin spécialiste en vertu du Protocole d'accord.

De plus, les parties négociantes peuvent convenir de modalités particulières d'application de certains modes ou mesures de rémunération prévus à l'Accord-cadre, et ce, aux fins de leur application à l'égard d'un médecin spécialiste visé par le protocole d'accord. Ils en avisent alors la Régie.

2.3 Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu du Protocole d'accord constitue une rémunération de base.

2.4 Outre les parties, la Régie et les médecins, le Protocole d'accord lie les établissements concernés.

3. MÉDECINS SPÉCIALISTES VISÉS

3.1 Les médecins spécialistes visés par le Protocole d'accord sont les suivants :

3.1.1 Le médecin spécialiste à qui le Fonds de la recherche en santé du Québec (ci-après « FRSQ ») octroie une bourse de chercheur boursier, de chercheur boursier clinicien ou de chercheur boursier national. Ce médecin doit s'engager à respecter les conditions reliées à l'octroi de ces bourses, dont la condition relative au pourcentage minimal de 50 % ou 75 %, selon le cas, de ses activités professionnelles devant être consacrées à la recherche.

3.1.2 Le médecin spécialiste à qui un organisme subventionnaire de recherche en santé, reconnu par le FRSQ et les parties négociantes, octroie une bourse de chercheur équivalente à celle octroyée par le FRSQ et comprenant une composante salariale. Ce médecin doit s'engager à respecter, en plus des conditions relatives à l'octroi de cette bourse, la condition déterminée par les parties négociantes concernant le pourcentage minimal de ses activités professionnelles devant être consacré à la recherche.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.1 Des modalités de rémunération particulières s'appliquent au médecin spécialiste visé à l'article 3.

Ces modalités concernent le versement d'une rémunération forfaitaire annuelle ainsi que l'application d'un plafonnement de gains de pratique pour l'exercice de sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie. Ces modalités de rémunération s'appliquent par année civile.

Rémunération forfaitaire

4.2 Le médecin spécialiste visé à l'article 3 a droit au paiement d'un montant forfaitaire annuel déterminé en fonction du montant de la bourse qui lui est octroyée, de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle il est classé ainsi que du pourcentage de ses activités professionnelles qui est consacré à la recherche, tel que déterminé en vertu des conditions d'octroi de bourses du FRSQ ou par les parties négociantes.

- i) Pour le médecin qui consacre un minimum de 75 % de ses activités professionnelles à la recherche, le montant forfaitaire annuel correspond à un montant équivalent à 75 % de la moyenne annuelle de rémunération de sa spécialité et duquel est soustrait le montant de la bourse qui lui est octroyée.
- ii) Pour le médecin qui consacre un minimum de 50 % de ses activités professionnelles à la recherche, le montant forfaitaire annuel correspond à un montant équivalent à 50 % de la moyenne annuelle de rémunération de sa spécialité et duquel est soustrait le montant de la bourse qui lui est octroyée.
- iii) Dans l'éventualité où un médecin spécialiste se voit octroyer une bourse par le FRSQ et que les conditions d'octroi de cette bourse prévoient que ce médecin doit consacrer 100 % de ses activités à la recherche, les parties négociantes peuvent, de façon exceptionnelle et pour une durée limitée, convenir que le montant forfaitaire annuel payable à ce médecin spécialiste est équivalent à 100 % de la moyenne annuelle de rémunération de sa spécialité, duquel est soustrait le montant de la bourse qui lui est octroyée.

+ **4.3** Le montant forfaitaire annuel auquel un médecin a droit est versé au prorata du nombre de jours visés par la désignation. Les versements sont effectués par la Régie deux fois par année et les calculs du montant forfaitaire s'échelonnent sur une période de deux ans. Dans l'éventualité où le médecin demande l'application du Protocole d'accord en cours d'année civile, le versement du montant forfaitaire ne s'applique alors que pendant la période de l'année demeurant à courir.

Plafonnement de gains de pratique

4.4 Le médecin spécialiste visé à l'article 3 est sujet à un plafonnement de gains de pratique pour l'exercice de sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie. Ce plafonnement de gains de pratique s'applique de façon annuelle et en lieu et place de tout autre plafonnement de gains de pratique prévu à l'Accord-cadre.

4.5 Le montant du plafonnement de gains de pratique est déterminé en fonction de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé ainsi que du pourcentage de ses activités professionnelles qui est consacré à la recherche, tel que déterminé en vertu des conditions d'octroi de bourses du FRSQ ou par les parties négociantes.

- i) Pour le médecin qui consacre un minimum de 75 % de ses activités professionnelles à la recherche, le montant du plafonnement de gains de pratique est fixé à un montant à être déterminé de façon à ce que l'ensemble de la rémunération touchée par ce médecin, lorsqu'il est pris compte de sa bourse de chercheur, de la rémunération forfaitaire prévue à l'article 4 et de ses gains de pratique dans le régime d'assurance maladie, puisse atteindre 110 % de la moyenne annuelle de rémunération de sa spécialité.
- ii) Pour le médecin qui consacre un minimum de 50 % de ses activités professionnelles à la recherche, le montant du plafonnement de gains de pratique est fixé à un montant à être déterminé de façon à ce que l'ensemble de la rémunération touchée par ce médecin, lorsqu'il est pris compte de sa bourse de chercheur, de la rémunération forfaitaire prévue à l'article 4 et de ses gains de pratique dans le régime d'assurance maladie, puisse atteindre 110 % de la moyenne annuelle de rémunération de sa spécialité.
- iii) Dans l'éventualité où conformément à l'article 4.2 (iii) un médecin doit consacrer 100 % de ses activités à la recherche et soit reconnu à ce niveau par les parties négociantes, celui-ci ne peut alors réclamer aucuns honoraires à la Régie de l'assurance maladie, à l'exception des honoraires résultant d'actes accomplis en urgence et des suppléments payables pour la garde en disponibilité.

4.6 Aux fins de l'application du plafonnement de gains de pratique, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65 % de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique et à l'égard des services de physiothérapie rendus par les médecins spécialistes en physiatrie pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains. Nonobstant ce qui précède, pour les gains de pratique en cabinet privé provenant de la prestation des services de procréation assistée mentionnés à la rubrique « Procréation assistée » de l'Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie ou à la rubrique Urologie – D) Procréation assistée de l'onglet Procédés diagnostiques et thérapeutiques, on ne tient compte, que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires qui auraient autrement été payables pour ces services s'ils avaient été dispensés en établissement.

Pour le surplus, le médecin est rémunéré à 1 % du tarif.

4.7 Toutefois, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4, de la règle 4 du Préambule général de l'annexe 5 ou de la règle 4.2 de l'annexe 38 ne sont pas sujets à ce plafonnement de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

5. MOYENNE ANNUELLE DE RÉMUNÉRATION D'UNE SPÉCIALITÉ

+ **5.1** Aux fins de l'application du Protocole d'accord, la moyenne annuelle de rémunération d'une spécialité est déterminée par les parties négociantes, selon les règles qu'elles déterminent entre elles à leur entière discrétion, dont les règles suivantes :

- On tient compte des dernières données budgétaires disponibles pertinentes à l'année pour laquelle les montants sont calculés;
- On tient compte des médecins qui rencontrent les critères de pratique active ;
- On tient compte de l'ensemble des gains de pratique dans la spécialité, sous réserve des exclusions que peuvent déterminer les parties négociantes dont, notamment, les suppléments de garde en disponibilité non soumis à une mesure de plafonnement et les mesures incitatives, lesquels sont exclus. Également, on détermine un facteur d'ajustement afin de tenir compte du fait que, pour les fins du protocole, les revenus moyens sont établis sur une année de calendrier;
- On ajuste les données pour tenir compte de toutes modifications à l'Accord-cadre qui ont un impact sur le revenu moyen de la spécialité;
- Pour les gains de pratique en cabinet privé, on ne tient compte que de 65 % de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique et à l'égard des services de physiothérapie rendus par les médecins spécialistes en physiatrie pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains. Nonobstant ce qui précède, pour les gains de pratique en cabinet privé provenant de la prestation des services de procréation assistée mentionnés à la rubrique « Procréation assistée » de l'Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie ou à la rubrique « Urologie – D) Procréation assistée » de l'onglet « Procédés diagnostiques et thérapeutiques », on ne tient compte que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires qui auraient autrement été payables pour ces services s'ils avaient été dispensés en établissement;
- Pour les médecins spécialistes en anatomo-pathologie, le calcul du revenu moyen de la spécialité est déterminé en tenant compte de l'exercice de validation rétroactive prévu à ce mode;
- Toutes autres règles qui peuvent être déterminées par les parties négociantes.

6. DEMANDE D'APPLICATION

6.1 Afin de bénéficier de l'application du Protocole d'accord, le médecin spécialiste admissible doit transmettre une demande à cet effet aux parties négociantes.

+ Il doit fournir toute l'information et la documentation nécessaire à l'analyse de sa demande et permettant de constater que les conditions prévues au Protocole d'accord sont rencontrées. Il doit également autoriser le FRSQ ou tout autre organisme subventionnaire dont il est boursier, à transmettre aux parties négociantes l'information requise par elles pour l'analyse de sa demande, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année.

6.2 Les parties négociantes évaluent la demande transmise par le médecin et, le cas échéant et sous réserve de l'obtention de l'attestation visée à l'article 6.3, l'autorisent à se prévaloir des bénéfices prévus en vertu du Protocole d'accord.

Cette autorisation s'applique pour une période maximale d'un an et doit être renouvelée à chaque année.

6.3 Le médecin spécialiste dont la demande d'application a été autorisée doit signer une attestation, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu de laquelle il souscrit à divers constats et engagements dont, notamment :

- Il atteste que les conditions relatives à l'octroi des bénéfices prévus au Protocole d'accord sont rencontrées;
- Il prend acte et accepte la décision des parties négociantes quant à sa spécialité de classement ainsi qu'au montant déterminé au titre de la moyenne de la rémunération de cette spécialité;
- Il consent à l'application du plafonnement de gains de pratique déterminé par les parties négociantes à son égard;
- Il s'engage à rembourser tout montant qui, le cas échéant, pourrait être dû en vertu de l'article 6.7;
- Toutes autres conditions prévues par les parties négociantes.

6.4 L'application du Protocole d'accord à l'égard d'un médecin spécialiste débute à compter de la date déterminée par les parties négociantes.

6.5 L'application du Protocole d'accord à l'égard d'un médecin prend fin à compter du moment où celui-ci ne satisfait plus aux critères d'admissibilité ou aux conditions qui y sont prévues. Le médecin spécialiste qui bénéficie de l'application du Protocole d'accord doit ainsi informer les parties négociantes sans délai s'il ne rencontre plus les conditions qui y sont prévues.

6.6 Un médecin autorisé à se prévaloir du Protocole d'accord et qui souhaite ne plus tirer avantage des bénéfices qui y sont prévus doit faire parvenir un avis à cet effet aux parties négociantes qui mettent alors fin à l'application du Protocole d'accord à son égard.

6.7 Dans l'éventualité où, dans les cas prévus aux articles 6.4, 6.5 ou 6.6, le Protocole d'accord ne s'applique à un médecin que pour une partie de l'année civile seulement, les parties négociantes vérifient alors l'ensemble de la rémunération touchée par ce médecin pendant cette année, en prenant compte de sa bourse de chercheur, de la rémunération forfaitaire prévue à l'article 4 et de ses gains de pratique dans le régime d'assurance maladie. Lorsque le montant total touché par le médecin excède 110 % de la moyenne annuelle de rémunération de sa spécialité, les montants versés au médecin au titre de la rémunération forfaitaire prévue à l'article 4 doivent alors être remboursés par le médecin, jusqu'à concurrence de cet excédent.

7. DIVERS

7.1 Le FRSQ transmet aux parties négociantes toute l'information concernant les médecins spécialistes à qui il octroie une bourse de chercheur boursier, de chercheur boursier clinicien ou de chercheur boursier national. Il lui transmet également l'information nécessaire à l'application du Protocole d'accord.

7.2 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application du Protocole d'accord.

8. FINANCEMENT UNIVERSITAIRE

8.1 La mise en application du Protocole d'accord et son maintien à l'égard d'un médecin spécialiste chercheur rattaché à un réseau universitaire donné est sujette au respect des conditions suivantes :

8.2.1 L'université doit avoir consenti au processus de vérification mis en place en vertu de l'article 10.2 du Protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire et ce processus de vérification doit permettre d'identifier de façon globale les montants payés par l'université pour des activités de recherche.

8.2.2 L'université doit s'engager par écrit à maintenir, au cours de l'année suivant la mise en application du Protocole d'accord, un même niveau de financement pour des activités de recherche effectuées par les médecins spécialistes et, pour les années subséquentes, à l'indexer selon une formule à être agréée avec les parties négociantes.

Cet engagement doit être fait selon la forme et les termes déterminés par les parties négociantes.

8.2.3 De plus, dans l'éventualité où l'université verse une rémunération, pour des activités de recherche, à un médecin spécialiste qui demande l'application des bénéfices prévus au Protocole d'accord, l'université et ce médecin doivent reconsidérer le versement de cette rémunération. Compte tenu des circonstances applicables à ce médecin, l'université et le médecin doivent convenir de la réaffectation de la totalité, d'une partie ou d'aucune partie de la rémunération payable en vertu de cette entente. Le cas échéant, cette réaffectation doit être effectuée à l'égard d'autres activités universitaires accomplies par ce médecin ou à l'égard d'autres activités de recherche effectuées par des médecins spécialistes.

Les parties négociantes peuvent à leur discrétion et selon les circonstances lever l'obligation pour le médecin et l'université de satisfaire à cette condition.

9. ENTRÉE EN VIGUEUR

9.1 Sous réserve de l'application de la mesure transitoire prévue à l'article 10, le Protocole d'accord prend effet le 1^{er} janvier 2009.

9.2 Les montants forfaitaires versés en vertu du Protocole d'accord ne sont pas considérés dans l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable à chaque année.

10. MESURE TRANSITOIRE

+ *Abrogé.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e jour de septembre 2009.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UNE TABLE RÉGIONALE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

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.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin spécialiste en microbiologie-infectiologie qui, selon le cas,

- accomplit, à titre de médecin microbiologiste-infectiologue nommé président d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales, les activités professionnelles décrites à l'article 3.1;
- accomplit, à titre de médecin microbiologiste-infectiologue membre d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales, les activités professionnelles décrites à l'article 3.2;
- accomplit, à titre de médecin microbiologiste-infectiologue mandaté par le président d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales, les activités professionnelles décrites à l'article 3.3.

2. Champs d'application

2.1 Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base.

2.2 Aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique, on ne tient pas compte de la rémunération versée en vertu du présent protocole.

2.3 On ne tient pas compte de la rémunération versée en vertu du présent protocole pour le calcul des gains externes.

3. Activités professionnelles visées

Les activités professionnelles visées découlent des rôles et responsabilités des tables régionales de prévention des infections nosocomiales :

3.1 Pour le médecin microbiologiste-infectiologue qui est nommé président d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales, l'activité professionnelle visée est celle reliée aux attributions suivantes :

- l'exercice des responsabilités attribuées à la table régionale de prévention des infections nosocomiales en vertu des mandats confiés par une agence de la santé et des services sociaux;
- la participation aux réunions de la table régionale de prévention des infections nosocomiales et de ses comités de travail, ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin;
- la coordination des travaux de la table régionale de prévention des infections nosocomiales.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité **092136**.

Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'ASSS (agence de la santé et des services sociaux) de votre région.

3.2 Pour le médecin microbiologiste-infectiologue membre d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales, l'activité professionnelle visée est celle reliée aux attributions suivantes :

- l'exercice des responsabilités attribuées à la table régionale de prévention des infections nosocomiales en vertu des mandats confiés par une agence de la santé et des services sociaux;
- la participation aux réunions de la table régionale de prévention des infections nosocomiales et de ses comités de travail, ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité **092137**.

Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'ASSS (agence de la santé et des services sociaux) de votre région.

3.3 Pour le médecin microbiologiste-infectiologue qui est mandaté par le président d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales, l'activité professionnelle visée est celle qui est relative à l'exécution d'un mandat ad hoc qui lui est confié dans le cadre des travaux de la table régionale de prévention des infections.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité 092138.*

Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'ASSS (agence de la santé et des services sociaux) de votre région.

4. Rémunération

4.1 Pour les activités décrites au présent protocole, le microbiologiste-infectiologue est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, pour une période de service continu de 60 minutes. Le tarif horaire est le suivant :

- Pour le microbiologiste-infectiologue visé à l'article 3.1, le tarif horaire est de 190 \$. Ce tarif est de 225 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 250 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.
- Pour le microbiologiste-infectiologue visé à l'article 3.2 ou 3.3, le tarif horaire est de 150 \$. Ce tarif est de 175 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.

4.2 Le microbiologiste-infectiologue qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir l'activité professionnelle visée aux articles 3.1 à 3.3 a également droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacement lors d'un déplacement de plus de 40 kilomètres (selon les modalités de l'annexe 23). On compte la distance du point de départ situé au Québec où est situé l'hôpital où il exerce ses fonctions jusqu'au lieu de la rencontre.

AVIS : *Vous devez réclamer vos frais de déplacement (kilométrage) et le temps de déplacement dans la partie FRAIS DE DÉPLACEMENT sur le formulaire Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires (n° 1215).*

Exceptionnellement, le temps de déplacement est payable en tout lieu peu importe le territoire.

5. Répartition

5.1 La répartition des heures d'activités professionnelles et la détermination des responsabilités du microbiologiste-infectiologue visé par le présent protocole relèvent du président de la table régionale de prévention des infections.

5.2 Les parties négociantes déterminent la banque d'heures maximale allouée annuellement, sur le mode du tarif horaire, à une table régionale de prévention des infections afin d'assurer la mise en œuvre du présent protocole d'accord. Les médecins microbiologistes-infectiologues qui accomplissent les activités professionnelles visées dans le présent protocole ne peuvent réclamer un nombre d'heures supérieur au nombre annuel autorisé par les parties négociantes.

6. Facturation

6.1 Pour la rémunération des activités visées à l'article 3.1, le président de la table régionale de prévention des infections doit soumettre un relevé d'honoraires au directeur régional de la santé publique ou son représentant.

6.2 Pour la rémunération des activités visées aux articles 3.2 et 3.3, le microbiologiste-infectiologue doit présenter un relevé d'honoraires contresigné par le président de la table régionale de prévention des infections.

6.3 Les présidents des tables régionales de prévention des infections transmettent aux parties négociantes l'information nécessaire afin d'identifier les microbiologistes-infectiologues visés par les articles 3.1 à 3.3.

6.4 Les parties négociantes valident cette information et informent la Régie de l'identité des microbiologistes-infectiologues autorisés à se prévaloir des mesures prévues au présent protocole.

7. Banque d'heures

7.1 À l'échelle provinciale, une banque d'heures de 2 500 heures est allouée à la rémunération des activités professionnelles rendues par les médecins microbiologistes-infectiologues dans le cadre des travaux des tables régionales de prévention des infections nosocomiales.

7.2 Sur autorisation des parties négociantes, une banque d'heures supplémentaires de 500 heures pourra être utilisée selon les besoins.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2010.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PÉDIATRIE

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 (chapitre A-29).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin spécialiste en pédiatrie qui exerce le rôle de coordonnateur clinique des transferts urgents vers des centres tertiaires (ou secondaires selon le cas) de néonatalogie.

2. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

2.1 L'activité professionnelle visée par le présent protocole concerne la coordination clinique nationale des transferts urgents en néonatalogie accomplie par le médecin spécialiste en pédiatrie désigné par les parties négociantes.

2.2 Ces activités professionnelles peuvent s'accomplir dans les établissements considérés comme des centres tertiaires de néonatalogie tels que désignés par les parties négociantes.

2.3 À titre de coordonnateur clinique des transferts urgents en néonatalogie, les activités accomplies par le médecin spécialiste désigné sont les suivantes :

- i. S'assurer de la mise en place et du maintien de la discussion directe sans délai, ni intermédiaire entre le médecin du centre référent et le néonatalogiste de garde du centre tertiaire contacté (incluant une discussion sur la nécessité ou non de transfert).
- ii. Coordonner la situation générale des lits de néonatalogie pour l'ensemble du Québec.
- iii. Effectuer du soutien médical principalement pour les médecins des centres référents mais aussi pour les collègues néonatalogistes.
- iv. Exercer le rôle de consultant pour le Centre de coordination pour la périnatalité au Québec (CCPQ) afin de déterminer, plusieurs fois par jour, les centres tertiaires (ou secondaires selon le cas) les plus appropriés pour les prochains transferts.
- v. Effectuer le lien nécessaire entre les secteurs de la néonatalogie et celui de l'obstétrique à haut risque.
- vi. Dans le cadre de ses fonctions, le coordonnateur des transferts urgents en néonatalogie a l'autorité de décider, entre autres, de la destination finale d'un transfert. Le milieu désigné par le coordonnateur ne pourra refuser le transfert de la mère ou du bébé.
- vii. Assurer le lien avec les avions-ambulances afin de détourner les transferts aériens de la zone est vers l'ouest et vice-versa dès qu'une zone semble avoir atteint sa pleine capacité d'accueil en termes de lits de soins intensifs et de soins intermédiaires selon le cas. Le coordonnateur aura l'autorité nécessaire pour déterminer le lieu optimal pour les transferts aériens d'urgence extrême.

3. RÉMUNÉRATION

3.1 Le médecin qui agit à titre de coordonnateur clinique des transferts urgents en néonatalogie est rémunéré selon un montant forfaitaire de 500 \$ par jour. À ce montant, s'ajoute la rémunération à laquelle il a habituellement droit, à l'exception de la tarification prévue au Protocole concernant l'instauration des modalités de rémunération de la consultation téléphonique.

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 **19626** 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.

3.2 Compte tenu de la nature de ce travail, le médecin désigné qui réclame le montant forfaitaire prévu à l'article 3.1 ne peut réclamer le supplément de garde en disponibilité prévu à l'annexe 25.

3.3 Un seul forfait de 500 \$ est payable par période de vingt-quatre (24) heures pour l'ensemble des médecins désignés.

4. DEMANDE DE RÉMUNÉRATION

4.1 Afin de bénéficier de la rémunération prévue à l'article 3, le médecin spécialiste en pédiatrie doit être désigné à cet effet par les parties négociantes.

Seuls les médecins spécialistes en pédiatrie qui détiennent une formation en médecine néonatale et périnatale sont visés par ce présent protocole d'accord. Exceptionnellement, les parties négociantes peuvent désigner des médecins spécialistes en pédiatrie qui ne détiennent pas une telle formation mais qui pratiquent principalement en néonatalogie.

Pour maintenir la continuité dans l'organisation des services, les parties favorisent que le médecin spécialiste désigné exerce ses fonctions de coordonnateur pour une période de 7 jours consécutifs.

4.2 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels comportent l'information nécessaire à l'application du présent protocole.

5. ENTRÉE EN VIGUEUR

5.1 Le présent protocole d'accord prend effet le 6 juin 2011.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2011.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

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 (chapitre A-29).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie qui exerce le rôle de coordonnateur clinique des transferts urgents vers des centres tertiaires (ou secondaires selon le cas) de médecine fœto-maternelle.

2. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

2.1 L'activité professionnelle visée par le présent protocole concerne la coordination clinique nationale des transferts urgents en médecine fœto-maternelle accomplies par le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie désigné par les parties négociantes.

2.2 Ces activités professionnelles peuvent s'accomplir dans les établissements considérés comme des centres tertiaires de médecine fœto-maternelle tels que désignés par les parties négociantes.

2.3 À titre de coordonnateur clinique des transferts urgents en médecine fœto-maternelle, les activités accomplies par les médecins spécialistes désignés sont les suivantes :

- i. S'assurer de la mise en place et du maintien de la discussion directe sans délai, ni intermédiaire entre le médecin du centre référent et l'obstétricien du centre tertiaire contacté (incluant une discussion sur la nécessité ou non de transfert).
- ii. Coordonner la situation générale des lits de médecine fœto-maternelle pour l'ensemble du Québec.
- iii. Effectuer du soutien médical principalement pour les médecins des centres référents mais aussi pour les collègues obstétriciens.
- iv. Exercer le rôle de consultant pour le Centre de coordination pour la périnatalité au Québec (CCPQ) afin de déterminer, plusieurs fois par jour, les centres tertiaires (ou secondaires selon le cas) les plus appropriés pour les prochains transferts.
- v. Effectuer le lien nécessaire entre les secteurs de l'obstétrique à haut risque et de la néonatalogie.
- vi. Dans le cadre de ses fonctions, le coordonnateur des transferts urgents en médecine fœto-maternelle a l'autorité de décider, entre autres, de la destination finale d'un transfert. Le milieu désigné par le coordonnateur ne pourra refuser le transfert de la mère ou du bébé.
- vii. Assurer le lien avec les avions-ambulances afin de détourner les transferts aériens de la zone est vers l'ouest et vice-versa dès qu'une zone semble avoir atteint sa pleine capacité d'accueil en termes de lits d'obstétrique à haut risque. Le coordonnateur aura l'autorité nécessaire pour déterminer le lieu optimal pour les transferts aériens d'urgence extrême.

3. RÉMUNÉRATION

3.1 Le médecin qui agit à titre de coordonnateur clinique des transferts urgents en médecine fœto-maternelle est rémunéré selon un montant forfaitaire de 500 \$ par jour. À ce montant, s'ajoute la rémunération à laquelle il a habituellement droit, à l'exception de la rémunération prévue au Protocole concernant l'instauration des modalités de rémunération de la consultation téléphonique.

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 **19619** 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.

3.2 Compte tenu de la nature de ce travail, le médecin désigné qui réclame le montant forfaitaire prévu à l'article 3.1 ne peut réclamer le supplément de garde en disponibilité prévu à l'annexe 25.

3.3 Un seul forfait de 500 \$ est payable par période de vingt-quatre (24) heures pour l'ensemble des médecins désignés.

4. DEMANDE DE RÉMUNÉRATION

4.1 Afin de bénéficier de la rémunération prévue à l'article 3, le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie doit être désigné à cet effet par les parties négociantes.

Pour maintenir la continuité dans l'organisation des services, les parties favorisent que le médecin spécialiste désigné exerce ses fonctions de coordonnateur pour une période de 7 jours consécutifs.

4.2 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels comportent l'information nécessaire à l'application du présent protocole.

5. ENTRÉE EN VIGUEUR

5.1 Le présent protocole d'accord prend effet le 1^{er} novembre 2011.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2011.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

RELATIF AU RENOUELEMENT DE L'ACCORD-CADRE MSSS-FMSQ POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2010 AU 31 MARS 2015

CONSIDÉRANT l'entente intervenue le 10 septembre 2007 entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de l'application de l'entente du 10 janvier 2007 et, qu'en vertu de cette entente, l'Accord-cadre MSSS-FMSQ venait à échéance le 31 mars 2010;

CONSIDÉRANT qu'il importe de procéder au renouvellement de l'Accord-cadre à compter du 1^{er} avril 2010;

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent convenir d'un renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015;

CONSIDÉRANT que le renouvellement de l'Accord-cadre pour cette période s'applique en sus des dispositions déjà prévues à l'entente du 10 septembre 2007;

CONSIDÉRANT l'engagement du gouvernement d'assurer et de maintenir une rémunération concurrentielle pour les médecins spécialistes québécois visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé;

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'améliorer l'accessibilité à des services médicaux spécialisés et d'assurer la qualité des soins;

LES PARTIES CONVIENNENT DE modifier de nouveau les dispositions de l'Accord-cadre intervenu le 1^{er} octobre 1995 entre le MSSS et la FMSQ afin de renouveler l'Accord-cadre et ses modifications pour une durée de cinq ans allant du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015.

LES PARTIES CONVIENNENT ÉGALEMENT DE CE QUI SUIT :

Augmentation générale de la rémunération

1. L'enveloppe budgétaire globale dévolue à la rémunération des médecins spécialistes est ajustée au 1^{er} avril de chacune des années afin de traduire une augmentation générale de la rémunération selon les paramètres suivants :

- 0,5 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011;
- 0,75 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2012;
- 1,0 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2013;
- 1,75 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014;
- 2,0 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015.

Enveloppes budgétaires additionnelles

2. Les parties conviennent d'une enveloppe budgétaire additionnelle spécifique de 251 M\$ allouée exclusivement pour la mise en place de mesures ciblées de rémunération, qui sont à déterminer par les parties négociantes, et qui visent à favoriser la qualité et l'accessibilité aux services médicaux spécialisés et à renforcer l'efficience du réseau de la santé.

Ces mesures doivent être instaurées en tenant compte de l'échéancier suivant :

- 20,0 M\$ en 2011-2012;
- 30,0 M\$ en 2012-2013;
- 40,0 M\$ en 2013-2014;
- 50,0 M\$ en 2014-2015;
- 87,0 M\$ en 2015-2016;
- 24,0 M\$ en 2016-2017.

3. Les parties devront s'entendre sur les mesures à prioriser en fonction de la répartition des sommes disponibles pour la durée de l'entente. Ces mesures comprennent notamment celles concernant le vieillissement de la population, la prévention et la gestion des maladies chroniques, la lutte contre le cancer, la réduction des délais d'attente dans davantage de secteurs ciblés, l'intégration des services et le soutien aux médecins de famille, la prise en charge de clientèles vulnérables, la prise en charge continue des malades aux soins intensifs, l'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés, l'amélioration de l'accessibilité via les technologies de télémédecine, l'amélioration des conditions de pratique en anatomopathologie, l'instauration d'un programme de maintien et de développement des connaissances pour l'ensemble des médecins spécialistes, la modernisation du mode de rémunération mixte en rhumatologie, la coordination clinique des transferts urgents vers des centres tertiaires de néonatalogie et d'obstétrique, le rehaussement des suppléments payables pour la garde en disponibilité, la mise en place de mesures visant à favoriser les activités de prélèvements et de dons d'organes, la médecine de laboratoire, la rémunération des médecins exerçant au PAMQ, la reconnaissance des activités médico-administratives, la rémunération des activités d'enseignement non déjà rémunérées, l'amélioration de certaines mesures en région, les services de santé mentale et la reconnaissance de l'expertise des médecins spécialistes en favorisant leur implication dans la gouvernance et la performance du réseau de la santé.

4. Il est entendu toutefois que le financement octroyé pour l'année 2011-2012 doit notamment assurer l'implantation des mesures concernant l'amélioration des conditions de pratique en anatomopathologie, la modernisation du mode de rémunération mixte en rhumatologie, le programme de maintien et de développement des connaissances, la coordination clinique des transferts urgents vers des centres tertiaires de néonatalogie et d'obstétrique, le rehaussement des suppléments payables pour la garde en disponibilité et la mise en place de mesures visant à favoriser les activités de prélèvements et de dons d'organes.

5. Les parties conviennent d'allouer une enveloppe de 4,0 M\$ afin de mettre en place un programme de congé de maternité et d'adoption pour les médecins spécialistes québécois et dont les modalités demeurent à déterminer. Ce financement est effectué à raison de 2,0 M\$ au 1^{er} avril 2011 et 2,0 M\$ au 1^{er} avril 2012. Les parties conviennent également de poursuivre leurs discussions sur l'introduction d'un congé de paternité.

6. Une enveloppe budgétaire additionnelle de 12,0 M\$ est également allouée en 2010-2011 pour des mesures déjà mises en place par les parties, mais non financées de façon récurrente.

7. Un redressement général de la rémunération est octroyé en ajustant l'enveloppe budgétaire globale selon les paramètres suivants :

- 1,0 % au 1^{er} avril 2012;
- 1,0 % au 1^{er} avril 2013;
- 1,3 % au 1^{er} avril 2014;
- 1,2 % au 1^{er} avril 2015.

Évolution de la pratique médicale

8. Un pourcentage de redressement de l'enveloppe budgétaire globale de 2,0 % est accordé au 1^{er} avril de chacune des années 2010-2011 à 2014-2015 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement ainsi que de l'ajout d'effectifs médicaux.

Les parties conviennent de réévaluer ce facteur d'évolution de la pratique pour les années 2013-2014 et 2014-2015.

Comparaison interprovinciale

9. Les parties conviennent de mettre sur pied un comité paritaire ayant pour mandat de suivre périodiquement l'évolution de l'écart entre la rémunération des médecins spécialistes du Québec et la rémunération de l'ensemble des médecins spécialistes des autres provinces canadiennes sur la base des dernières données disponibles, en prenant en considération tous les facteurs pertinents à cette comparaison et en mettant à jour les travaux antérieurs.

Au cours de l'année 2014, ce comité présentera, conjointement ou non, aux parties négociantes ses constats et ses conclusions ainsi que, le cas échéant, les solutions qu'il propose. À la lumière des travaux du comité, les parties entreprendront en 2015 des discussions afin de maintenir une rémunération concurrentielle et attractive.

Suivi de l'évolution de la rémunération entre les médecins spécialistes et les médecins omnipraticiens du Québec

10. Dans l'éventualité de la mise en place, en vertu de l'Entente MSSS-FMOQ, d'un comité conjoint ayant pour mandat de suivre l'évolution de la rémunération versée aux médecins spécialistes et aux médecins omnipraticiens du Québec, les parties conviennent alors d'adopter une lettre d'entente assurant la mise en place de ce même comité dans le cadre de l'Entente MSSS-FMSQ.

Assurance responsabilité professionnelle

11. Une augmentation récurrente de 5,5 M\$ de l'enveloppe budgétaire applicable à compter de l'année 2011-2012 est prévue afin de financer les hausses du coût de l'assurance responsabilité professionnelle des médecins spécialistes.

12. Les parties conviennent de revoir les modalités prévues à l'annexe 9 concernant l'assurance responsabilité professionnelle et plus particulièrement de convenir d'un mécanisme de détermination de la quote-part de la prime annuelle à être assumée par les médecins spécialistes et par le gouvernement qui serait applicable à compter du 1^{er} janvier 2012 ainsi que d'un mode de financement adéquat pour cette mesure s'appliquant sur la durée de la présente entente.

Planification des effectifs médicaux

13. Le ministre reconnaît le rôle primordial de la Fédération des médecins spécialistes du Québec au niveau de l'exercice de planification annuelle des effectifs médicaux en médecine spécialisée et réitère ainsi l'importance du Comité de gestion des effectifs médicaux mis en place en vertu de la Lettre d'entente 129. Les parties conviennent donc d'assurer l'application de la Lettre d'entente 129 et de poursuivre leurs travaux afin de favoriser une meilleure planification des effectifs médicaux.

Financement des cliniques médicales

14. Compte tenu de la place importante qu'occupent les cliniques médicales dans le réseau de la santé et afin de donner suite aux orientations déjà annoncées par le Ministre, les parties conviennent d'entamer des travaux concernant le financement des cliniques médicales. Cette clause ne comporte aucun engagement financier ou autre pour le Ministère.

Divers

15. Les parties reconnaissent que le suivi du coût de la rémunération des médecins spécialistes pour chacune des années du renouvellement de l'Accord-cadre ne saurait affecter la mise en place des augmentations et autres mesures prévues à la présente entente afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années.

16. Les parties conviennent et reconnaissent que la présente entente s'inscrit uniquement dans le cadre du renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015 et que même si celle-ci prévoit la mise en place de certaines augmentations au cours de l'année 2015-2016 et 2016-2017, ceci n'a aucunement pour effet d'affecter les négociations devant être effectuées par les parties pour le prochain renouvellement de l'Accord-cadre à compter du 1^{er} avril 2015.

Annexe financière

17. Dans le cadre du suivi du coût de la rémunération des médecins spécialistes pour les années 2006-2007 à 2009-2010, les parties conviennent de finaliser les évaluations afin de déterminer les soldes récurrents et non récurrents demeurant à être appliqués au 31 mars 2010, et ce, au titre du Plan d'amélioration de l'accessibilité, des augmentations tarifaires et de la non-atteinte de l'enveloppe budgétaire prédéterminée.

18. Les parties reconnaissent que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de départ pour l'année 2010-2011 est équivalente au montant de la dépense de rémunération de 2009-2010 ajustée pour inclure les montants pour la procréation assistée et la Lettre d'entente 183 ainsi que pour soustraire les montants alloués mais non financés de façon récurrente.

19. Une annexe financière est complétée par les parties afin de permettre d'effectuer une prévision du montant de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour chacune des années 2010-2011 à 2016-2017, sur la base de l'enveloppe budgétaire de départ estimée pour l'année 2010-2011 et des paramètres financiers convenus en vertu de l'entente du 10 septembre 2007 et en vertu de la présente entente.

Prise d'effet

20. La présente entente prend effet au 1^{er} avril 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2011.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

CONCERNANT LA TÉLÉMÉDECINE

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 (chapitre A-29).

Ce protocole établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste qui dispense des services médicaux par le biais d'un moyen de télécommunication. Seuls sont visées par le présent protocole les services médicaux mentionnés ci-dessous et ce, selon les conditions qui y sont stipulées.

1. DÉFINITIONS

1.1 Aux fins de l'application du présent protocole, les définitions suivantes s'appliquent :

- a) Les services de téléconsultation sont des services médicaux dispensés à distance par un médecin spécialiste consultant, par l'intermédiaire de la vidéo interactive. Ces services sont dispensés entre des sites québécois reliés par le Réseau intégré de télécommunications multimédia, suite à une demande initiée par le site référant. Les services de téléconsultation désignent les diverses visites et procédures diagnostiques et thérapeutiques prévues à l'Accord-cadre ainsi que tous autres services ou examens identifiés par les parties négociantes. Ils impliquent la présence du patient dans le site référant pendant la prestation du service ainsi que celle d'un médecin ou d'un autre professionnel ou intervenant de la santé.
- b) Les services de télé-interprétation sont des services médicaux dispensés à distance par un médecin spécialiste par le biais d'un moyen de télécommunication. Ils désignent l'interprétation d'images, d'examens ou de tests prévus à l'Accord-cadre et réalisés dans un établissement du réseau de santé québécois. Ces services sont dispensés sans la présence du patient. Lorsque la présence du patient est requise pendant la prestation d'un service de télé-interprétation, par exemple lors d'un examen d'ultrasonographie, ce service est alors considéré comme un service de téléconsultation visé à l'alinéa (a) ci-dessus.
- c) Un médecin spécialiste consultant est un médecin qui dispense, à distance, les services de téléconsultation ou de télé-interprétation visés ci-dessus.
- d) Un médecin spécialiste référant est celui qui participe, dans un site référant, au service de téléconsultation ou de télé-interprétation dispensé par un médecin spécialiste consultant, en présence du patient.

2. ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

2.1 Seuls sont visés par le présent protocole, les services de téléconsultation et de télé-interprétation visés à l'article 1 dispensés par un médecin spécialiste consultant, ainsi que la participation d'un médecin spécialiste référant à ces services, le cas échéant.

3. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.1 Le médecin spécialiste consultant qui dispense un service de télé-interprétation visé à l'alinéa 1.1 (b) est rémunéré selon la tarification et les règles applicables en établissement et prévues à l'Accord-cadre.

3.2 Le médecin spécialiste consultant qui dispense un service de téléconsultation visés à l'alinéa 1.1 (a) est rémunéré selon la tarification et les règles applicables en établissement, selon le secteur de l'établissement où se trouve le patient. S'y ajoute un supplément qui varie en fonction de la tarification du service dispensé. Ce supplément est de 5 \$ par tranche complète de 10 \$ de tarification du service dispensé, jusqu'à concurrence d'un supplément maximal de 100 \$.

Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, le service de téléconsultation est rémunéré selon les règles prévues à l'annexe 38 et à l'annexe 40. Toutefois, le supplément payable en vertu du présent protocole est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 75 %.

98105	Supplément pour dispensation de service en téléconsultation pour le médecin consultant, par tranche complète de 10 \$ de la tarification de l'acte principal.	5,00 \$
-------	--	---------

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

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement où la téléconsultation est effectuée dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte **98105** dans la case ACTES;
- le nombre de tranches complètes de 10 \$ de la tarification de l'acte principal dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondants et reporter ce montant dans la case TOTAL.

3.3 Le médecin spécialiste référant qui est présent auprès d'un patient lors de la prestation d'un service de téléconsultation visé à l'alinéa 1.1 (a) est rémunéré selon la tarification et les règles applicables en établissement, selon le secteur de l'établissement où se trouve le patient. S'y ajoute un supplément qui varie en fonction de la tarification du service dispensé. Ce supplément est de 5 \$ par tranche complète de 10 \$ de tarification du service dispensé, jusqu'à concurrence d'un supplément maximal de 100 \$.

Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, le service de téléconsultation est rémunéré selon les règles prévues à l'annexe 38 et à l'annexe 40. Toutefois, le supplément payable en vertu du présent protocole est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 75 %.

98106	Supplément pour dispensation de service en téléconsultation pour le médecin référant, par tranche complète de 10 \$ de la tarification de l'acte principal.	5,00 \$
-------	--	---------

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

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement où la téléconsultation est effectuée et où se situe le patient dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte **98106** dans la case ACTES;
- le nombre de tranches complètes de 10 \$ de la tarification de l'acte principal dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondants et reporter ce montant dans la case TOTAL.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION ADDITIONNELLE

4.1 En plus de la rémunération prévue à l'article 3, lorsqu'un service de téléconsultation visé à l'alinéa 1.1 (a) ou un service de télé-interprétation visé à l'alinéa 1.1 (b) et requérant la présence du patient est interrompu ou que sa durée est prolongée en raison d'un problème technique, le médecin spécialiste consultant ainsi que le médecin spécialiste référant ont droit à un supplément de durée de 40 \$ par période continue de 15 minutes. Un maximum de 4 suppléments de durée est payable par médecin par jour. Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, ce supplément de durée est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 75 %.

98107	Supplément de durée en raison de problème technique, par période continue de 15 minutes.	40,00 \$
-------	---	----------

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

5. RÉMUNÉRATION MAJORÉE

5.1 Aux fins de l'application de l'annexe 19, le lieu où un service prévu au présent protocole est fourni est le suivant :

- a) Pour le médecin consultant, le lieu où il dispense le service et non celui où se situe le patient;
- b) Pour le médecin référant, le lieu où il dispense le service et où se situe le patient.

6. EXCLUSIONS

6.1 Ne sont pas visés par le présent protocole :

- a. Les services dispensés par un médecin spécialiste rémunéré selon le mode du salariat;
- b. Les services dispensés par un médecin spécialiste classé en anatomo-pathologie ou en médecine nucléaire;
- c. Les services de télémédecine demandés directement à un médecin spécialiste par un patient;
- d. Les applications expérimentales dont l'exécution est faite à l'aide de la robotique.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

CONCERNANT L'INSTAURATION DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DE LA CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE

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 (chapitre A-29).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

OBJET

Cette entente établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste qui effectue une consultation téléphonique. Seuls sont visées par le présent protocole, les consultations téléphoniques mentionnées ci-dessous, et ce, selon les conditions qui y sont stipulées.

1. DÉFINITIONS

1.1 Aux fins de l'application du présent protocole, les définitions suivantes s'appliquent :

- La consultation téléphonique est celle qui est effectuée auprès d'un médecin spécialiste consultant et initiée par un médecin ou professionnel de la santé référant afin d'obtenir l'opinion du médecin consultant au sujet du diagnostic ou du traitement d'un patient dont l'état paraît grave ou complexe;
- La consultation téléphonique pour ajustement thérapeutique est la consultation téléphonique effectuée auprès d'un médecin spécialiste consultant et initiée par un pharmacien afin d'obtenir des informations ou précisions du médecin concernant la possibilité d'un ajustement thérapeutique relatif à la prescription émise à un patient.
- Un médecin spécialiste consultant est un médecin spécialiste qui est appelé par un médecin, un pharmacien ou un professionnel de la santé référant dans les situations visées aux alinéas ci-dessus;
- Un médecin ou professionnel de la santé référant est un médecin ou un professionnel de la santé (Infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, etc.) qui, dans le cadre de l'épisode de soins dispensés à un patient, nécessite l'opinion d'un médecin consultant au sujet du diagnostic ou du traitement d'un patient.

2. ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

2.1 Seules sont visées par le présent protocole, les consultations téléphoniques visées à l'article 1 et auxquelles participe un médecin spécialiste consultant ou référant.

3. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.1 Le médecin spécialiste consultant qui effectue une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (a) est rémunéré selon un tarif de trente-cinq dollars (35 \$) par consultation téléphonique.

98101	Médecin consultant : consultation téléphonique initiée par un médecin	35,00 \$
-------	---	----------

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

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement où il reçoit la consultation téléphonique dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte **98101** dans la case ACTES;
- les honoraires correspondants et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- l'identification du professionnel référant est requise : inscrire l'initiale du prénom et le nom complet du médecin dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT;
- son numéro d'inscription (**1XXXXX**) à la Régie dans la case SON NUMÉRO.

98102	Médecin consultant : consultation téléphonique initiée par un professionnel de la santé autre qu'un médecin	35,00 \$
-------	---	----------

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

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement où il reçoit la consultation téléphonique dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte **98102** dans la case ACTES;
- les honoraires correspondants et reporter ce montant dans la case TOTAL.

3.2 Le médecin spécialiste référant qui initie une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (a) est rémunéré selon un tarif de vingt-six dollars (26 \$) par consultation téléphonique.

98103 Médecin spécialiste référant : consultation téléphonique avec un médecin spécialiste . . . 26,00 \$

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

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement où il initie la consultation téléphonique dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte **98103** dans la case ACTES;
- les honoraires correspondants et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- l'identification du professionnel référant est requise : inscrire l'initiale du prénom et le nom complet du médecin dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT;
- son numéro d'inscription (**1XXXXXX**) à la Régie dans la case SON NUMÉRO.

3.3 Le médecin spécialiste consultant qui effectue une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (b) est rémunéré selon un tarif de dix-sept dollars (17 \$) par consultation téléphonique.

98104 Médecin consultant : consultation téléphonique initiée par un pharmacien 17,00 \$

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

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement où il reçoit la consultation téléphonique dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le code d'acte **98104** dans la case ACTES;
- les honoraires correspondants et reporter ce montant dans la case TOTAL.

3.4 Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38 ou de l'annexe 40, la rémunération d'une activité prévue au présent protocole est déterminée selon le mode de rémunération applicable à ce médecin au cours de la période pendant laquelle cette activité a été effectuée. Dans les cas où le mode de rémunération applicable est le mode de rémunération mixte, cette activité est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 60 %.

4. AUTRES RÈGLES ET LIMITATIONS

4.1 Le médecin consultant qui effectue une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (a) doit conserver une documentation écrite de sa consultation qui comprend l'identification du patient, l'opinion sur le diagnostic ou le traitement, le nom du médecin ou du professionnel de la santé référant ainsi que la date de la communication en incluant l'heure de début.

4.2 Le médecin référant qui initie une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (a) doit faire une inscription au dossier du patient, comportant l'opinion du médecin consultant sur le diagnostic ou le traitement, le nom du médecin consultant ainsi que la date de la communication en incluant l'heure de début.

4.3 Un maximum d'une (1) consultation téléphonique est payable par jour, par patient, par médecin.

5. RÉMUNÉRATION MAJORÉE ET AUTRES MAJORATIONS

5.1 Aux fins de l'application de l'annexe 19, le lieu où un service prévu au présent protocole est fourni est le suivant :

- a) Pour le médecin consultant, le lieu où il reçoit la consultation téléphonique;
- b) Pour le médecin référant, le lieu où il initie la consultation téléphonique.

5.2 Les modificateurs d'honoraires prévus à l'Entente pour les soins d'urgence ne s'appliquent pas aux consultations prévues au présent protocole. Toutefois, le médecin qui est assigné de garde dans sa discipline et qui est appelé, entre minuit et 7 h, pour une consultation téléphonique visée à l'article 1.1 (a) et concernant un patient pour lequel il n'est pas déjà impliqué dans l'épisode de soins, a alors droit à une majoration de 50 % de la tarification prévue pour cette consultation.

AVIS : Utiliser le modificateur 425 pour la majoration d'honoraires de la consultation téléphonique entre minuit et 7 h.

6. MODES EXCLUSIFS

6.1 Nonobstant toute autre disposition au contraire prévue à l'Entente lorsqu'un mode ou une modalité de rémunération prévoit que ce mode ou cette modalité s'applique de façon exclusive au cours d'une période et limite ainsi les honoraires, gains ou autre rémunération pouvant être payables au cours de cette période, les consultations prévues au présent protocole peuvent néanmoins être rémunérées en sus, le cas échéant.

7. EXCLUSIONS

7.1 Ne sont pas visés par le présent protocole :

- a. Les discussions entre un médecin spécialiste et un médecin résident.
- b. La discussion de routine qui n'est pas à propos d'un patient précisément.
- c. La demande de clarification d'une prescription incompréhensible.
- d. La consultation téléphonique entre un médecin spécialiste consultant et un patient directement.
- e. La consultation effectuée au sein d'un même établissement entre médecins et/ou professionnels de la santé qui y exercent et se trouvent au sein de l'établissement au moment de la consultation. Toutefois, lorsqu'un établissement regroupe plus d'un centre hospitalier, cette exclusion ne s'applique pas pour l'ensemble des centres de cet établissement mais plutôt par centre hospitalier.
- f. La consultation téléphonique concernant un patient hospitalisé recevant des soins aigus lorsque le médecin consultant (ou le médecin consultant responsable du patient lors d'un transfert de dossier) est déjà impliqué dans l'épisode de soins.
- g. La consultation téléphonique pour la prise de rendez-vous, pour planifier des examens diagnostics ou pour informer le médecin ou le professionnel de la santé référant des résultats d'examens.
- h. La consultation téléphonique pour la planification et l'organisation d'une rencontre en vidéo interactive (téléconsultation).
- i. Les télécopies, les messages texte et les courriels.
- j. Le renouvellement de prescription.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2012.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UN ORGANISME NATIONAL DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

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 (chapitre A-29).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin spécialiste qui, selon le cas,

- a) accomplit, à titre de médecin spécialiste nommé président d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, les activités professionnelles décrites à l'article 3.1;
- b) accomplit, à titre de médecin spécialiste nommé comme membre d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, les activités professionnelles décrites à l'article 3.2;
- c) accomplit, à titre de médecin spécialiste mandaté par un organisme national reconnu par les parties négociantes ou par le président d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, les activités professionnelles décrites à l'article 3.3.

1.2 Les organismes nationaux reconnus par les parties négociantes sont notamment, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux et tout organisme national désigné par les parties négociantes.

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 aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent aux médecins visés, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord.

2.2 Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de l'article 4.1 du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base.

2.3 Aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'annexe 8 de l'Accord-cadre, on ne tient pas compte de la rémunération versée à un médecin spécialiste en vertu du présent protocole.

2.4 Outre la Régie, les parties et le médecin, le présent protocole lie les conseils, comités ou organismes nationaux reconnus par les parties négociantes.

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

3.1 Pour le médecin qui est nommé président d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'exercice des responsabilités attribuées au conseil ou comité d'un organisme national reconnu en vertu de la loi, des règlements ou toute autre disposition habilitante;
- b) la participation aux réunions du conseil ou comité d'un organisme national reconnu ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin;
- c) la coordination des travaux du conseil ou comité d'un organisme national reconnu.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité **093136**.

3.2 Pour le médecin qui est nommé comme membre d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'exercice des responsabilités attribuées au conseil ou comité d'un organisme national en vertu de la loi, des règlements ou toute autre disposition habilitante;
- b) la participation aux réunions du conseil ou comités d'un organisme national ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité 093137.*

3.3 Pour le médecin mandaté par un organisme national reconnu par les parties négociantes ou par le président d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exécution de mandat ad hoc en lien avec les travaux de l'organisme national ou du conseil ou comité de l'organisme national.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité 093138.*

4. RÉMUNÉRATION

4.1 Pour les activités décrites au présent protocole, le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, pour une période de service continu de 60 minutes. Le tarif horaire applicable est le suivant :

- a) Pour le médecin visé à l'article 3.1, le tarif horaire est de 190 \$ l'heure. Ce tarif est de 225 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 250 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.
- b) Pour le médecin visé aux articles 3.2 ou 3.3, le tarif horaire est de 150 \$ l'heure. Ce tarif est de 175 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.

4.2 Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir l'activité professionnelle visée aux articles 3.1 à 3.3 a également droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacement lors d'un déplacement de plus de 40 kilomètres. On compte la distance du point de départ situé au Québec d'où le déplacement est entrepris jusqu'au lieu de la rencontre.

Les frais et le temps de déplacement sont compensés selon les modalités décrites aux articles 2.1 a), 2.2, 2.3 et 2.4 de l'annexe 23.

AVIS : *Vous devez réclamer vos frais de déplacement (kilométrage) et le temps de déplacement dans la partie FRAIS DE DÉPLACEMENT du formulaire Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires (n° 1215).*

Exceptionnellement, le temps de déplacement est payable en tout lieu, peu importe le territoire.

5. RÉPARTITION

5.1 Au niveau d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes ou pour un mandat confié par un organisme national reconnu, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des responsabilités du médecin visé par le présent protocole relèvent de l'organisme national.

5.2 La mise en œuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités prévues à l'article 8 des présentes.

5.3 À la demande des parties négociantes, l'organisme national reconnu leur transmet un relevé faisant état des heures d'activités professionnelles qui ont été effectuées par chacun des médecins visés par le présent protocole.

6. FACTURATION

6.1 Pour la rémunération des activités visées aux articles 3.1 à 3.3, le médecin spécialiste doit présenter un relevé d'honoraires contresigné par le président du conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes ou par le mandant d'un organisme national reconnu.

7. AVIS

7.1 L'organisme national reconnu par les parties négociantes transmet à celles-ci l'information nécessaire afin d'identifier les médecins visés par les articles 3.1 à 3.3 ainsi que les conseils ou comités auxquels ils participent, le cas échéant.

Les parties négociantes valident cette information et informent la Régie de l'identité des médecins autorisés à se prévaloir des mesures prévues au présent protocole.

8. BANQUE D'HEURES

8.1 Les parties négociantes déterminent la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire, doit être allouée, sur une base annuelle à la rémunération des médecins accomplissant des activités professionnelles au sein d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties ou pour un mandat confié par un organisme national reconnu.

Les médecins spécialistes qui accomplissent les activités professionnelles visées dans le présent protocole ne peuvent réclamer un nombre d'heures supérieur au nombre annuel autorisé par les parties négociantes.

9. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 Le présent protocole d'accord prend effet le 1^{er} octobre 2012.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES QUI ASSUMENT LA FONCTION DE CHEF D'ÉQUIPE EN TRAUMATOLOGIE (TRAUMA TEAM LEADER) DANS UN CENTRE DE TRAUMATOLOGIE DESIGNÉ

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 (chapitre A-29).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cette entente établit les conditions de rémunération pour les activités réalisées par le médecin spécialiste qui assume l'ensemble des tâches reliées à la fonction de chef d'équipe en traumatologie dans un centre de traumatologie de niveau tertiaire, pour la clientèle adulte et pédiatrique, désigné en vertu du Programme québécois de traumatologie et reconnu par les parties négociantes.

2. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

2.1 Le médecin spécialiste qui assume la fonction de chef d'équipe en traumatologie doit notamment :

- a) assurer le leadership et la coordination de l'ensemble des actions posées auprès d'un traumatisé par une équipe soignante à partir de la prise en charge à l'urgence et lors du parcours diagnostique et thérapeutique;
- b) assurer directement la coordination clinique des actions de réanimation, de stabilisation et de réalisation du bilan lésionnel des victimes de traumatismes sévères dès leur arrivée à l'urgence, ainsi que l'orientation vers les unités de soins appropriées;
- c) coordonner la transmission de l'information pertinente aux médecins consultants ainsi qu'aux personnes et services impliqués et voir au respect des marqueurs systémiques et cliniques établis ainsi que des protocoles en vigueur au programme de traumatologie de son établissement.

3. RÉMUNÉRATION

3.1 Tout médecin spécialiste agissant à titre de chef d'équipe en traumatologie au sein d'un centre de traumatologie de niveau tertiaire pour la clientèle adulte et pédiatrique désigné en vertu du Programme québécois de traumatologie reçoit un montant forfaitaire en fonction de la durée de sa période d'activités.

3.2 Le montant forfaitaire est établi à 1 250 \$ pour une disponibilité immédiate continue de vingt-quatre (24) heures. Toutefois, le montant forfaitaire peut être établi à 625 \$ par période de douze (12) heures pour couvrir de façon continue les 24 heures et à 420 \$ par période de huit (8) heures pour couvrir les 24 heures continues. Une disponibilité immédiate continue s'entend d'une disponibilité du médecin dans un délai maximum de vingt (20) minutes à compter du moment où il est appelé à prendre en charge un patient traumatisé à l'urgence.

19647	Disponibilité immédiate continue de 24 heures	1 250,00 \$
19648	Disponibilité immédiate continue de 12 heures	625,00 \$
19649	Disponibilité immédiate continue de 8 heures	420,00 \$

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

- **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date de début de la disponibilité immédiate et le code d'acte **19647** (24 heures), **19648** (12 heures) ou **19649** (8 heures) dans la case ACTES
- le code du centre hospitalier (**0XXX7**) dans la case ÉTABLISSEMENT;
- les honoraires correspondants 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.

3.3 S'ajoutent à cette rémunération les services médicaux payables en vertu des dispositions de l'Accord-cadre, à l'exception de ceux prévus à l'article 4.

3.4 Le nombre maximal de forfaits payables par établissement est limité à l'équivalent d'un (1) forfait par période de vingt-quatre (24) heures (ou par périodes équivalentes à vingt-quatre (24) heures).

3.5 Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38 ou de l'annexe 40, le montant forfaitaire prévu au présent protocole est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 100 %.

4. LIMITATIONS

4.1 Le médecin qui réclame le paiement d'un montant forfaitaire prévu au présent protocole ne peut réclamer, au cours de la même journée, le paiement de forfaits, suppléments ou honoraires suivants :

- Les honoraires prévus pour les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2);
- Le forfait de prise en charge d'une unité prévu à l'annexe 29;
- Le supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de l'annexe 25;

5. AVIS

5.1 Les parties négociantes avisent la Régie de l'assurance maladie du Québec des centres de traumatologie de niveau tertiaire pour la clientèle adulte et pédiatrique qu'elles reconnaissent.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2012.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC ET LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS LE CADRE DES PRÉLEVEMENTS DÉCOULANT DES EXIGENCES DU CODE CRIMINEL

PRÉAMBULE

Concernant la rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h) (i) et (ii) du Code criminel (L.R.C., (1985), ch. 46).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. Pour le service professionnel requis par un policier dans le cadre d'un prélèvement prévu à l'article 258 (1) h) i) et (ii) du Code criminel (L.R.C., (1985), ch. 46) :

Certificat du médecin qualifié

Il s'agit d'un formulaire permettant au médecin de certifier, à la suite d'une demande d'un agent de la paix :

- qu'il a lui-même effectué ou qu'il a fait effectuer par un technicien qualifié, sous sa direction, les prélèvements de sang qui, à son avis, étaient nécessaires à une analyse convenable pour permettre de déterminer l'alcoolémie de la personne qu'il a identifiée ou la présence/quantité d'une drogue dans son organisme;
- qu'avant de procéder ou de faire procéder au prélèvement, il était d'avis que ce dernier ne mettrait pas en danger la vie ou la santé de cette personne;
- qu'il a effectué ce prélèvement à telle heure et telle minute précises, tel jour de telle année, dans tel lieu de la province de Québec;
- qu'au moment du prélèvement, il a constitué deux échantillons de sang dont l'un pour en permettre une analyse à la demande de la personne ayant subi le prélèvement, lesdits échantillons ayant été reçus directement de ladite personne ou ont été placés directement dans des contenants approuvés qui ont ensuite été scellés et identifiés dans le certificat;
- qu'il a effectué ou fait effectuer ce prélèvement avec le consentement de la personne concernée; ou
- dans le cas d'un ordre donné en vertu de l'article 256, qu'à son avis, la personne concernée était incapable de donner un consentement au prélèvement de son sang à cause de son état physique ou psychologique en raison de l'absorption d'alcool ou de drogue, de l'accident ou de tout autre événement découlant de l'accident ou lié à celui-ci, et qu'il a pu prendre connaissance d'un mandat autorisant l'agent de la paix à exiger un tel prélèvement.

09820	Remplir le formulaire intitulé « certificat du médecin qualifié » et effectuer, le cas échéant, le prélèvement découlant des exigences du Code criminel.	40,00 \$
-------	---	----------

II. Le médecin produit ses demandes de paiement à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit à titre d'agent payeur pour le compte du ministre de la Sécurité publique.

III. Le ministre de la Sécurité publique est partie à ce protocole d'accord en vertu de son mandat de coordination de l'activité policière.

IV. Ce protocole entre en vigueur le 13 mai 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

+ PROTOCOLE D'ACCORD**PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UNE AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS LE CADRE DE L'OPTIMISATION DES SERVICES OFFERTS PAR LES LABORATOIRES DU QUÉBEC (OPTI-LAB)**

CONSIDÉRANT les investissements prévus à l'Accord-cadre aux fins de la rémunération des médecins spécialistes et la mise en place de diverses mesures ciblées;

CONSIDÉRANT l'importance de favoriser la participation des médecins spécialistes au sein des comités régionaux dans l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Opti-Lab);

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de permettre la rémunération des médecins spécialistes pour la durée des travaux effectués au sein des comités régionaux (Opti-Lab);

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1. OBJET**

1.1 Ce protocole a pour objet la rémunération des activités professionnelles du médecin spécialiste qui exerce auprès d'une agence de la santé et des services sociaux, à titre de médecin-expert, selon les modalités définies au paragraphe 3.1 ci-après.

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 aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent aux médecins visés, sous réserve des stipulations du présent protocole;

Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu du présent protocole constitue une rémunération de base.

2.2 Aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'annexe 8 de l'Accord-cadre, on ne tient pas compte de la rémunération versée à un médecin spécialiste en vertu du présent protocole.

2.3 Outre les parties, la Régie et les médecins spécialistes visés, le présent protocole lie l'agence de la santé et des services sociaux.

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

3.1 Pour le médecin qui agit à titre de médecin-expert auprès d'une agence de la santé et des services sociaux, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est relative à sa participation aux réunions médico-administratives tenues au sein des comités régionaux mis en place dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Opti-Lab).

Les réunions doivent se dérouler au sein d'une agence de la santé et des services sociaux, faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. Les présences doivent être consignées et un procès-verbal de ces réunions doit être préparé, et remis aux membres. De plus, la participation d'un médecin à une telle réunion doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'une vidéoconférence, mais non par conférence téléphonique.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité **254255**.

4. RÉMUNÉRATION

4.1 Pour sa participation à une réunion visée au présent protocole, le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, pour une période de service continu de 60 minutes. Le tarif horaire est de 150 \$ l'heure. Ce tarif est de 175 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.

La participation du médecin spécialiste visé doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Pour toute participation de plus d'une heure, le tarif horaire s'applique au prorata, par période de 15 minutes.

Un médecin spécialiste ne peut tirer avantage des bénéfices prévus au présent protocole pour sa participation à une réunion visée s'il reçoit déjà une rémunération de la Régie ou d'un tiers pour sa participation à cette réunion.

5. RÉPARTITION

5.1 Au niveau d'une agence de la santé et des services sociaux, la nomination, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé au paragraphe 3.1 relèvent du directeur général de l'agence de la santé et des services sociaux.

5.2 La mise en œuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités prévues à l'article 8 des présentes.

6. FACTURATION

6.1 Le médecin spécialiste doit présenter un relevé d'honoraires contresigné par le représentant autorisé de l'agence de la santé et des services sociaux.

7. AVIS

7.1 L'agence transmet aux parties négociantes l'information nécessaire afin d'identifier les médecins visés par l'article 3.1.

Les parties négociantes valident cette information et informent la Régie de l'identité des médecins autorisés à se prévaloir des mesures prévues au présent protocole.

8. BANQUE D'HEURES

8.1 Les parties négociantes déterminent la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire, doit être allouée à une agence de la santé et des services sociaux, aux fins d'assurer la mise en œuvre du présent protocole. Cette banque d'heures est prévue à l'annexe 1 et s'applique pour la durée des travaux effectués au sein des comités régionaux (Opti-Lab).

9. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 Le présent protocole d'accord entre en vigueur le 1^{er} juin 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

+

ANNEXE 1

CONCERNANT LA DÉTERMINATION DES BANQUES D'HEURES ET DES ENVELOPPES ANNUELLES VISÉES PAR LE PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UNE AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS LE CADRE DE L'OPTIMISATION DES SERVICES OFFERTS PAR LES LABORATOIRES DU QUÉBEC (OPTI-LAB)

+

(Cette banque d'heures n'est valable que pour la période du 1^{er} juin 2013 au 31 mai 2014)

AGENCES VISÉES	ENVELOPPES ART 3.1
Bas-Saint-Laurent (01)	80
Saguenay/Lac-Saint-Jean (02)	90
Québec (03)	400
Mauricie et du Centre-du-Québec (04)	60
Estrie (05)	60
Montréal-Centre (06)	845
Outaouais (07)	100
Abitibi/Témiscamingue (08)	80
Côte-Nord (09)	60
Nord-du-Québec (10)	50
Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine (11)	-
Chaudière-Appalaches (12)	80
Laval (13)	75
Lanaudière (14)	150
Laurentides (15)	150
Montérégie (16)	180
Nunavik (17)	-
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	-
Banques d'heures supplémentaires pouvant être utilisées selon les besoins	500

+ PROTOCOLE D'ACCORD

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES QUI ASSURENT UNE GARDE EN DISPONIBILITÉ AU CENTRE DE RÉFÉRENCE QUÉBÉCOIS POUR LE TRAITEMENT DES SUJETS AVEC INHIBITEURS DE LA COAGULATION

CONSIDÉRANT l'importance de valoriser la contribution des médecins spécialistes en hématologie dans l'accès au diagnostic et l'utilisation des produits de coagulation dans le cadre du centre québécois;

CONSIDÉRANT l'importance de permettre d'offrir une expertise-conseil à distance pour la validation de la pertinence et de la qualité des prescriptions, tel que défini par les indications de biovigilance;

CONSIDÉRANT la nécessité d'un diagnostic rapide afin d'offrir, le cas échéant, un traitement pharmaceutique optimal pour l'utilisation des produits de coagulation;

CONSIDÉRANT la nécessité de pourvoir à la couverture d'un système de garde en disponibilité provinciale afin de répondre à la demande d'accès au diagnostic et à l'utilisation des produits de coagulation.

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 (chapitre R-5).

LES PARTIES 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 qui, dans le cadre des services spécialisés du Centre de référence québécois pour le traitement des sujets avec inhibiteurs de la coagulation, assume une garde téléphonique afin de répondre aux consultations des médecins faisant face à une problématique associée au diagnostic des troubles de la coagulation, à la prescription, à l'utilisation des produits de coagulation ainsi qu'au traitement des patients avec inhibiteurs de la coagulation.

2. Le supplément de garde est de 240 \$ pour une garde de 24 heures, le samedi, le dimanche ou un jour férié et de 120 \$ pour une garde de 15 heures, entre 17 h et 8 h, les autres jours.

3. Un seul supplément de garde est payable par jour.

Le médecin qui, au cours d'une journée, réclame le paiement d'un supplément de garde en vertu de l'annexe 25, selon les conditions qui y sont prévues, ne peut, au cours de la même journée, réclamer le paiement du supplément de garde prévu au présent protocole.

4. Les dispositions de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent aux médecins visés, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord.

5. Le présent protocole d'accord entre en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

<i>Garde de 24 heures Week-end et jour férié</i>	<i>Garde de 15 heures les autres jours entre 17 h et 8 h</i>
Code d'acte 240,00 \$	Code d'acte 120,00 \$
09850	09851

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;
- l'un ou l'autre des codes d'acte susmentionnés dans la case ACTES;
- le code d'établissement 0034X (CHU Sainte-Justine);
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 09850 ou 09851.

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

+ PROTOCOLE D'ACCORD

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ACCOMPLIES DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

CONSIDÉRANT les investissements prévus à l'Accord-cadre aux fins de la rémunération des médecins spécialistes et la mise en place de diverses mesures ciblées;

CONSIDÉRANT l'importance de favoriser la participation des médecins spécialistes dans la gouvernance et la performance du réseau de la santé;

CONSIDÉRANT l'importance d'avoir un portrait des activités médico-administratives représentatif de l'ensemble des différents types d'établissement du réseau de la santé;

CONSIDÉRANT l'importance de favoriser des activités médico-administratives telles que divers réunions et comités mis en place dans les établissements de santé en lien avec la gestion de l'organisation des établissements de santé.

CONSIDÉRANT que le nombre d'heures qui peuvent être rémunérées ne doit pas être interprété comme ayant pour effet de réduire la participation d'un médecin spécialiste à des comités et à des activités médico-administratives en lien avec le bon déroulement des activités médicales et l'organisation hospitalière.

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 (chapitre R-5).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin spécialiste qui participe à certaines activités médico-administratives dans un établissement de santé.

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 aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent aux médecins visés, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord.

2.2 Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de l'article 4.1 du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base.

2.3 Aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'annexe 8 de l'Accord-cadre, on ne tient pas compte de la rémunération versée à un médecin spécialiste en vertu du présent protocole.

2.4 Outre la Régie, les parties et le médecin, le présent protocole lie les établissements de santé.

3. ACTIVITÉS VISÉES

Les activités médico-administratives visées par le présent protocole désignent la participation du médecin spécialiste aux réunions de service, département, programme-clientèle ou comités ci-après mentionnés. Elles excluent la préparation du médecin pour une telle réunion ainsi que tout mandat pouvant être réalisé relativement à ces réunions.

Seuls les médecins qui sont membres du service, département, programme-clientèle ou comité visés peuvent bénéficier du présent protocole pour leur participation à une réunion, de même que le médecin qui est invité à participer à une de leurs réunions, excluant toutefois le médecin convoqué lors d'un comité de discipline.

Les réunions d'un service, département, programme-clientèle ou comité doivent se dérouler au sein d'un établissement, faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. Les présences doivent être consignées et un procès-verbal de ces réunions doit être préparé et remis aux membres. De plus, la participation d'un médecin à une telle réunion doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'une vidéoconférence, mais non par conférence téléphonique.

Les réunions médico-administratives visées sont les suivantes :

AVIS : *Pour connaître la nature de service (les trois premiers chiffres) à utiliser, voir l'avis sous le point 5.4 ii.*

a) Les réunions de département ou de service clinique de l'établissement ainsi que, lorsque le plan d'organisation de l'établissement approuvé par le C.A. prévoit une gestion par programme-clientèle, les réunions de programme-clientèle.

XXX171 Réunions de département
XXX172 Réunions de programmes-clientèles
XXX173 Réunions de service

b) Les réunions de tous comités professionnel, scientifique, médical ou administratif prévus à la LSSS et ses règlements ou mis en place dans un établissement de santé et identifiés ci-dessous :

Comités prévus à la Loi ou aux règlements

XXX174 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique
XXX175 Comité d'examen des titres
XXX176 Comité de discipline
XXX177 Comité de gouvernance et d'éthique du C.A.
XXX178 Comité de gestion des risques
XXX179 Comité de la vigilance et de la qualité du C.A.
XXX180 Comité de pharmacologie
XXX181 Comité de Résidents
XXX182 Comité de révision
XXX183 Comité de sélection (pour recommander DG)
XXX184 Comité de vérification du C.A.
XXX185 Comité des usagers
XXX186 Comité exécutif du CMDP

Autres comités mis en place dans un établissement de santé

XXX187 Attribution des bourses
XXX188 Comité à la gestion des lits
XXX189 Comité coordination des maladies chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète, etc.)
XXX190 Comité d'admission et séjour
XXX191 Comité d'amélioration continue de la qualité
XXX192 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral digestif bas
XXX193 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral digestif haut
XXX194 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral glandes surrénales
XXX195 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral greffe cellules souches
XXX196 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral gynécologie
XXX197 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral hémato
XXX198 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral hépato biliaire
XXX199 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral musculo squelettique
XXX200 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral neuro
XXX201 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral oculaire
XXX202 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral peau
XXX203 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral poumon
XXX204 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral sein
XXX205 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral système digestif
XXX206 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral tête et cou
XXX207 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral thyroïde
XXX208 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées à un siège tumoral uro-génitaux
XXX209 Comité de développement et suivi des ordonnances collectives
XXX210 Comité de dossiers/Archives
XXX211 Comité de gestion centrale des rendez-vous
XXX212 Comité de gestion de la douleur chronique
XXX213 Comité de gestion des soins intensifs (les admissions, les équipements, la durée de séjour, etc.)
XXX214 Comité de gestion du bloc opératoire
XXX215 Comité de gestion en endoscopie
XXX216 Comité de l'approche adaptée (chutes, délirium, etc.)
XXX217 Comité de l'éthique clinique
XXX218 Comité de la bibliothèque/Audiovisuel
XXX219 Comité de la prévention et de la gestion des risques
XXX220 Comité de médecine transfusionnelle
XXX221 Comité de radioprotection

XXX222	Comité de réanimation
XXX223	Comité de révision continue du processus de gestion de l'urgence
XXX224	Comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques
XXX225	Comité de traumatologie
XXX226	Comité des accidents/Incidents
XXX227	Comité des approches collaboratives
XXX228	Comité des cliniques externes/médecine de jour
XXX229	Comité des médecins impliqués dans le programme de cancérologie
XXX230	Comité des plaintes
XXX231	Comité des technologies de l'information
XXX232	Comité du contrôle et de prévention des infections
XXX233	Comité du don et de transplantation d'organes et de tissus
XXX234	Comité du réseau de service intégré à la personne âgée
XXX235	Comité morbidité/mortalité
XXX236	Comité pour l'achat d'équipements médicaux spécialisés
XXX237	Comité pour le développement de protocole de soins et des procédures
XXX238	Comité pour les victimes d'amputation traumatique nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence
XXX239	Comité pour les victimes de blessure médullaire
XXX240	Comité pour les victimes de brûlures graves
XXX241	Comité sur des projets cliniques immobiliers
XXX242	Comité sur des projets d'amélioration de la qualité ou d'optimisation
XXX243	Comité sur désastre et plan de contingence
XXX244	Comité sur l'utilisation et la pertinence des tests de laboratoires
XXX245	Comité sur la qualité du triage à l'urgence
XXX246	Comité sur personnes victimes d'un AVC
XXX247	Comité sur l'introduction de nouvelles technologies ou la révision de pratiques
XXX248	Autres

Dans l'éventualité où la participation aux réunions d'un comité ci-dessus visé entraînait également la participation d'un médecin spécialiste à un ou plusieurs sous-comités de travail d'un tel comité, la participation du médecin aux réunions d'un tel sous-comité doit également rencontrer l'ensemble des exigences prévues au présent protocole et être identifiée selon le code du comité auquel il se rattache.

4. RÉMUNÉRATION

4.1 Pour les activités décrites au présent protocole, le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, pour une période de service continu de 60 minutes.

Le tarif horaire est de 150 \$ l'heure. Ce tarif est de 175 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2014 et de 200 \$ l'heure à compter du 1^{er} avril 2015.

4.2 La participation du médecin à des activités professionnelles visées doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Pour toute participation de plus d'une heure, le tarif horaire s'applique au prorata, par période de 15 minutes.

4.3 Toute demande de paiement selon le présent protocole doit être contresignée par le chef de département ou de service clinique de l'établissement où les activités visées ont été accomplies.

5. LIMITATIONS ET AUTRES MODALITÉS D'APPLICATION

5.1 Un médecin spécialiste ne peut tirer avantage des bénéfices prévus au présent protocole pour sa participation à une activité visée s'il reçoit déjà une rémunération de la Régie ou d'un tiers pour sa participation à cette activité.

5.2 Un médecin spécialiste ne peut réclamer plus de 3,5 heures par jour pour sa participation à une réunion d'un comité donné.

5.3 Au cours d'une année civile, un médecin spécialiste ne peut réclamer plus que le maximum d'heures suivant pour sa participation aux réunions médico-administratives visées :

- Pour les réunions de service prévues à l'alinéa 3(a), ce maximum est de vingt (20) heures par année civile;
- Pour les réunions de département prévues à l'alinéa 3(a), ce maximum est de vingt (20) heures par année civile;
- Pour les réunions de programme-clientèle prévues à l'alinéa 3(a), ce maximum est de vingt-cinq (25) heures par année civile;
- Pour les réunions d'un comité mentionné à l'alinéa 3(b), ce maximum est de dix (10) heures d'activités par année civile par type de comité, à l'exception du comité de pharmacologie et du comité exécutif du CMDP, pour lesquels le maximum est de vingt (20) heures et quarante-cinq (45) heures respectivement.

5.4 De plus, l'application de certaines dispositions prévues à l'Accord-cadre s'effectue selon les modalités suivantes :

- i. Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38 ou de l'annexe 40, la rémunération d'une activité prévue au présent protocole est déterminée selon le mode de rémunération applicable à ce médecin au cours de la période pendant laquelle cette activité a été effectuée. Dans les cas où le mode de rémunération applicable est le mode de rémunération mixte, cette activité est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 50 %.

Pour le médecin spécialiste en anesthésiologie et nonobstant toute disposition au contraire prévue au modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie, ce supplément d'honoraires de 50 % s'applique pour toute la période de 7 h à 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. De plus, le médecin anesthésiologiste qui réclame le paiement des honoraires prévus au présent protocole entre 7 h et 8 h ou entre 15 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, ne peut alors se prévaloir de la rémunération prévue en vertu de l'article 5 du modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie au cours de la même période.

- ii. Pour le médecin spécialiste classé en biochimie médicale ou en microbiologie-infectiologie les activités visées au présent protocole sont rémunérées à 50 % lorsque effectuées entre 7 h et 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

AVIS : *Pour les situations décrites aux paragraphes de l'article 5.4, utiliser la nature de service **251XXX**.*

*Pour les autres, utiliser la nature de service **250XXX**.*

Le code correspondant à la nature de service doit toujours être suivi des trois chiffres identifiant les réunions ou comités listés à l'article 3.

6. EXCLUSIONS

6.1 Le présent protocole ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste qui assume des responsabilités de gestion dans un établissement de santé et qui est visé par le *Protocole relatif à la rémunération des activités accomplies par les médecins agissant à titre de chef de département, service ou programme dans un établissement*.

7. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.1 Le présent protocole d'accord prend effet le 1^{er} janvier 2014.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec