5 février 2026

MÉDECINS SPÉCIALISTES

BROCHURE N^{O} 1

Accord-cadre

Votre gouvernement

Régie de l'assurance maladie Québec

TABLE DES MATIÈRES

~~Accord-cadre~~ 1
Accord-cadre 2
Article 1. 2
Article 2. 3
Article 3. 4
Article 4. 5
Article 5. 6
Article 6. 7
Annexe 1. Entente relative au régime d'assurance maladie - Dispositions normatives 8
Préambule 8
Titre I. Dispositions générales 9
Titre II. Exercice de la profession 11
Titre III. Régime de rémunération et de paiement 13
Titre IV. Concertation 16
Titre V. Procédure d'arbitrage 17
Annexe 2. Enveloppe budgétaire 20
Concernant le suivi et la vérification du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée 20
Annexe 3. Protocole relatif au contrôle des gains de pratique exceptionnels 24
Annexe 4. Tarif de la médecine et de la chirurgie 25
Annexe 5. Tarif de la médecine de laboratoire 26
Annexe 6. Tarif de la médecine et de la chirurgie 27
Annexe 7. Tarif de la médecine de laboratoire 28
Annexe 8. Protocole relatif aux plafonnements 29
Protocole relatif aux plafonnements de gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires 29
1. Règles d'application 31
2. Plafonnements d'activités 46
3. Plafonnements de gains de pratique 50
Annexe 9. Assurance responsabilité professionnelle 61
Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle 61
Annexe 64
Annexe 10. Urgence de première ligne en pédiatrie et en cardiologie 67
Entente auxiliaire concernant l'urgence de première ligne en pédiatrie et en cardiologie 67
Annexe 69

Annexe 11. A — Lettres d'entente numérotées 70
Lettres d'entente 70
Lettre d'entente nº 1 71
Lettre d'entente nº 2 72
Lettre d'entente nº 3 73
Lettre d'entente nº 4 81
Lettre d'entente nº 5 82
Lettre d'entente nº 6 83
Lettre d'entente nº 8 84
Lettre d'entente nº 9 85
Lettre d'entente nº 12 86
Lettre d'entente nº 13 87
Lettre d'entente nº 14 88
Lettre d'entente nº 15 89
Lettre d'entente nº 17 90
Lettre d'entente nº 21 91
Lettre d'entente nº 25 92
Lettre d'entente nº 26 93
Lettre d'entente nº 28 94
Lettre d'entente nº 31 95
Lettre d'entente nº 34 96
Lettre d'entente nº 35 97
LETTRE D'ENTENTE Nº 36 *Abrogée par la Modification 116 en date du 24 juillet 2025* 98
Lettre d'entente nº 38 99
Lettre d'entente nº 39 100
Lettre d'entente nº 40 101
Lettre d'entente nº 41 102
Lettre d'entente nº 43 103
Lettre d'entente nº 44 104
Lettre d'entente nº 45 105
Lettre d'entente nº 48 106
Lettre d'entente nº 51 107
Lettre d'entente nº 52 108
Lettre d'entente nº 53 109
Lettre d'entente nº 55 110
Lettre d'entente nº 56 111
LETTRE D'ENTENTE Nº 61 - *Abrogée en date du 1er décembre 2021 par la* Modification nº 102 112

Lettre d'entente n° 64 113
Lettre d'entente n° 66 115
Lettre d'entente n° 67 116
Lettre d'entente n° 70 117
Lettre d'entente n° 75 118
LETTRE D'ENTENTE N° 76 : Abrogée en date du 1er juillet 2023 par la Modification n° 107 120
Lettre d'entente n° 78 121
Lettre d'entente n° 83 122
Lettre d'entente n° 84 123
Lettre d'entente n° 86 124
Lettre d'entente n° 87 125
Lettre d'entente n° 88 126
Lettre d'entente n° 102 127
Lettre d'entente n° 107 130
Lettre d'entente n° 110 132
Lettre d'entente n° 112 133
Lettre d'entente n° 113 137
Lettre d'entente n° 121 138
Lettre d'entente n° 122 139
LETTRE D'ENTENTE N° 125 143
LETTRE D'ENTENTE N° 128 144
LETTRE D'ENTENTE N° 129 146
LETTRE D'ENTENTE N° 130 148
LETTRE D'ENTENTE N° 132 149
LETTRE D'ENTENTE N° 133 152
LETTRE D'ENTENTE N° 142 154
LETTRE D'ENTENTE N° 143 156
LETTRE D'ENTENTE N° 144 158
LETTRE D'ENTENTE N° 146 159
LETTRE D'ENTENTE N° 147 161
LETTRE D'ENTENTE N° 152 162
LETTRE D'ENTENTE N° 153 164
LETTRE D'ENTENTE N° 154 166
LETTRE D'ENTENTE N° 156 168
LETTRE D'ENTENTE N° 157 169
LETTRE D'ENTENTE N° 159 171
LETTRE D'ENTENTE N° 161 A 173

LETTRE D'ENTENTE N° 161 B.....176
LETTRE D'ENTENTE N° 161 C.....178
LETTRE D'ENTENTE N° 164.....181
LETTRE D'ENTENTE N° 165.....183
LETTRE D'ENTENTE N° 166.....184
LETTRE D'ENTENTE N° 168.....185
LETTRE D'ENTENTE N° 169.....187
LETTRE D'ENTENTE N° 170.....188
LETTRE D'ENTENTE N° 171 A.....190
LETTRE D'ENTENTE N° 171 B.....193
LETTRE D'ENTENTE N° 172.....195
LETTRE D'ENTENTE N° 175.....201
LETTRE D'ENTENTE N° 176.....202
LETTRE D'ENTENTE N° 177.....209
LETTRE D'ENTENTE N° 178.....211
LETTRE D'ENTENTE N° 180 - *Abrogée en date du 15 novembre 2021 par la* Modification n° 104.....213
LETTRE D'ENTENTE N° 181 *Abrogée par la Modification 116 en date du 24 juillet 2025*.....216
LETTRE D'ENTENTE N° 183.....217
LETTRE D'ENTENTE N° 185.....220
LETTRE D'ENTENTE N° 186.....222
LETTRE D'ENTENTE N° 187.....224
LETTRE D'ENTENTE N° 189.....225
LETTRE D'ENTENTE N° 190 - *Abrogée en date du 1er janvier 2022 par la* Modification n° 102.....227
LETTRE D'ENTENTE N° 191.....229
LETTRE D'ENTENTE N° 192 *Abrogée par la Modification 116 en date du 24 juillet 2025*.....231
LETTRE D'ENTENTE N° 193.....233
LETTRE D'ENTENTE N° 194.....235
LETTRE D'ENTENTE N° 195.....237
LETTRE D'ENTENTE N° 196.....238
LETTRE D'ENTENTE N° 198.....241
LETTRE D'ENTENTE N° 199.....243
LETTRE D'ENTENTE N° 200.....244
LETTRE D'ENTENTE N° 201.....246
LETTRE D'ENTENTE N° 202 - A*brogée en date du 1er octobre 2021 par la M*odification 101.....248
LETTRE D'ENTENTE N° 203 - A*brogée en date du 1er octobre 2021 par la* Modification 101.....250
LETTRE D'ENTENTE N° 204.....255
LETTRE D'ENTENTE N° 208.....256

LETTRE D'ENTENTE N° 209 258
LETTRE D'ENTENTE N° 210 259
LETTRE D'ENTENTE N° 211 261
LETTRE D'ENTENTE N° 212 : *Abrogée en date du 15 novembre 2021 par la* Modification n° 101 262
LETTRE D'ENTENTE N° 213 264
LETTRE D'ENTENTE N° 214 265
LETTRE D'ENTENTE N° 215 266
LETTRE D'ENTENTE N° 216 267
LETTRE D'ENTENTE N° 217 270
LETTRE D'ENTENTE N° 219 272
LETTRE D'ENTENTE N° 220 274
LETTRE D'ENTENTE N° 221 275
LETTRE D'ENTENTE N° 222 280
LETTRE D'ENTENTE N° 224 281
LETTRE D'ENTENTE N° 225 282
LETTRE D'ENTENTE N° 226 284
LETTRE D'ENTENTE N° 227 285
LETTRE D'ENTENTE N° 228 286
LETTRE D'ENTENTE N° 229 288
LETTRE D'ENTENTE N° 230 289
LETTRE D'ENTENTE N° 231 290
LETTRE D'ENTENTE N° 232 292
LETTRE D'ENTENTE N°233 294
LETTRE D'ENTENTE N° 234 305
LETTRE D'ENTENTE N° 235 317
LETTRE D'ENTENTE N° 236 318
LETTRE D'ENTENTE N° 237 A 320
LETTRE D'ENTENTE N° 237 B 321
LETTRE D'ENTENTE N° 238 323
LETTRE D'ENTENTE N° 239 346
LETTRE D'ENTENTE N° 240 352
LETTRE D'ENTENTE N° 241 354
LETTRE D'ENTENTE N° 242 392
LETTRE D'ENTENTE N° 243 394
LETTRE D'ENTENTE N° 244 396
LETTRE D'ENTENTE N° 245 397
LETTRE D'ENTENTE N° 246 399

LETTRE D'ENTENTE Nº 247 402
LETTRE D'ENTENTE Nº 248 403
LETTRE D'ENTENTE Nº 249 405
LETTRE D'ENTENTE Nº 250 406
LETTRE D'ENTENTE Nº 251 407
LETTRE D'ENTENTE Nº 252 408
LETTRE D'ENTENTE Nº 253 410
LETTRE D'ENTENTE Nº 255 413
LETTRE D'ENTENTE Nº 256 414
LETTRE D'ENTENTE Nº 257 418
LETTRE D'ENTENTE Nº 258 423
LETTRE D'ENTENTE Nº 259 424
ANNEXE 428
RÉMUNÉRATION DES SOINS ET SERVICES 429
LETTRE D'ENTENTE Nº 260 431
LETTRE D'ENTENTE Nº 261 433
LETTRE D'ENTENTE Nº 262 435
LETTRE D'ENTENTE Nº 263 437
LETTRE D'ENTENTE Nº 264 441
LETTRE D'ENTENTE Nº 265 443
LETTRE D'ENTENTE Nº 266 447
LETTRE D'ENTENTE Nº 267 449
Annexe 11. B — Lettres d'entente numérotées 450
LETTRE D'ENTENTE A-18 450
LETTRE D'ENTENTE A-20 451
LETTRE D'ENTENTE A-21 452
LETTRE D'ENTENTE A-28 453
LETTRE D'ENTENTE A-33 454
LETTRE D'ENTENTE A-47 456
LETTRE D'ENTENTE A-51 457
LETTRE D'ENTENTE A-52 459
LETTRE D'ENTENTE A-53 460
LETTRE D'ENTENTE A-58 461
LETTRE D'ENTENTE A-61 462
LETTRE D'ENTENTE A-63 463
LETTRE D'ENTENTE A-66 464
LETTRE D'ENTENTE A-71 466

LETTRE D'ENTENTE A-73 467
LETTRE D'ENTENTE A-75 469
LETTRE D'ENTENTE A-80 470
LETTRE D'ENTENTE A-86 471
LETTRE D'ENTENTE A-87 472
LETTRE D'ENTENTE A-88 473
LETTRE D'ENTENTE A-89 474
LETTRE D'ENTENTE A-90 475
LETTRE D'ENTENTE A-91 476
LETTRE D'ENTENTE A-92 477
LETTRE D'ENTENTE A-93 478
LETTRE D'ENTENTE A-94 480
LETTRE D'ENTENTE A-95 483
LETTRE D'ENTENTE A-96 486
LETTRE D'ENTENTE A-97 487
LETTRE D'ENTENTE Nº A-98 488
LETTRE D'ENTENTE Nº A-99 490
LETTRE D'ENTENTE Nº A-100 491
LETTRE D'ENTENTE Nº A-101 492
LETTRE D'ENTENTE Nº A-102 493
LETTRE D'ENTENTE Nº A-103 494
LETTRE D'ENTENTE Nº A-104 495
LETTRE D'ENTENTE Nº A-106 497
LETTRE D'ENTENTE NO A-107 499
LETTRE D'ENTENTE NO A-108 500
LETTRE D'ENTENTE Nº A-109 501
LETTRE D'ENTENTE A-110 504
LETTRE D'ENTENTE Nº A-111 505
Annexe 11. C — Autres lettres d'entente (mémoires ou lettres d'intention) 506
LETTRE D'ENTENTE 506
LETTRE D'ENTENTE 507
LETTRE D'ENTENTE 509
LETTRE D'ENTENTE 510
LETTRE D'ENTENTE 511
LETTRE D'ENTENTE 512
LETTRE D'ENTENTE 513
MÉMOIRE D'INTENTION 514

MÉMOIRE D'INTENTION 515
LETTRE D'INTENTION 516
MÉMOIRE D'INTENTION 517
MÉMOIRE D'INTENTION 518
MÉMOIRE D'INTENTION 520
LETTRE D'INTENTION 521
LETTRE D'INTENTION 522
LETTRE D'INTENTION Nº 1 523
LETTRE D'INTENTION Nº 2 524
LETTRE D'INTENTION Nº 3 525
LETTRE D'INTENTION Nº 4 526
LETTRE D'INTENTION Nº 5 527
MÉMOIRE D'INTENTION 530
MÉMOIRE D'INTENTION 531
LETTRE D'INTENTION 532
LETTRE D'INTENTION 533
LETTRE D'INTENTION 534
MÉMOIRE D'INTENTION 535
LETTRE D'INTENTION 536
Annexes 12 à 48 537
ANNEXE 12. 537
ANNEXE 13. 538
ANNEXE 14. 544
ANNEXE 15. 548
ANNEXE 16. 551
ANNEXE 17. 553
ANNEXE 18. 554
ANNEXE 19. 555
ANNEXE 20. 563
ANNEXE 21. 566
ANNEXE 22. 587
ANNEXE 23. 588
ANNEXE 24. 594
ANNEXE 25. 595
ANNEXE 26. 599
ANNEXE 27. 602
ANNEXE 28. 604

ANNEXE 29. 606
ANNEXE 31. 613
ANNEXE 32. 615
ANNEXE 33. 619
ANNEXE 35. 621
ANNEXE 36. 623
ANNEXE 37. 626
ANNEXE 38. 629
ANNEXE 39. 630
ANNEXE 40. 633
ANNEXE 41 634
ANNEXE 42. 640
ANNEXE 43. 645
ANNEXE 44 - *Abrogée en date du 1er janvier 2022 par la* Modification nº 102 649
ANNEXE 45 653
ANNEXE 46 662
ANNEXE 47 663
Protocoles d'accord 676
PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UN ÉTABLISSEMENT VISÉ 676
PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À L'APPLICATION DE L'ACCORD-CADRE MSSS/FMSQ POUR LES ANNÉES 1996 - 1997 À 2000 - 2001 679
LETTRE D'ENTENTE 683
LETTRE D'ENTENTE 684
LETTRE D'ENTENTE 685
ANNEXE II 687
PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ... 696
PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT DE NOUVELLES MESURES D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS 698
PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN 700
PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE POUR LES FINS DU SYSTÈME DU SANG AU QUÉBEC 701
PROTOCOLE D'ACCORD 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 705
PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À L'APPLICATION DE L'ACCORD-CADRE MSSS-FMSQ POUR LES ANNÉES 1999 - 2000 À 2003 - 2004 706

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA PARTICIPATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES À LA MISE EN ŒUVRE DU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC 710

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES 711

PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT LA MISE EN PLACE DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION PARTICULIÈRES POUR LES CHERCHEURS BOURSIERS 721

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UNE TABLE RÉGIONALE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 727

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PÉDIATRIE 731

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE 733

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF AU RENOUVELLEMENT DE L'ACCORD-CADRE MSSS-FMSQ POUR LA PÉRIODE DU 1er AVRIL 2010 AU 31 MARS 2015 735

PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT LA TÉLÉMÉDECINE 739

PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT L'INSTAURATION DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DE LA CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE 742

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 746

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 750

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 752

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES DANS LE CADRE DE L'OPTIMISATION DES SERVICES OFFERTS PAR LES LABORATOIRES DU QUÉBEC (OPTILAB) 754

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 757

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ACCOMPLIES DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ 759

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES COORDONNATEURS EN DON ET TRANSPLANTATION D'ORGANES ET DE TISSUS 766

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES QUI ASSURENT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ SUPRARÉGIONALE EN NEUROLOGIE POUR L'ACCÈS AU TRAITEMENT PAR TÉLÉTHROMBOLYSE 770

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UNE RÉMUNÉRATION CONCERNANT LE PROJET PILOTE DE DÉPISTAGE DE LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE 773

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LE CADRE DU CENTRE ANTIPOISON DU QUÉBEC (CAPQ) OU DU SYSTÈME D'ÉVACUATION AÉROMÉDICALE AU QUÉBEC (É.V.A.Q.) 775

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES DANS LE CADRE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE 780

PROTOCOLE D'ACCORD INTERVENU ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ) AYANT TRAIT AU RENOUVELLEMENT DE L'ACCORD-CADRE POUR LA PÉRIODE DU 1er AVRIL 2015 AU 31 MARS 2023 786

PROTOCOLE D'ACCORD INTERVENU ENTRE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ) RELATIF À LA MODIFICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD INTERVENU ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) ET LA FMSQ SIGNÉ LE 14 MARS 2018 CONCERNANT LA RÉDUCTION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DÉDIÉE À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES 803

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EXPERTS QUI ASSURENT UNE COUVERTURE PROVINCIALE DES SERVICES DANS CERTAINS SECTEURS SPÉCIALISÉS EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 (SARS-COV-2) 817

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES PARTICIPANT AU CONSEIL NUMÉRIQUE 819

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE PARTICIPANT AU PROGRAMME DE TÉLÉDERMATOLOGIE 821

Ententes de principe 823

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 1er AVRIL 2004 823

ENTENTE INTERVENUE ENTRE LA FMSQ ET LE MSSS DANS LE CADRE DE L'APPLICATION DE L'ENTENTE DU 10 JANVIER 2007 829

ENTENTE DE PRINCIPE ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ) CONCERNANT LES CONDITIONS DE PRATIQUE À L'ÉGARD DE LA LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION CLINIQUE ET À LA GESTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (CHAPITRE 21, 2017) 833

~~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~~

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

Les parties conviennent de ce qui suit :

Le présent Accord-cadre remplace l'Accord-cadre du 22 décembre 1986 et ses modifications n^{os} 1 à 33.

Il définit les conditions de participation du médecin spécialiste au régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie.

Il définit également, le cas échéant, les conditions de participation du médecin spécialiste aux autres programmes dont l'administration est confiée par la loi ou le gouvernement à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Cet Accord-cadre établit une enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période du 1er avril 1995 au 31 mars 1998.

Il prévoit l'établissement d'un plan de carrière pour les médecins spécialistes comportant, notamment, des mesures relatives à la cessation de carrière du médecin, la diminution volontaire du niveau d'activités, la rémunération progressive ainsi que l'introduction d'un plafonnement global des gains de pratique des médecins spécialistes.

Il prévoit également des mesures concernant les médecins spécialistes affectés par le changement d'oeuvre, la fusion ou la fermeture d'un centre hospitalier, d'un département ou d'un service.

Il établit les tarifs d'honoraires conventionnels.

Il formule des règles conventionnelles pour l'exercice de la médecine et institue une procédure d'analyse des profils d'activités.

Il prévoit des mécanismes de concertation pour l'étude des questions d'intérêt commun.

Article 1.

Reconduction des annexes

1.1 Les annexes 1 et 3 à 33 de l'Accord-cadre du 22 décembre 1986 sont reconduites sous réserve des adaptations rendues nécessaires par la signature du présent Accord-cadre et sous réserve des autres modifications indiquées ci-après. La refonte des annexes est effectuée par les parties négociantes d'ici le 1er novembre 1995. Jusqu'à ce que cette refonte soit terminée, les annexes reconduites doivent être interprétées à la lumière des dispositions du présent Accord-cadre.

Article 2.

Détermination d'une enveloppe budgétaire

2.1 Sous réserve de l'article 2.2, une enveloppe budgétaire globale de 1 277 000 000 $ est déterminée pour chacune des périodes suivantes :

- période du 1er avril 1995 au 31 mars 1996;
- période du 1er avril 1996 au 31 mars 1997;
- période du 1er avril 1997 au 31 mars 1998.

2.2 Les parties négociantes conviennent que pour la deuxième période d'application de l'Entente, soit la période 1996-1997, l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée suive l'évolution du budget global du Ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que déterminé par la politique budgétaire du gouvernement, selon les modalités suivantes :

- dans l'éventualité d'une réduction du budget global du Ministère de la Santé et des Services sociaux au cours de la période 1996 - 97, l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour cette période demeure inchangée mais l'enveloppe budgétaire de la période 1997 - 98 est cependant réduite d'un montant correspondant au pourcentage de la réduction du budget du ministère se situant au delà de 0,5 %, et ce, jusqu'à concurrence d'un montant de 6 400 000 $.

2.3 L'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'article 2.1 pour une période couvre la rémunération de l'ensemble des services rendus au cours de cette période par les médecins spécialistes dans le cadre du régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie et dans le cadre des autres programmes dont l'administration est confiée par la loi ou le gouvernement à la Régie de l'assurance maladie du Québec, le tout sous réserve des exclusions prévues à l'article 2.4. Elle couvre également la rémunération des services rendus au cours de cette période par le médecin spécialiste désengagé au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

Ainsi, le versement d'une rémunération différente pour la fourniture de services médicaux dans un territoire ou un lieu d'exercice visé par un règlement pris en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, le versement d'une rémunération sous forme de forfait, de majoration de la rémunération de base, de mesures incitatives complémentaires ou supplémentaires à la rémunération de base, le paiement d'avantages sociaux ou le versement de divers montants, tels des primes, des suppléments, des indemnités, des frais ou des allocations, sont assumés à même l'enveloppe budgétaire d'une période, que la rémunération versée ou les paiements effectués pour les services rendus au cours de cette période le soient à titre de compensation, de rétroactivité, de remboursement ou autrement.

2.4 Est cependant exclue de l'enveloppe budgétaire, la rémunération versée aux médecins spécialistes pour les services médico-administratifs rendus par les médecins spécialistes dans le cadre des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le compte, notamment, du Ministère de la Sécurité du revenu et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Sont également exclus de l'enveloppe budgétaire, les montants versés aux médecins spécialistes à titre de bourses d'étude ou de recherche, de même que les bourses de formation spécialisée et les primes d'installation versées en vertu du décret 691-90 du 16 mai 1990.

2.5 Aux fins d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'article 2.1, est agréée l'Annexe 2 concernant le suivi et la vérification du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, laquelle est jointe aux présentes. Les annexes 9, 11 et 19 de l'Accord-cadre sont également modifiées de la façon prévue en annexe.

Article 3.

Plan de carrière du médecin spécialiste

3.1 Un plan de carrière est instauré comportant les éléments suivants :

3.1.1 Mesures de rémunération progressive

Des mesures de rémunération progressive sont instaurées durant les premières années d'exercice comme médecin spécialiste.

Est agréée l'Annexe 34 la rémunération progressive pour les médecins spécialistes, durant leurs premières années d'exercice.

Le Ministre s'engage également à proposer au gouvernement l'abrogation, avant le 1er octobre 1995, du Règlement sur la rémunération différente pour les médecins spécialistes durant les premières années d'exercice de leur spécialité.

3.1.2 Plafonnement global des gains de pratique

Des plafonnements de gains de pratique applicables à l'ensemble des médecins spécialistes sont introduits.

Les Annexes 5 et 24 de l'Accord-cadre sont modifiées de la façon prévue en annexe.

De plus, l'Annexe 8 est remplacée, à compter du 1er janvier 1996, par celle jointe en annexe. Toutefois, pour la période du 1er octobre au 31 décembre 1995, les plafonnements généraux de gains de pratique prévus aux articles 3.1 et 3.2 de la partie 2 de l'Annexe 8 ci-jointe s'appliquent également pour ce trimestre, en plus des plafonnements en vigueur pour cette période, de la façon prévue à cette annexe, à l'exception du montant du plafond, lequel correspond à la moitié du plafond semestriel indiqué à cette annexe. Ce plafonnement trimestriel ne s'applique toutefois pas à l'égard des médecins spécialistes en médecine nucléaire. Ce plafonnement trimestriel est appliqué conformément aux dispositions contenues aux articles 4 et 5 de la partie 1 de l'Annexe 8 ci-jointe.

3.1.3 Mesures relatives à la diminution volontaire du niveau d'activité

Des mesures sont introduites par les parties négociantes afin de faciliter la diminution volontaire du niveau d'activité pour un médecin spécialiste et l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins spécialistes.

Est agréée l'Annexe 35 concernant la diminution volontaire du niveau d'activités pour les médecins spécialistes et l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins spécialistes.

3.1.4 Mesures relatives à la cessation de carrière

Différentes mesures sont également introduites par les parties négociantes afin de faciliter la cessation de carrière du médecin spécialiste et ainsi favoriser l'accessiblité à la pratique pour les nouveaux médecins spécialistes.

Est agréée l'Annexe 36 concernant la cessation de carrière du médecin spécialiste et l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins spécialistes.

Article 4.

Changement d'oeuvre, fusion ou fermeture d'un centre hospitalier, d'un département ou d'un service

4.1 Diverses mesures sont introduites afin de faciliter la nomination des médecins spécialistes affectés par le changement d'oeuvre, la fusion ou la fermeture d'un centre hospitalier, d'un département ou d'un service.

L'Annexe 1 de l'Accord-cadre est modifiée de la façon prévue en annexe.

Est également agréée l'Annexe 37 concernant les mesures de compensation monétaire en cas de changement d'oeuvre, fusion ou fermeture d'un centre hospitalier, d'un département ou d'un service.

Article 5.

Dispositions diverses

5.1 La lettre d'entente n° 71 et la lettre d'intention concernant la lettre d'entente n° 71 de l'Accord-cadre du 22 décembre 1986, sont abrogées.

5.2 Est agréée la lettre d'entente n° 80 concernant l'utilisation des forfaits compensatoires.

5.3 Est agréée la lettre d'entente n° 81 concernant la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine.

5.4 Est agréée la lettre d'entente n° 82 concernant la répartition des effectifs médicaux spécialisés.

5.5 Est agréée la lettre d'entente n° 83 concernant l'instauration de nouveaux programmes.

5.6 Est agréée la lettre d'entente n° 84 concernant l'impact des transformations du réseau hospitalier sur la pratique médicale.

5.7 Est agréée la lettre d'entente n° 85 concernant la mise en place d'un régime de retraite pour les médecins spécialistes.

5.8 Est agréée la lettre d'entente n° 86 concernant l'assurance responsabilité professionnelle.

5.9 Est agréée la lettre d'entente n° 87 concernant l'application de l'article 2 de l'Accord-cadre relativement à l'utilisation de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

5.10 Est agréée la lettre d'entente n° 88 concernant la diminution volontaire du niveau d'activité pour les médecins spécialistes.

5.11 Est agréée la lettre d'entente n° 89 concernant les modifications possibles aux plafonnements de gains de pratique.

5.12 Est agréée la lettre d'entente n° 90 concernant la modification de l'Accord-cadre afin de refléter le résultat des négociations dans le secteur public.

5.13 Est agréée la lettre d'intention concernant l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

5.14 Est agréé le Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence.

Article 6.

Application

6.1 L'Entente que prévoit le présent Accord-cadre s'applique du 1er avril 1995 au 31 mars 2010. Il remplace l'Accord-cadre du 22 décembre 1986 et ses modifications et entre en vigueur le 1er octobre 1995, à moins qu'il ne soit stipulé autrement.

6.2 Les annexes font partie intégrante du présent Accord-cadre.

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 1er octobre 1995.

JEAN ROCHON	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe 1. Entente relative au régime d'assurance maladie - Dispositions normatives

Entente relative au régime d'assurance maladie

Entre la Ministre de la Santé et des Services sociaux

« La Ministre » et la Fédération des médecins spécialistes du Québec

« LA FÉDÉRATION »

Préambule

Cette entente définit les conditions de participation du médecin spécialiste au régime d'assurance maladie.

Elle établit les tarifs d'honoraires conventionnels.

Elle formule des règles conventionnelles pour l'exercice de la médecine et elle institue une procédure d'analyse
des profils d'activité.

Elle prévoit des mécanismes de concertation pour l'étude des questions d'intérêt commun.

Titre I.
Dispositions générales

Article 1.

Définitions et règles d'interprétation

1.1 Dans cette entente, on entend par les termes :

- Régie : la Régie de l'assurance maladie du Québec;

- Loi : la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q. 1977, chapitre A-29) et ses amendements;

- Médecin spécialiste : un médecin visé par l'article 2 de cette entente.

On entend par les termes « service », « service médical » et « service assuré », les services médicaux définis comme services assurés en vertu de la loi.

Les termes « établissement », « centre hospitalier », « centre local de services sociaux », « centre d'accueil », « cabinet privé », « contrat d'affiliation », et « plan d'organisation » ont le sens que leur donne la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. 1977, chapitre S-5).

1.2 Pour les fins de l'application de l'Entente et à moins qu'il ne soit précisé autrement dans une disposition donnée, on applique les règles d'interprétation suivantes :
Lorsqu'une disposition de l'Entente s'applique « par semaine », ceci signifie que cette disposition s'applique par période de 7 jours à compter de la date où le service est rendu.
Lorsqu'une disposition de l'Entente prévoit que le paiement d'un service est sujet à un maximum par période de mois ou d'un multiple de mois, ceci signifie qu'en référence à la date où ce service a été rendu la dernière fois, celui-ci ne devient alors payable qu'à compter de la même date au cours du mois ou du multiple de mois suivant, selon le cas, et ce, peu importe le nombre de jours dans ce ou ces mois. Dans l'éventualité où cette date n'apparaît pas dans le mois ou le multiple de mois suivant, le service devient alors payable à compter du premier jour du mois qui suit.
Lorsqu'une disposition de l'Entente prévoit que le paiement d'un service est sujet à un maximum par période d'une année ou d'un multiple d'années, ceci signifie qu'en référence à la date où ce service a été rendu, celui-ci ne devient alors payable qu'à compter de la même date au cours de l'année ou du multiple d'année suivante, et ce, peu importe le nombre de jours dans ce ou cette année. Dans l'éventualité où cette date n'apparaît pas dans l'année ou le multiple d'année suivante, le service devient alors payable à compter du premier jour du mois qui suit.
Lorsqu'une disposition de l'Entente prévoit que le paiement d'un service est sujet à un maximum, par période ou par patient, ceci signifie que cette disposition s'applique à l'égard de tous les médecins dans leur ensemble et pour l'ensemble des établissements ou, selon la teneur de la disposition, à l'égard de tous les médecins d'une même spécialité et pour l'ensemble des établissements.
Lorsqu'une disposition de l'Entente s'applique en référence à une spécialité, ceci signifie que cette disposition s'applique à l'égard de l'ensemble des médecins classés dans cette spécialité.
Lorsqu'une disposition de l'Entente prévoit une incompatibilité de facturation d'un service, telle l'impossibilité de réclamer un service donné si un autre service a été réclamé, ceci signifie que cette impossibilité s'applique à l'égard de tous les médecins dans leur ensemble et pour l'ensemble des établissements.
Lorsqu'une disposition de l'Entente prévoit qu'un service ne peut être facturé avec un ou d'autres services, ceci signifie que c'est ce ou ces derniers services qui ne sont pas payables.

Article 2.

Application

2.1 Tout médecin qui justifie d'un certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins du Québec, est placé sous l'autorité de cette entente.

Il en est de même du médecin porteur d'un certificat de spécialiste étranger, auquel le Collège délivre un permis d'exercice restrictif ou temporaire.

Il en est de même également du résident en médecine détenant une carte de stage valide de niveau R5 ou plus auquel le Collège des médecins du Québec délivre un permis d'exercice restrictif.

2.2 Ne sont pas assujettis aux dispositions de cette entente :

- le médecin spécialiste qui est fonctionnaire et auquel la Loi sur la fonction publique impose un service exclusif;
- le médecin spécialiste qui fait partie du personnel cadre d'un établissement selon un contrat plein temps. On ne considère pas comme membre du personnel cadre le chef d'un département clinique;
- le médecin spécialiste dont le seul certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins du Québec est un certificat de spécialiste en médecine de famille;
- le médecin spécialiste qui détient plus d'un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec et dont le dernier certificat obtenu en est un de spécialiste en médecine de famille, lequel lui a été délivré postérieurement au 1er janvier 2012, au plus tard un (1) an après qu'il eût complété la formation postdoctorale requise pour l'obtention de ce dernier certificat.

Article 3.

Représentation

3.1 La Ministre reconnaît la Fédération comme le seul organisme représentatif des médecins spécialistes pour la négociation et l'application de toute entente relative aux services médicaux ainsi qu'aux fonctions médico-administratives exercées en centre hospitalier.

Cette reconnaissance engage la Régie et tout établissement.

3.2 Tout accord intervenu en contravention du présent article est nul, sauf s'il s'agit d'une entente conclue par la ministre en vertu de l'article 19 de la loi.

Article 4.

Précompte des cotisations syndicales

4.1 La Régie précompte sur la rémunération des professionnels de la santé placés sous l'autorité de cette entente, un montant égal aux cotisations que lui indique la Fédération.

Elle y procède dans les trente jours de la réception d'un avis de cotisation; elle retient cinq pour cent de chaque paiement d'honoraires.

4.2 Chaque mois, la Régie fait remise au secrétariat de la Fédération, des sommes précomptées. Elle y joint un état cumulatif des retenues faites sur la rémunération de chaque cotisant.

4.3 Une fois l'an, la Régie transmet au secrétariat de la Fédération, la liste des médecins spécialistes régis par cette entente; cette liste identifie leur établissement.

4.4 Le professionnel rémunéré comme médecin spécialiste pour des soins fournis hors du Québec, et qui adhère au régime d'assurance maladie, est assujetti au précompte, établi par cet article.

Titre II.
Exercice de la profession

Article 5.

Libertés professionnelles

5.1 On reconnaît au médecin spécialiste ses libertés professionnelles.

Ainsi :

- On respecte son droit d'exercer sa profession en cabinet privé.
- On respecte sa liberté thérapeutique.

Article 6.

Contrôle médical

6.1 La Régie s'abstient d'intervenir dans la pratique de la médecine, sauf pour le strict exercice de sa fonction de contrôle.

S'il y a lieu, elle s'en remet aux instances habilitées par la loi.

Article 7.

Profils d'activité

7.1 La Régie établit le rapport d'activité du médecin spécialiste et le tableau statistique d'activité dans chaque discipline.

Ces données sont préparées selon les normes actuelles. Elles sont transmises aux parties négociantes chaque trimestre.

7.2 Le médecin spécialiste qui en fait la demande, obtient de la Régie son profil d'activité; cet envoi lui est fait sous pli recommandé.

7.3 La Fédération maintient sa procédure interne d'analyse des profils d'activité atypiques.

Elle agit avec le concours des comités de l'exercice professionnel de ses associations affiliées.

7.4 Un comité de l'exercice professionnel étudie les profils d'activité des médecins spécialistes de sa discipline.

À sa demande, la Régie fournit au comité de l'exercice professionnel les renseignements dont il a besoin.

7.5 Un comité de l'exercice professionnel peut recommander au président de la Régie que le profil d'activité d'un médecin spécialiste soit déféré au comité de révision institué par la loi.

Article 8.

Fermeture, fusion ou changement d'oeuvre

8.1 Un comité composé de représentants du Ministre et de la Fédération est institué afin de porter assistance au médecin qui, suite aux changements d'oeuvre, à la fusion ou à la fermeture du centre hospitalier, du département ou du service où il exerce, satisfait aux critères prévus à l'annexe 37.

Ce comité oeuvre de concert, le cas échéant, avec les instances locales ayant pour mandat d'élaborer les plans de redéploiement des effectifs médicaux ainsi que les plans de réallocation des ressources.

8.2 Le centre hospitalier où ce médecin spécialiste présente une demande de nomination ne peut refuser de lui accorder des privilèges pour la raison que le nombre de médecins prévu au plan d'organisation dans sa spécialité est atteint.

Conformément à l'article 240 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministre approuve cette demande de nomination du médecin spécialiste, en vue d'un transfert.

Le plan des effectifs médicaux d'une région n'est pas réduit du seul fait du changement d'oeuvre, de la fusion ou de la fermeture d'un centre hospitalier, d'un département ou d'un service de cette région.

8.3 Des mesures de compensation monétaire peuvent également s'appliquer pour ce médecin dans le cas, conditions et circonstances décrits à l'annexe 37.

Titre III.
Régime de rémunération et de paiement

Article 9.

Modes de rémunération

9.1 Le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode de l'acte.

Des ententes auxiliaires prévoient le paiement d'honoraires forfaitaires.

Article 10.

Tarifs d'honoraires

10.1 Sont établis 2 tarifs d'honoraires :

L'un, le tarif d'honoraires de la médecine, de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation.

L'autre, le tarif d'honoraires de la biologie médicale, de la médecine nucléaire, de la radiologie, de la radio-oncologie et des procédures diagnostiques connexes.

Des ententes auxiliaires prévoient certains modes particuliers de rémunération.

Article 11.

Relevé d'honoraires

11.1 Un relevé d'honoraires est rédigé sur un formulaire de la Régie; on y inscrit les renseignements prescrits.

Article 12.

Paiement des honoraires

12.1 La Régie acquitte un relevé d'honoraires dans les quarante-cinq jours de sa réception.

12.2 Un relevé d'honoraires est apprécié par la Régie après son paiement.

À cette fin, elle peut demander au médecin spécialiste les renseignements exigibles en vertu de la loi ou de l'entente.

12.3 Un relevé d'honoraires incomplet peut être annulé. La Régie en notifie le médecin spécialiste et lui indique le renseignement omis.

Le médecin spécialiste présente un nouveau relevé d'honoraires.

12.4 La Régie peut, si elle constate une erreur de facturation, y remédier.

Elle joint au paiement un avis explicatif qui indique l'erreur commise et le redressement qu'elle a apporté au montant d'honoraires.

Article 13.

Remboursement d'honoraires

13.1 La Régie obtient remboursement d'un paiement auquel elle prétend que le médecin spécialiste n'a pas droit en vertu de la loi ou de l'entente. Elle peut y procéder par compensation.

Il en est de même quant au relevé d'honoraires pour lequel le médecin spécialiste n'a pas, dans les soixante jours d'une demande écrite de la Régie, fourni les renseignements exigibles.

13.2 Le délai pour demander un remboursement d'honoraires est de cinq ans; il est compté depuis le paiement du relevé.

13.3 La Régie doit, lors d'une compensation, en donner avis au médecin spécialiste et y indiquer le relevé litigieux, le montant du remboursement et les motifs de sa décision.

Article 14.

Demande de révision

14.1 Le médecin spécialiste qui conteste un refus de paiement ou une demande de remboursement, peut présenter une demande de révision.

Il procède de la même manière s'il s'oppose au redressement d'honoraires effectué par la Régie pour cause d'erreur de facturation.

Le délai pour demander la révision est de trois mois; il court depuis la réception de l'avis du refus de paiement ou du redressement d'honoraires.

14.2 Dans les 30 jours de la réception de la demande de révision, la Régie accuse réception de cette demande au médecin spécialiste.

La Régie statue sur une demande de révision et communique sa décision au médecin spécialiste dans les quatre-vingt-dix jours.

Si la Régie n'y fait pas droit, l'avis qu'elle en donne formule les motifs de la décision.

Article 15.

Représentations sur certaines demandes de révision

15.1 Chaque mois, la Régie informe la Fédération des demandes de révision auquelles elle n'entend pas faire droit et elle reçoit ses représentations.

D'un commun accord, les délais pour la révision d'un relevé d'honoraires sont prolongés pour la période utile.

Suite aux représentations de la Fédération, la Régie statue de nouveau sur la demande de révision et communique sa décision aux médecins spécialistes.

Article 16.

Intérêts

16.1 Tout montant d'honoraires exigible qui n'est pas acquitté dans le délai prévu pour son paiement, porte un intérêt annuel.

Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 pour cent; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

Article 17.

Modalités de paiement

17.1 Le paiement des honoraires est fait au médecin spécialiste ou au tiers qu'il autorise, soit :

- Un groupe de médecins spécialistes;
- Une société de médecins dont il est membre;
- Une société par actions visée au Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société et pour le compte de laquelle il exerce ses activités professionnelles.

La Régie y procède par versement bancaire au compte du médecin ou du tiers qu'il autorise, dans un délai maximal de 3 jours ouvrables de la date de paiement. La Régie y procède par chèque lorsque le médecin en fait la demande.

Titre IV.
Concertation

Article 18.

Instances médicales paritaires

18.1 Les parties négociantes reconnaissent l'opportunité de se concerter sur les questions d'intérêt commun.

Elles y procèdent, notamment, par la création de commissions médicales paritaires et de comités.

18.2 Une commission médicale paritaire agit sur mandat des parties négociantes et selon leurs instructions.

Elle leur fait rapport.

On peut lui confier l'étude de toute question touchant l'organisation des soins, pour en améliorer la qualité, l'efficacité et l'économie.

Il en est de même d'un comité.

18.3 Les parties négociantes fixent, par protocole, la composition, le mandat et les ressources d'une commission médicale paritaire ou d'un comité.

Elles peuvent y adjoindre des experts.

Article 19.

Règlementation et directive

19.1 La Ministre consulte la Fédération sur tout projet de règlement d'application relatif aux soins médicaux, dont elle entend recommander l'adoption.

Elle prend également cet avis en regard des directives qu'elle entend publier et des règlements présentés par la Régie pour arrêté d'approbation.

Titre V.
Procédure d'arbitrage

Article 20.

Différend

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

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

1. Différend en contestation d'honoraires

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

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

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

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

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

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

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

2. Différend collectif

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

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

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

Article 21.

Arbitrage

1. Avis de différend

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

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

2. Quorum

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

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

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

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

3. Décisions

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Sentence

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

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

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

5. Frais

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

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

Les frais de sténographie sont assumés par la Régie.

6. Greffier

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

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

Il agit selon les instructions du conseil d'arbitrage.

Montréal, le 22 décembre 1986.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministère de la Santé et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe 2. Enveloppe budgétaire

Concernant le suivi et la vérification du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée

Article 1

Suivi du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes

1.1 Un suivi du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes en application du présent Accord-cadre est effectué par les parties négociantes, selon le calendrier ci-après prévu, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes d'application de l'Accord-cadre.

À cette fin, la Régie prépare et transmet aux parties négociantes des prévisions budgétaires pour chaque période d'application.

Elle effectue d'abord une prévision initiale au cours du mois de janvier précédant chaque période d'application.

Cette prévision est, par la suite, révisée au cours des mois de mai, septembre et janvier de la période sous étude en fonction de la rémunération versée jusqu'alors aux médecins spécialistes.

1.2 Sur réception de ces prévisions, les parties négociantes procèdent à leur analyse en y apportant, s'il y a lieu, les corrections qu'elles jugent opportunes.

L'analyse doit tenir compte des tendances observées et, notamment, de l'effet prévisible sur la rémunération des correctifs apportés par les plafonnements, les règles d'application, les modifications aux tarifs d'honoraires et les autres mesures introduites par les parties négociantes.

Article 2

Vérification finale

2.1 Une vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes en application du présent Accord-cadre est effectuée par les parties négociantes au cours du mois de septembre suivant la fin d'une période, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes d'application de l'Accord-cadre.

2.2 La vérification est effectuée sur la base des données statistiques établies par la Régie au cours du mois de septembre suivant chacune des périodes d'application de l'Accord-cadre, en incluant le coût des demandes de paiement au Fichier des erreurs en attente de traitement (FERAT) ajusté selon l'article 2.3, ces données sont considérées comme représentant la totalité des honoraires ou des remboursements versés pour les services rendus au cours d'une période d'application.

2.3 Pour les données inscrites au FERAT, celles-ci sont ajustées selon la moyenne des pourcentages d'honoraires du FERAT payés au cours des deux périodes annuelles précédant la période concernée.

2.4 En ce qui a trait au calcul du coût relatif aux remboursements aux bénéficiaires pour lesquels aucune imputation n'a été effectuée par la Régie, les parties négociantes fixent la part du coût imputable à l'enveloppe budgétaire des médecins spécialistes à un montant équivalent à 50 % du coût de ces services médicaux tel qu'établi par la Régie.

2.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2023, les mesures suivantes s'appliquent :

a) Le pourcentage de redressement de 2 % de l'enveloppe budgétaire globale à titre d'évolution de la pratique médicale peut être augmenté, le cas échéant, selon la méthodologie suivante concernant le facteur de l'ajout net des effectifs médicaux :

1- L'ajout net à l'effectif pour une année financière donnée est constaté au plus tard dans les 120 jours de la réception des statistiques de la Régie suivant la fin de cette année financière en comparant le nombre d'effectifs de l'année financière avec le nombre d'effectifs de l'année financière antérieure.

La détermination du nombre de médecins spécialistes dans une année est calculée en retenant l'ensemble des médecins pour lesquels la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a versé au moins 1 $ de rémunération dans l'année budgétaire visée pour des services rendus dans cette même année budgétaire. Par rémunération, on entend l'ensemble des sommes, honoraires, tarifs horaires, *per diem* et autres montants de quelque nature que ce soit versé à un médecin spécialiste par la RAMQ à l'exception de montants suivants :

- Les honoraires versés pour des services rendus hors Québec;
- Les remboursements au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;
- Les honoraires médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (Annexe 24);
- Les allocations de fin de carrière versées en vertu de l'Annexe 36;
- L'ensemble des mesures incitatives et des mesures particulières;
- Les services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (codes 09800 et 09801);
- Les montants forfaitaires de quelque nature que ce soit versés dans l'année budgétaire visée;
- Les primes de revalorisation de la rémunération de base de l'Annexe 32;
- Les sommes découlant de la validation rétroactive de la charge professionnelle (L4E) pour les médecins anatomo-pathologistes;
- Le montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes parts payées au médecin biochimiste (article 6 de l'Addendum 3 de l'Annexe 5);
- Le montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes parts payées au médecin microbiologiste infectiologue (article 3.6 de l'Addendum 5 de l'Annexe 5);
- La rémunération forfaitaire prévue au Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers.

2 - Le nombre calculé à l'alinéa A est multiplié par un montant correspondant à 75 % du revenu moyen annuel de tous les effectifs déterminés selon la méthode définie à cet alinéa A. Le revenu moyen annuel est calculé en considérant pour ces effectifs l'ensemble des honoraires versés par la RAMQ et qui sont inclus dans l'enveloppe budgétaire, tels que le prévoient les articles 2.3 et 2.4 de l'Accord-cadre et la lettre d'entente n° 87 en excluant toutefois, les remboursements à titre de l'assurance responsabilité professionnelle ainsi que les services professionnels rendus hors Québec. Le résultat de ce calcul est exprimé en pourcentage de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de cette annexe financière donnée, en excluant l'évolution de pratique de 2 % et les sommes récurrentes et non récurrentes prévues.

3 - Le pourcentage calculé à l'alinéa B est consenti en totalité jusqu'à concurrence de la dépense réelle finale.

4 - La méthodologie prévue au présent article ne peut avoir pour effet de faire assumer par les médecins spécialistes un dépassement qui serait attribuable aux recrutements ciblés, que ce soit en vertu de l'accord de reconnaissance mutuelle ou autrement.

b) Sous réserve de l'alinéa a), advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application prévue à la présente annexe, les parties introduisent les mesures correctives appropriées afin d'assurer, d'une part, le remboursement de ce dépassement et d'éviter, d'autre part, tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement. Toutefois, après analyse des parties, le dépassement découlant de facteurs tels une augmentation de productivité des médecins spécialistes, une croissance de la population ou des services qui lui sont rendus et le transfert d'activités dans les cabinets ou les laboratoires ne donne pas lieu à l'introduction de mesures correctrices. Tout désaccord entre les parties découlant de cette analyse est soumis à l'arbitrage.

À défaut d'entente entre les parties sur les mesures correctives appropriées à apporter, dans les 180 jours suivant la réception des données statistiques établies par la RAMQ conformément à l'article 2.2 de la présente annexe, l'une ou l'autre des parties peut référer le litige au Conseil d'arbitrage selon les modalités prévues à l'article 3 de la présente annexe.

2.6 Advenant une non-atteinte, soit une dépense réelle observée inférieure à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour une période annuelle d'application, seules les sommes découlant d'une non-utilisation des augmentations tarifaires, des mesures convenues ou à convenir ou à l'égard d'une surestimation afférente auxdites augmentations et mesures, demeurent disponibles.

2.7 Le suivi du coût de la rémunération des médecins pour chacune des années de renouvellement de l'Accord-cadre ne saurait affecter le respect de l'ensemble des engagements financiers convenus en vertu du présent protocole et des sommes à verser d'ici au 31 mars 2027 afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années.

Article 3

Arbitrage

Les parties conviennent de référer tout différend relatif à l'application de la présente Annexe au Conseil de règlement mis en place par le Protocole d'accord intervenu entre le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) relatif à la modification du protocole d'accord intervenu entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la FMSQ signé le 14 mars 2018 concernant la réduction de l'enveloppe budgétaire globale dédiée à la rémunération des médecins spécialistes.

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 1er octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Annexe 3. Protocole relatif au contrôle des gains de pratique exceptionnels

Examen des profils de tarification exceptionnels

1. À titre expérimental, les parties négociantes se proposent de créer un comité des profils de tarification pour chacun des secteurs d'activités.

Chaque comité est formé de quatre membres, tous médecins, nommés en nombre égal par la ministre et la fédération.

La Régie nomme un membre de son personnel, comme secrétaire de ces comités.

2. Sont déférés au comité des profils de tarification les profils d'activités des médecins spécialistes dont les gains de pratique annuels dépassent 225 000 $.

3. Un comité des profils de tarification revoit les relevés d'honoraires présentés par le médecin spécialiste en regard des règles de paiement établies au tarif.

Il établit l'échantillonnage qu'il estime représentatif.

Il donne son avis sur la conformité de la tarification.

4. La Régie fournit au comité les renseignements dont il a besoin pour exécuter son mandat.

5. Un avis d'un comité des profils de tarification ne peut être mis en preuve, lors d'un arbitrage.

LE 22 DÉCEMBRE 1986

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe 4. Tarif de la médecine et de la chirurgie

Préambule général

Voir sous l'onglet « **A** »

Règles de tarification

Voir le manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie

Annexe 5. Tarif de la médecine de laboratoire

Règles de tarification

Voir le manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance hospitalisation

Annexe 6. Tarif de la médecine et de la chirurgie

Tarification

Nomenclature et tableaux d'honoraires

Voir les dispositions tarifaires dans le manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance maladie

Annexe 7. Tarif de la médecine de laboratoire

Tarification

Nomenclature et tableaux d'honoraires

Voir le manuel des médecins spécialistes - Régime d'assurance hospitalisation

Annexe 8. Protocole relatif aux plafonnements

Protocole relatif aux plafonnements de gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires

Les parties conviennent de ce qui suit :

Des mécanismes régulateurs sont introduits.

Partie I

Article 1

Règles d'application

1.1 Des règles d'application sont établies pour limiter la tarification d'un médecin classé dans une spécialité ou limiter la tarification de certains actes.

Article 2

Plafonnement d'activités

2.1 Des plafonnements d'activités sont établis sur certains examens, procédures et chirurgies pour pondérer les effets d'une fréquence exceptionnelle sur les gains de pratique.

2.2 Un plafonnement d'activités est appliqué par année civile, sur base semestrielle, à moins qu'il ne soit stipulé autrement.

2.3 Les suppléments d'activités sont payés au quart du tarif, à moins qu'il ne soit stipulé autrement.

Article 3

Plafonnement de gains de pratique

3.1 Des plafonnements de gains de pratique sont établis au montant qu'indique la Fédération.

3.2 Un plafonnement de gains de pratique est appliqué par année civile, sur base semestrielle, à moins qu'il ne soit stipulé autrement.

3.3 On distingue les plafonnements généraux, les plafonnements particuliers de gains de pratique, le plafonnement de pratique particulière pour le programme de chercheurs-cliniciens de carrière et les plafonnements pour les conditions de pratique.

3.4 Les gains de pratique gagnés en excédant d'un plafond sont rémunérés au quart du tarif, à moins qu'il ne soit stipulé autrement.

Article 4

Gains de pratique

4.1 Sous réserve des articles 4.2 et 5, les gains de pratique d'un médecin spécialiste signifient l'ensemble des honoraires, salaires, forfaits, primes, suppléments et autres frais, indemnités, allocations ou avantages de toutes sortes gagnés par un médecin spécialiste et payables par la Régie en vertu des dispositions du présent Accord-cadre au cours d'une période visée, incluant la rémunération pour les services médicaux et médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, à l'exclusion :

- du remboursement des frais réels de transport et l'allocation quotidienne de ressourcement pour la compensation des frais de séjour prévus à l'annexe 19;
- des frais de sortie et de déménagement prévus à l'annexe 20;
- des frais de déplacement prévus à l'annexe 23;
- de la prime de rétention prévue à l'annexe 19;
- du remboursement de prime d'assurance responsabilité professionnelle prévue à l'annexe 9; et
- des intérêts payés par la Régie en vertu de l'article 16 de l'annexe I.

4.2 Pour l'application des règles d'application, des plafonnements d'activités et des plafonnements particuliers et généraux de gains de pratique, on tient compte des services médicaux rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, mais non des services médico-administratifs. On ne tient également pas compte du service médical « Lecteur B/CNESST » (code **09943**).

Article 5

Rémunération différente ou progressive

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

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

Partie II

1. Règles d'application

Règle d'application nº 1

Cure d'hyposensibilisation

Abrogée.

Règle d'application nº 2

Thérapie de communication

On ne peut ajouter au tarif d'une visite, celui d'une thérapie de communication, sauf si le temps consacré au malade a dépassé 60 minutes.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Durée de la visite de 60 minutes et plus.**

Celui qui demande paiement d'une thérapie de communication, doit joindre au relevé d'honoraires des notes explicatives.

AVIS **:** *Le médecin qui demande le paiement d'une thérapie de communication, ne doit pas joindre les notes explicatives à la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes*, mais doit les conserver au dossier pour références ultérieures*.

Règle d'application nº 3

Ophtalmologie

Actes chirurgicaux

Certaines chirurgies pratiquées au cours d'une même séance sont comprises dans le tarif de la chirurgie principale, si elles touchent le même oeil.

Ces chirurgies sont :

07801 Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en établissement

07802 Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en établissement

07098 Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet

07051 Sphinctérotomie

07052 Synéchotomie irienne (corélyse)

07137 Iridectomie périphérique ou complète

07814 Corectopie

07461 Exploration chirurgicale d'un globe oculaire

07331 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction

07330 Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie

07097 Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet

07106 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction chez un patient de moins de 6 ans en établissement seulement

AVIS **:** *Pour chaque intervention, identifier de quel côté celle-ci a été effectuée à l'aide des éléments de contexte* **Intervention côté droit** *et* **Intervention côté gauche**.

RÈGLE D'APPLICATION N° 4 *(abrogée en date du 20 octobre 2023 par la Modification 109)*

CHIRURGIES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES MULTIPLES AU COURS D'UNE SÉANCE EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

En obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques apparaissant sous la rubrique Obstétrique-gynécologie et des chirurgies pratiquées au cours de la même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Toutefois, en plus du paiement de l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé, sont également payés à demi-tarif lorsque accomplis au cours de la même séance :

- les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique *Obstétrique-gynécologie;*
- l'insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non;
- l'exérèse d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non lorsque effectué au cours de la même séance que l'insertion d'un nouveau dispositif intra-utérin hormonal ou non;
- la mise en place d'implants sous-cutanés de progestérone;
- l'exérèse d'implants sous-cutanés de progestérone;
- la biopsie de l'endomètre;
- les chirurgies digestives et l'exérèse d'un ou plusieurs ganglions(s) sentinelle(s) effectuées lors d'une chirurgie oncologique;
- les chirurgies du sein;
- l'hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie;
- cystorraphie pour rupture de la vessie;
- urétro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique;
- colposacropexie avec bande;
- les chirurgies mentionnées au chapitre *Gynécologie* sous la rubrique *Vulve et orifice inférieur du vagin;*
- l'urétropexie, toutes techniques est toujours payée à demi-tarif lorsque réalisée avec d'autres actes et celui dont le tarif est le plus élevé est alors payé à plein tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours de la même séance en obstétrique-gynécologie**.

De plus, nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie, lorsqu'un médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie fait appel à l'expertise d'un autre médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, afin de pratiquer une chirurgie du sein, la chirurgie principale du sein effectuée par ce médecin est également payée à plein tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie du sein effectuée à la demande d'un autre médecin en obstétrique ou gynécologie.**

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Obstétricien-Gynécologue assistant un chirurgien d'une autre discipline**.

AVIS **:** *Pour le médecin classé en obstétrique-gynécologie qui pratique, à la demande d'un autre obstétricien-gynécologue, une chirurgie de retrait de bandelette sous-urétrale, voir la règle 9.2 de l'Addendum 4 – Chirurgie.*

Règle d'application nº 6

Les prestations de soins suivantes ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence :

- Examen du nouveau-né normal.
- Rédaction de la déclaration de décès.
- Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue lors d'une transplantation hépatique.
- Thérapie de communication.
- Visites pour dialyses, sauf s'il s'agit d'une dialyse aiguë entreprise d'urgence pendant l'horaire de garde.
- Réanimation cardio-respiratoire.
- Les visites en pratique hors discipline.
- La visite de contrôle en anesthésie.
- Anesthésie en soins palliatifs – visite de suivi, par jour (services médicaux codés 41023 et 41024).
- Anesthésie en soins palliatifs – Tournée des malades le week-end (services médicaux codés 41025 et 41028).
- Soins de ventilation – Niveau I – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00927 et 41029).
- Soins de ventilation – Niveau II – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00991 et 41030).
- Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, le samedi, dimanche et jours fériés entre 7h et 19h.
- Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée) par malade.
- Supervision de la tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon, par jour.
- Forfaits de prise en charge du patient et forfaits de prise en charge de l'unité aux soins intensifs.
- Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes (chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire (sauf pour les honoraires d'anesthésie)).
- Thérapie immuno-suppressive et soins médicaux afférents pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, cardiaque, pulmonaire ou cardio-pulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire (services médicaux codés 09489, 09490, 09377, 09378, 09379, 09380, 09491, 00763, 20213, 09350 et 00767).
- Forfait pour le Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (sauf pour les honoraires d'anesthésie).
- Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- En cardiologie, le supplément à la visite principale, si médecin traitant pour patient admis en urgence (service médical codé 15703).

- Anesthésie en douleur aiguë et/ou post-opératoire (services médicaux codés 41051, 41052, 41053 et 41054).
- Anesthésie en douleur chronique (services médicaux codés 41055, 41056, 41057, 41058, et 41059)

  - - Interprétation quotidienne d'un enregistrement d'électroencéphalogramme prolongé avec production d'un rapport (20268, 20269, 20270 et 20271).
  - - Production d'un rapport final d'un électroencéphalogramme prolongé (20273, 20274, 20275).

- Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique pédiatrique.

Règle d'application nº 7

Chirurgie cardiovasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie thoracique ou en chirurgie cardiovasculaire et thoracique, les visites pré-opératoires sont comprises dans le tarif de la chirurgie sauf celles qui sont faites plus de 90 jours avant la chirurgie.Toutefois, les évaluations préopératoires (codes d'actes 15382, 15383, 15384 et 15385) sont payables en sus de la chirurgie, si effectuées dans les 90 jours précédents.

Pour les fins d'application de cette règle, les chirurgies visées sont celles apparaissant au chapitre SYSTÈME CARDIAQUE, sous les rubriques Actes généraux, Coeur et péricarde, Chirurgie coronarienne, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire, thoracique. Est également visée la chirurgie codée 04662.

Règle d'application nº 8

Urgences

Le médecin spécialiste qui voit un malade aux urgences, est payé suivant la tarification des visites en externe.

Toutefois, on lui accorde le tarif de l'hospitalisation s'il s'agit d'un malade qui séjourne aux urgences en attendant d'être dirigé aux étages.

La visite principale aux urgences donne droit au supplément de la consultation, aux conditions établies au Préambule général.

Règle d'application nº 9

Obstétrique-Gynécologie

L'avortement thérapeutique s'entend de l'évacuation du placenta et du foetus chez une patiente gravide; il est pratiqué en centre hospitalier ou dans un autre établissement désigné par les parties négociantes.

Le médecin qui pratique un avortement thérapeutique dans un établissement désigné par les parties négociantes a également droit au paiement de l'honoraire prévu à la règle 28 du Préambule général lorsqu'il procède à une sédation-analgésie.

Aucun honoraire ne peut être demandé pour un avortement pratiqué en cabinet privé; il en est de même pour les soins qui y sont reliés, donnés par le médecin avorteur.

AVIS **:** *Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes **06137, 06909** et **06949** dans un établissement désigné, utiliser le code de facturation **70007**.*
Le rôle 1 doit être utilisé pour la facturation de ce code.
Pour la facturation en centre hospitalier, veuillez vous référer à la règle 28 du Préambule général.

Règle d'application nº 10

Échographie obstétricale et pelvienne

Lorsqu'une échographie pelvienne et une échographie obstétricale sont pratiquées le même jour, un seul examen est payé : on applique alors l'honoraire plus élevé.

Règle d'application nº 11

Tomodensitométrie

11.1 En tomodensitométrie, il n'y a pas ouverture au paiement d'honoraires dans un centre hospitalier ne possédant pas de tomodensitomètre ou pour un examen dont le procédé a été exécuté dans un laboratoire.

11.2 Le médecin radiologiste ne peut réclamer le paiement de plus d'un examen de tomodensitométrie par région anatomique, par patient, par établissement, par jour.

Cette règle ne s'applique pas dans les établissements désignés par les parties négociantes.

AVIS **:** *La liste des établissements désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Règle d'application nº 12

Résonance magnétique

En résonance magnétique, il n'y a pas ouverture au paiement d'honoraires dans un centre hospitalier ne possédant pas d'appareil de résonance magnétique ou pour un examen dont le procédé a été exécuté dans un laboratoire.

AVIS **:** *La liste des établissements désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Règle d'application nº 14

Ostéodensitométrie radiologique DXA ou PDXA

Les services médicaux « Mesure de la densité osseuse : ostéodensitométrie radiologique DXA » (codes 08243, 08245 et 08246) et « Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA » (code 08247) ne peuvent être pratiqués que sur indications médicales précises.

Un seul honoraire de consultation et, le cas échéant, de laboratoire pour ces examens est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de ces examens n'est exigible qu'une fois par période de 12 mois, par patient. Toutefois, sur indication médicale particulière (tels stéroïdes à haute dose, biphosphonates, greffés rénaux, hémodialyse, polytraumatisés neurologiques), il peut être exigible à tous les 6 mois au cours des 18 premiers mois.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière**. *Ne pas fournir les indications médicales, mais les conserver au dossier aux fins de références*.

Pour donner ouverture au paiement de l'honoraire de consultation, le médecin radiologiste doit ajouter un rapport écrit au rapport informatisé produit par le logiciel de l'appareil.

Lorsqu'un de ces examens a été dispensé à un patient, les services médicaux colonne dorsale (code 08042), bassin 1 incidence (code 08054), colonne lombaire ou lombo-sacrée (code 08059) et hanche unilatérale – 2 incidences ou plus (code 08080) ne peuvent être facturés par la suite à ce même patient lors d'une même séance ou dans les 30 jours suivants dans le même établissement, à la demande du même médecin référant, sauf sur indications cliniques spécifiques tels traumatismes et fractures.

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession. De plus, s'il s'agit d'une indication clinique spécifique, veuillez nous l'indiquer à l'aide du diagnostic médical requis pour cet examen*.

Règle d'application nº 16

Ostéodensitométrie isotopique

En médecine nucléaire, un seul honoraire de l'examen de l'ostéodensitométrie isotopique est exigible, quel que soit le nombre de sites, par année, par patient, par l'ensemble des médecins, sauf pour contrôler un traitement pour ostéoporose où la limite est de 2 par année.

Règle d'application nº 17

Médecine nucléaire

Pour un même patient, lorsqu'une ou des perfusions myocardiques (08660) ainsi qu'une ou des tomographies assistées du coeur (08702) sont pratiquées le même jour, seul le paiement d'une ou des tomographies peut être exigé.

Règle d'application nº 18

Oto-rhino-laryngologie

En oto-rhino-laryngologie, un médecin ne peut réclamer qu'un seul honoraire de visite par jour, par patient, en clinique externe et en cabinet privé.

Règle d'application nº 19

Cardiologie

1. En cardiologie, aucun honoraire de visite n'est exigible en cabinet privé ou en clinique externe pour un patient lorsqu'une échographie cardiaque a été payée au même médecin, pour le même patient, le même jour.

Toutefois s'il fait, le même jour, une consultation en clinique externe et une échographie cardiaque et s'il rédige un rapport de consultation en plus du rapport spécifique sur l'échographie, le médecin a droit au paiement de la consultation et à 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque.

En ce sens, si un même médecin fait, le même jour, une visite en clinique externe ou en cabinet et une échographie cardiaque pour un patient, il est entendu que l'interprétation de l'examen et la rédaction du rapport sont faites le jour de la visite et que l'échographie cardiaque doit être facturée cette même journée.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Consultation en clinique externe effectuée le même jour** *pour demander 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque.*

Cette règle ne s'applique pas à l'analyse des flux intra-cardiaques foetaux, l'échocardiographie foetale, l'échocardiographie avec sonde endo-oesophagienne, l'échographie intracoronarienne de même qu'à l'enregistrement d'images des cavités cardiaques, de l'aorte, des veines caves ou des artères pulmonaires par voie endovasculaire.

Cette règle ne s'applique également pas au service médical « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux (code 08303) », lorsque ce service donne droit au paiement d'un supplément de télémédecine en vertu du Protocole concernant la télémédecine et qu'il est effectué auprès d'un enfant de moins de quatorze ans.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé en vertu du Protocole d'accord concernant la télémédecine.**

Cette règle ne s'applique également pas à la visite principale ou la visite de contrôle effectuée en clinique externe, lorsque réclamée le même jour qu'une échographie cardiaque codée 08304, 08341, 08380 ou 08345.

2. En cardiologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

3. En cardiologie, les honoraires des services médicaux « temps angioradiologique et angioplastique » (code 00662) et « temps angioradiologique » (code 00631) ne peuvent être réclamés lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires avec ou sans coronarographie » (code 20506) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 00294).

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4.

Également, la présente règle ne s'applique pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé, suite à un transfert du patient d'un établissement effectuant déjà de l'angioplastie, dans un établissement offrant des services spécialisés de niveau tertiaire en angioplastie et qui est désigné par les parties négociantes.

4. Abrogé.

5. Les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux », sont rémunérés aux trois quarts du tarif lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient, par un médecin classé en cardiologie, dans les trente jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services médicaux à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Autre étude de la morphologie cardiaque (08303) ou de la morphologie cardiaque foetale (08311) effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue** *pour demander 75 % du tarif de l'un ou l'autre des codes de facturation* **08303** *ou* **08311**.

Voir l'onglet K - Ultrasonographie *du* Manuel des services de laboratoire en établissement.

Aux fins de l'application de cette règle, on ne considère toutefois pas le premier de ces services lorsque celui-ci donne droit au supplément de télémédecine prévu au Protocole concernant la télémédecine et qu'il est dispensé auprès d'un enfant de moins de quatorze ans.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé en vertu du Protocole d'accord concernant la télémédecine**.

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

La présente règle ne s'applique également pas au service subséquent lorsque dispensé à un patient hospitalisé ou vu à la salle d'urgence. Cette exception n'est toutefois applicable qu'une fois par établissement.

AVIS **:** *S'il y a lieu, pour un patient hospitalisé, indiquer la date d'entrée en établissement ou utiliser l'élément de contexte* **Patient hospitalisé**.
S'il y a lieu, pour un patient vu à l'urgence, indiquer le secteur d'activité Clinique d'urgence.

6. Le service médical « Stimulation programmée du coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques (excluant les tests de stimulation pharmacologique pour dépistage de pathologie génétique cardiovasculaire) et la cardioversion électrique durant la même séance, si nécessaire (PG-23) » (code 00176) est rémunéré aux trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Autre stimulation programmée du coeur** (**00176**) **effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue** *pour demander 75 % du tarif du code de facturation* **00176**.

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque ce service médical est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4.

7. En cardiologie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par période de douze mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

8. En cardiologie, l'honoraire d'une visite principale ou de contrôle en télémédecine ne peut être réclamé avec les services médicaux " Programmation ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six programmations ou vérifications par année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence " (code 00313), " Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque unifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient, sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) bénéficiaire de 2 ans ou plus " (code 00685), " Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) bénéficiaire de 2 ans ou plus " (code 00693), pour le même patient, par le même médecin, le même jour.

9. En cardiologie, une seule visite est payable par jour, par patient et par médecin en clinique externe ou en cabinet privé, sauf si le patient présente une condition clinique nécessitant une intervention rapide et une seconde évaluation afin d'établir un plan thérapeutique en externe après une investigation ou une intervention sommaire. Dans un tel cas, la note consignée au dossier du patient en fait foi.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Prise en charge d'une condition clinique exigeant une intervention rapide et une seconde évaluation par un médecin cardiologue**.

10. En cardiologie, aucun supplément de consultation n'est exigible en clinique externe pour un patient lorsqu'une épreuve dipyridamole (code 00704) a été payé au même médecin, le même jour.

11. En cardiologie, les honoraires de chacun des services médicaux 16004, 16012 et 16019 ne sont payables qu'une fois par période de douze mois, par patient, par installation.

12. En cardiologie, les honoraires de chacun des services médicaux 09207, 09208, 15706, 15707 et 15130 ne sont payables qu'une fois par période de douze mois, par patient, par médecin en clinique externe.

Règle d'application nº 20

Neurochirurgie

En neurochirurgie, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques et les chirurgies pratiquées au cours d'une même séance, au même site.

L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Certaines exceptions sont prévues dans la nomenclature.

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste en neurochirurgie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours d'une même séance en neurochirurgie**.
S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

Règle d'application nº 21

Chirurgie

En chirurgie, sauf en neurochirurgie, en urologie et en chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En neurochirurgie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de six mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En urologie, l'honoraire d'une visite principale, en clinique externe ou en cabinet privé, n'est également exigible qu'une fois par période de six mois, par patient, par médecin, à l'exception de la visite principale effectuée auprès d'un patient de 12 mois ou moins qui peut être réclamée une fois par période de trois mois (pour les patients de 12 mois ou moins, utiliser le code 15596 en cabinet privé et le code 15597 en clinique externe).

En chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de cinq mois par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un médecin qui suit un malade atteint d'une tumeur intracrânienne ou qui le suit en raison d'une transplantation d'organe a droit au paiement d'une visite principale aux trois mois.

Un médecin qui suit un malade atteint d'un cancer a droit au paiement d'une visite principale aux trois mois à l'exception du médecin classé en chirurgie générale où la visite principale est payable aux quatre mois pour les deux premières années du suivi et aux six mois par la suite (période débutant à la première visite).

AVIS **:** *Selon la situation, utiliser l'un des éléments de contexte suivants* :

- **Suivi d'un patient atteint d'un cancer**;
- **Suivi d'un patient atteint d'une tumeur intracrânienne**;
- **Suivi d'un patient en raison d'une transplantation d'organe**.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de la présente règle, la visite à la demande d'une sage-femme, la visite à la demande d'un optométriste, la visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste et la visite à la demande d'une infirmière dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal sont considérées comme une visite principale.

De plus, aux fins de l'application de la présente règle, la visite principale lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne n'est pas considérée comme une visite principale.

Règle d'application nº 22

Dermatologie

1. En dermatologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un malade suivi pour un cancer, peut être vu pour une nouvelle visite principale aux trois mois.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Suivi d'un patient atteint d'un cancer**.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

2. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie, le paiement de l'honoraire d'une visite effectuée à la même séance par le même médecin.

3. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie, ou de photodynamie qu'un seul traitement par jour par le même médecin.

4. En dermatologie, pour un patient recevant un traitement de photothérapie pour psoriasis ou dermatite atopique, sont payées à cent pour cent (100%) les soixante premières séances, par année civile. Les séances subséquentes seront payées à cinquante pour cent (50%).

AVIS **:** *Pour les traitements de photothérapie non liés au psoriasis ou à une dermatite atopique, utiliser l'élément de contexte* **Traitement de photothérapie pour une raison autre que le psoriasis ou une dermatite atopique**.

Règle d'application nº 23

Microbiologie-Infectiologie

En cabinet privé, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 4 mois, par patient, par médecin.

En clinique externe, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 7 jours, par patient, par médecin.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle applicable.

Règle d'application nº 24

Neurologie

En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de deux (2) mois par patient, par médecin. Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire pour un supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par période de six (6) mois par patient, par médecin.

Règle d'application nº 25

Urologie

1. En urologie, la rémunération pour les services médicaux apparaissant au chapitre Procédés diagnostiques et thérapeutiques sous la rubrique Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques est comprise dans la tarification du service médical principal.

2. En urologie, le médecin qui voit un patient pour une injection médicamenteuse (papavérine ou autre) pour traiter l'impuissance n'a pas droit au paiement d'honoraires de visites.

3. En urologie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient.

Règle d'application nº 26

Psychiatrie

1. En psychiatrie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

2. En psychiatrie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient, en ce qui a trait aux visites de contrôle et aux tournées de malades.

Règle d'application nº 27

Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

1. En médecine interne, le supplément de consultation est facturable, au maximum, deux fois par période de douze mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En rhumatologie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En gériatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, par médecin, en cabinet privé. En clinique externe, il n'est exigible que deux fois par année, par patient, par médecin.

2. En médecine interne, et en gériatrie, l'honoraire d'une visite de contrôle n'est exigible qu'une fois par période de sept (7) jours, par patient, par médecin, en centre hospitalier de soins de longue durée et en centre d'accueil, alors qu'en rhumatologie, il n'est exigible qu'une fois par semaine, du dimanche au samedi.

3. Pour un patient hospitalisé, un seul honoraire de visite principale peut être réclamé, par période de sept (7) jours, par médecin spécialiste en médecine interne, pour une même hospitalisation.

Les autres visites, qui ne peuvent être considérées comme une visite de transfert, selon la règle 5.2 du Préambule général, sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de cette règle, on ne considère toutefois pas la visite principale du patient qui est effectuée en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général par un médecin classé en médecine interne qui voit ce patient pour la première fois durant l'hospitalisation. On ne considère également pas la visite principale du patient qui est effectuée à la salle d'urgence ou aux soins intensifs.

4. En médecine interne, les suppléments de durée en cabinet privé et en clinique externe peuvent être facturés un maximum de trois fois par jour, par médecin.
5. En médecine interne, aucun supplément de consultation n'est exigible en clinique externe pour un patient lorsqu'une épreuve dipyridamole (code 00704) a été payé au même médecin, le même jour.

Règle d'application nº 28

Chirurgie orthopédique

1. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical « Cheville, fracture, uni, bi, trimalléolaire, réduction fermée », (code 02708), lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture de la cheville identifié par les codes 02727, 09542, 18068, 18069 ou 18070.

2. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical de réduction fermée pour fracture du fémur identifié par le code de facturation 02690, lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture du fémur identifié par les codes 02673, 02687, 02714, 02716, 02742, 09589 ou 18107.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

3. En chirurgie orthopédique, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient, par médecin.

Règle d'application nº 29

Allergie

1. En allergie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Règle d'application nº 31

Néphrologie

En néphrologie, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient, par médecin, incluant la tournée des malades.

Cette règle ne s'applique toutefois pas aux visites effectuées à la salle d'urgence ou aux soins intensifs, aux visites de dialyse prévues à l'onglet Consultation et examen et aux visites accomplies en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

Règle d'application nº 32

Excision de tumeur bénigne ou prémaligne

L'honoraire des services médicaux « tumeur bénigne ou prémaligne, Tête, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou prémaligne, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) ne peut être réclamé plus d'une fois chacun, par patient, au cours d'une même séance.

Règle d'application nº 33

Endocrinologie

En endocrinologie, la rémunération du service médical " Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient " (code 9370) est comprise dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale.

Règle d'application nº 34

Radio-oncologie

En radio-oncologie, les honoraires des services médicaux « Étude de dosimétrie prévisionnelle » (code 08521), « Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie » (code 08522) et « Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie » (code 08547) ne sont exigibles qu'une fois chacun, par patient, par jour.

RÈGLE D'APPLICATION Nº 35 *Abrogée en date du 1er janvier 2024 par la Modification 109*

En hématologie-oncologie médicale, les honoraires des visites de contrôle en hospitalisation (code 09152), des tournées des malades le week-end (code 09161) et des visites de suivi oncologique (code 09012) ne sont exigibles qu'une fois par jour, par patient, par médecin au total pour l'ensemble.

En hématologie-oncologie médicale, un seul honoraire de visite principale en clinique externe peut être réclamé par semaine, du dimanche au samedi, par patient, par l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même établissement. Cependant, une deuxième visite principale peut être facturée lorsque l'expertise d'un autre médecin en hémato-oncologie médicale est requise.

AVIS **:** *Si votre expertise est requise à la demande d'un autre hémato-oncologue, pour un patient qui a déjà été vu pour une visite principale en clinique externe la même semaine, utilisez l'élément de contexte* **Visite effectuée à la demande d'un autre hémato-oncologue** *médical pour la facturation de votre visite principale.*

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la visite principale effectuée en urgence à la clinique externe pour un patient qui aurait autrement été référé à la salle d'urgence.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins d'urgence** *ou, si les modalités de la règle 14 du Préambule général s'appliquent, l'élément de contexte* **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG**.

En hématologie-oncologie médicale, un supplément de consultation n'est exigible en clinique externe qu'une fois par période de trois mois, par patient, pour l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même établissement. Cependant, une deuxième consultation peut être facturée lorsque l'expertise d'un autre médecin en hémato-oncologie médicale est requise.

AVIS **:** *Si votre expertise est requise à la demande d'un autre hémato-oncologue, pour un patient qui a déjà été vu durant la même période de 3 mois pour une consultation en clinique externe, utilisez l'élément de contexte* **Visite effectuée à la demande d'un autre hémato-oncologue médical** *pour la facturation de votre consultation.*

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques.**

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Règle d'application nº 36

Physiatrie

En physiatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par période de douze mois, par patient, par médecin, en clinique externe (en Centre hospitalier de soins de courte durée ou en Centre de réadaptation) ou en cabinet privé.

Règle d'application nº 37

Angioradiologie
Compte tenu du degré de difficulté d'une intervention, le médecin radiologiste qui apporte sa contribution au chirurgien vasculaire principal ou au neurochirurgien principal a droit à 50 % des honoraires des actes réalisés au cours de la même séance.

Compte tenu du degré de difficulté d'une intervention, le chirurgien vasculaire qui apporte sa contribution au médecin radiologiste principal a droit à 50 % des honoraires des actes réalisés au cours de la même séance.

Compte tenu du degré de difficulté d'une intervention, le neurochirurgien qui apporte sa contribution au médecin radiologiste principal a droit à 50 % des honoraires des actes réalisés au cours de la même séance.

Cette règle s'applique pour les services médicaux codés 08401, 08402, 08403, 08404, 08405, 08408, 08409, 08413, 08414, 08415, 08416, 08417, 09432, 09436, 09437, 09438, 09439, 09440, 09441, 09446, 09447, 09494, 09495, 09496, et ce, lorsque les services médicaux codés 09432, 09436, 09437, 09438, 09439, 09440, 09441, 09446, 09447, 09494, 09495 et 09496 sont effectués au cours de la même séance que les services médicaux codés : 08401, 08402, 08403, 08404, 08405, 08408, 08409, 08413, 08414, 08415, 08416 et 08417.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Médecin contributeur.**

Règle d'application nº 38

Ophtalmologie
Visites en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne :
Une seule visite parmi les codes 15146, 15147, 15150, 15151, 15190 et 15191 est facturable par période de 12 mois, par patient.
Les codes 09252, 09253, 09254, 09255, 09281, 09283, 15099 et 15101 ne peuvent être facturés durant cette période, sauf s'il s'agit d'une visite non liée au suivi ou traitement par injection intravitréenne.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Visite non liée au suivi ou au traitement par injection intravitréenne**.

Les codes 15146, 15147, 15150, 15151, 15190 et 15191 ne peuvent être facturés si l'un des codes suivants a été facturé dans les derniers 4 mois : 07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059, 07060 et 07331.
Les services médicaux codés 07331, 07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059 et 07060 ne peuvent être facturés avec les codes de visite 09252, 09254, 09281,15099, 09253, 09255, 09283 et 15101 sauf lorsqu'il s'agit d'une visite non liée au suivi ou au traitement par injection intravitréenne et s'il est facturé par un autre médecin que celui qui a facturé l'un ou l'autre des codes d'injection énumérés ci-dessus.

Règle d'application nº 39

Pneumologie
1. En pneumologie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par période de douze mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Règle d'application nº 40

Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail
En santé publique et médecine préventive ou en médecine du travail, les honoraires de visites principales et les suppléments de consultation sont limités à huit au total par jour à plein tarif, par médecin, et ce, pour tous lieux confondus. Les visites principales ou consultations supplémentaires sont rémunérées, selon le lieu de dispensation, au tarif de la visite principale, prévu à la section Hors discipline.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour chacune des visites principales et des consultations.*

2. Plafonnements d'activités

2.1 PA 1. Nerf somatique

Le procédé « Blocage d'un nerf somatique », code 00255, est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

2.2 PA 3. Électroencéphalogramme

En cabinet privé, les services médicaux « Électroencéphalogramme de base » (code 00347) et « Électroencéphalogramme de sommeil » (code 00752) sont sujets à un plafonnement d'activités total de 375 par semestre, pour les deux.

2.3 PA 5. Obstétrique-gynécologie

Pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, le nombre de visites prénatales faites par un médecin, est sujet au plafonnement d'activités de 12 par grossesse pour une grossesse normale.

2.4 PA 8. Blocage paravertébral

Le procédé « blocage paravertébral de nerf somatique » (code 00267) est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

2.6 PA 17. Ophtalmologie

Pour le médecin classé en ophtalmologie, on applique les plafonnements suivants :

1. Le service médical « Bilan orthoptique : Interprétation ou enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotropie, d'amblyopie et du suivi post-opératoire du strabisme » (code 00579) est sujet à un plafonnement d'activités de 1 750 par semestre.

2. Un plafonnement d'activités de 500 par semestre au total pour les deux services médicaux suivants : « Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé, cataracte membraneuse ou débris de cristallin résiduel dans la chambre antérieure » (code 07227) et « Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal » (code 07261).
Pour le surplus, le médecin est payé à 85 % du tarif.

3. Un plafonnement d'activités de 200 par semestre au total pour les deux services médicaux suivants : « Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG - réalisée en établissement » (code 07002) et « Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG - réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais de cabinet » (code 07104).
Pour le surplus, le médecin est payé à 25 % du tarif.
Pour la période du 1er octobre 2021 au 31 décembre 2021, le plafonnement est fixé à 100 services médicaux.
4. Le service médical « Rétinographie : photographie faite pour documenter une condition de pôle postérieur en vue d'assurer le suivi dans le temps » (code 00553) est sujet à un plafonnement d'activités de 100 examens par semestre.
Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.
Pour la période du 1er octobre 2021 au 31 décembre 2021, le plafonnement est fixé à 50 examens.

2.7 PA 18. Oto-rhino-laryngologie

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Le service médical « Excision, corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) » (code 07197), est sujet à un plafonnement de 25 par semestre.

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

2. Le service médical « audiométrie tonale, interprétation et technique de procédé », (code 00180), est sujet à un plafonnement de 500 par semestre.

3. Le service médical « audiométrie tonale et vocale, interprétation et technique de procédé », (code 00747), est sujet à un plafonnement de 750 par semestre.

4. Le service médical « impédancemétrie incluant la recherche des réflexes stapédiens, unilatérale ou bilatérale », (code 00796), est sujet à un plafonnement de 250 par semestre.

2.8 PA 20. Visites à domicile

Les visites à domicile sont sujettes à un plafonnement de 65 900 $ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

Pour le médecin classé en psychiatrie, on applique un plafonnement de 72 100 $ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites de contrôle et les tournées des malades.

2.10 PA 24. Examens in vitro

Les examens in vitro de la section Médecine nucléaire du Tarif de la médecine de laboratoire, sont sujets au plafonnement de 44 300 $ par semestre.

2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

1. Pour le médecin classé en médecine interne, en rhumatologie ou en gériatrie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades le week-end est plafonné à 2 950 au total pour les deux, par semestre, à l'égard des patients hospitalisés en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée, exception faite des tournées des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

2. Pour le médecin classé en gériatrie, on applique un plafonnement d'activités de 2 770 $ par semestre pour les visites de contrôle en centre hospitalier de soins de longue durée.

2.13 PA 29. Neurologie

1. Pour le médecin classé en neurologie, on applique un plafonnement d'activités de 700 actes par semestre, accumulées parmi les 4 services médicaux suivants :

Code 20248 Étude myoneurale, 5 unités et moins
Code 20250 Étude myoneurale longue, plus de 5 unités
Code 20251 Étude myoneurale pour les cas complexes
Code 20249 Étude myoneurale pour diagnostic confirmé et principal de tunnel carpien uni ou bilatéral

AVIS **:** *Tout supplément d'activité sera payé au quart du tarif.*

2. Pour le médecin classé en neurologie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades est plafonné à 1 650 au total pour les deux par semestre, à l'égard des patients hospitalisés dans un centre hospitalier de soins de courte durée.

AVIS **:** *Tout supplément d'activité sera payé au quart du tarif.*

2.14 PA 30 Dermatologie

Pour le médecin classé en dermatologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Un plafonnement de 12 830 $ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou prémaligne, tête, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou prémaligne, tête, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, avec suture, 2 cm ou moins » (code 01102).

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

2. Un plafonnement de 7 040 $ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou prémaligne, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) et « tumeur bénigne ou prémaligne, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, avec suture, 5 cm ou moins » (code 01121).

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

2.15 PA 31 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de 28 600 $ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre Cardio-vasculaire, sous la rubrique Varices et ulcères variqueux.

2.16 PA 33 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement d'activités de 24 425 $ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).

2.17 PA 34 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux » sont sujets à un plafonnement global d'interprétation de trente (30) examens réalisés dans la même journée, pour les deux, à l'exclusion toutefois de ceux accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

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

2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie

Le service médical « Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant » est sujet à un plafonnement d'activités de 25 par semestre.

2.19 PA 36 Gastro-entérologie

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, les services médicaux « Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code **08348**), « Échographie transendoscopique du canal anal, du rectum, du sigmoïde ou du colon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code **08365**) et « Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient » (code **08370**) sont sujets à un plafonnement d'activités total de deux cent cinquante (250) par semestre, pour les trois. Les services en surplus sont payés au quart du tarif, incluant les suppléments applicables à ces services, le cas échéant.

Toutefois, ces services médicaux ne sont pas visés par ce plafonnement d'activités lorsque dispensés à un malade atteint d'un cancer.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service médical dispensé à un malade atteint d'un cancer, non visé par un plafonnement.**

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

Abrogé.

2.21 PA 38 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement d'activités de 28 600 $ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre Cardiovasculaire, sous la rubrique Varices et ulcères variqueux.

2.22 PA 39 Pédiatrie

Pour le médecin spécialiste en pédiatrie, on applique un plafonnement de 80 visites de contrôle par médecin, par période de 24 heures.

Pour le surplus, le médecin est payé à 20 % du tarif

Autres plafonnements d'activités

D'autres plafonnements d'activités sont introduits à l'Accord-cadre. Sont notamment considérés comme plafonnements d'activités les plafonnements apparaissant aux addendums 5 et 6 de l'Annexe 5.

3. Plafonnements de gains de pratique

Plafonnements généraux

AVIS **:** *Aux fins d'application des plafonnements, il serait souhaitable pour les professionnels qui facturent des services en laboratoire de soumettre une demande de paiement dont la période coïncide avec la date de fin de semestre, soit le 30 juin et le 31 décembre de chaque année. Faute de quoi la Régie établira un prorata selon le nombre de jours facturés pour la période chevauchant la date de fin d'un semestre (pour les professionnels qui utilisent* la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606).

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

3.1.1 On applique aux médecins spécialistes classés en santé communautaire, en biochimie et en psychiatrie le plafonnement global de gains de pratique suivant pour chacun des semestres d'une année civile.

Spécialité	Montant
Santé communautaire	292 700 $
Biochimie	252 500 $
Psychiatrie	357 500 $

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

3.1.2 Les honoraires résultant d'actes accomplis en établissement ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint. Il en est de même du montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'annexe 19.

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

3.2.1 Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 278 000 $ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.2.2 Ce plafonnement de gains de pratique ne s'applique toutefois pas aux médecins spécialistes classés en santé communautaire ou en biochimie.

Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 256 800 $ par semestre. Pour le médecin classé en génétique médicale, ce plafonnement est fixé à 373 100 $ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 390 900 $ par année civile.

3.2.3 Aux fins de l'application de ce plafonnement, 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, pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains. Toutefois, pour les gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains. De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des Règles 41 et 42 du Préambule général.

Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie, au médecin classé en génétique médicale et au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient pas compte des gains de pratique en établissement. Pour le médecin classé en microbiologie-infectiologie, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en établissement provenant du supplément de consultation et de la visite principale qui s'y rattache. Pour le médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en établissement provenant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

3.2.4 Le montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'annexe 19 n'est toutefois pas sujet à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

3.2.5 Pour le médecin classé en microbiologie ou en génétique médicale, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ne sont pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

3.2.6 Aux fins de l'application du plafonnement prévu à l'article 3.2.1 et nonobstant l'article 3.2.3, on ne tient compte, 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, 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.

3.2.7 Aux fins d'application du plafonnement prévu à l'article 3.2.1 et nonobstant l'article 3.2.3, on ne tient compte, pour les gains de pratique provenant de la prestation du service médical codé 06155, que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.

3.3 Divers

3.3.1 Le médecin spécialiste classé en psychiatrie ne peut être touché que par l'un ou l'autre des plafonnements mentionnés ci-dessus, selon le premier qui trouve application.

Plafonnements particuliers

3.4 PG 3 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 305 300 $ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.6 PG 5 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 112 150 $ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.9 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 154 600 $ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

i) l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé et apparaissant au chapitre Tarification des visites, sous la rubrique Chirurgie générale;

ii) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre Tarification des visites, sous les rubriques Hors discipline et Divers;

iii) les services médicaux apparaissant au chapitre Procédés diagnostiques et thérapeutiques, sous la rubrique Pléthysmographie;

iv) les services médicaux apparaissant au chapitre Ultrasonographie sous la rubrique Examens Doppler pour fins de diagnostic.

3.10 PG 9 Médecine interne

Pour le médecin classé en médecine interne, on applique un plafonnement de gains de pratique fixé à 189 800 $ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé, à l'exclusion des services médicaux apparaissant au chapitre Procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des services apparaissant au chapitre Tarification des visites, à la rubrique Néphrologie sous la section Dialyse.

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

3.11 PG 10 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 120 620 $ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

i) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre Tarification des visites, sous les rubriques Hors discipline, Divers et Chirurgie vasculaire, exception faite dans ce dernier cas des forfaits de prise en charge du patient aux soins intensifs;

ii) les services médicaux apparaissant au chapitre Procédés diagnostiques et thérapeutiques, sous la rubrique Pléthysmographie;

iii) les services médicaux apparaissant au chapitre Ultrasonographie sous la rubrique Examens Doppler pour fins de diagnostic.

3.12 PG 11.1 Hématologie-oncologie médicale (clientèle pédiatrique et gériatrique)

Pour le médecin classé en hématologie-oncologie médicale, les majorations d'honoraires payables en vertu des Règles 23.8 et 32 du *Préambule général* de l'annexe 4 pour un patient de moins de 18 ans ou pour un patient de 70 ans et plus ne s'appliquent plus, au cours d'une année civile, lorsque les gains de pratique du médecin, incluant ces majorations, excèdent 546 600 $ au cours de cette année.

PG 11.2 Hématologie-oncologie médicale
Pour le médecin classé en hématologie ou en oncologie médicale, on applique un plafonnement de gains de pratique par année civile, pour l'ensemble des visites et des procédés diagnostiques et thérapeutiques. De même, le per diem prévu à l'article 2 de l'Annexe 38 est également assujetti à ce plafond.
Pour les gains de pratique en cabinet, on ne tient compte que de 75 % de ces gains.
De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des honoraires résultant des actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4.
Les gains de pratique entre 700 000 $ et 799 999 $ sont payés à 50 %. Les gains de pratique entre 800 000 $ et 899 999 $ sont payés à 25 %. Les gains de pratique au-delà de 900 000 $ sont payés à 10 %.
Toutefois, pour la période du 1er juillet au 31 décembre 2023, les gains de pratique entre 350 000 $ et 399 999 $ sont payés à 50 %. Les gains de pratique entre 400 000 $ et 449 999 $ sont payés à 25 %. Les gains de pratique au-delà de 450 000 $ sont payés à 10 %.

Plafonnements de pratique particulière

3.13 PG 12 Programme de chercheurs-cliniciens de carrière

3.13.1. On applique au médecin qui participe au programme de chercheur-clinicien de carrière et qui est désigné par les parties négociantes en raison du fait qu'il est décompté du plan des effectifs médicaux, 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.
Le montant du plafonnement de gains de pratique dans le régime d'assurance maladie est établi à 55 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé. Le plafond pour chacune des spécialités est prévu dans le tableau ci-dessous.
3.13.2. 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.

Spécialité	Plafond (55 %)
Allergie et immunologie clinique	187 400 $
Anatomo-pathologie	266 000 $
Anesthésiologie	280 900 $
Microbiologie médicale et infectiologie	248 300 $
Biochimie médicale	176 800 $
Cardiologie	319 800 $
Chirurgie générale	288 500 $
Chirurgie orthopédique	268 300 $
Chirurgie plastique	248 900 $
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	349 700 $
Dermatologie	178 200 $
Gastroentérologie	288 800 $
Obstétrique et gynécologie	223 500 $
Oncologie médicale	255 800 $
Pneumologie	231 800 $
Médecine interne	246 300 $
Médecine physique et réadaptation	174 000 $
Neurochirurgie	282 300 $
Neurologie	195 700 $
Ophtalmologie	339 100 $
Oto-rhino-laryng./chir. cervico-faciale	227 000 $
Pédiatrie	198 300 $
Psychiatrie	233 800 $
Radiologie diagnostique	352 100 $
Radio-oncologie	281 900 $
Urologie	258 400 $
Médecine nucléaire	243 500 $
Néphrologie	242 000 $
Endocrinologie et métabolisme	168 400 $
Rhumatologie	168 700 $
Santé pub./méd. préventive ou du travail	146 800 $
Gériatrie	265 600 $
Génétique médicale	243 000 $
Médecine d'urgence	257 100 $
Chirurgie vasculaire	267 700 $

Pour les gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains.
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 gains de pratique en cabinet provenant de la prestation du service médical codé 06155, on ne tient compte que de la portion des gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.
De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des Règles 41 et 42 du Préambule général.

Pour le surplus, le médecin est rémunéré à 1 % du tarif.
3.13.3. 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.

3.14 PG 13 Médecin ayant une pratique majoritaire hors Québec

3.14.1 On applique au médecin ayant une pratique majoritaire hors Québec et qui effectue une pratique marginale en tant que membre associé dans un établissement qui n'est pas identifié comme étant en besoin important d'effectifs médicaux au sens des Règles de gestion des plans d'effectifs médicaux en spécialité et qui est désigné par les parties négociantes un plafonnement de gains de pratique pour l'exercice de sa pratique dans le cadre du régime d'assurance maladie en établissement. Ce plafonnement de gains de pratique s'applique de façon annuelle et peut débuter au premier jour de chaque trimestre.
3.14.2 Le montant du plafonnement de gains de pratique dans le régime d'assurance maladie est établi à 20 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé et s'applique pour les gains de pratique réalisés en établissement au Québec. Nonobstant toute disposition contraire dans l'entente sauf les articles 4 et 5 de l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération pour la pratique en établissement au Québec est pris en compte dans le montant du plafonnement de gains de pratique.
AVIS **:** *Voir le tableau en annexe .*

3.14.3 Nonobstant toute disposition contraire dans l'entente sauf les articles 4 et 5 de l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération versée au médecin pour sa pratique en établissement au Québec est pris en compte aux fins de l'application de ce plafonnement.
Toutefois, la rémunération versée à un médecin spécialiste pour ses activités relatives à une installation de la liste des établissements en besoin important d'effectifs médicaux (la « Liste ») n'est pas prise en compte aux fins de l'application de ce plafonnement. La Liste est identifiée par le MSSS selon les critères énoncés à l'article 1.2.1 des Règles de gestion.
AVIS **:** *La liste des établissements en besoin important d'effectifs (EBI) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.
3.14.4 Les activités suivantes ne sont pas prises en compte pour établir le montant du plafonnement de gains de pratique ni aux fins de l'application de ce plafonnement :

- Lettre d'entente 263;
- Lettre d'entente 265.

3.15 PG 14 Médecin en transition de fin de carrière

3.15.1 On applique au médecin en transition de fin de carrière et qui est désigné par les parties négociantes un plafonnement de gains de pratique pour l'exercice de sa pratique dans le cadre du régime d'assurance maladie. Ce plafonnement de gains de pratique s'applique de façon annuelle et peut débuter au premier jour de chaque trimestre.
3.15.2 Le montant du plafonnement de gains de pratique en établissement dans le régime d'assurance maladie est établi soit à 50 % de la moyenne annuelle des 3 meilleures années du médecin au cours des 5 années de pratique précédant le statut de non compté au PEM pour lesquelles les données sont disponibles, soit à 50 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé, selon le montant le plus élevé. Nonobstant toute disposition contraire dans l'entente sauf les articles 4 et 5 de l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération versée au médecin pour sa pratique en établissement au Québec est pris en compte dans le montant du plafonnement de gains de pratique.
Toutefois, si le médecin en fin de carrière se prévaut de la possibilité de ne pas faire de garde et de soutien inter établissement, le montant du plafonnement de gains de pratique en établissement exclut les montants découlant des ententes suivantes :

- Annexe 25;
- Article 4 des conditions particulières de la santé publique et médecine préventive ou médecine du travail à l'Annexe 38;
- Article 2 Annexe 45;
- Lettre d'entente n° 122;
- Lettre d'entente n° 128;
- Lettre d'entente n° 132;
- Lettre d'entente n° 135;
- Lettre d'entente n° 138;
- Article 2 iii) de la Lettre d'entente n° 161C;
- Article 3.3 de la Lettre d'entente n° 203;
- Lettre d'entente n° 232;
- Article 2 Lettre d'entente n° 233;
- Article 2 Lettre d'entente n° 234;
- Lettre d'entente n° 240;
- Lettre d'entente n° 242;
- Protocole relatif à la rémunération des médecins spécialistes qui assurent la garde en disponibilité suprarégionale en neurologie pour l'accès au traitement de téléthrombolyse.

3.15.3 Nonobstant toute disposition contraire dans l'entente sauf les articles 4 et 5 de l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération versée au médecin pour sa pratique en établissement au Québec est pris en compte aux fins de l'application de ce plafonnement.
Toutefois, la rémunération versée à un médecin spécialiste pour ses activités relatives à une installation de la Liste qui n'est pas l'installation où il effectue sa pratique principale, n'est pas prise en compte aux fins de l'application de ce plafonnement. La Liste est identifiée par le MSSS selon les critères énoncés à l'article 1.2.1 des Règles de gestion. N'est également pas prise en compte la rémunération versée dans le cadre du rattrapage accru des activités chirurgicales prévu à la Lettre d'entente 256 ainsi qu'à l'article 5 de la Lettre d'entente 257. Le montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'Annexe 19 n'est également pas sujet à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

AVIS **:** *La liste des établissements en besoin important d'effectifs (EBI) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

3.15.4 Les activités suivantes ne sont pas prises en compte pour établir le montant du plafonnement de gains de pratique ni aux fins de l'application de ce plafonnement :

- Lettre d'entente 263;
- Lettre d'entente 265.

3.16 PG 15 Médecin ayant une pratique marginale en fin de carrière

3.16.1 On applique au médecin ayant une pratique marginale en fin de carrière et qui est désigné par les parties négociantes un plafonnement de gains de pratique pour l'exercice de sa pratique en établissement dans le cadre du régime d'assurance maladie. Ce plafonnement de gains de pratique s'applique de façon annuelle et peut débuter au premier jour de chaque trimestre.

3.16.2 Le montant du plafonnement de gains de pratique en établissement dans le régime d'assurance maladie est établi soit à 20 % de la moyenne annuelle des 3 meilleures années du médecin au cours des 5 années de pratique précédant le statut de non compté au PEM pour lesquelles les données sont disponibles, soit à 20 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé, selon le montant le plus élevé. Nonobstant toute disposition contraire dans l'entente sauf les articles 4 et 5 de l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération versée au médecin pour sa pratique en établissement au Québec est pris en compte dans le montant du plafonnement de gains de pratique.

Toutefois, si le médecin ayant une pratique marginale en fin de carrière se prévaut de la possibilité de ne pas faire de garde et de soutien inter établissement, le montant du plafonnement de gains de pratique en établissement exclut les montants découlant des ententes suivantes :

- Annexe 25;
- Article 4 des conditions particulières de la santé publique et médecine préventive ou médecine du travail à l'Annexe 38;
- Article 2 Annexe 45;
- Lettre d'entente n° 122;
- Lettre d'entente n° 128;
- Lettre d'entente n° 132;
- Lettre d'entente n° 135;
- Lettre d'entente n° 138;
- Article 2 iii) de la Lettre d'entente n° 161C;
- Article 3.3 de la Lettre d'entente n° 203;
- Lettre d'entente n° 232;
- Article 2 Lettre d'entente n° 233;
- Article 2 Lettre d'entente n° 234;
- Lettre d'entente n° 240;
- Lettre d'entente n° 242;
- Protocole relatif à la rémunération des médecins spécialistes qui assurent la garde en disponibilité suprarégionale en neurologie pour l'accès au traitement de téléthrombolyse.

3.16.3 Nonobstant toute disposition contraire dans l'entente sauf les articles 4 et 5 de l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération versée au médecin pour sa pratique en établissement au Québec est pris en compte aux fins de l'application de ce plafonnement.
Toutefois, la rémunération versée à un médecin spécialiste pour ses activités relatives à une installation de la Liste qui n'est pas l'installation où il effectue sa pratique principale, n'est pas prise en compte aux fins de l'application de ce plafonnement. La Liste est identifiée par le MSSS selon les critères énoncés à l'article 1.2.1 des Règles de gestion. N'est également pas prise en compte la rémunération versée dans le cadre du rattrapage accru des activités chirurgicales prévu à la Lettre d'entente 256 ainsi qu'à l'article 5 de la Lettre d'entente 257. Le montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'Annexe 19 n'est également pas sujet à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

AVIS **:** *La liste des établissements en besoin important d'effectifs (EBI) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

3.16.4 Les activités suivantes ne sont pas prises en compte pour établir le montant du plafonnement de gains de pratique ni aux fins de l'application de ce plafonnement :

- Lettre d'entente 263;
- Lettre d'entente 265.

3.17 PG 16 Médecin en invalidité partielle permanente

3.17.1 On applique au médecin en invalidité partielle permanente et qui est désigné par les parties négociantes un plafonnement de gains de pratique pour l'exercice de sa pratique en établissement dans le cadre du régime d'assurance maladie. Ce plafonnement de gains de pratique s'applique de façon annuelle et peut débuter au premier jour de chaque trimestre.

3.17.2 Le montant du plafonnement de gains de pratique en établissement dans le régime d'assurance maladie est établi soit à 40 % de la moyenne annuelle des 3 meilleures années du médecin au cours des 5 années de pratique précédant le début de sa situation d'invalidité, même avant qu'elle devienne permanente, le cas échéant, soit à 40 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé, selon le montant le plus élevé. Nonobstant toute disposition contraire dans l'entente, l'ensemble de la rémunération versée au médecin pour sa pratique en établissement au Québec est pris en compte dans le montant du plafonnement de gains de pratique, à l'exception des modalités suivantes :

- Article 4 de l'Annexe 8;
- Article 5 de l'Annexe 8;
- 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;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- Protocole d'accord concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes – Partie II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en pédiatrie;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (OPTILAB);
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes coordonnateurs en don et transplantation d'organes et de tissus;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence;
- Lettre d'entente 263;
- Lettre d'entente 265.

3.17.3 Nonobstant toute disposition contraire dans l'entente sauf les articles 4 et 5 de l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération versée au médecin pour sa pratique en établissement au Québec est pris en compte aux fins de l'application de ce plafonnement.
Le montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'Annexe 19 n'est toutefois pas sujet à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.
La rémunération versée à un médecin spécialiste dans le cadre des protocoles suivants n'est pas prise en compte aux fins de l'application de ce plafonnement :

- 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;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- Protocole d'accord concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec;

- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes – Partie II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en pédiatrie;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (OPTILAB);
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes coordonnateurs en don et transplantation d'organes et de tissus;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence;
- Lettre d'entente 263;
- Lettre d'entente 265.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Spécialité	Plafond (20 %)	Plafond (40 %)	Plafond (50 %)
Allergie et immunologie clinique	54 700 $	109 400 $	136 800 $
Anatomo-pathologie	94 800 $	189 600 $	237 000 $
Anesthésiologie	100 500 $	201 000 $	251 300 $
Microbiologie médicale et infectiologie	90 100 $	180 200 $	225 300 $
Biochimie médicale	70 500 $	141 000 $	176 300 $
Cardiologie	117 100 $	234 200 $	292 800 $
Chirurgie générale	96 900 $	193 800 $	242 300 $
Chirurgie orthopédique	91 000 $	182 000 $	227 500 $
Chirurgie plastique	90 900 $	181 800 $	227 300 $
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	113 100 $	226 200 $	282 800 $
Dermatologie	63 400 $	126 800 $	158 500 $
Gastroentérologie	104 300 $	208 600 $	260 800 $
Obstétrique et gynécologie	74 500 $	149 000 $	186 300 $
Hématologie-oncologie	94 800 $	189 600 $	237 000 $
Pneumologie	86 500 $	173 000 $	216 300 $
Médecine interne	92 800 $	185 600 $	232 000 $
Médecine physique et réadaptation	52 500 $	105 000 $	131 300 $
Neurochirurgie	106 400 $	212 800 $	266 000 $
Neurologie	63 400 $	126 800 $	158 500 $
Ophtalmologie	91 800 $	183 600 $	229 500 $
Oto-rhino-laryng./chir. cervico-faciale	69 000 $	138 000 $	172 500 $
Pédiatrie	74 500 $	149 000 $	186 300 $
Psychiatrie	84 000 $	168 000 $	210 000 $
Radiologie diagnostique	127 300 $	254 600 $	318 300 $
Radio-oncologie	104 800 $	209 600 $	262 000 $
Urologie	81 800 $	163 600 $	204 500 $
Médecine nucléaire	89 200 $	178 400 $	223 000 $
Néphrologie	88 700 $	177 400 $	221 800 $
Endocrinologie et métabolisme	55 000 $	110 000 $	137 500 $
Rhumatologie	51 100 $	102 200 $	127 800 $
Santé pub./méd. préventive ou du travail	59 100 $	118 200 $	147 800 $
Gériatrie	81 800 $	163 600 $	204 500 $
Génétique médicale	96 800 $	193 600 $	242 000 $
Médecine d'urgence	97 100 $	194 200 $	242 800 $
Chirurgie vasculaire	94 500 $	189 000 $	236 300 $

Annexe 9. Assurance responsabilité professionnelle

Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

Pour le médecin qui souscrit son assurance responsabilité professionnelle auprès de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), cette quote-part correspond, selon le genre d'activité médicale visé, à la différence entre la prime témoin et le montant représentant la contribution du médecin, lesquels sont mentionnés en annexe. La prime témoin s'entend du montant de la prime fixée pour la province de Québec par l'ACPM, pour un genre d'activité médicale, pour l'année 2025, et incluant la taxe de 9 % sur les assurances. Toutefois, le remboursement prévu à la présente annexe ne s'applique qu'à l'égard de la partie de l'année pour laquelle le médecin acquitte la prime fixée pour la province de Québec pour un genre d'activité médicale. La quote-part est alors déterminée en tenant compte de la prime ainsi acquittée et en ajustant au prorata la contribution du médecin et le critère de gains de pratique prévu à l'article 2.

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

- le moindre de la prime d'assurance responsabilité professionnelle applicable pour une année, incluant la taxe de 9 % sur les assurances, et de la prime témoin; et
- le montant mentionné en annexe représentant la contribution du médecin.

2. Le remboursement de prime est accordé au médecin spécialiste qui, pour la période du 1er avril 2023 au 31 mars 2024 a touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 $.

Ce remboursement de prime est également accordé au médecin spécialiste qui, pendant l'année 2025, a touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 $.

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

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

Un remboursement de prime pour l'année 2024 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2025.

Un remboursement de prime pour l'année 2025 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2026.

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

AVIS **:** *Pour connaître les détails concernant la demande de remboursement, consulter la rubrique* Assurance responsablité.

Lorsque le médecin a droit à un remboursement, le montant remboursé paraît au sommaire de l'état de compte lors d'un paiement régulier avec la mention Détail du remboursement en assurance responsabilité.

Le médecin est assuré par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM)
Le médecin n'a aucune démarche à effectuer auprès de la RAMQ. C'est l'ACPM qui fournit à la RAMQ les informations nécessaires au remboursement de sa quote-part à la suite de son adhésion et paiement.
Lorsqu'une partie de la prime a été acquittée par le médecin, la RAMQ rembourse partiellement la quote-part.

Le médecin est assuré par une compagnie autre que l'ACPM
Pour demander le remboursement de sa prime d'assurance responsabilité, le médecin doit remplir et signer le formulaire Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle *(2904).*

Dans la section ***Contrat d'assurance****, inscrire :*
- le numéro de contrat et le nom de la compagnie d'assurance ;
- la date de début et la date de fin de la période de couverture ;
- le montant total de la prime d'assurance en excluant la taxe provinciale et les frais d'administration.
La RAMQ calcule la quote-part remboursable.

La section ***Détail sur la prime payée*** *doit être remplie par le médecin assuré. Le code et le nom de l'activité font référence au genre de travail qui paraît sur la facturation.*

Le médecin doit joindre une pièce justificative numérique que la prime a été acquittée, en totalité ou en partie.
La pièce justificative doit comporter les informations suivantes :
- Nom du professionnel ;
- Numéro de police ;
- Montant du renouvellement de la police ;
- Montant des taxes provinciales sur la prime d'assurance ;
- Mention Payé.

Transmettre le formulaire dûment rempli et signé et la pièce justificative par courriel*. S'assurer que ces documents sont lisibles.*

4. La présente entente a effet du 1er janvier au 31 décembre 2025.

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

En foi de quoi**,** les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____ 2025.

CHRISTIAN DUBÉ

Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.

Président

Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe

Assurance responsabilité professionnelle

Code ACPM	Genre d'activité	Prime témoin (Incluant la taxe) 2025	Contribution du médecin 2025
24	Biochimie médicale	222,36	40
33	Chirurgie – Assistance chirurgicale (aucune autre activité professionnelle)	222,36	40
23	Pathologie hématologique	222,36	40
26	Pathologie - Neuropathologie	222,36	40
48	Génétique médicale	222,36	40
20	Médecine administrative – aucun travail clinique	222,36	40
28	Santé publique et médecine préventive	222,36	40
51	Médecine du travail	222,36	40
58	Médecine nucléaire	222,36	40
25	Microbiologie médicale	222,36	40
14	**Résidents inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé** soit par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), ou par un organisme provincial/territorial de réglementation de la médecine. Ce code comprendra l'admissibilité à une assistance de l'ACPM en cas de difficultés médico-légales découlant de la pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunérée ou non. **Avec travail clinique additionnel (moonlighting).** Les résidents qui effectuent du travail clinique additionnel (moonlighting) doivent détenir un permis d'exercice reconnu par l'organisme de réglementation (le Collège) dans la province ou le territoire où ils effectuent ce travail clinique additionnel. Les résidents qui limitent leurs activités cliniques uniquement au travail clinique additionnel (par ex., à la suppléance) pendant plus de deux semaines consécutives doivent choisir un code de travail associé à une pratique médicale.	222,36	40
12	**Résidents inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé** soit par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), ou par un organisme provincial/territorial de réglementation de la médecine. Comprend les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident. Ce code est aussi utilisé par les médecins diplômés à l'extérieur du Canada inscrits à un programme visant l'obtention du permis d'exercice régulier. Ce code comprend les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident, mais ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de toute pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunérée ou non. **Aucun travail clinique additionnel (moonlighting).**	222,36	40
46	Endocrinologie	222,36	40
27	Médecine physique et réadaptation/physiatrie ou gériatrie ou soins palliatifs	222,36	40
52	Maladies infectieuses	222,36	40

35	Médecine familiale ou médecine générale	327,00	60
63	Rhumatologie	327,00	60
42	Allergie et immunologie clinique	327,00	60
64	Médecine du sport	327,00	60
65	Oncologie - Radio-oncologie	327,00	60
59	Oncologie médicale	327,00	60
37	Consultations chirurgicales/Pratique chirurgicale en cabinet	327,00	60
44	Dermatologie	327,00	60
73	Médecine générale incluant la garde à la salle d'urgence	327,00	60
55	Néphrologie	327,00	60
62	Pneumologie	327,00	60
36	Psychiatrie et/ou traitement médical de la toxicomanie	327,00	60
70	Cardiologie	457,80	85
47	Gastroentérologie	457,80	85
50	Hématologie	457,80	85
39	Infertilité / pratique obstétricale excluant le travail et l'accouchement	457,80	85
54	Médecine interne et ses sur-spécialités non précisées ailleurs	457,80	85
66	Médecine néonatale et périnatale	457,80	85
21	Pathologie – anatomo-pathologie / pathologie générale	457,80	85
45	Radiologie diagnostique	457,80	85
53	Soins intensifs/critiques	457,80	85
38	Traitement de la douleur chronique – sans l'anesthésie générale ou rachidienne	457,80	85
90	Anesthésiologie	654,00	120
82	Médecine d'urgence, urgentologie	654,00	120
79	Médecine générale incluant anesth, chir. & urgence (mais non l'obstétrique)	654,00	120
78	Médecine générale incluant obs., anest., chir. & urgence	654,00	120
60	Ophtalmologie	654,00	120
61	Pédiatrie	654,00	120
77	Chirurgie cervico-faciale (oto-rhino-laryngologie)	915,60	170
84	Chirurgie gynécologique (excluant le travail et l'accouchement)	915,60	170
56	Neurologie	915,60	170
88	Urologie	915,60	170
91	Chirurgie cardiaque	915,60	170
83	Chirurgie générale	915,60	170
85	Chirurgie pédiatrique	915,60	170
86	Chirurgie plastique	915,60	170
87	Chirurgie thoracique	915,60	170
89	Chirurgie vasculaire	915,60	170
94	Chirurgie orthopédique	1 281,84	235
92	Chirurgie - Neurochirurgie	1 281,84	235
93	Obstétrique (incluant ou excluant la gynécologie)	2 236,68	420

Annexe 10. Urgence de première ligne en pédiatrie et en cardiologie

Entente auxiliaire concernant l'urgence de première ligne en pédiatrie et en cardiologie

Les parties conviennent de ce qui suit :

Article 1.

Visites

1.1 En pédiatrie et en cardiologie, celui qui est assigné de garde aux urgences comme médecin de première ligne, est payé suivant la tarification des visites (voir la règle d'application n° 8).

Article 2.

Majoration d'honoraires

2.1 En cardiologie, s'ajoute aux honoraires de visite, le paiement d'une majoration du tiers du tarif pour l'horaire de soir, le week-end et les jours fériés.

L'horaire de soir s'entend de la période comprise entre **19 heures et minuit**.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 21 h et 24 h.*

Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure n° 5.

Pour le week-end et les jours fériés, la majoration s'applique entre **8 heures et minuit**.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 7 h et 24 h.*

Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure n° 5.

2.2 En pédiatrie, s'ajoute aux honoraires de visite, le paiement d'une majoration de 50 % du tarif pour l'horaire de soir, le week-end et les jours fériés.

L'horaire de soir s'entend de la période comprise entre **19 heures et minuit**.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 21 h et 24 h.*

Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure n° 5.

Pour le week-end et les jours fériés, la majoration s'applique entre **8 heures et minuit**.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 7 h et 24 h.*

Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure n° 5.

AVIS **:** *Que ce soit en cardiologie ou en pédiatrie, utiliser l'élément de contexte* **Garde aux urgences** *et indiquer l'heure de début du service.*

Article 3.

Prime de garde pour la nuit

3.1 En cardiologie, on accorde une prime de 240 $ pour une assignation de garde sur place aux urgences, la nuit.

Une assignation de nuit s'entend de la période comprise entre **minuit et 8 heures**.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 0 h et 7 h.*
Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure n° 5.

En pédiatrie, s'ajoute aux honoraires de visite, le paiement d'une majoration de 90 % du tarif pour l'horaire de nuit.

L'horaire de nuit s 'entend de la période comprise entre **minuit et 8 heures**.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 0 h et 7 h.*
Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure n° 5.

AVIS **:** ***CARDIOLOGIE***
Utiliser le code de facturation ***09140.***
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

PÉDIATRIE
Utiliser l'élément de contexte **Garde aux urgences** *et indiquer l'heure de début du service.*

Article 4.

Application

4.1 Cette entente auxiliaire s'applique dans les centres hospitaliers désignés en annexe.

4.2 Le médecin qui réclame le paiement du supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25 ne peut réclamer, au cours de la même période, le paiement de la prime de garde prévue à l'article 3.1.

Annexe

Liste des organismes visés à l'annexe 10

1. Pédiatrie

- CUSM – Site Glen (pédiatrique)
- Hôpital Sainte-Justine
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux)

2. Cardiologie

- Institut de cardiologie de Montréal

Annexe 11. A — Lettres d'entente numérotées

Lettres d'entente

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

Lettre d'entente nº 1

Les parties négociantes conviennent de ce qui suit :

1. La lettre d'entente nº 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	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 2

Les parties négociantes conviennent de ce qui suit :

1. La Régie applique la tarification des visites en centre hospitalier de courte durée dans certains centres de réadaptation,désignés par les parties négociantes.

AVIS **:** *La liste des centres de réadaptation désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

2. Toutefois, pour le médecin spécialiste en physiatrie qui rend des services dans les centres désignés, on applique la tarification en centre de réadaptation.

AVIS **:** *Utiliser une visite de la section* Centre de réadaptation *de votre profession sous l'onglet B – Tarification des visites*.

3. Le comité conjoint recommande aux parties négociantes les centres de réadaptations à désigner.
4. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

En foi de quoi, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____2023

Christian Dubé	**Vincent Oliva, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 3

Les parties négociantes conviennent de ce qui suit :

1. Les lettres d'entente nº 24 du 16 juillet 1982 et nº 33 du 20 décembre 1983 sont remplacées par ce qui suit :

Sont compris dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale, les actes énumérés en annexe.

Le 22 décembre 1986.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe (Lettre d'entente nº 3)

Abcès ou hématome de la cloison – drainage avec implantation immédiate de substance

Ablation des points de suture ou des agrafes

Ablation de shunt artérioveineux (hémodialyse)

Administration de sang autologue

Administration et interprétation des tests diagnostiques suivants :

analyse d'urine (sommaire et microscopique)
hémoglobine (sauf par spectrophotométrie)
mycose test
P.P.D. (purified protein derivative)
tuberculine
autres analyses par réactifs sur ruban, comprimé ou autres méthodes simples

Analyse de saturation en oxygène

Analyse simultanée de données physiologiques autres que l'électroencéphalogramme par fonction explorée

Analyse simultanée de données physiologiques autres que l'électroencéphalogramme maximum par séance

Anévrisme inflammatoire ou mycotique, supplément

Application de pâte d'unna

Appréciation simple de l'acuité visuelle et auditive

Arthroplastie – simple de la cheville

Aspiration de la trachée sous vision directe

Aspiration et interprétation

Aspiration ou nettoyage à l'éponge de la chambre antérieure

Aspiration pour otite séreuse

Atrésie d'une choane – ponction et insertion de tube

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

Bêtathérapie (premier traitement) unilatérale

Bêtathérapie (traitements subséquents) unilatérale

Biomicroscopie

Biopsie du pénis

Biopsie du scrotum

Biopsie ouverte, voie périnéale

Blocage du nerf honteux, uni ou bilatéral

Blocage paracervical

Botte d'unna

Brûlures simples, traitement et débridement

Calibrage de l'urètre

Capsulotomie des facettes articulaires

Caractérisation tissulaire pour l'étude du flux (ex. : tumeurs)

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

Cathétérisme vésical, sauf autrement prévu au tarif

Cautérisation du cordon ombilical

Changement de canule de trachéotomie

Changement de cathéter de gastrostomie

Changement de cathéter suprapubien ou de sonde de cystostomie

Changement de fixation de pyélostomie

Changement de sonde d'urétérostomie cutanée

Chimiothérapie locale d'une lésion cutanée

Chromatine sexuelle X ou Y

Circoncision par technique à la cloche pour pathologie du prépuce

Compression manuelle d'un ou plusieurs sites de ponction artérielle ou veineuse

Correction de symphyse des grandes et petites lèvres sans anesthésie générale

Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes – veino-artérielle et/ou artério-veineuse, supplément

Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes – veino-veineuse incluant l'introduction d'un deuxième cathéter dans le cœur droit, supplément

Courbe de dilution par pièce auriculaire peu importe le nombre de courbes (PG-23)

Courbe de dilution par ponction artérielle (incluant la technique chirurgicale et peu importe le nombre de courbes)

Cryochirurgie de tumeurs cancéreuses de la peau excluant les kératoses actiniques

Cryothérapie d'une lésion

Culdocentèse

Culdoscopie

Débimétrie

Débits expiratoires forcés

Débridements, émondage

Dilatation du col

Dilatation du prépuce

Dilatation du sphincter anal sans anesthésie

Dilatation du vagin

Électrocardiogramme endocavitaire

Électrocoagulation

Électrolyse ou injection sclérosante pour kyste

Electrorétinographie, technique simple

Enlèvement de mèches vaginales

Enlèvement de plâtre

Enregistrement de l'activité des voies de conduction endocavitaire (étude du faisceau de His), incluant l'étude à l'état basal, les tests de stimulation, les études pharmacologiques, le cathétérisme cardiaque droit et le pacing auriculaire

Épilation des cils

Épiplooplastie incluant le transfert d'épiploon (toute indication)

Épreuve à la xylocaïne-histamine pour bourdonnement d'oreilles

Épreuve d'entraînement sélectif du cœur (incluant l'électrocardiogramme endocavitaire)

Épreuve de Schirmer (hyposécrétion lacrymale)

Épreuve de tolérance à l'eau

Épreuve pour pacemaker implanté sous électrocardiogramme

Épreuves de fonction respiratoire :

Analyse de gaz artériels et de l'équilibre acidobase, toute technique
Analyse des tensions gazeuses de l'air alvéolaire
Bronchospirométrie (volumes, ventilation en oxygène pour chaque poumon ou chaque lobe)
Évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène pour un patient de plus de 5 ans.
Évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène pour un patient de plus de 5 ans.

Évaluation régionale de la ventilation et de la perfusion au moyen de substances inhalées ou injectées
Oxymétrie et saturation en oxygène, toute technique
Ventilation et consommation d'oxygène

Épreuves de stimulation ou de suppression par administration d'une substance active avec mesures hormonales

Épreuves orthostatiques

Études complémentaires à l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter audio-électroencéphalographie avec étude des potentiels évoqués

Études complémentaires à l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter activation chimique

Étude de la transmission neuro-musculaire

Étude des facteurs de l’érythropoïèse

Étude du chimisme gastrique

Étude du sperme

Étude d’une protéine marquée in vivo ou in vitro

Études métaboliques du myocarde au cours d'un cathétérisme, supplément

Étude simple de la vision des couleurs

Évaluation auditive avec médicaments (glycérol)

Évaluation d'une dose thérapeutique d'iode

Évaluation de la motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque

Examen au phosphore radioactif (approche antérieure ou postérieure)

Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.)

Examen clinique effectué lors d'une mammographie

Examen externe du globe oculaire et de ses annexes, détermination simple du champ visuel

Examen microbiologique à l'état frais et/ou après coloration d'un frottis cervico-vaginal

Examen microscopique du sédiment urinaire et interprétation (cet acte n'est payable qu'aux néphrologues)

Exérèse de cathéter de dissection veineuse

Exérèse de cérumen

Exérèse de cils libres ou en trichiasis

Exérèse de tube de drainage, oreille moyenne

Exérèse de varicocèle par voie scrotale

Exophtalmométrie

Expertise requise à la suite d'une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés, incluant un rapport au dossier du patient

Exploration du contenu scrotal

Extraction de bague (acte simple)

Faux anévrisme, supplément

Fenestration d'un plâtre

Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse, lorsque effectuée en cabinet privé

Fluoroscopie diagnostique du squelette

Fracture – bassin – réduction fermée incluant repos au lit et surveillance

Fracture – col ou intertrochantérienne – réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins (PG-28)

Fracture – col ou intertrochantérienne – réduction fermée pour patient de plus de 16 ans (PG-28)

Fracture du crâne, traitement conservateur

Fracture – omoplate – réduction fermée

Fracture – péroné seul – réduction fermée (PG-28)

Fracture – tarse (astragale et calcanéum exceptés) – un ou plusieurs – réduction fermée

Funduscopie

Glycémie

Glycosurie

Gonioscopie

Grattage, pelage, taillage de callosités

Incision latérale ou dorsale du prépuce

Induction d'hypotension ou hypertension contrôlée pour fins chirurgicales

Induction d'hypothermie à moins 34^0 C pour fins chirurgicales

Inhalothérapie

Intubation de la veine angulaire pour angiographie orbitaire, unilatérale

Injection de substance de contraste :

- cholangiographie par injection intraveineuse
- cholangiographie par tube en T
- déférentographie
- échographie
- gynécographie
- orbitographie
- pariétographie
- pelvigraphie
- pyélographie I.V.
- tomographie axiale
- vaginographie
- voies urinaires pour urétérographie

Injection de substances sclérosantes dans une veine variqueuse faite en établissement

Injection pour prurit anal

Injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intraveineuse, sauf celle spécifiquement prévue au tarif

Insertion de sonde gastrique (tube de Levine)

Insertion percutanée d'un cathéter pour infusion intraveineuse

Installation d'un pacemaker cutané antéro-postérieur

Installation de l'équipement d'inhalothérapie

Installation et contrôle de phonographie et de l'ECG du foetus

Insufflation tubaire

Introduction d'une substance pharmacologique au cours d'une angiographie

Irrigation de l'oeil

Irrigation et enlèvement du drain

Laryngoscopie à suspension, sans anesthésie ou sous anesthésie locale

Laryngoscopie au microscope, sans anesthésie ou sous anesthésie locale

Laryngoscopie directe (rigide), sans anesthésie ou sous anesthésie locale

Laryngoscopie indirecte sans biopsie

Lavage bronchique

Luxation – acromio-claviculaire – réduction fermée

Massage prostatique

Manipulation – cheville

Manométrie ano-rectale (étude dynamique) sauf pour une pathologie digestive

Manométrie urétéro-vésicale

Mesure de la tension veineuse centrale

Mesure de la vitesse circulatoire

Mesure de sténose artérielle par ordinateur

Mesure du débit cardiaque par thermodilution

Mise en place d'un cathéter pour la mesure de la tension veineuse centrale

Myomectomie de 5 cm ou moins et de 5 myomes ou moins

Myringotomie avec mise en place d'un tube de drainage sans microscopie

Nettoyage de l'oreille externe et moyenne

Ophtalmoscopie

Orbitographie avec substance de contraste

Pansement

Péritomie

Pharyngogramme avec substance de contraste

Phonocardiographie

Phmétrie oesophagienne de 24 heures, surveillance et interprétation, non informatisée

Pneumo-encéphalographie

Pneumomyélographie

Polarimétrie pour acidose lactique congénitale

Ponction ou aspiration biopsique d'hydrocèle

Prélèvement de sang dans un cathéter

Prélèvement d'une homogreffe veineuse ou artérielle pour remplacement ou pontage d'une artère abdominale

Prélèvement de la saphène interne ipsilatérale pour pontage d'une artère d'un membre

Prélèvement de sécrétions

Prélèvement et retransfusion de sang par hémodilution normovolémique

Prélèvements sanguins capillaires ou veineux sauf dans la veine fémorale ou dans la veine jugulaire

Recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions et P. P. C.

Reconstruction – relâchement plantaire extensif

Reconstruction – transposition et réinsertion tendineuse, pied – ténodèse, pied

Réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sans anesthésie

Réflexogramme achilien avec kinomètre

Réfraction

Réinfusion d'ascite i.v.

Replacement d'une lentille intra-oculaire luxée : manœuvre extra oculaire ou photocoagulation de sutures de fixation irienne ou les deux

Retransfusion de sang récupéré (shed blood)

Rhinomanométrie, interprétation
Rhinomanométrie, technique et interprétation

Rhinopharyngoscopie directe (rigide), sans anesthésie ou sous anesthésie locale

Section de bande du vitré excluant le laser YAG

Sialolithotomie par voie externe

Silverman (aiguille de ...), technique seulement

Soins de ventilation postopératoires à la salle de réveil, incluant l'installation de l'équipement, les visites et les évaluations

Suture de greffe ou shunt de Gott pour dérivation temporaire

Synovectomie – cheville

Synovectomie – orteil

Tamponnement nasal antérieur

Test à la lampe de Wood

Test au curare, régional, supplément

Test de confrontation

Tomographie simple

Tonométrie simple

Traction pour scoliose, type Cotrel

Transposition – libération de contracture musculaire de l'épaule

Transposition et réinsertion tendineuse – abdominale

Traitement de l'acné par chirurgie et/ou cryothérapie et/ou thérapie physique (excluant le Laser) y compris l'extraction de comédons

Tympanogramme (appareil automatique)

Vectocardiogramme

Lettre d'entente nº 4

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. La lettre d'entente nº 29 du 20 décembre 1983 est reconduite comme suit :

les parties négociantes conviennent d'entreprendre, au plus tard le 1er janvier 1988, la négociation relative à la rémunération de certaines tâches administratives requises d'un médecin et reliées à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dispensés en établissement.

Le 22 décembre 1986

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 5

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. La lettre d'entente nº 30 du 20 décembre 1983 est reconduite comme suit :

a) Lorsqu'un médecin spécialiste effectue un examen médical chez une personne présumément victime d'un assaut sexuel et qu'il procède également au constat médico-légal, il complète le formulaire prévu à cette fin. La rémunération pour ce service (examen médical, constat médico-légal et complètement du formulaire) est de 374 $ en établissement et de 455 $ en cabinet.

b) Lorsqu'un médecin spécialiste effectue un examen médical chez une personne présumément victime d'un assaut sexuel et qu'il complète le formulaire prévu à cette fin, la rémunération pour ce service (examen médical et complètement du formulaire) est de 161 $ en établissement et de 195 $ en cabinet.

c) Un supplément de 57 $ par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes chez un enfant de moins de 14 ans est également accordé sur présentation de notes explicatives.

MARC-YVAN CÔTÉ	**ROBERT MARIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *Voir les codes de facturation à la section* Examen médical et constat médico-légal chez un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel (Lettre d'entente nº 5) *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Lettre d'entente nº 6

Concernant la tarification de l'EMPS

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. La tarification qui suit, est ajoutée :

	Évaluation médico-psycho-sociale	
09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	161,00 $
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	39,00 $

2. Les honoraires payés suivant la présente lettre d'entente ne sont pas comptés dans les gains de pratique.

MARC-YVAN CÔTÉ	**ROBERT MARIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *Pour connaître la constitution de l'examen d'évaluation, voir la section* Évaluation médico-psycho-sociale (Lettre d'entente nº 6) *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Lettre d'entente nº 8

Conseil d'arbitrage

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

- Me Jean Alain Corbeil;
- Me Nathalie Faucher;
- Me Pierre Flageole;
- Me Francine Lemay;
- Me Pierre Laplante;
- Me André G. Lavoie;
- Me Claude Martin;
- Me Martin Racine;
- Me Pierre-Georges Roy;
- Me Dominique-Anne Roy;

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce _____ jour de _____ 2004.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 9

Concernant les pratiques mixtes en médecine nucléaire et en radiologie diagnostique

Les parties négociantes conviennent de ce qui suit :

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

Ainsi :

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

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

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

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 12

Concernant la tarification des visites effectuées dans certains milieux

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. En CLSC, on applique pour les visites, la même tarification qu'en centre hospitalier de soins prolongés, à l'exception des visites effectuées par un médecin spécialiste en pédiatrie, pour lesquelles on applique la tarification en clinique externe, en centre hospitalier de courte durée.

Lorsque les activités sont réalisées dans le cadre d'une clinique externe et que le CLSC s'est vu octroyé la mission - CHSGS Consultations externes à son permis, le médecin spécialiste se prévaut de la tarification applicable en clinique externe, en centre hospitalier de courte durée.

2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er décembre 2015.

En foi de quoi,, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Président

Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 13

Concernant le paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. La Régie défraie le coût de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique. Ce paiement est sujet aux conditions suivantes :

a) Sont visées les personnes âgées de 65 ans ou plus, auxquelles une thérapie a été prescrite par un médecin physiatre.

b) Les traitements sont donnés dans un cabinet privé, dont le propriétaire exploitant le 30 juin 1987 était un médecin physiatre.

c) Les traitements sont administrés par un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique, sur ordonnance médicale.

Le ratio maximal de patients confiés au thérapeute est de 4 par heure.

d) La tarification est de 18,15 $ par traitement - maximum trois traitements par séance.

e) Les traitements de physiothérapie donnés en clinique sont sujets au plafonnement de gains de pratique de 55 400 $ par semestre.

Aucun honoraire n'est payé pour les traitements en surplus.

AVIS **:** *Inscrire le numéro de la clinique attribué par la Régie.*

2. De plus, aux fins de l'application, au médecin physiatre, du plafonnement de gains nets prévu à l'annexe 8, on ne tient compte, pour les gains de pratique provenant des traitements de physiothérapie prévus à la présente lettre d'entente, que de 30 % de ces gains.

LUCIENNE ROBILLARD	**ROBERT MARIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 14

Concernant la médecine nucléaire

Les parties conviennent de ce qui suit :

La tarification de la médecine nucléaire s'applique, en outre, au médecin spécialiste auquel un centre hospitalier a accordé des privilèges d'exercice comportant l'usage de radionucléides chez l'humain et qui, au 1er janvier 1977, était détenteur d'un permis de la Commission de contrôle de l'énergie atomique, eu égard aux conditions et limitations stipulées par cette licence.

Le montant maximum d'honoraires qui peut être touché pour cette pratique d'appoint en médecine nucléaire, est de 25 000 $ par semestre.

Le 6 mai 1988.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 15

Concernant le paiement de certains examens de laboratoire pratiqués chez des résidents d'une autre province du Canada

Il est agréé :

1. À l'égard des résidents d'une autre province du Canada, le centre hospitalier paie les honoraires médicaux pour les examens suivants;

- Ultrasonographie
- Tomographie par ordinateur
- Mammographie
- Angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule)
- Résonance magnétique
- Radio-oncologie
- Médecine nucléaire in vivo

Ces honoraires sont établis suivant la tarification du régime québécois.

2. Le centre hospitalier règle les honoraires médicaux dans les délais prescrits par l'Accord-cadre du 22 décembre 1986.

Le médecin spécialiste peut exiger des intérêts pour retard de paiement, au taux et suivant les conditions prévues par cet accord-cadre.

3. La ministre adresse aux établissements hospitaliers une directive pour assurer l'application de la présente lettre d'entente.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 17

Relative aux circonstances justifiant la prévalidation des relevés d'honoraires

Les parties négociantes conviennent de ce qui suit :

La Régie apprécie un relevé d'honoraires avant d'en effectuer le paiement, dans les circonstances exceptionnelles suivantes :

a. le médecin spécialiste a cessé d'être détenteur d'un permis de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, est devenu désengagé ou non participant;

b. le médecin spécialiste a obtenu paiement d'un nombre important de relevés d'honoraires pour des soins médicaux qui ne sont pas assurés ou qu'il n'a pas fournis;

c. le médecin est décédé;

d. les honoraires du médecin font l'objet d'une saisie;

e. en ce qui concerne les honoraires dus avant la date de la faillite, dans le cas d'un médecin qui est en faillite;

f. le médecin qui a quitté le Québec ou il s'apprête à s'établir en dehors du pays.

En pareil cas, la Régie acquitte les relevés d'honoraires du médecin spécialiste après compensation de tout montant dont elle peut obtenir remboursement en vertu de l'Entente.

Le 6 mai 1988.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 21

Concernant les programmes de réadaptation et de soins à domicile de malades pulmonaires chroniques

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Le médecin pneumologue auquel un centre hospitalier confie la direction d'un programme de réadaptation et de soins à domicile de malades pulmonaires chroniques, est payé au tarif horaire pour sa participation au programme.

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité* ***004030*** *(Services cliniques),* ***004037*** *(Planification - programmation - évaluation) ou* ***004038*** *(Coordination).*

2. Le tarif horaire est de 130 $ l'heure.

3. Le médecin pneumologue ne peut demander paiement suivant le mode de l'acte pour les soins qu'il donne aux malades inscrits dans le programme.

4. Cette lettre d'entente prend effet le 1er juin 1988.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 25

Concernant les pratiques d'appoint des médecins spécialistes salariés

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. À titre exceptionnel, un médecin spécialiste qui, au 30 avril 1988, était salarié, peut se prévaloir de la tarification à l'acte pour des soins qu'il donne dans le même établissement de même que pour 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 dispensés dans le même établissement.

Ces soins et ces services doivent toutefois s'adresser à des patients traités en externe.

Le maximum de gains de pratique additionnels qu'il peut tirer de cette pratique d'appoint est de 25 000$ par année civile, à l'exclusion des services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail.

2. La présente lettre d'entente prend effet le 1er juin 1988.

À l'égard des gains de pratique additionnels, on ne tient pas compte des gains pour des prestations antérieures au 1er juin 1988.

MARC-YVAN CÔTÉ	**ROBERT MARIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 26

Concernant les renouvellements d'ordonnance pour le traitement d'une maladie chronique

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Aucune compensation n'est exigible d'un malade qui demande le renouvellement d'une ordonnance pour le traitement d'une maladie chronique.

2. Cette lettre d'entente est déclaratoire.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 28

Concernant la radio-oncologie

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. À compter du 1er septembre 1988, les soins de radio-oncologie sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 31

Prévoyant des dérogations au régime d'exclusivité de la tarification horaire

Vu l'article 2.1 de l'annexe 15,

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Les médecins désignés par les parties négociantes peuvent être payés selon le mode de l'acte pour des soins donnés le même jour dans l'établissement.

Toutefois, cette dérogation ne leur permet pas d'être payés selon le mode de l'acte pour le soin d'un malade à l'égard duquel ils touchent des honoraires horaires.

2. Les dérogations établies par la présente lettre d'entente ont effet au jour qu'indique l'avis d'autorisation de paiement au tarif horaire.

Signé à Québec, le 18e jour de janvier 2006.

PHILIPPE COUILLARD	**YVES DUDRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 34

Concernant le salariat

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Sont payés selon le mode du salariat, pour leur pratique en établissement, les médecins dont les noms suivent :

ANDRÉ TOURIGNY, médecin spécialiste en santé communautaire - 1er mars 1990

ODETTE LAPLANTE, médecin spécialiste en santé communautaire - 22 janvier 1996

PIERRE L. AUGER, médecin spécialiste en hématologie - 1er juillet 1998

2. Les autorisations de salariat prennent effet au jour indiqué au paragraphe 1 des présentes pour chacun des médecins concernés. Elles cessent à la date de réception par la Régie d'un avis écrit du médecin à l'effet qu'il désire abandonner ce mode de rémunération ou à toute autre date que le médecin indique dans cet avis, si cette date est postérieure à la date de réception de l'avis par la Régie.

La Régie expédie copie de cet avis du médecin aux parties négociantes.

Signé à Québec, le 8e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Lettre d'entente nº 35

Concernant des dérogations relatives au paiement du tarif horaire. Annexe 15

Vu l'article 7 de l'annexe 15.

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. À titre exceptionnel, donnent droit au paiement suivant le mode du tarif horaire :

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Dans la section des activités et des heures effectuées, inscrire :
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH*;*
- le code d'activité ***021059*** *(Évaluation en externe, au vu du dossier médical d'un malade) et le secteur de dispensation, si requis;*
- la durée de l'activité.
Sélectionner la plage horaire.

La fraction d'heure doit être inscrite en centième.

1.1 À l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré d'investigation externe, comportant un rapport au dossier médical du patient.

1.2 Au Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré d'investigation externe, comportant un rapport au dossier médical du patient.

1.3 Au CHUS - Hôpital Fleurimont : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré d'investigation externe, comportant un rapport au dossier médical du patient.

1.4 À l'IUCPQ : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de patients affectés d'insuffisance cardiaque, dans le cadre du programme structuré de clinique d'insuffisance cardiaque, comportant un rapport au dossier médical du patient.

1.5 Au CHUM : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré d'investigation externe, comportant un rapport au dossier médical du patient.

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de Septembre 2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D
Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *Voir les modalités de facturation dans la* Brochure nº 2.

LETTRE D'ENTENTE N° 36 *Abrogée par la Modification 116 en date du 24 juillet 2025*

CONCERNANT CERTAINS CLASSEMENTS EXCEPTIONNELS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

2. Les parties négociantes avisent la Régie des classements exceptionnels dont elles conviennent. Ceux-ci s'appliquent nonobstant toutes dispositions au contraire prévues à l'Entente.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____2007.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 38

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. La Régie effectue les précomptes que lui indiquent les parties négociantes.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 39

Concernant les dérogations recommandées par la corporation professionnelle des médecins du Québec suivant la clause 1.3 du tarif de la médecine de laboratoire

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Est adoptée la recommandation donnée le 12 avril 1988 par la Corporation professionnelle des médecins du Québec au sujet de certains examens d'immunologie pratiqués par le docteur Kirk Osterland à l'Hôpital Royal Victoria.

2. Est adoptée la recommandation donnée le 7 juillet 1989 par la Corporation professionnelle des médecins du Québec au sujet de certains examens d'immunologie pratiqués par le docteur Ronald Guttmann à l'Hôpital Royal Victoria.

MARC-YVAN CÔTÉ

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président

Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 40

Concernant la tarification horaire pour la clinique (Annexe 15), le week-end et les jours fériés dans les établissements des régions 10A et 10B

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **002064** ou **022064** (Services cliniques fournis les week-ends et les jours fériés).*

Inscrire dans la section RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- Autorisé à fournir des soins les week-ends et les jours fériés.

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

AVIS **:** *Tout médecin spécialiste se rendant dispenser des services dans un des établissements des régions visées par cette lettre d'entente est considéré agir comme consultant dans le cadre des missions du Grand-Nord.*

La région 10 A correspond maintenant à la région 17 : le Nunavik et la région 10 B correspond maintenant à la région 18 : Conseil Cri de la Santé et des services sociaux de la Baie-James.

MARC-YVAN CÔTÉ	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 41

Concernant la tarification de la culture d'épiderme pour les grands brulés

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

Le tarif horaire est de 130 $.

2. Sont visés les services suivants :

a. Service de base du laboratoire.

Le nombre maximal d'heures est de 10 par semaine, du dimanche au samedi.

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

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

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

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

c. Préparation des feuillets pour transplantation.

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

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

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

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

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

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 43

Concernant la banque d'yeux nationale

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Les médecins ophtalmologistes du CHUQ/Pavillon C.H. de l'Université Laval et du CHAUQ/Hôpital du Saint-Sacrement, chargés de la Banque d'yeux nationale, sont payés au taux horaire pour cette activité.

Le tarif horaire est de 130 $.

2. Sont ainsi payés au tarif horaire :

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

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **024030** (Services cliniques).*
Voir les modalités de facturation de l'annexe 15 à la Brochure nº 2.

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

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 44

Concernant la tarification de la médecine nucléaire in vivo

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 45

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 48

Concernant les frais techniques d'audiométrie payés par le médecin oto-rhino-laryngologiste, en centre hospitalier

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

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

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

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

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe (Lettre d'entente nº 48)

Docteurs Robert A. Bertrand et Armand Arsenault

Centre de santé Isle-Dieu - Matagami
Hôpital de Chibougamau

Docteurs Claude Bélanger, Ivan Landry et Serge Paradis

Hôpital Saint-Sauveur de Val d'or

Lettre d'entente nº 51

Concernant la chirurgie buccale et maxillo-faciale

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

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

MARC-YVAN CÔTÉ	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 52

Concernant certains médecins salariés

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

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

PHILIPPE COUILLARD, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Lettre d'entente nº 53

Concernant les missions sur les territoires de la Basse-Côte-Nord

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

Ils sont alors payés suivant ce tarif pendant toute la durée de leur séjour, les week-ends et les jours fériés compris -maximum 21 jours par trimestre et par discipline. On applique un tarif horaire de 130 $.

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

MARC YVAN-CÔTÉ	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 55

Concernant l'assurance responsabilité professionnelle

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

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

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

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

En foi de quoi, les parties ont signé à Montréal, ce 8e jour de mars 2000.

PAULINE MAROIS	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 56

Concernant la pratique au tarif horaire en temps partagé. Annexe 15

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Celui qui pratique au tarif horaire dans plus d'un établissement, est sujet au plafonnement établi par l'article 3 de l'annexe 15.

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

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

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

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

MARC-YVAN CÔTÉ	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 61 - *Abrogée en date du 1er décembre 2021 par la* Modification n° 102

CONCERNANT LA TARIFICATION DE CERTAINS SERVICES EN RADIOLOGIE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À compter du 1er mars 1992, l'acte radiologique de la mesure de la densité osseuse est facturé en utilisant le formulaire des visites.

2. À compter du 1er juillet 2001, les services radiologiques suivants sont facturés en utulisant le formulaire des visites :

pyélographie incluant la tomographie, le cas échéant (code **08181**);

phlébographie periphérique (code **08061**).

MARC-YVAN CÔTÉ	**ROBERT MARIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente n° 64

Concernant la rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes suivant la Loi sur la protection de la jeunesse

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Le médecin est rémunéré selon la tarification prévue à la présente lettre d'entente lorsqu'il est appelé à réaliser l'une des activités suivantes :

1.1 Évaluation d'un enfant et rapport

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

	En cabinet :	
09070	Prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	195 $
	En établissement :	
09071	Prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	161 $
	Supplément en cabinet ou en établissement :	
09073	Supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives)	57 $

1.2 Évaluation en vue de guider le tribunal sur une ordonnance

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin et ayant pour objet de guider le tribunal sur une ordonnance qu'il a à émettre dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse.

La tarification s'applique pour la préparation du dossier pour la cour, les discussions afférentes et, le cas échéant, la rédaction d'un rapport ou d'un supplément de rapport.

15260	Évaluation - Suite à une ordonnance de la cour	587 $

1.3 Évaluation au vu du dossier de l'enfant

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin au vu du dossier de l'enfant et ayant pour objet de guider les avocats, les enquêteurs ou les intervenants responsables avant la prise de décision à émettre dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse.

La tarification s'applique pour l'analyse du dossier et de la documentation soumise, les discussions afférentes et la rédaction d'un rapport.

15261	Évaluation - Au vu du dossier	293 $

AVIS **:** *Voir la section* La rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes suivant la Loi sur la protection de la jeunesse (Lettre d'entente n° 64) *sous l'onglet* B – Tarification des visites *du* Manuel des médecins spécialistes.

2. Le médecin qui est appelé à témoigner devant une cour ou un tribunal administratif afin de faire suite à un rapport d'évaluation a droit à une rémunération de 1 295 $ par demi-journée de disponibilité. Une demi-journée s'entend d'une période de trois heures et demie. Toute période d'activités moindre ou additionnelle est payée au prorata (acte 15262).

15262	Temps de vacation à la cour ou au tribunal	185 $ par demi-heure

AVIS **:** *Voir les codes de facturation à la section* La rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes suivant la Loi sur la protection de la jeunesse (Lettre d'entente nº 64) *sous l'onglet* B – Tarification des visites *du* Manuel des médecins spécialistes.

3. La rémunération prévue à la présente entente s'applique en sus de celle prévue à l'Accord-cadre, le cas échéant, pour l'examen de la personne visée.

4. Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente constitue une rémunération de base.

5. 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 de la présente lettre d'entente.

6. Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte, les activités médicales prévues à l'article 1.2 de l'annexe 38 comprennent également les activités d'évaluation visées aux articles 1.2 et 1.3 de la présente lettre d'entente, lesquelles peuvent alors être considérées dans le calcul de la période d'activités du médecin donnant droit au paiement d'un demi- *per diem* ou d'un *per diem*. Toutefois, ces activités d'évaluation sont alors sujettes à un supplément d'honoraire de 50 %.

AVIS **:** *Pour les activités d'évaluation rémunérées selon le mode de rémunération mixte, utiliser le code de facturation* ***065151***.

7. Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte, les activités médicales prévues à l'article 1.2 de l'annexe 38 comprennent également les activités de témoignage visées à l'article 2 de la présente lettre d'entente, lesquelles peuvent alors être considérées dans le calcul de la période d'activités du médecin donnant droit au paiement d'un demi- *per diem* ou d'un *per diem*. Toutefois, ces activités de témoignage sont alors sujettes à un supplément d'honoraires de 60 %.

AVIS **:** *Pour les activités de témoignage rémunérées selon le mode de rémunération mixte, utiliser le code de facturation* ***065150***.

8. Les activités prévues à la présente lettre d'entente et qui ne constituent pas des services assurés sont alors réputées être relatives 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.

9. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er mars 2011.

En foi de quoi, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2010.

YVES BOLDUC	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 66

Concernant les transplantations d'organes

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Des honoraires de 130 $ l'heure sont payés au médecin pour le temps qu'il consacre aux activités de préparation d'une transplantation d'organes.

2. Le médecin indique dans son relevé d'honoraires les activités de préparation qu'il a faites, en mentionnant leur durée respective.

3. Le médecin peut facturer selon le mode de l'acte pour des soins donnés à d'autres patients le même jour dans l'établissement.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **00510** et inscrire la durée de l'activité de préparation.*

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

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

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de décembre 1992.

MARC-YVAN CÔTÉ	**ROBERT MARIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 67

Concernant Pierre R. Laberge, médecin microbiologiste, Serge Breton, médecin psychiatre et Richard R. Jodoin, chirurgien plasticien

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Les journées de ressourcement acquises par le docteur Pierre R. Laberge, comme omnipraticien, avant qu'il n'entreprenne ses études de spécialité en microbiologie, lui sont reconnues.

2. Il en est de même des journées de ressourcement acquises par le docteur Serge Breton, comme omnipraticien avant qu'il n'entreprenne ses études de spécialité en psychiatrie.

3. Il en est également de même des journées de ressourcement acquises par le docteur Richard Jodoin, comme omnipraticien, avant qu'il n'entreprenne ses études de spécialité en chirurgie plastique. (rétroactivement au 1er octobre 1992).

4. Ces journées sont sujettes à l'article 3 de l'annexe 19. Rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

LUCIENNE ROBILLARD	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 70

Concernant la révision de la tarification

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

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

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 22e jour de mars 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Lettre d'entente nº 75

Concernant la rémunération dans certaines disciplines au centre hospitalier Lac-Mégantic

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

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

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

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

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. En plus de ce qu'il a droit en vertu de l'Entente, le médecin spécialiste en médecine interne, en chirurgie générale et en obstétrique-gynécologie a également droit à un forfait quotidien de 72 $ en semaine (à l'exception des jours fériés) et de 44 $ le week-end ou un jour férié.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et inscrire* :
- le code de facturation ***09891*** *(forfait en semaine à l'exception des jours fériés);* ***ou***
- le code de facturation ***09892*** *(forfait le week-end ou un jour férié). Le rôle 1 est obligatoire.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

2.1 Il a droit à un forfait de 211 $ pour chaque période de six (6) jours consécutifs au cours desquels il assume la prestation de soins;

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et le code de facturation* ***09893****.*
- Facturer le forfait le 6e jour de la dispensation des services.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis

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

AVIS **:** *Pour tout déplacement de 40 kilomètres et plus (distance unidirectionnelle), voir l'article 1 de l'annexe 23 du* Manuel des médecins spécialistes.

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

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de décembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE Nº 76 : Abrogée en date du 1er juillet 2023 par la Modification nº 107

CONCERNANT LA NOUVELLE SPÉCIALITÉ D'ONCOLOGIE-MÉDICALE

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

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

PAULINE MAROIS	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 78

Concernant le paiement de la prime de revalorisation en pédiatrie

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

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

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

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

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

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

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour d'août 1995.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lettre d'entente nº 83

Concernant l'instauration de nouveaux programmes

Considérant que le Ministre de la Santé et des Services sociaux a pour fonctions d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives à la santé et aux services sociaux;

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

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

Considérant que la rémunération des services rendus par les médecins spécialistes, dans le cadre des programmes dont l'administration est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec, est assumée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée;

Les parties conviennent, de discuter de l'impact de tout nouveau programme institué par la loi ou le gouvernement dont l'administration est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre et des mesures à prendre.

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

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 1er octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Lettre d'entente nº 84

Concernant l'impact des transformations du réseau hospitalier sur la pratique médicale

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

Vu la transformation du réseau hospitalier;

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

Attendu que le Ministre de la Santé et des Services sociaux, reconnaît que la reconfiguration du réseau de la santé implique la participation des cabinets privés;

Attendu que la Fédération des médecins spécialistes du Québec, s'engage à participer au virage ambulatoire et à l'implantation de la chirurgie d'un jour et de l'hôpital d'un jour;

À cette fin, les parties conviennent :

1. D'apporter les aménagements nécessaires à la tarification des services rendus par les médecins spécialistes pour ajuster la rémunération de certains actes à la réalité du virage ambulatoire, à la chirurgie d'un jour et à l'hôpital d'un jour.

2. De favoriser la mise en place de réseaux de services et de réseaux de garde régionaux et supra-régionaux.

3. De réviser les modes d'organisation et de dispensation des services médicaux et les modes de rémunération des médecins spécialistes afin d'en assurer la flexibilité et l'interchangeabilité ainsi que l'accessibilité des services à la population.

4. De mettre en place des mesures visant à permettre, par exemple par la voie de contrats de services, une meilleure complémentarité entre les établissements et les cabinets privés en vue d'assurer la continuité des soins spécialisés et leur accessibilité.

5. De discuter des mesures à prendre dans l'éventualité d'un transfert des activités hospitalières vers les cabinets privés.

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 1er octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Lettre d'entente nº 86

Considérant l'assurance responsabilité professionnelle

Considérant que la Fédération des médecins spécialistes du Québec a déclaré son intérêt pour l'instauration d'une mutuelle de protection des médecins à l'égard de la responsabilité professionnelle qu'ils peuvent encourir dans l'exercice de leur profession;

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

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

Les parties conviennent :

1. De poursuivre l'évaluation de la faisabilité et de la rentabilité de l'instauration d'un tel projet dans la perspective de son implantation dans les meilleurs délais.

2. Cette évaluation portera notamment sur l'instauration de modalités administratives qui détermineront à l'égard d'une réclamation ou d'un litige, les responsabilités respectives des établissements ou de la mutuelle de protection permettant ainsi de réduire les coûts du règlement de ces litiges.

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 1er octobre 1995.

JEAN ROCHON	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 87

Concernant l'application de l'article 2 de l'accord-cadre relativement à l'utilisation de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

Les parties conviennent que :

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

a) Les services rendus par les médecins spécialistes dans le cadre des lettres d'entente n^{os} , 6 et 62.

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

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

c) Abrogé en date du 1er avril 2015.

d) Les autopsies.

e) Les activités des médecins spécialistes reliées au programme relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé et, le cas échéant, au programme relatif à la rémunération de certaines fonctions de gestion assumées par les médecins spécialistes en établissement.

2. La rémunération des médecins à qui le Collège des médecins du Québec décerne un permis restrictif après le 1er avril 1995 n'est pas considérée aux fins de la détermination de tout dépassement ou non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre.

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

En foi de quoi, les parties ont signé À Québec, ce 1er octobre 1995.

JEAN ROCHON	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 88

Concernant la diminution volontaire du niveau d'activité pour les médecins spécialistes

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

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

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

Les parties conviennent de ce qui suit :

Le Ministe de la Santé et des Services sociaux reconnaît la notion de demi-poste aux fins de l'élaboration et de l'application des plans d'effectifs médicaux. Le Ministre adopte les mesures nécessaires afin d'assurer la reconnaissance de cette notion dans le réseau.

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, le 1er octobre 1995.

JEAN ROCHON	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 102

Concernant la prestation de soins au sein de certains centres hospitaliers en pénurie grave d'effectifs

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

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

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

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

Médecin établi

2. Un médecin établi est celui qui exerce de façon régulière et continue dans une installation visée et non dans un contexte d'itinérance.

Le montant forfaitaire pouvant être réclamé par ce médecin est de 190 $ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans une discipline et de 190 $ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans une discipline.

Médecin remplaçant ou en support

3. Un médecin remplaçant ou en support est celui qui, dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de services), accepte de se rendre dans une installation visée afin de participer à la prestation des soins dans une discipline.

Le montant forfaitaire pouvant être réclamé par ce médecin est de 443 $ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans une discipline et de 190 $ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans une discipline.

4. Le médecin doit s'assurer auprès de son installation que cela n'entraînera pas de problèmes de disponibilité au sein de son installation.

5. Afin de permettre, à la Régie notamment, de déterminer si un médecin exerce de façon régulière et continue dans une installation ou plutôt dans un contexte d'itinérance, l'installation faisant appel à ce médecin devra transmettre à la Régie un avis de service indiquant notamment si le médecin est établi, remplaçant ou en support.

AVIS **:** *L'installation doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence - Médecins Spécialistes *(3121), en indiquant l'information concernant les médecins, le type de nomination ainsi qu ela période visée par la désignation*.

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

7. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente et comprenant notamment les installations et disciplines visées, le type de montant forfaitaire applicable, le nombre maximum de montants forfaitaires mentionnés à l'alinéa 3 pouvant être versés par discipline au cours d'une journée ainsi que les dates d'application. Les avantages qu'elle confère sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte, entre autres, des effectifs disponibles dans les disciplines visées.

8. La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes.

En foi de quoi, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de _____ 2025.

CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la* Lettre d'entente nº 102 *est disponible sur le site Web de la Régie*.

Tableau des codes de facturation et des tarifs

	Article 2		Article 3	
	Fin de semaine / Jour férié	**Jour de semaine non férié**	**Fin de semaine / Jour férié**	**Jour de semaine non férié**
Disciplines	**Tarif 190 $**	**Tarif 190 $**	**Tarif 190 $**	**Tarif 443 $**
Anatomo-pathologie	19115	19116	19113	19114
Anesthésiologie	09834	09835	09832	09833
Cardiologie	09748	09749	09746	09747
Chirurgie générale	09701	09703	09700	09702
Chirurgie orthopédique	19094	19096	19093	19095
Chirurgie plastique	42304	42305	42306	42307
Chirurgie vasculaire	42312	42313	42314	42315
Génétique	42371	42372	42373	42374
Hématologie / Oncologie médicale	19024	19026	19023	19025
Médecine / Garde multidisciplinaire	19010	19012	19009	19011
Médecine interne	09716	09717	09714	09715
Microbiologie médicale et infectiologie	19614	19615	19616	19617
Neurologie	19460	19462	19459	19461
Obstétrique-gynécologie	09764	09765	09762	09763
Ophtalmologie	19875	19877	19874	19876
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	42280	42281	42282	42283
Pédiatrie	09740	09741	09738	09739
Pneumologie	42440	42441	42442	42443
Psychiatrie (adulte)	19692	19694	19691	19693
Psychiatrie (pédopsychiatrie)	09760	09761	09758	09759
Radiologie diagnostique	09712	09713	09710	09711
Radiologie diagnostique (échographie PQDCS)	19771	19773	19770	19772
Urologie	19019	19020	19021	19022

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et le code de facturation approprié.*

Le rôle 1 est obligatoire avec l'un de ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Lettre d'entente nº 107

Concernant le programme québécois de dépistage du cancer du sein

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Services médicaux

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

2. Supplément

2.1 Un supplément de 7,90 $ est versé au médecin radiologiste pour chaque mammographie de dépistage effectuée en cabinet privé dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein, au titre des frais qu'il doit encourir en raison de certaines normes et exigences spécifiques de ce programme.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***08081*** *à la section* Mammographie *de l'onglet* V - Radiologie diagnostique *du Manuel des médecins spécialistes*.

3. Évaluation et financement

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

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

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

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

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

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

4. Suivi

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

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

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de mai 1998.

JEAN ROCHON	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 110

Concernant la participation des médecins spécialistes en endocrinologie aux tests de dosages hormonaux

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

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

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

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Les médecins spécialistes en endocrinologie qui participent aux tests de dosages hormonaux effectués en laboratoire sont rémunérés sur une base forfaitaire.

2. Pour chaque trimestre d'une année civile, les parties négociantes transmettent à la Régie de l'assurance maladie du Québec la liste des médecins spécialistes en endocrinologie participant aux tests de dosages hormonaux effectués en laboratoire, ainsi que la rémunération devant être versée à chacun d'eux pour cette participation.

3. Aucune autre rémunération que celle prévue à la présente lettre d'entente ne peut être versée à ces médecins spécialistes en endocrinologie pour leur participation aux activités de dosages hormonaux effectuées en laboratoire.

4. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er octobre 1997 à l'exception de l'article 3 qui ne s'applique qu'à compter du 1er avril 1998.

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour du mois de juin 1998.

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

JEAN ROCHON	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 112

Concernant la prestation de soins dans certaines disciplines et installations visées

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui participe dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de services) à la prestation des soins dans une discipline et une installation visée.

2. Ce montant forfaitaire est de 215 $ par jour, la semaine, le week-end et les jours fériés. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'entente, pour chaque jour où ce médecin dispense des soins ou assume la garde dans une installation visée.

Article 3 abrogé par la Modification 116 en date du 24 juillet 2025.

3. Seul le médecin assurant une prestation continue des soins dans une installation visée et ayant été reconnu comme tel par les parties négociantes peut se qualifier au titre du paiement du montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente.

3. Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'une installation visée. Toutefois, lorsque les circonstances le justifient, les parties négociantes peuvent permettre dans les cas qu'elles déterminent le paiement de plus d'un montant forfaitaire par jour.

4. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente et comprenant notamment les installations et disciplinesvisées, le nombre maximum de montants forfaitaires applicables par jour, ainsi que les dates d'application. Les avantages conférés par la présente lettre d'entente sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte, entre autres, des effectifs disponibles dans les disciplines visées.

L'installation transmet à la Régie un avis de service pour le médecin qui participe dans un contexte d'itinérance à la prestation des soins dans une discipline et une installation visée.

> ***AVIS*** **:** *L'installation doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence - Médecins Spécialistes *(3121), en indiquant l'inforomation concernant les médecins, le type de nomination ainsi qu ela période visée par la désignation.*

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

En foi de quoi, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____2019.

DANIELLE McCANN	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre	Présidente
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la* Lettre d'entente nº 112 *est disponible sur le site Web de la Régie.*

Tableau des codes de facturation et des tarifs

Spécialités	Montant forfaitaire quotidien en semaine, le week-end et les jours fériés Codes de facturation 215 $
Anatomo-pathologie	**19028**
Anesthésiologie	**09843**
Cardiologie	**19032**
Chirurgie cardiaque	**19618**
Chirurgie générale	**09844**
Chirurgie orthopédique	**09775**
Chirurgie thoracique	**19774**
Dermatologie	**19104**
Endocrinologie	*19689*
Gastro-entérologie	**19046**
Génétique médicale	**19775**
Gériatrie	**19045**
Hématologie/Oncologie médicale	**19035**
Médecine/Garde multidisciplinaire	**09704**
Médecine interne	**19031**
Microbiologie médicale et infectiologie	**19842**
Néphrologie	**19776**
Neurochirurgie	**19690**
Neurologie	**19027**
Obstétrique-gynécologie	**09771**
Ophtalmologie	**19013**
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	**19795**
Pédiatrie	**09699**
Pédopsychiatrie	**19077**
Pneumologie	**09721**
Psychiatrie	**09846**
Radiologie diagnostique	**09845**
Radio-oncologie	**19006**
Rhumatologie	**19796**

Urologie	**19882**

AVIS **:** *Pour la facturation des codes de facturation précités, utiliser la* Facture de Services médicaux - Médecins spécialistes.

Le rôle 1 est obligatoire avec l'un de ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Lettre d'entente nº 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 d e _____ 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

Lettre d'entente nº 121

Concernant l'implantation du mode de rémunération mixte

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

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

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

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

En foi de quoi, les parties ont signé à Québec, ce 10 décembre 1999.

PAULINE MAROIS	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Lettre d'entente nº 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 190 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 570 $, 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 du prétraitement et de l'admissibilité de la Régie en remplissant le formulaire* Avis de remplacement, de désignation en support, en pool de service ou en urgence – Médecins spécialistes *(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.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *Consulter la liste des établissements et disciplines visés par la* Lettre d'entente nº 122 *à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Tableau des codes de facturation et des tarifs

Discipline	Fin de semaine et jour férié				Jour de semaine non férié			
	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	
	570 $	698 $	570 $	698 $	190 $	254 $	190 $	254 $
Anesthésiologie		19377		19378		19379		19380
Angioradiologie	19633		19634		19635		19636	
Chirurgie cardiaque	19029		19030		19033		19034	
CCVT - Cardiaque	42296		42297		42298		42299	
CCVT - Thoracique	42308		42309		42310		42311	
Chirurgie générale		19381		19382		19383		19384
Chirurgie orthopédique	19393		19394		19395		19396	
Chirurgie plastique	42300		42301		42302		42303	
Chirurgie vasculaire	19401		19402		19403		19404	
Gastro-entérologie	19109		19110		19111		19112	
Génétique	42375		42376		42377		42378	
Gériatrie	19437		19438		19441		19442	
Hématologie-oncologie	19373		19374		19375		19376	
Médecine interne		19397		19398		19399		19400
Microbiologie médicale et infectiologie	19843		19844		19845		19846	
Néphrologie	19451		19452		19453		19454	
Neurologie	19641		19642		19643		19644	
Obstétrique-gynécologie		19389		19390		19391		19392
Ophtalmologie	19878		19879		19880		19881	
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	19847		19848		19849		19859	
Pédiatrie		19385		19386		19387		19388
Pneumologie	19117		19118		19121		19122	
Psychiatrie		19620		19621		19622		19623

Radiologie	**19369**		**19370**		**19371**		**19372**	
Urologie	**19100**		**19101**		**19102**		**19103**	

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et l'un des codes de facturation précités.*

Le rôle 1 est obligatoire avec l'un de ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

AVIS : *Pour savoir si le paiement du supplément de garde est limité aux médecins remplaçants ou en support dans un établissement, consulter la liste des établissements et disciplines à la page* Listes de désignations et listes de garde.

LETTRE D'ENTENTE Nº 125

CONCERNANT LE DOCTEUR PAUL L'ESPÉRANCE, PSYCHIATRE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Nonobstant l'article 1.1 de l'Addendum 11 - Épreuves de fonctions respiratoires, le Dr Paul L'Espérance a le droit d'être rémunéré pour la prestation des services médicaux d'étude de l'apnée nocturne (codes **08472**, **08473**, **08474** et **08475**) au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

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

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

PAULINE MAROIS	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 128

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payable au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie dans un établissement désigné par les parties négociantes.

2. Le supplément de garde en disponibilité à distance est de 126 $ un jour de semaine et de 254 $ pour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

3. Un seul supplément de garde est payable par jour par établissement. Toutefois, il n'est pas payable pour un établissement visé, au cours d'une journée où un supplément de garde prévu à l'annexe 25 est payé pour cet établissement, dans la même discipline ou secteur d'activité.

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

5. 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, peut également réclamer le paiement d'un supplément de garde à distance prévu à la présente lettre d'entente lorsqu'il assume en plus, au cours de cette journée, la garde à distance dans un établissement visé. Toutefois, ce dernier supplément est alors payé à 50 %.

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

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

FRANÇOIS LEGAULT	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la* Lettre d'entente nº 128 *est disponible sur le site Web de la Régie.*

TABLEAU DES CODES DE FACTURATION ET DES TARIFS

Spécialité	*Week-end et jour férié*	*les autres jours*
	Code de facturation 254 $	***Code de facturation 126 $***
Forfaits réclamés seuls		
Radiologie	***09774***	***09773***
	Code de facturation 127 $	***Code de facturation 63 $***
Forfaits réclamés avec un forfait de l'annexe 25		
Radiologie	***19341***	***19340***

AVIS **:** *Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu à partir duquel la garde est effectuée.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

- *le type de référence du lieu* **Lieu pour lequel la garde à distance est effectuée (LE 128)***;*
- *le numéro de l'établissement pour lequel la garde à distance est effectuée.*

LETTRE D'ENTENTE N° 129

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied un comité permanent de gestion des effectifs médicaux spécialisés composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins spécialistes de diverses disciplines qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité en raison de leur expertise.

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

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

i) Il évalue les besoins en effectifs médicaux spécialisés et donne son avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et post-doctorale en médecine;

ii) Il évalue et donne son avis sur les plans d'organisation des établissements, les plans régionaux d'effectifs médicaux et les plans d'organisation des services relatifs aux médecins spécialistes;

iii) Il identifie les besoins prioritaires en effectifs médicaux spécialisés et définit les objectifs de répartition;

iv) Il donne son avis sur l'organisation des services médicaux spécialisés;

v) Il donne son avis sur tout projet concernant la prestation de services médicaux spécialisés;

vi) Il donne son avis sur les demandes d'allocation de fin de carrière qui lui sont présentées par le comité conjoint prévu à l'annexe 36.

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

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

i) La révision de certains plans d'organisation d'établissements, de plans régionaux d'effectifs médicaux et de plans d'organisation des services relatifs aux médecins spécialistes;

ii) L'instauration de mesures incitatives de rémunération visant l'installation de médecins ou la desserte intrarégionale ou interrégionale dans certains établissements;

iii) La conclusion d'ententes de services interétablissements;

iv) La conclusion d'ententes de services entre un établissement et un cabinet affilié de médecins spécialistes.

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

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

PAULINE MAROIS	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 130

CONCERNANT LES CABINETS PRIVÉS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

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

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

PAULINE MAROIS	**PIERRE GAUTHIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 132

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

CONSIDÉRANT la contribution des médecins spécialistes en chirurgie générale afin d'assurer la continuité des services d'urgences gynéco-obstétricales dans certains établissements;

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de favoriser davantage cette contribution, notamment en facilitant la poursuite d'une formation spécifique pour les médecins spécialistes en chirurgie générale tel que prévu à la Lettre d'entente nº 152;

CONSIDÉRANT l'importance d'assurer la rémunération de cette tâche additionnelle pour les médecins spécialistes en chirurgie générale.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payable en semaine, les week-ends et les jours fériés au médecin spécialiste en chirurgie générale qui assume une garde spécifique en urgences gynéco-obstétricales dans un établissement désigné.

2. Le supplément de garde en disponibilité est de 400 $ par jour.

3. Un seul supplément de garde spécifique pour les urgences gynéco-obstétricales est payable par jour, par établissement.

De plus, un supplément de garde prévu à la présente lettre d'entente ne peut être réclamé, pour un établissement désigné, au cours d'une journée où un supplément de garde en obstétrique gynécologie est réclamé pour cet établissement.

4. Lorsqu'un supplément de garde est payable en chirurgie générale dans un établissement, le médecin spécialiste en chirurgie générale y a également droit, s'il assume la garde dans sa discipline en plus d'assurer la garde spécifique en urgences gynéco-obstétricales.

5. Les établissements visés sont désignés par les parties négociantes.

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

AVIS* : *RÉGIONS ET ÉTABLISSEMENTS

01 - Bas-Saint-Laurent

CH de Matane
CH d'Amqui
CH Notre-Dame-du-Lac
Centre Notre-Dame-de-Fatima

02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean

Hôtel-Dieu de Roberval
Centre Maria-Chapdelaine - Centre de service Dolbeau

03 - Québec

CH Saint-Joseph de La Malbaie

04 - Mauricie/Centre-du-Québec

CSSS du Haut-Saint-Maurice

05 - Estrie

CSSS du Granit - Point de service Lac-Mégantic

07 - Outaouais

CH du Pontiac

08 - Abitibi-Témiscamingue

CH La Sarre Pavillon Sainte-Famille

09 - Côte-Nord

Hôpital de Sept-Îles (1er janvier au 31 décembre 2025)

10 - Nord-du-Québec

Centre de santé de Chibougamau

11 - Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine

CH Baie-des-Chaleurs
Hôpital des Monts
Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé

12 - Chaudière-Appalaches

Hôtel-Dieu de Montmagny
Hôpital de Thetford Mines

15 - Laurentides

CH Laurentien
Centre de Mont-Laurier/Centre de l'Annonciation

16 - Montérégie
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins

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

PHILIPPE COUILLARD, M.D.	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES DE FACTURATION ET DES TARIFS

Spécialité	***Garde 24 heures tous les jours***
	Code de facturation ***400 $***
Chirurgie générale	***19076***

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

LETTRE D'ENTENTE N° 133

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

i) Il a droit à un forfait de 776 $ pour chaque période de trois (3) jours consécutifs, du lundi au vendredi, au cours de laquelle il dispense des soins et pour chaque période de deux (2) jours consécutifs, la fin de semaine, au cours de laquelle il dispense des soins;

ii) Lorsque le médecin qui se rend dans un établissement visé est retenu en raison de problèmes de transport qui entravent son retour à son établissement principal, il a droit à un forfait de 776 $ pour chaque jour, du lundi au vendredi, pendant lequel il est ainsi retenu.

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

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

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

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

RÉMY TRUDEL	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

TABLEAU DES CODES DE FACTURATION ET DES TARIFS

Forfaits en semaine incluant les jours fériés	
Paragraphe 1i)	***Paragraphe 1ii)***
776 $	***776 $***
Code de facturation	***Code de facturation***
09724	***09725***

Forfait le week-end
Paragraphe 1i)
776 $
Code de facturation
09999

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et facturer* :
- le forfait **09724** *le 3e jour de la dispensation des soins*;
- le forfait **09999** *le 2e jour de la dispensation des soins*.
Le rôle 1 est obligatoire avec les codes de facturation **09724, 09725** ***ou*** **09999.**
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

LETTRE D'ENTENTE N° 142

CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX ET LA RÉPARTITION DES EFFECTIFS MÉDICAUX

CONSIDÉRANT l'adoption de la Loi 142;

CONSIDÉRANT les dispositions de cette loi concernant les médecins spécialistes, lesquels appellent à la négociation d'une entente entre les parties pour leur application;

CONSIDÉRANT que la Fédération a rejeté le recours à ces mesures pour la médecine spécialisée ;

CONSIDÉRANT que la Fédération souscrit toutefois à l'objectif de favoriser une meilleure accessibilité aux soins pour la population québécoise et une répartition adéquate des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire ;

CONSIDÉRANT que le ministre de la Santé et des Services Sociaux est disposé à considérer l'introduction d'autres mesures afin de favoriser l'atteinte de ces objectifs;

CONSIDÉRANT le projet de renouvellement de l'Accord-cadre déposé par la Fédération le 14 mars 2002 et les mesures qui y sont avancées pour favoriser l'atteinte de ces objectifs;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de la Lettre d'entente n° 129, les parties ont mis en place le comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés afin de mettre à profit l'expertise des médecins spécialistes dans la détermination des mesures propres à favoriser l'atteinte de ces objectifs;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de s'entendre sur les moyens à mettre en œuvre afin d'y parvenir;

AFIN DE FAVORISER UNE RÉPARTITION ADÉQUATE DES EFFECTIFS MÉDICAUX ET L'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ POUR LA POPULATION, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'abroger, à compter du 1er juin 2003, l'annexe 34 de l'Accord-cadre concernant les mesures de rémunération progressive. Toutefois, le comité conjoint constitué en vertu de cette annexe peut faire une recommandation quant aux demandes de reconnaissance qui couvrent une période antérieure à cette date.

2. De consacrer une enveloppe budgétaire récurrente de 22 M$ afin d'introduire, à compter du 1er octobre 2003, une nouvelle grille de rémunération majorée en régions périphériques, intermédiaires et éloignées. Les parties s'engagent à finaliser cette grille d'ici au 1er mars 2003.

3. De consacrer une enveloppe budgétaire récurrente de 3 M$ à compter du 1er avril 2003 afin de favoriser la conclusion d'ententes de services pour la couverture continue des soins dans certaines spécialités et établissements des régions.

4. De réaffirmer l'importance du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés institué en vertu de la lettre d'entente no 129 afin de planifier les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire.

5. De confier au comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés le mandat de:

- Réexaminer, d'ici le 10 mai 2003, les plans régionaux d'effectifs médicaux établis pour la période 2003-2004 en vue d'y apporter les améliorations possibles;
- Examiner la question de l'apport des cliniques privées et de leur complémentarité dans la poursuite des objectifs en matière d'accessibilité et de répartition;
- Amorcer les travaux sur la confection des plans régionaux pour la période 2004-2006 et faire les recommandations appropriées au ministre.

6. Les parties reconnaissent qu'afin d'assurer la bonne marche des travaux du comité de gestion des effectifs médicaux, il importe que celui-ci puisse disposer des moyens nécessaires à la poursuite de ses fins et les parties conviennent à cet effet de lui octroyer les ressources requises pour la réalisation de son mandat.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 143

CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN COMITÉ SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

CONSIDÉRANT qu'il est primordial de favoriser la qualité des soins dispensés à la population et d'améliorer l'accessibilité aux services;

CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes québécois doivent pouvoir disposer de conditions d'exercice adéquates pour exercer leur profession et répondre aux besoins de leurs patients;

CONSIDÉRANT que les conditions d'exercice impliquent l'accès à des ressources adéquates au plan humain, matériel et financier;

CONSIDÉRANT que la qualité des conditions d'exercice a une incidence sur les conditions de prestation des soins aux patients, sur l'organisation du travail des médecins et sur le niveau de rétention et de recrutement de médecins spécialistes au Québec;

CONSIDÉRANT que le ministre de la Santé et des Services Sociaux convient de mettre en place, compte tenu des ressources disponibles, les mesures propres à l'amélioration des conditions d'exercice des médecins spécialistes;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité paritaire sur les conditions d'exercice des médecins spécialistes composé de représentants du ministère de la Santé et des Services Sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Un observateur en provenance du Collège des médecins du Québec participe également aux travaux du comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins spécialistes de diverses disciplines ainsi que des représentants des établissements du réseau qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité. Il peut à cette fin constituer des groupes de travail et leur confier des mandats spécifiques.

2. Le comité sur les conditions d'exercice a pour mandat de favoriser l'amélioration des conditions d'exercice des médecins spécialistes, et ce afin de favoriser la qualité des soins et d'améliorer leur accessibilité pour la population.

À cette fin, le comité identifie les problèmes reliés aux conditions d'exercice des médecins spécialistes, autant sur un plan local, régional que provincial, en fait l'analyse et formule des recommandations quant aux correctifs à apporter.

3. Le comité peut également donner des avis sur toutes questions relatives à l'organisation du travail ou aux conditions d'exercice des médecins spécialistes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE N° 144

CONCERNANT LA GESTION DE FIN DE CARRIÈRE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

CONSIDÉRANT l'introduction en 1995 d'un programme d'allocation de fin de carrière pour les médecins spécialistes québécois;

CONSIDÉRANT la fin du programme d'allocation de fin de carrière au 31 mars 2002;

CONSIDÉRANT que depuis cette date les médecins spécialistes ne bénéficient plus de modalités particulières de gestion de fin de carrière;

CONSIDÉRANT la Lettre d'entente n° 85;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir le statut de travailleur autonome des médecins spécialistes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'ici au 31 mars 2003, la Fédération déposera à la table de négociation, à laquelle se sera joint un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor, ses orientations en matière de gestion de la fin de carrière des médecins spécialistes.

2. Dans les 90 jours de ce dépôt, les représentants du ministère de la Santé et des Services Sociaux et du Secrétariat du Conseil du trésor procéderont à l'analyse des orientations déposées par la Fédération et feront part de leur position.

3. Par la suite, les parties entameront des pourparlers en vue d'en arriver à la conclusion d'une entente applicable à compter du 1er avril 2004.

Dans le cadre de ces pourparlers, les parties pourront convenir de procéder aux divers travaux ou études susceptibles de les éclairer dans leur négociation.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

YVES DUGRÉ, M.D.

Président

Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 146

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

CONSIDÉRANT la politique de rémunération du gouvernement;

CONSIDÉRANT que le gouvernement a la responsabilité d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel afin de permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé;

CONSIDÉRANT qu'à cet égard, les comparaisons et les écarts de rémunération avec les autres provinces doivent être pris en considération;

CONSIDÉRANT que le gouvernement et la Fédération reconnaissent l'existence d'écarts entre les rémunérations des médecins spécialistes québécois et celles de leurs collègues des autres provinces mais qu'ils ne s'entendent pas sur l'ampleur des écarts à corriger;

CONSIDÉRANT que les comparaisons de rémunération et leur interprétation exigent la prise en compte d'une multitude de facteurs techniques, économiques et sociaux;

CONSIDÉRANT qu'en dépit de l'incertitude sur l'ampleur des écarts à corriger, le gouvernement a accepté de procéder, à compter du 1er avril 2003, à un redressement de la rémunération des médecins spécialistes par le biais de l'introduction des mesures identifiées à l'article 9 du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS/FMSQ pour les années 1999-2000 à 2003-2004;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité d'étude sur la rémunération des médecins spécialistes dont le mandat consiste à comparer la rémunération des médecins spécialistes québécois par rapport à celle de leurs confrères des autres provinces et à déterminer l'ampleur des écarts de rémunération.

Dans le cadre de son analyse, le comité tient compte de l'ensemble des facteurs pertinents à la comparaison de la rémunération des médecins spécialistes et à la détermination des écarts de rémunération.

2. Ce comité est composé des personnes suivantes :

- Un expert indépendant pouvant, de par ses connaissances dans ce domaine, contribuer à faciliter la réalisation du mandat du comité, et choisi par les parties négociantes;
- Des représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec;
- Des représentants du ministère de la Santé et des Services Sociaux; et
- Un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor.

3. Les parties nomment madame Diane Marleau afin d'agir comme expert indépendant et conviennent d'assumer à part égale le paiement de ses honoraires.

4. Afin de permettre au comité d'étude sur la rémunération d'accomplir son mandat avec compétence et célérité, les parties conviennent de retenir les services de l'Institut canadien d'information sur la santé ou, à défaut, de tout autre expert, afin de colliger et de fournir aux membres du comité l'ensemble des données pertinentes à la comparaison de la rémunération des médecins spécialistes québécois avec celle de leurs confrères des autres provinces et à la détermination des écarts de rémunération qui prévalent. Les coûts reliés à l'obtention de ces services sont assumés à part égale par les parties négociantes.

Les parties conviennent d'octroyer les mandats à ce titre de façon à ce que l'ensemble des données pertinentes soit colligé et fourni au plus tard le 31 mai 2003.

5. Les travaux du comité d'étude sur la rémunération doivent être complétés au plus tard le 31 octobre 2003. Le comité remet aux parties négociantes un rapport faisant état de ses conclusions.

6. Une fois saisies des résultats des travaux du comité d'étude, les parties entreprennent des pourparlers en vue de conclure une entente sur les écarts de rémunération à corriger et l'échéancier de ces correctifs, lequel ne peut s'étendre sur une période de plus de quatre ans à moins que les parties en conviennent autrement

7. En tout temps, si une des parties le souhaite, un médiateur pourra être nommé afin de leur permettre d'en arriver à une entente. Les honoraires du médiateur sont assumés à part égale par les parties.

Le médiateur fera rapport aux parties, traduisant le résultat de son intervention auprès des parties en indiquant les sujets d'ententes et de mésententes et toutes autres conclusions qu'il juge raisonnables. Le médiateur peut faire des recommandations aux parties; ces recommandations ne lient pas les parties.

8. Le gouvernement s'engage à corriger les écarts reconnus par les parties afin d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé.

Ces correctifs s'appliquent à compter du 1er avril 2004 et par la suite au 1er avril de chaque année qui suit, selon l'ampleur de l'écart à être corrigé et l'échéancier convenu entre les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 147

CONCERNANT LES ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES EFFECTUÉES AU CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La tarification prévue à l'**ADDENDUM 9 - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES** de l'annexe 7 s'applique aux épreuves cardiologiques effectuées au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er juillet 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2003.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 152

CONCERNANT LA POURSUITE DE STAGES DE FORMATION OU DE PERFECTIONNEMENT EN URGENCES GYNÉCO-OBSTÉTRICALES DE BASE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

CONSIDÉRANT la nécessité pour certains centres hospitaliers d'avoir accès aux ressources de médecins spécialistes pour la pratique des urgences gynéco-obstétricales de base;

CONSIDÉRANT le support pouvant être offert par les médecins spécialistes en chirurgie générale pour la pratique des urgences gynéco-obstétricales de base dans certains centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT l'opportunité de favoriser la formation ou le perfectionnement de médecins spécialistes en chirurgie générale pour la pratique des urgences gynéco-obstétricales de base afin d'offrir un tel support.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin spécialiste en chirurgie générale qui effectue un stage de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 889 $ pour chaque journée au cours de laquelle il effectue un tel stage de formation ou de perfectionnement.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19054****.*
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2. Le médecin qui réclame le paiement de ce montant forfaitaire au cours d'une journée de formation ou de perfectionnement ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.

AVIS **:** *Pour les services facturés la même journée que le forfait, indiquer l'heure de début du service.*

3. Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'effectuer un stage de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales a également droit au paiement de ses frais de déplacement, de la façon prévue à l'annexe 23 de l'Accord-cadre. Le médecin visé par les dispositions de l'article 3.1 de l'annexe 19 peut également tirer avantage des bénéfices prévus aux alinéas 3.4 (ii) et (iii) de l'annexe 19.

4. De plus, le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie qui dispense la formation en urgences gynéco-obstétricales de base à un médecin spécialiste en chirurgie générale a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 323 $ pour chaque période de sept heures au cours de laquelle il dispense cette formation. Toute période moindre est payée au prorata du nombre d'heures de formation dispensée. Ce montant forfaitaire lui est versé en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'Entente.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19075** et la durée de dispensation de la formation.*
Le rôle 1 doit obligatoirement être utilisé avec ce code.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5. Pour bénéficier des mesures prévues à la présente lettre d'entente, les médecins spécialistes en chirurgie générale ou en obstétrique-gynécologie doivent être désignés par les parties négociantes. De plus, les médecins spécialistes en chirurgie générale doivent poursuivre cette formation et ce perfectionnement dans le but d'offrir le support nécessaire à l'organisation clinique de certains centres hospitaliers.

6. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels comportent l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente, dont le nom des médecins visés ainsi que le lieu et la période de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27e de septembre 2004.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 153

CONCERNANT LA TARIFICATION EN CABINET PRIVÉ DU TRAITEMENT DE LA MEMBRANE NÉO-VASCULAIRE SOUS-RÉTINIENNE PAR LASER APRÈS INJECTION INTRAVEINEUSE DE VERTÉPORFINE

(CI-APRÈS LA « THÉRAPIE PHOTODYNAMIQUE À LA VISUDYNE »)

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu dans la Lettre d'entente n° 84 de discuter des mesures à prendre dans l'éventualité d'un transfert des activités hospitalières en cabinet privé;

CONSIDÉRANT les modifications apportées dans le cadre de la Modification # 36 à la tarification de la thérapie photodynamique à la Visudyne afin d'en permettre l'accès en cabinet privé;

CONSIDÉRANT certains des frais reliés à ce traitement lorsque dispensé en cabinet privé;

CONSIDÉRANT l'intention des parties de suivre l'évolution du nombre de traitements qui seront dispensés en cabinet privé ainsi que des coûts résultant des modifications apportées à la tarification de ce traitement;

CONSIDÉRANT les incertitudes dans l'évaluation du nombre de traitements qui seront effectués en cabinet.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans les dix-huit (18) mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente Lettre d'entente, les parties évalueront le nombre de thérapies photodynamiques à la Visudyne effectuées en cabinet privé par les médecins spécialistes en ophtalmologie désignés.

Le Ministre s'engage à prendre en compte les coûts résultant des modifications apportées à la tarification de ce traitement en cabinet privé et d'ajuster en conséquence l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

2. Aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'annexe 8, on ne tient compte, en cabinet privé, que de 30% des honoraires provenant de la facturation de la thérapie photodynamique à la Visudyne.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27e jour de septembre 2004.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***00643*** *à l'onglet* C - Procédés diagnostiques et thérapeutiques.

LETTRE D'ENTENTE N° 154

CONCERNANT LES MÉDECINS ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG

CONSIDÉRANT l'énoncé de position du Collège des médecins du Québec (« CMQ ») concernant les médecins et les infections transmissibles par le sang;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de cet énoncé de position, le médecin infecté par une maladie transmissible par le sang et qui pose des actes médicaux propices à la transmission doit faire évaluer initialement et périodiquement sa pratique professionnelle par un comité d'experts et se conformer aux recommandations formulées par ce comité;

CONSIDÉRANT la mise en place par l'Institut national de santé publique du Québec (« INSPQ ») d'un service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes à l'intention des professionnels et du personnel impliqués dans la prestation des soins de santé (ci-après le « SERTIH »);

CONSIDÉRANT que pour permettre la réalisation du mandat du SERTIH, des comités d'experts composés notamment de médecins spécialistes sont mis en place;

CONSIDÉRANT les négociations qui se poursuivent entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (« FMSQ ») et le ministère de la Santé et des Services sociaux (« MSSS ») concernant la rémunération des médecins qui participent aux travaux du SERTIH et la nécessité de convenir d'un protocole de rémunération spécifique pour ces activités;

CONSIDÉRANT l'engagement du MSSS, au nom du gouvernement, de tenir les médecins spécialistes membres du comité quittes et indemnes de toute réclamation pouvant découler de leur participation au travaux du comité et d'assurer leur défense;

CONSIDÉRANT la demande de la FMSQ de mettre en place des mesures visant à compenser la perte de rémunération qu'un médecin spécialiste pourrait encourir suite à une limitation d'exercice et les travaux en cours sur ce sujet;

CONSIDÉRANT la nécessité de poursuivre les travaux entrepris par les parties afin d'assurer le bon fonctionnement du service d'évaluation des risques et la protection du public.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de poursuivre leurs travaux concernant:

- la détermination de la rémunération des médecins spécialistes participant aux travaux du SERTIH;

- les divers éléments entourant les conséquences d'une limitation d'exercice pour un médecin spécialiste infecté dont la mise en place de mesures de compensation pour les pertes financières qui en découlent, la durée de ces pertes, la possibilité pour le médecin de réorienter sa pratique ainsi que toute autre question jugée pertinente par les parties.

2. Les parties conviennent que les coûts découlant de la mise en place de ces mesures seront financés à même l'enveloppe budgétaire globale allouée à la rémunération des médecins spécialistes du Québec.

3. Les parties conviennent de faire rapport de leurs travaux d'ici au 30 septembre 2005.

4. Les parties conviennent que les mesures sur lesquelles elles s'entendront à la suite de leurs travaux s'appliqueront rétroactivement en les adaptant à tout médecin spécialiste infecté qui aurait fait l'objet d'une limitation d'exercice.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ___ jour de _____ 2005.

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

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

LETTRE D'ENTENTE N° 156

CONCERNANT L'APPLICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES DANS LE CADRE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET DU PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LE CADRE DU CENTRE ANTIPOISON DU QUÉBEC (CAPQ) ET DU SYSTÈME D'ÉVACUATION AÉROMÉDICALE DU QUÉBEC (E.V.A.Q.)

CONSIDÉRANT l'adoption du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence et du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre du Centre antipoison du Québec (CAPQ) et du Système d'évacuation aéromédicale du Québec (E.V.A.Q.)

CONSIDÉRANT que les activités professionnelles visées à ce protocole peuvent, de façon exceptionnelle, être accomplies également par des médecins spécialistes d'autres disciplines;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de pourvoir à la rémunération des activités accomplies par ces médecins.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De permettre, dans les cas qu'elles autorisent, l'application du protocole aux médecins spécialistes d'autres disciplines qui accomplissent les activités professionnelles qui y sont prévues.

2. La présente lettre prend effet le 1er juillet 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de mai 2006.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.	**YVES DUGRÉ, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 157

CONCERNANT LA PRESTATION DES SOINS EN REMPLACEMENT ET SUPPORT EN MÉDECINE D'URGENCE DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS VISÉS

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs prévalant dans certains services d'urgence;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer l'accessibilité aux services d'urgences lors d'absence temporaire ou prolongée d'un ou de plusieurs médecins dans un service d'urgence.

CONSIDÉRANT l'importance d'instituer un mécanisme de remplacement et support en médecine d'urgence;

CONSIDÉRANT que le *Centre national Médecin-Québec* (CNMQ) est structuré et outillé pour assurer la mise en place de ce mécanisme.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent d'instituer un mécanisme de remplacement et de support pour les médecins spécialistes en médecine d'urgence.

2. Les parties déterminent les critères d'admissibilité au mécanisme de remplacement et de support et désignent les installations visées ainsi que la durée de chaque désignation. Dès leur désignation, les installations ont accès à une banque de médecins spécialistes en médecine d'urgence établie par les parties à partir de laquelle ils peuvent requérir les services d'un médecin.

Le mécanisme de remplacement et de support ne s'applique qu'auprès d'un service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et, dans certains cas jugés exceptionnels par les parties, dans une installation de type centre de santé ou CLSC du réseau de garde.

3. Un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui souhaite participer au mécanisme de remplacement et de support doit être autorisé au préalable par les parties. Les parties peuvent confier au CNMQ la gestion du mécanisme de remplacement et de support.

Sous réserve des exceptions établies, un médecin spécialiste en médecine d'urgence ne peut être autorisé s'il exerce de façon régulière et continue dans une installation qui fait déjà face à une pénurie d'effectifs médicaux et qui a accès au mécanisme de remplacement et de support.

4. Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui est autorisé à dispenser des soins dans un service d'urgence d'une installation visée est rémunéré selon le mode de rémunération mixte.

5. Un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui accepte, dans le cadre du mécanisme de remplacement ou de support, de se rendre dans une installation désignée s'engage à maintenir sa prestation habituelle dans la ou les installations où il exerce de façon régulière.

6. Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord–cadre, la rémunération versée en vertu de la présente Lettre d'entente constitue une rémunération de base.

7. Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui exerce auprès d'une installation visée dans le cadre du mécanisme de remplacement et de support a droit au paiement de ses frais de déplacement tel que prévu à l'Annexe 23 de l'Accord-cadre. S'ajoute une indemnité de 115 $ l'heure pour son temps de déplacement.

AVIS **:** *Pour les instructions de facturation, voir la section* Facture de frais de déplacement *du* Guide de facturation - Rémunération à l'acte.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____ jour de_____ 2025.

CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 159

CONCERNANT LE MAINTIEN DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE À L'HÔPITAL DE GATINEAU AUX PRISES AVEC UNE GRAVE PÉNURIE TEMPORAIRE D'EFFECTIFS

CONSIDÉRANT les risques de bris de services pouvant survenir à court terme en obstétrique-gynécologie à l'Hôpital de Gatineau;

CONSIDÉRANT la nécessité pour l'Hôpital de Gatineau de bénéficier des services de médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie de façon régulière afin d'assurer la prestation continue des soins dans cette spécialité à la population desservie par ce centre;

CONSIDÉRANT le nombre élevé d'accouchements effectués annuellement à l'Hôpital de Gatineau;

CONSIDÉRANT que la majorité des accouchements recensés dans la région de l'Outaouais sont réalisés à l'Hôpital de Gatineau;

CONSIDÉRANT les efforts déployés par les parties, les administrateurs et les médecins de l'Hôpital de Gatineau, afin de combler le plus rapidement possible les postes vacants en obstétrique gynécologie;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans l'attente de l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes, les parties conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération exceptionnelle et transitoire en vue d'assurer la continuité des services médicaux spécialisés en obstétrique-gynécologie à l'Hôpital de Gatineau.

2. Un montant forfaitaire de 500 $ par jour est payable au médecin spécialiste, membre d'un groupe concerté de médecins, qui accepte de se rendre à l'Hôpital de Gatineau pour y assurer, dans un contexte de remplacement ou de support, la prestation continue des services médicaux en obstétrique-gynécologie.

Le montant forfaitaire susmentionné est versé au médecin spécialiste en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Accord-cadre.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour, en obstétrique-gynécologie, à l'Hôpital de Gatineau.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19108**.*
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin spécialiste en support ou en remplacement donne l'ensemble des soins requis pour répondre aux besoins de la population et auxquels l'habilitent ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin spécialiste doit également assumer la couverture de la garde.

4. Afin d'être admissible au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 2, le médecin spécialiste doit être reconnu par les parties à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux en obstétrique-gynécologie à l'Hôpital de Gatineau dans un contexte de support ou de remplacement pour la période du 22 décembre 2007 au 31 octobre 2008.

Aucun montant forfaitaire ne peut être versé en vertu de la présente lettre d'entente avant que le groupe ne soit constitué et le soit de manière à assurer une couverture complète durant la période mentionnée au premier paragraphe du présent article.

5. Le médecin spécialiste qui exerce de façon principale à l'Hôpital de Gatineau ne peut être reconnu au sein du groupe concerté susmentionné. Il en est de même du médecin qui exerce de façon principale dans un établissement autre que l'Hôpital de Gatineau si la désignation de celui-ci affecte l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement principal et est visé par l'application des lettres d'entente nº 102 ou nº 112.

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

6. Chaque médecin spécialiste du groupe doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties, en vertu duquel il se rend disponible pour assurer la prestation continue des services médicaux durant un certain nombre de jours au cours de la période mentionnée à l'article 4.

7. Le médecin spécialiste qui ne peut assurer la prestation continue des services médicaux au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins spécialistes du groupe, afin d'identifier un médecin spécialiste remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services médicaux au cours de cette même journée.

Lorsqu'un médecin spécialiste remplaçant est ainsi identifié afin d'assurer la prestation continue des services médicaux, il a alors droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 2 en lieu et place du médecin spécialiste qu'il remplace.

8. Les parties peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente.

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

10. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties.

11. Le montant forfaitaire prévu à l'article 2 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'annexe 8 de l'Accord-cadre.

12. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 22 décembre 2007.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____ jour de_____ 2008.

PHILIPPE COUILLARD, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 161 A

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE QUI DISPENSE DES SERVICES À LA CLIENTÈLE DANS UN CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ

CONSIDÉRANT la volonté du gouvernement québécois de favoriser le développement d'un réseau de centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC);

CONSIDÉRANT la nécessité pour les parties négociantes de prévoir les modalités de rémunération des médecins spécialistes qui sont appelés à exercer dans ces milieux de soins;

CONSIDÉRANT que les modalités de rémunération prévues à la présente lettre d'entente s'appliquent de façon exclusive, en lieu et place de toutes autres modalités qui auraient pu s'y appliquer, le cas échéant.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Cette lettre d'entente établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste en pédiatrie qui dispense des services cliniques dans un CPSC reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de la Famille.
Ces modalités de rémunération ne s'appliquent que dans les CPSC désignés par les parties négociantes ainsi qu'à l'égard des médecins spécialistes désignés par elles.
2. Le médecin spécialiste désigné qui dispense des services dans un CPSC est rémunéré selon les modalités suivantes, lesquelles s'appliquent de façon exclusive à toutes autres modalités de rémunération :

i) Sous réserve de la condition prévue à l'article 3, il a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 372 $ pour chaque demi-journée où il dispense des services, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.
Une demi-journée s'entend d'une période d'au moins trois heures et demie entre 7h et 13h ou entre 13h et 19h.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire*:
- le code de facturation **19974** *(forfait en avant-midi);*
- le code de facturation **19975** *(forfait en après-midi)*;
- l'heure de début et l'heure de fin du forfait.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

De plus, inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'un de ces forfaits.

ii) Il reçoit un supplément d'honoraires équivalant à un pourcentage de 70 % de la tarification des services mentionnés en annexe, lorsque dispensés entre 7 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.
iii) Il a droit à la rémunération prévue à la partie I du Protocole relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes, lorsqu'il accomplit des activités de supervision clinique;

iv) De façon exceptionnelle, et dans les seuls cas où les parties négociantes conviennent du paiement d'un supplément de garde en disponibilité pour le médecin qui est assigné de garde dans un CPSC, il a alors droit au paiement de ce supplément de garde, et ce, selon les modalités prévues à l'article 5.1 de l'Annexe 25 pour la garde locale.

3. Pour avoir droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 2 (i) au cours d'une demi-journée, le médecin doit avoir dispensé un minimum de trois services mentionnés en annexe au cours de cette demi-journée, et ce, pour au moins deux patients différents. À défaut de satisfaire à cette condition au cours d'une demi-journée, il n'a alors droit qu'aux autres modalités de rémunération prévues à l'article 2.

4. Les modalités de rémunération prévues à la présente lettre d'entente s'appliquent sous réserve des limitations suivantes :

i) Un seul médecin spécialiste en pédiatrie peut facturer dans un CPSC, par jour.

ii) Un nombre maximum de 4 demi-journées est payable du lundi au vendredi, par médecin spécialiste en pédiatrie, pour l'ensemble des CPSC reconnus, sous réserve des exceptions agréées par les parties négociantes et jusqu'à concurrence du maximum qu'elles fixent.

iii) Dans l'éventualité où les parties négociantes ont convenu du paiement d'un supplément de garde en disponibilité, un seul supplément de garde peut être réclamé par jour, par CPSC. Le médecin spécialiste en pédiatrie qui, au cours d'une journée, réclame le paiement d'un supplément de garde dans un CPSC ne peut réclamer le paiement d'un autre supplément de garde en disponibilité en vertu de toute autre disposition de l'Accord-cadre.

5. Est constitué un comité paritaire composé de représentants du MSSS et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, auquel sont déférées pour recommandation toutes les demandes de désignation.

Le comité examine les demandes d'autorisation en considérant, notamment le profil de pratique active du médecin spécialiste en pédiatrie, d'un nombre minimal de patients vus au CPSC par jour, de la formation spécifique du médecin spécialiste dans le secteur de la pédiatrie sociale et tout autre critère pouvant être déterminé par les parties négociantes. Le maintien de la désignation est revu annuellement en lien avec le critère de volumétrie.

6. Le médecin spécialiste désigné qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir les activités professionnelles visées à la présente lettre d'entente, 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 son lieu de pratique principale jusqu'au CPSC visé.

7. Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente constitue une rémunération de base.

8. 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 de la présente lettre d'entente.

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

10. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2016 et se termine le 31 mars 2023 à moins d'avis contraire des parties.

AVIS **:** *Les parties négociantes ont prolongé la* Lettre d'entente nº 161 A *jusqu'au 31 mars* 2026.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ___ jour de _____2019**.**

DANIELLE McCANN
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE À LA LETTRE D'ENTENTE Nº 161 A

LISTE DES SERVICES TARIFÉS DANS UN CPSC RECONNU

15306 Prise en charge du patient lors d'une première rencontre en centre de pédiatrie sociale
(incluant l'évaluation, l'élaboration du plan de traitement et l'élaboration des suivis). 150,00 $
Maximum d'une prise en charge, par patient, à vie.

15307 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) en centre de périatrie sociale, avec la présence du patient.
Maximum de trois par année, par patient. 100,00 $

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre.*

15308 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) en centre de pédiatrie sociale (sans la présence du patient).
Maximum de trois par année, par patient. 100,00 $

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre.*

15309 Visite de suivi en centre de pédiatrie sociale, incluant l'évaluation du traitement.
Maximum de douze par année, par patient. 50,00 $

AVIS **:** *Pour chacun de ces codes de facturation, indiquer l'heure de début du service.*

LETTRE D'ENTENTE Nº 161 B

CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UNE RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE POUR LES SERVICES DISPENSÉS DANS CERTAINS MILIEUX DE SOINS SPÉCIFIQUES

CONSIDÉRANT les modes de rémunération actuellement prévus en vertu de l'Accord-cadre;

CONSIDÉRANT que le mode de rémunération mixte ne s'applique qu'à l'intérieur d'un établissement de santé;

CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes sont appelés à dispenser des services dans divers milieux de soins spécialisés qui ne répondent pas aux critères d'établissement de santé;

CONSIDÉRANT que le mode de rémunération à l'acte ne constitue pas un mode de rémunération adaptée à la pratique des médecins spécialistes exerçant dans ces milieux de soins;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de mettre en place un mode de rémunération forfaitaire pour les services dispensés par les médecins spécialistes dans certains milieux de soins;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un mode de rémunération forfaitaire est mis en place afin de rémunérer les services dispensés par les médecins spécialistes dans certains milieux de soins spécifiques.

Ce mode de rémunération forfaitaire ne s'applique que dans les milieux de soins reconnus par les parties négociantes ainsi qu'à l'égard des médecins spécialistes désignés par elles.

Sous réserve de l’article 7, ce mode de rémunération forfaitaire est un mode de rémunération exclusif pour tous les médecins qui exercent dans un milieu de soins reconnu.

2. Les parties négociantes reconnaissent un milieu de soins donné en tenant compte de divers critères dont la nature des services qui y sont dispensés par les médecins spécialistes, le nombre de médecins spécialistes appelés à y exercer, le type de clientèle spécialisée desservie par ce milieu, les mesures de rémunération à l'acte autrement applicables dans ce milieu et tous autres critères pouvant être déterminés.

3. Le médecin désigné qui exerce dans un milieu de soins reconnu a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 375 $ pour chaque demi-journée d'activité, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

Une demi-journée s'entend d'une période d'activité de trois heures et demie, en matinée ou en après-midi.

AVIS **:** *La matinée est la période de 7 h à 13 h et l'après-midi est la période de 13 h à 19 h.*

4. Les parties négociantes déterminent, le cas échéant, le nombre maximum de forfaits qui peut être payable au cours d'une année dans un milieu de soins donné.

5. Un maximum de deux montants forfaitaires est payable par jour par médecin désigné.

Sous réserve de l'article 7, le médecin qui, au cours d'une demi-journée, réclame le paiement du montant forfaitaire prévu en vertu de la présente lettre d'entente, ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie au cours de cette demi-journée.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'un montant forfaitaire.*

6. De façon exceptionnelle, les parties négociantes peuvent convenir du paiement d'un supplément de garde en disponibilité pour le médecin qui est assigné de garde dans un milieu de soins reconnu. Le montant du supplément de garde est de 126 $ par jour de semaine et de 254 $ par jour de fin de semaine et jour férié.

Un seul supplément de garde peut être réclamé par jour, par milieu de soins reconnu.

De plus, le médecin qui, au cours d'une journée, réclame le paiement d'un supplément de garde dans un milieu de soins reconnu ne peut réclamer le paiement d'un autre supplément de garde en disponibilité en vertu de toute autre disposition de l'Accord-cadre.

7. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de la présente lettre d'entente, le médecin spécialiste désigné qui accomplit des activités de supervision clinique a droit à la rémunération prévue à la partie I du Protocole relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre	Présidente
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Montant forfaitaire en semaine sauf jour férié	
Code d'acte 375 $	
a. m.	**19631**
p. m.	**19632**

Supplément de garde en disponibilité	
Code d'acte 126 $ en semaine	Code d'acte 254 $ fin de semaine et jour férié
19628	**19629**

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin pour les codes de facturation du montant forfaitaire.*
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

LETTRE D'ENTENTE Nº 161 C

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE QUI DISPENSE DES SERVICES EN SOINS PALLIATIFS

CONSIDÉRANT les modes de rémunération actuellement prévus en vertu de l'Accord-cadre;

CONSIDÉRANT que le mode de rémunération mixte ne s'applique qu'à l'intérieur d'un établissement de santé;

CONSIDÉRANT que le mode de rémunération à l'acte ne constitue pas un mode de rémunération adaptée à une pratique en soins palliatifs;

CONSIDÉRANT que la dispensation de services par des médecins spécialistes dans des unités ou des maisons privées en soins palliatifs est une pratique atypique et considérée comme étant hors spécialité;

CONSIDÉRANT la nécessité pour les parties négociantes de prévoir les modalités de rémunération pour ces médecins spécialistes, étant toutefois entendu que ces modalités ne peuvent s'appliquer qu'à un nombre restreint de médecins spécialistes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Cette lettre d'entente établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste qui dispense des services cliniques en soins palliatifs dans une unité de soins palliatifs, une maison privée de soins palliatifs ou pour un organisme offrant de tels services à domicile.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus à domicile, pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'organisme offrant ces services et pour lequel le médecin détient une autorisation.*

Advenant que les services sont rendus à un domicile situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui pour lequel le médecin détient une autorisation, pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de lieu en référence Lieu où le service est rendu par le professionnel*;*
- pour le lieu en référence, le lieu où le service est rendu (soit le code postal ou le code de localité du domicile).

Ces modalités de rémunération ne s'appliquent que dans les milieux désignés par les parties négociantes ainsi qu'à l'égard des médecins spécialistes désignés par elles, et ce, pour la dispensation de services cliniques en soins palliatifs.

2. Le médecin spécialiste désigné qui dispense des services dans le cadre de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités suivantes, lesquelles s'appliquent de façon exclusive à toutes autres modalités de rémunération :

i) Il a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 455 $ pour chaque demi-journée où il dispense des services, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

Une demi-journée d'activité s'entend d'une période d'activité de trois heures et demie, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- le code de facturation ***19914*** *pour le forfait en avant-midi;*
- le code de facturation ***19915*** *pour le forfait en après-midi;*
- l'heure de début et l'heure de fin du forfait.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

De plus, inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'un de ces forfaits.

ii) Il reçoit un supplément d'honoraires équivalant à un pourcentage de 50 % pour les codes 17000 à 17006 et un supplément d'honoraires équivalent à un pourcentage de 100 % pour le code 09200, et ce lorsque ces services sont dispensés entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

iii) Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste qui est assigné de garde.

Le supplément de garde est de 66,40 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 132,80 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Un seul supplément de garde est payable par jour, par milieu désigné, et ce, en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu des ententes des médecins omnipraticiens.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire* :
- le code de facturation **19916** *pour le supplément de garde en disponibilité en semaine;*
- le code de facturation **19917** *pour le supplément de garde en disponibilité la fin de semaine et un jour férié.*
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Le médecin spécialiste reçoit la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'Accord-cadre le samedi, le dimanche et les jours fériés ainsi qu'entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi.

Toutefois, entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, les visites réalisées par le médecin spécialiste sont rémunérées de la façon suivante :

15858	Visite principale	48,55 $
15859	Visite de contrôle	17,95 $
15860	Visite de contrôle réalisée entre minuit et 7 h	30,50 $

Note : Un maximum de 2 visites est facturable par patient par jour

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***15858, 15859*** *et* ***15860****, indiquer l'heure de début du service.*

Le week-end ou un jour férié, les visites réalisées par le médecin spécialiste sont rémunérées de la façon suivante :

15861	Tournée des malades le week-end	52,80 $

Note : Un maximum de 2 tournées des malades est facturable par patient par jour

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service.*

Lorsqu'ils sont réalisés dans une unité de soins palliatifs, les codes 15858, 15859, 15860 et 15861 ne peuvent être majorés selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.

4. Est constitué un comité paritaire composé de représentants du MSSS et de la FMSQ, auxquelles sont déférées pour recommandation, par le milieu de soins palliatifs, toutes les demandes de désignation.

Le comité examine les demandes d'autorisation en considérant, notamment, le milieu de soins, la formation spécifique du médecin spécialiste en soins palliatifs et tout autre critère pouvant être déterminé par les parties négociantes.

5. Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente constitue une rémunération de base.

6. Pour l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'annexe 8, l'ensemble de la rémunération payable en vertu de la présente lettre d'entente est considéré être payé en établissement.

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

8. La présente lettre d'entente entre en vigueur le _____ 2019.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ____ jour de _____2019.

DANIELLE McCANN
Ministre
Ministère de la santé et desservices sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

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

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu de la conclusion du protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire (ci-après le « Protocole d'accord »);

CONSIDÉRANT que le financement alloué à ce protocole est de 65 M$ en vertu de l'Entente de principe intervenue en décembre 2006 entre le MSSS et la FMSQ concernant les paramètres financiers de rémunération des médecins spécialistes à compter du 1er avril 2004;

CONSIDÉRANT toutefois que le Protocole d'accord s'applique dans tous les établissements universitaires incluant ceux situés en régions intermédiaires et éloignées;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de hausser le montant du financement alloué à ce Protocole d'accord, et ce, d'un montant équivalant à la rémunération versée aux médecins spécialistes en vertu du programme de formation médicale décentralisée en région;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'assurer le suivi financier des coûts de ce protocole d'accord ainsi que la répartition équitable de ces coûts au sein de chacun des réseaux universitaires;

POUR CES MOTIFS, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'application et le suivi du Protocole d'accord sont effectués de façon à favoriser l'atteinte des deux objectifs suivants :

1.1 Le respect du budget annuel global alloué au financement du Protocole d'accord, lequel est équivalent à la somme de 65 M $ et des coûts de la rémunération versée aux médecins spécialistes en vertu du programme de formation médicale décentralisée en région, tel que ces coûts seront déterminés par les parties.

1.2 La répartition des coûts de financement du Protocole d'accord au sein des différents réseaux universitaires, et ce, de façon proportionnelle au nombre de résidents et externes de chacun de ces réseaux universitaires, exclusion faite des moniteurs cliniques.

2. Au cours de chacune des années d'application du Protocole d'accord, les parties négociantes évaluent et vérifient les coûts découlant de l'application du protocole d'accord et l'atteinte des objectifs fixés à l'article 1.

3. Dans l'éventualité où la part du financement versée en vertu du Protocole d'accord au cours de l'année pour une université est inférieure à la proportion du nombre de résidents et externes de cette université par rapport à l'ensemble (en excluant les moniteurs cliniques), le solde non affecté est réparti par les parties négociantes, selon des modalités à déterminer, parmi les médecins spécialistes désignés de cette université.

4. Dans l'éventualité où la rémunération globale versée au cours d'une année est supérieure à l'objectif visé ou que la part du financement versée en vertu du Protocole d'accord au cours de l'année pour une université est supérieure à la proportion du nombre de résidents et externes de cette université par rapport à l'ensemble (en excluant les moniteurs cliniques), les parties négociantes conviennent des mesures à prendre afin d'assurer le respect de ces objectifs.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2008.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 165

CONCERNANT LA SUPERVISION DES STAGES DE PERFECTIONNEMENT EFFECTUÉS PAR LES MONITEURS CLINIQUES

CONSIDÉRANT l'adoption du Protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire;

CONSIDÉRANT que l'application de ce Protocole d'accord est réservée à la rémunération des activités de supervision clinique des externes et résidents, à l'exclusion des moniteurs cliniques;

CONSIDÉRANT qu'en vertu du Protocole d'accord, il est de la responsabilité des universités de s'engager à assurer la rémunération des médecins spécialistes qui effectuent la supervision des stages de perfectionnement des moniteurs cliniques, lorsque cette supervision est effectuée de façon exclusive par un médecin, sans autres résidents ou externes;

CONSIDÉRANT qu'afin de satisfaire à cet engagement, certaines universités souhaiteraient que les parties négociantes permettent l'application du protocole d'accord afin de rémunérer la supervision clinique des moniteurs cliniques et s'engageraient en contrepartie à rembourser les coûts associés à l'application du protocole;

POUR CES MOTIFS, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De permettre l'application des modalités de rémunération prévues au Protocole d'accord pour les activités de supervision des stages de perfectionnement effectués par les moniteurs cliniques, et ce, exclusivement dans les établissements universitaires affiliés à une université désignée par les parties négociantes.

2. Afin d'être désignée par les parties négociantes, l'université doit conclure une entente écrite, selon la forme et les termes déterminés par les parties négociantes. Cette entente doit prévoir l'engagement de l'université à rembourser tous les montants qui ont été payés à un médecin spécialiste professeur de cette université, en application du protocole d'accord, pour la supervision des stages de perfectionnement des moniteurs cliniques, lorsque cette supervision est effectuée de façon exclusive par un médecin spécialiste, sans autres résidents ou externes.

3. La présente entente s'applique à compter du 1er juillet 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2008.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 166

CONCERNANT LES RÈGLES DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AUX MÉDECINS RÉSIDENTS DÉTENTEURS DE PERMIS RESTRICTIFS

CONSIDÉRANT que la Loi médicale prévoit que le Collège des médecins du Québec a le pouvoir de déterminer les conditions suivant lesquelles il accorde un permis restrictif à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour obtenir un permis régulier;

CONSIDÉRANT que le Collège des médecins du Québec a, le 28 mars 2008, adopté une résolution établissant des balises spécifiques quant à la délivrance d'un permis restrictif à un médecin résident;

CONSIDÉRANT que depuis l'adoption de cette résolution, le Collège des médecins du Québec a délivré un permis restrictif à plusieurs médecins résidents;

CONSIDÉRANT que les activités professionnelles autorisées à certains médecins résidents détenteurs de permis restrictifs visent parfois plus d'une spécialité;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de déterminer les règles de rémunération applicables aux médecins résidents détenteurs de permis restrictifs;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin résident qui détient une carte de stage valide de niveau R5 ou plus et à qui le Collège des médecins du Québec délivre un permis restrictif qui lui permet de poser des actes professionnels dans plus d'une spécialité, est reconnu aux fins de la tarification à la RAMQ dans la discipline correspondant à la dernière spécialité visée par la formation postdoctorale qu'il poursuit.

2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er juillet 2009.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 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

LETTRE D'ENTENTE N° 168

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE DANS LE CADRE DU PROGRAMME AMPRO^{OB} PLUS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT les résultats obtenus par les équipes multidisciplinaires mises en place par la formation AMPRO^{OB}, laquelle vise la mise en place de procédures de soins sécuritaires adaptées aux besoins des services d'obstétrique des centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT l'opportunité pour les médecins et les centres hospitaliers de poursuivre la mise en valeur de leur potentiel en matière de sécurité des patientes par la formation AMPRO^{OB} PLUS, laquelle vise à implanter et maintenir les pratiques de sécurité dans l'infrastructure de travail ainsi qu'à accroître la capacité à identifier et à résoudre les risques liés à la sécurité des patientes;

CONSIDÉRANT la nécessité pour les centres hospitaliers d'avoir accès aux ressources des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie, à titre de membres de l'équipe de base de médecins formateurs participants au programme AMPRO^{OB} PLUS;

CONSIDÉRANT la nécessité de convenir de mesures de rémunération afin de favoriser la formation de l'ensemble des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui participe à une formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS a droit au paiement d'un tarif horaire de 125 $ l'heure, pour une période de service continue de 60 minutes, et ce, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par année civile.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire :*
- le code de facturation ***19697****;*
- l'heure de début et l'heure de fin.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le médecin qui réclame le paiement de ce tarif horaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette même période.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus dans la journée pendant laquelle le code* ***19697*** *est facturé.*

2. Le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui est membre de l'équipe de base de médecins formateurs a droit au paiement d'un tarif horaire de 189 $ l'heure pour chaque période de service continue de 60 minutes au cours de laquelle il dispense cette formation, et ce, jusqu'à concurrence d'un maximum de 49 heures par année civile.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire :*
- le code de facturation ***19699****;*
- l'heure de début et l'heure de fin.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le médecin qui réclame le paiement de ce tarif horaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette même période.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus dans la journée pendant laquelle le code* ***19699*** *est facturé.*

3. Pour bénéficier de la rémunération prévue à l'article 2 de la présente lettre d'entente, les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie membres de l'équipe de base des médecins formateurs doivent être désignés par les parties négociantes.

4. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels comportent l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

5. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er mars 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2008.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 169

CONCERNANT LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

CONSIDÉRANT les modalités de rémunération applicables aux médecins spécialistes en santé communautaire;

CONSIDÉRANT les travaux en cours du comité conjoint concernant ces modalités de rémunération;

CONSIDÉRANT les activités de santé publique accomplies par les médecins spécialistes en santé communautaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le comité conjoint sur la tarification des actes doit poursuivre ses travaux sur les modalités de rémunération des médecins spécialistes en santé communautaire afin de bien cerner les éléments de rémunération qui pourraient s'appliquer eu égard aux activités de santé publique accomplies par eux, en lien notamment avec les priorités nationales et régionales, et ce, dans l'objectif de mieux répondre aux besoins de la population.

2. Le comité conjoint peut également faire appel à des personnes ressources oeuvrant en santé publique.

3. Le comité conjoint doit soumettre ses recommandations aux parties négociantes, lesquelles conviennent alors des mesures à mettre en place ainsi que du financement de ces mesures.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2008.

YVES BOLDUC, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 170

CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT l'entente intervenue le 10 septembre 2007 entre la FMSQ et le MSSS;

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 2009;

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 2009;

CONSIDÉRANT que la FMSQ et le MSSS souhaitent affecter une partie de cette diminution de coût afin de financer la mise en place de différentes mesures;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Compte tenu de l'entente intervenue relativement au renouvellement de l'annexe 9 de l'Accord-cadre, les parties négociantes évaluent à un montant de 6 200 000 $ la diminution des coûts attribuables à l'assurance responsabilité professionnelle payable en vertu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour l'année 2009.

2. Une réserve de 6 200 000 $ 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 2010 ou, d'ici au renouvellement de l'Accord-cadre, pour toute année subséquente.

3. Toutefois, les parties négociantes conviennent d'affecter cette réserve au financement de différentes mesures, et ce afin d'assurer leur mise en place dès le second trimestre de l'année 2009. Les mesures à être introduites devront être déterminées par les parties parmi les mesures suivantes :

- Instauration d'un programme de ressourcement;
- Bonification des modalités de rémunération aux soins intensifs;
- Augmentation du nombre de congés fériés pour les médecins rémunérés à l'acte de façon à uniformiser avec le nombre de congés payables en vertu du mode de rémunération mixte.

4. Dans l'éventualité d'une augmentation du coût des cotisations à l'ACPM pour l'année 2010 ou, d'ici au renouvellement de l'Accord-cadre, pour une année subséquente et que le financement de cette augmentation ne pouvait être effectué à même la réserve identifiée à cet égard à l'article 2, et ce, en raison de l'affectation de cette réserve au financement des différentes mesures prévues à l'article 3, les parties négociantes s'engagent à convenir des modalités de financement du coût de ces mesures pour l'année 2010 ou pour cette année subséquente.

Dans l'éventualité où les parties n'arrivaient pas à s'entendre sur le financement de ces mesures pour l'année 2010 ou cette année subséquente, ces mesures prendront alors fin au 31 mars de l'année 2010 ou de cette année subséquente ou certaines de leurs modalités devront être modifiées afin de dégager les économies nécessaires au financement des modifications à l'annexe 9 pour l'année 2010 ou cette année subséquente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 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

LETTRE D'ENTENTE N° 171 A

CONCERNANT LES AUTOPSIES FAITES À LA DEMANDE DU CORONER

CONSIDÉRANT la situation précaire qui perdure depuis plusieurs années et de la difficulté à trouver des médecins spécialistes en anatomopathologie pour effectuer des autopsies à la demande du coroner;

CONSIDÉRANT la nécessité de pourvoir à la couverture pour l'ensemble du territoire québécois afin d'assurer également l'expertise et les conseils aux fins du coroner;

CONSIDÉRANT la nécessité de prévoir également la rémunération du médecin spécialiste en anatomopathologie qui est appelé à témoigner devant les tribunaux;

CONSIDÉRANT la nécessité du coroner de bénéficier des services de médecins spécialistes en anatomopathologie de façon structurée afin d'assurer la prestation de services nécessaires pour les personnes décédées et leur famille.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste en anatomo-pathologie qui est assigné de garde en disponibilité pour un territoire donné, pour les demandes d'expertises ou de conseils qui peuvent inclure ou non une autopsie faite à la demande du coroner.

2. Le supplément de garde en disponibilité est de 126 $ par jour, du lundi au dimanche.

On reconnaît les territoires désignés aux fins du paiement d'un supplément pour l'assignation pour les autopsies faites à la demande du coroner. Les parties transmettent à la Régie la liste des territoires.

AVIS **:** *La liste des territoires désignés ainsi que la liste des codes de facturation sont disponibles à la page* Listes de désignations et listes de garde.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et indiquer :*
- le code de facturation en fonction du territoire;
- le numéro de l'établissement où le médecin se trouve comme lieu de dispensation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Un seul supplément d'assignation est payable par jour, par territoire. donnée, par catégorie (adulte ou pédiatrique).

4. Lorsqu'un médecin spécialiste en anatomopathologie est assigné pour plus d'un territoire au cours d'une même journée, le montant du supplément pour l'assignation est payé à demi-tarif pour chaque territoire supplémentaire.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux et indiquer :*

- les codes de facturation selon les territoires;

- le numéro de l'établissement où le médecin se trouve comme lieu de dispensation;

- l'élément de contexte **Territoire supplémentaire au cours d'une même journée**.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5.1 Le médecin spécialiste en anatomopathologie qui veut être assigné de garde doit transmettre trimestriellement, au chef de département de médecine de laboratoire ou au directeur médical des services professionnels de sa grappe de laboratoire, sa disponibilité pour les autopsies faites à la demande du coroner.

Ce dernier est responsable, à même les médecins qui se rendent préalablement disponibles pour y participer, de :

- Déterminer trimestriellement la liste de disponibilité pour les autopsies faites à la demande du coroner;
- S'il y a lieu, assigner des remplaçants, ou prendre entente avec une autre grappe, lors de situations imprévues, afin de garantir la couverture complète de la période visée, et;
- Transmettre cette liste, le cas échéant, au directeur médical des services professionnels de l'établissement d'attache du médecin spécialiste en anatomopathologie assigné ainsi aux morgues publiques de Québec et de Montréal (le Bureau du Coroner).

Le Bureau du coroner s'occupe de transmettre l'information auprès des coroners des différents territoires.

5.2 Parmi les médecins spécialistes en anatomopathologie assignés, des mandataires du Bureau du coroner sont désignés, le cas échéant, par les parties négociantes, après consultation auprès du Bureau du Coroner. Les mandataires agissent comme consultant auprès des parties concernées pour améliorer le fonctionnement et la qualité du service d'autopsies faites à la demande du coroner.
La rémunération des mandataires du bureau du coroner est assurée par le biais du 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 à la suite d'un mandat dûment confié par celui-ci.

AVIS **:** *Veuillez vous référer au protocole d'accord mentionné ci-dessus pour les modalités de facturation à tarif horaire.*

6. Le supplément de garde prévu à l’Annexe 25 peut, au cours d’une journée, être payable à un médecin spécialiste en anatomopathologie en plus du supplément d’assignation payable en vertu de la présente lettre d’entente.

7. Le médecin spécialiste en anatomopathologie qui, suite à la réalisation d'une autopsie faite à la demande du coroner, est appelé à rendre un témoignage devant tout tribunal relativement à cette autopsie est rémunéré pour le temps consacré à ce témoignage. Il a alors droit à un forfait de 1 295 $ par demi-journée de disponibilité au tribunal. Une demi-journée s'entend d'une période de trois heures et demie. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux

- Médecins spécialistes *et inscrire :*
- *le lieu du tribunal comme lieu dispensation;*
- *le code de facturation 19674;*
- *la durée de présence au tribunal.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Conserver, pour une période de 60 mois, l'ordonnance du tribunal ou la copie du subpoena assignant le médecin à comparaître aux fins de références ultérieures.*

Le temps de disponibilité débute au moment où il arrive à la cour ou au tribunal administratif et se termine lorsqu'il quitte.

Le médecin qui est appelé à se déplacer afin de témoigner devant un tribunal afin de donner suite à une autopsie faite à la demande du coroner 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 tribunal.

8. Le médecin spécialiste en anatomopathologie ne peut réclamer le paiement d'honoraires prévus au Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique dans le cadre des activités réalisées en lien avec la présente lettre d'entente.

9. Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente constitue une rémunération de base.

10. Les montants payables en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements d'activités ou des plafonnements de gains de pratique.

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

12. Les parties peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente.

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

14. La présente lettre d'entente prend effet au 1er janvier 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	Présidente Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 171 B

CONCERNANT LES AUTOPSIES VIRTUELLES FAITES À LA DEMANDE DU CORONER

CONSIDÉRANT la nécessité de trouver des médecins spécialistes en radiologie pour assurer la couverture pour l'ensemble du territoire québécois de l'expertise et des conseils relatifs aux autopsies virtuelles à la demande du coroner;
CONSIDÉRANT la nécessité de prévoir également la rémunération du médecin spécialiste en radiologie qui est appelé à témoigner devant les tribunaux;
CONSIDÉRANT la nécessité du coroner de bénéficier des services de médecins spécialistes en radiologie de façon structurée afin d'assurer la prestation de services nécessaires pour les personnes décédées et leur famille.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste en radiologie qui est assigné de garde en disponibilité pour l'ensemble du Québec, pour les demandes d'expertises ou de conseils qui peuvent inclure ou non une autopsie virtuelle faite à la demande du coroner.
2. Le supplément de garde en disponibilité est de 126 $ par jour, du lundi au dimanche.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et indiquer :*
- le code de facturation ***19739****;*
- pour le lieu de dispensation, le lieu de pratique habituel.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Un seul supplément de garde en disponibilité est payable par jour.
4. Le supplément de garde prévu à l'Annexe 25 peut, au cours d'une journée, être payable à un médecin spécialiste en radiologie en plus du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de la présente lettre d'entente.
5. Le médecin spécialiste en radiologie qui, suite à la réalisation d'une autopsie virtuelle faite à la demande du coroner, est appelé à rendre un témoignage devant tout tribunal relativement à cette autopsie est rémunéré pour le temps consacré à ce témoignage. Il a alors droit à un forfait de 1 295 $ par demi-journée de disponibilité au tribunal. Une demi-journée s'entend d'une période de trois heures et demie. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata du forfait.

AVIS **:** *Utiliser la Facture des services médicaux – Médecins spécialistes et indiquer :*
- le code de facturation ***19740****;*
- la durée de la présence au tribunal;
- pour le lieu dispensation, le code postal ou le code de localité du tribunal.
.
Pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de référence du lieu Lieu où le service est rendu par le professionnel*;*
- le numéro d'établissement correspondant au lieu de pratique habituel.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le temps de disponibilité débute au moment où il arrive à la cour ou au tribunal administratif et se termine lorsqu'il quitte.
Le médecin qui est appelé à se déplacer afin de témoigner devant un tribunal afin de donner suite à une autopsie virtuelle faite à la demande du coroner 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 tribunal.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de frais de déplacement.
Pour les instructions de facturation, consulter le guide de facturation.

6. Le médecin spécialiste en radiologie ne peut réclamer le paiement d'honoraires prévus au Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique dans le cadre des activités réalisés en lien avec la présente lettre d'entente.
7. Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente constitue une rémunération de base. Le taux de majoration correspond au lieu où pratique habituellement le médecin spécialiste en radiologie.
8. Les montants payables en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements d'activités ou des plafonnements de gains de pratique.
9. Les parties peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente.
10. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties.
11. La présente lettre d'entente prend effet au 2 juin 2019.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 172

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

CONSIDÉRANT qu'en vertu de certaines lois provinciales et fédérales, un médecin psychiatre peut être requis de procéder à diverses évaluations psychiatriques;

CONSIDÉRANT que dans le cas de la garde préventive, l'évaluation peut être effectuée par tout médecin;

CONSIDÉRANT la nécessité de prévoir les modalités de rémunération des évaluations effectuées par les médecins spécialistes;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin est rémunéré selon la tarification prévue à la présente lettre d'entente lorsqu'il est appelé à réaliser l'une des évaluations suivantes :

1.1 Évaluation en vue d'une garde préventive

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin spécialiste exerçant dans un établissement afin d'admettre une personne sous garde préventive lorsqu'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation, à la rédaction du rapport.

98000	Évaluation – garde préventive	40 $

1.2 Évaluation psychiatrique en vue d'une garde autorisée en établissement

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin psychiatre suite à une ordonnance de garde émise par un tribunal ou suite à l'obtention du consentement du patient. Cette évaluation doit préciser le diagnostic du médecin sur l'état mental de la personne et son opinion sur la gravité de son état mental et ses conséquences probables.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98001	Évaluation psychiatrique – garde provisoire	264 $

1.3 Évaluation psychiatrique concernant la nécessité du maintien d'une garde en établissement ou sa prolongation

Il s'agit d'une évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre suite à l'émission d'une ordonnance de garde en établissement et destinée à vérifier de façon périodique si la garde est toujours nécessaire ou si elle doit être prolongée.

La tarification inclut la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98002	Évaluation psychiatrique – prolongation d'une garde	190 $

1.4 Évaluation médicale en vue d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin spécialiste en vue de l'émission d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement par un tribunal. Cette évaluation porte sur l'aptitude de la personne à consentir ainsi que sur le fait que l'état de santé du patient requiert la dispensation de ces soins.

98003	Évaluation – ordonnance de traitement/hébergement	1 003 $

1.5 Évaluation médicale en vue du suivi d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin spécialiste sur ordonnance d'un tribunal ayant émis une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement assortie d'une obligation de suivi périodique par le médecin traitant.

Cette tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport et sa remise au CMDP.

98004	Évaluation – suivi d'ordonnance	100 $

1.6 Évaluation psychiatrique dans le but de déterminer l'aptitude à comparaître d'un accusé

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin psychiatre suite à une ordonnance émise par un tribunal en vue de déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98005	Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé	500 $

1.7 Évaluation psychiatrique en vue de déterminer la responsabilité criminelle d'un accusé

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre suite à une ordonnance émise par un tribunal et visant à déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle.

Est également visée l'évaluation psychiatrique effectuée suite à l'ordonnance du tribunal et visant à déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau né était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98006	Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle	1 500 $

1.8 Supplément de complexité dans le cadre d'accusations pour meurtre ou tentative de meurtre

Il s'agit d'un supplément à l'évaluation psychiatrique en vue de déterminer la responsabilité criminelle d'un accusé lorsque celle-ci est effectuée dans le cadre d'accusations pour meurtre ou tentative de meurtre.

98023	Supplément de complexité dans le cadre d'accusations pour meurtre ou tentative de meurtre	1 250 $

1.9 Supplément pour l'analyse de la preuve policière pour déterminer l'aptitude et/ou la responsabilité criminelle

Il s'agit de l'analyse effectuée par un médecin psychiatre de la preuve policière afin de déterminer l'aptitude à comparaître d'un accusé et/ou sa responsabilité criminelle.

98024	Analyse de la preuve policière pour l'analyse de l'aptitude et/ou la responsabilité criminelle	70 $

1.10 Évaluation psychiatrique demandée par le tribunal administratif du Québec

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre en vue d'une audience de la commission d'examen et ayant pour objet de déterminer le niveau de danger que représente un accusé et, le cas échéant, s'il est devenu apte à subir son procès.

98007	Évaluation psychiatrique – commission d'examen	1 250$

Est également visée l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre en vue d'une audience du tribunal administratif du Québec portant sur l'évaluation de la demande d'une personne d'être libérée d'une ordonnance de garde.

98008	Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales	633 $

1.11 Évaluation médicale relative à une mesure de protection (tutelle, représentation temporaire ou homologation d'un mandat)

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin spécialiste dans le but de l'instauration d'une mesure de protection (tutelle, représentation temporaire ou homologation d'un mandat) ou de la modification de celle-ci et ayant pour objectif de déterminer l'aptitude d'une personne à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens.

La tarification de l'évaluation comprend la rédaction du rapport.

98009	Évaluation médicale – Mesure de protection	633 $

Le médecin qui réclame le paiement de cette tarification ne peut exiger, pour la même personne, le paiement des services codés 09825 et 09826.

1.12 Évaluation psychiatrique dans le cadre de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre et ayant pour objet de guider un tribunal pour adolescents sur une ordonnance qu'il a à émettre sur un des sujets visés à l'article 34 (2) de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	633 $

1.13 Évaluation psychiatrique en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre et ayant pour objet de guider le tribunal sur une ordonnance qu'il a à émettre dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et à la rédaction du rapport.

98011	Évaluation psychiatrique – protection de la jeunesse	633 $

Le médecin psychiatre qui réclame le paiement de cette tarification ne peut exiger, pour un même patient, le paiement des services prévus à la Lettre d'entente nº 64.

AVIS **:** Voir sous l'onglet B - Tarification des visites du Manuel des médecins spécialistes, la Lettre d'entente nº 172 concernant le rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes.

1.14 Révision du plumitif d'un patient (registre officiel des antécédents judiciaires)

Il s'agit de la révision et de l'analyse effectuée par un médecin psychiatre du plumitif d'un patient dans le cadre d'une évaluation psychiatrique pour déterminer l'aptitude à comparaître d'un accusé ou sa responsabilité criminelle, d'une évaluation psychiatrique demandée par le tribunal administratif du Québec ou pour les évaluations psychiatriques effectuées dans le cadre de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* ou en vertu de *la Loi sur la protection de la jeunesse*.
La révision et l'analyse du plumitif comprend également, le cas échéant, la recherche au plumitif, l'analyse de celui-ci et des infractions qui y sont consignées ainsi que les jugements pertinents.

98025	Révision du plumitif d'un patient (registre officiel des antécédents judiciaires)	50 $

1.15 Signalement à la Direction de la protection de la jeunesse

Il s'agit du signalement effectué par un médecin spécialiste lorsqu'il a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis. La rémunération prévue au présent article s'applique en sus de toute autre rémunération applicable en vertu des dispositions de l'Entente.

La tarification s'applique pour la documentation de la situation à risque, le signalement à la DPJ et les discussions à cet égard avec les personnes responsables à la DPJ.

98020	Signalement à la DPJ	200 $
98021	Signalement à la DPJ (en cabinet privé)	240 $

1.16 Communication en vue de déterminer la dangerosité alléguée

Il s'agit de la communication relativement à un patient pour lequel un tiers et/ou un professionnel de la santé, a informé un psychiatre ou un urgentologue de l'état de santé de ce patient - qu'il soit soumis ou non à une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement, et/ou non au TAQ (délégation de pouvoir) - nécessitant que le médecin communique avec les policiers afin que ledit patient soit amené à l'urgence pour évaluation de sa dangerosité ou, si non applicable, afin que le médecin rédige un document afin de faciliter la procédure permettant l'ordonnance par la cour d'une évaluation psychiatrique.

La tarification comprend la révision du dossier, la prise des informations obtenues par téléphone du corps policier et leur consignation au dossier, ainsi que la rédaction de tout document destiné à la cour, la police, un professionnel de la santé ou à un tiers en vue d'une ordonnance de la cour.

98022	Communication en vue d'une évaluation de dangerosité	158 $

2. Un médecin spécialiste qui est appelé à témoigner devant une cour, un tribunal administratif ou dans le cadre d'une enquête publique du coroner afin de faire suite à un rapport d'évaluation a droit à une rémunération de 1 295 $ par demi-journée de disponibilité. Une demi-journée s'entend d'une période de trois heures et demie. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata.

Le temps de disponibilité débute au moment où il arrive à la cour, au tribunal administratif ou dans la salle d'audience de l'enquête publique du coroner et se termine lorsqu'il quitte.

Le médecin qui est appelé à se déplacer afin de témoigner devant une cour, un tribunal administratif ou dans le cadre d'une enquête publique du coroner afin de donner suite à un rapport d'évaluation a également droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacements 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'à la cour, au tribunal administratif ou au lieu où se tiennent les audiences publiques du coroner.

98012	Temps de vacation à la cour, au tribunal administratif ou dans une salle d'audience d'une enquête publique du coroner	185 $ par demi-heure

AVIS **:** Pour la facturation du code ***98012***, voir sous l'onglet B - Tarification des visites du Manuel des médecins spécialistes, la Lettre d'entente n° 172 concernant le rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes.

3. La rémunération prévue à la présente entente s'applique en sus de celle prévue à l'Accord-cadre pour l'examen de la personne visée. Le médecin psychiatre ne peut toutefois réclamer le paiement d'intervention de suivi ou d'entrevue avec un tiers.

4. Aux fins de l'application de l'article 1 de l'annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente constitue une rémunération de base.

5. 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 de la présente lettre d'entente.

6. Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38 ou de l'annexe 40, les activités médicales prévues à l'article 1.2 de l'annexe 38 et 1.2 de l'annexe 40 comprennent également les activités visées à la présente lettre d'entente, lesquelles peuvent alors être considérées dans le calcul de la période d'activités du médecin donnant droit au paiement d'un demi-per diem ou d'un per diem. Toutefois, ces activités sont alors sujettes à un supplément d'honoraires de 60 %.

AVIS **:** *Pour les activités d'évaluation rémunérées selon le mode de rémunération mixte :*
- Utiliser le code d'activité ***065151****.*

7. Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte, les activités médicales prévues à l'article 1.2 de l'annexe 38 comprennent également les activités de témoignage visées à l'article 2 de la présente lettre d'entente, lesquelles peuvent alors être considérées dans le calcul de la période d'activités du médecin donnant droit au paiement d'un demi- *per diem* ou d'un *per diem*. Toutefois, ces activités de témoignage sont alors sujettes à un supplément d'honoraires de 60 %.

AVIS **:** *Pour les activités de témoignage rémunérées selon le mode de rémunération mixte :*
- Utiliser le code d'activité ***065150****.*

8. Les activités prévues à la présente lettre d'entente et qui ne constituent pas des services assurés sont alors réputées être relatives 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.

9. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er novembre 2009.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 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

LETTRE D'ENTENTE Nº 175

CONCERNANT LA MISE EN APPLICATION DE L'ANNEXE 42 PRÉVOYANT L'INSTAURATION DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION PARTICULIÈRES AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES RÉPONDANTS EN PSYCHIATRIE

CONSIDÉRANT la mesure prévue au Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des soins relativement à désignation et la rémunération des médecins spécialistes répondants d'un territoire;

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu de l'annexe 42 concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie (ci-après le « l'annexe 42 »);

CONSIDÉRANT qu'à cette fin, 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 à l'introduction des nouvelles modalités de rémunération en psychiatrie peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi des coûts reliés à l'introduction de ces nouvelles modalités de rémunération;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mesurer et d'évaluer, de façon périodique au cours des trois (3) années suivant la signature des présentes, les coûts et les objectifs associés aux nouvelles modalités de rémunération prévues à l'annexe 42.

2. Dans l'éventualité où les coûts et les objectifs ne reflètent pas l'intention des parties, de discuter des mesures à prendre, notamment la possibilité de réviser la tarification applicable, le cas échéant.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2009.

YVES BOLDUC, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 176

CONCERNANT LES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PÉRIODE DE PANDÉMIE D'INFLUENZA DE TYPE A (H1N1)

CONSIDÉRANT les mesures et plans d'action mis en place par les gouvernements et les autorités de santé publique afin de pallier à une éventuelle recrudescence de la pandémie d'influenza de type A (H1N1);

CONSIDÉRANT que dans cette éventualité, les besoins pour certains types de soins connaîtront un changement important et qu'il y a lieu de favoriser l'accès aux soins pour la population;

CONSIDÉRANT que les agences de santé et services sociaux (ASSS) désigneront des cliniques de grippe qui pourront être sous la responsabilité de cabinets privés ou d'établissements publics et qu'elles auront également à déployer des sites non traditionnels (ci-après « SNT ») de dispensation de services ambulatoires ou non ambulatoires ou des unités de soins cohortées qui seront sous la responsabilité d'un CSSS;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des mesures particulières de rémunération pour les médecins spécialistes participant à l'accès et à l'effort de soins dans un contexte de pandémie d'influenza de type A (H1N1), et ce, dans l'objectif ultime de favoriser la dispensation des soins nécessaires à la population.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

Des mesures de rémunération spécifiques sont mises en place pour les médecins spécialistes participant à l'accès et à l'effort de soins dans un contexte de pandémie d'influenza de type A (H1N1).

2. RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PÉRIODE DE PANDÉMIE D'INFLUENZA DE TYPE A (H1N1)

2.1 Médecins exerçant dans une unité de soins cohortée (SNT non ambulatoire situé en établissement) ou dans un SNT non ambulatoire situé en dehors d'un établissement.

Le médecin spécialiste qui est appelé à dispenser des services dans une unité de soins cohortée (SNT non ambulatoire situé en établissement) ou dans un SNT non ambulatoire situé en dehors d'un établissement est rémunéré, selon un choix qu'il exerce quotidiennement, conformément à l'un des modes de rémunération suivants :

- Le mode de rémunération actuel du médecin spécialiste en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes). La rémunération des visites est établie selon la tarification applicable en hospitalisation dans sa spécialité. Pour une visite pour état grippal, le médecin peut plutôt se prévaloir de la tarification de la visite prévue à l'article 5, laquelle est ajoutée à la nomenclature des visites.

AVIS **:** *Le médecin spécialiste à salaire, per diem, tarif horaire ou rémunération mixte doit inscrire le numéro d'établissement correspondant à sa nomination et utiliser la nature de service habituelle avec un des emplois de temps suivants :*

- **XXX153** *Services cliniques (pandémie);*
- **XXX154** *Services médico-administratifs (pandémie).*

- Le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3. Le médecin spécialiste qui choisit ce mode de rémunération forfaitaire spécifique est admissible au mécanisme de maintien de son revenu prévu à l'article 4.

Les services rendus en SNT non ambulatoire situé en dehors d'un établissement sont considérés comme étant rendu dans l'établissement auquel le médecin est rattaché.

2.2 Médecins exerçant en établissement et qui, dans un contexte de pandémie d'influenza, ne sont pas en mesure d'accomplir leur niveau de pratique habituel.

Afin de bénéficier de la présente mesure, le médecin spécialiste exerçant dans un établissement et qui n'est pas en mesure d'accomplir son niveau de pratique habituel au cours d'une journée doit se présenter à son chef de département afin d'être réaffecté à des services médicaux ou médico-administratifs en lien avec ses compétences.

Dans l'éventualité où le médecin ne peut être réaffecté à d'autres tâches, il doit demeurer en disponibilité et être présent dans l'établissement.

Le médecin qui est réaffecté est rémunéré, selon un choix qu'il effectue quotidiennement conformément à l'un des modes de rémunération prévus ci-dessous :

- Le mode de rémunération actuel du médecin spécialiste en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes). La rémunération des visites est établie selon la tarification applicable selon le lieu de prestation dans l'établissement. Pour une visite pour état grippal, le médecin peut plutôt se prévaloir de la tarification des visites prévues à l'article 5, lesquelles sont ajoutées à la nomenclature des visites.

AVIS **:** *Le médecin spécialiste à salaire, per diem, tarif horaire ou rémunération mixte doit inscrire le numéro d'établissement correspondant à sa nomination et utiliser la nature de service habituelle avec un des emplois de temps suivants :*

- ***XXX153*** *Services cliniques (pandémie);*
- ***XXX154*** *Services médico-administratifs (pandémie).*

- Le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3. Le médecin spécialiste qui se prévaut de ce mode de rémunération forfaitaire spécifique est admissible au mécanisme de maintien de son revenu prévu à l'article 4.

Le médecin qui ne peut être réaffecté à d'autres tâches est rémunéré selon le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3. Le médecin spécialiste qui se prévaut de ce mode de rémunération forfaitaire spécifique est admissible au mécanisme de maintien de son revenu prévu à l'article 4. Le DSP ou un membre du triumvirat formé dans l'établissement dans le cadre de la pandémie atteste de la non-réaffectation possible du médecin au cours d'une période donnée.

2.3 Médecins exerçant dans une clinique de grippe désignée par une agence de la santé et des services sociaux ou dans un SNT ambulatoire situé hors d'un établissement et qui est sous la responsabilité d'un CSSS

Le médecin spécialiste qui est appelé à dispenser des services médicaux dans une clinique de grippe désignée par une agence de la santé et des services sociaux ou dans un SNT ambulatoire situé hors d'un établissement et qui est sous la responsabilité d'un CSSS est rémunéré, selon un choix qu'il exerce quotidiennement, conformément à l'un des modes de rémunération suivants :

- Le mode de rémunération actuel du médecin spécialiste en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes). La rémunération des visites est établie selon la tarification applicable en clinique externe dans sa spécialité. Pour une visite pour état grippal, le médecin peut plutôt se prévaloir de la tarification de la visite prévue à l'article 5, laquelle est ajoutée à la nomenclature des visites.

AVIS **:** *Le médecin spécialiste à salaire, per diem, tarif horaire ou rémunération mixte doit inscrire le numéro d'établissement correspondant à sa nomination et utiliser la nature de service habituelle avec un des emplois de temps suivants :*

*- **XXX153** Services cliniques (pandémie);*
*- **XXX154** Services médico-administratifs (pandémie).*

- Le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3. Le médecin spécialiste qui, dans cette situation se prévaut de ce mode de rémunération est admissible au mécanisme de maintien de son revenu prévu à l'article 4.

Les services rendus en clinique de grippe ou en SNT ambulatoire situé en dehors d'un établissement sont considérés comme étant rendu dans l'établissement auquel le médecin est rattaché.

3. LE MODE DE RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SPÉCIFIQUE À LA PANDÉMIE D'INFLUENZA DE TYPE A (H1N1)

Le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie d'influenza de type A (H1N1) s'adresse exclusivement aux médecins spécialistes visés à l'article 2.

Ce mode de rémunération forfaitaire vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales, des activités médico-administratives et inclut, s'il y a lieu, les consultations téléphoniques que le médecin spécialiste accomplit dans un contexte de pandémie d'influenza de type A (H1N1).

Le médecin spécialiste rémunéré selon ce mode reçoit le paiement d'un montant forfaitaire de 500 $ qui est versé pour une période d'activité de quatre (4) heures pour laquelle il est présent dans son établissement. Pour une période d'activité moindre, ce montant forfaitaire est divisible en taux horaire, étant entendu que la rémunération d'une heure d'activité nécessite une période d'activité continue de 60 minutes, à défaut de quoi elle n'est pas payable. Un maximum de trois (3) montants forfaitaires (soit 12 heures) par jour est payable

Le médecin qui bénéficie du mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie, au cours d'une journée, ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de cette même journée.

Les demandes de paiement doivent être contresignées par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.

4. LA MESURE DE MAINTIEN DE REVENU EN PÉRIODE DE PANDÉMIE

Dans l'éventualité où le médecin spécialiste a choisi, pour une journée donnée, le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie, il a droit à la mesure de maintien de revenu pour cette journée, laquelle lui permet de voir son revenu moyen quotidien augmenté afin qu'il corresponde à la moyenne quotidienne de sa spécialité en établissement.

Pour ce faire, au cours des mois suivant la fin d'une période de pandémie pour l'ensemble du Québec, les parties négociantes mesurent l'écart pour chaque journée visée et lui versent cet écart sous forme de montants forfaitaires.

5. VISITE POUR ÉTAT GRIPPAL

Les actes de visite pour état grippal tels que libellés ci-dessous peuvent être réclamés par les médecins de chacune des spécialités.

Unité de soins cohortée, SNT non ambulatoire ou hospitalisation		
15076	Visite pour état grippal	110,00 $
Clinique de grippe, SNT ambulatoire ou clinique externe		
15077	Visite pour état grippal	60,00 $

Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38 ou de l'annexe 40, cet acte est payable selon un supplément d'honoraires correspondant à 55 %.

6. MÉDECINS INFECTÉS PAR LA GRIPPE

Le médecin qui contracte le virus de la grippe A (H1N1) et qui devient incapable d'accomplir les tâches qu'il exerçait en clinique de grippe ou dans un SNT, est présumé avoir contracté le virus de la grippe A (H1N1) à l'occasion de son travail. Ce médecin est alors éligible à une compensation de sept (7) jours maximum pour la perte de revenus occasionnée par sa maladie.

Le médecin qui contracte le virus de la grippe A (H1N1) et qui devient incapable d'accomplir ses tâches alors qu'il exerçait dans un établissement doit, pour pouvoir bénéficier de la même présomption, démontrer, à la satisfaction du comité paritaire, qu'il y avait un nombre important de patients atteints du virus de la grippe A (H1N1) dans l'établissement et qu'il a pu être exposé au virus à l'occasion de son travail. Il est alors éligible à une compensation de sept (7) jours maximum pour la perte de revenus occasionnée par sa maladie.

Le médecin spécialiste infecté a alors droit à la mesure de maintien de revenu prévue à l'article 4, ajustée en tenant compte de sa charge de travail quotidienne habituelle au cours des journées où il n'a pu exercer en établissement.

Tout médecin concerné doit présenter sa demande de compensation au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les vingt (20) semaines qui suivent la fin de sa maladie. À cette fin, le médecin doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :

1. Une description sommaire des activités et du ou des lieux d'exercice au moment où il est devenu invalide.

2. Une note d'un médecin attestant qu'il est atteint du virus de la grippe A (H1N1), ou à défaut, d'un syndrome d'allure grippale (SAG).

3. Une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération pour les fins de l'application de cette lettre d'entente.

Sur approbation de la demande, le comité paritaire informe la Régie du montant forfaitaire à verser au médecin.

Lorsqu'un médecin se prévaut des dispositions prévues au présent article pour une journée, il ne peut être rémunéré autrement dans le cadre du régime d'assurance maladie.

7. RETRAIT PRÉVENTIF POUR LES MÉDECINS ENCEINTES

La médecin enceinte qui exerçait dans un établissement, une clinique de grippe ou un SNT peut se prévaloir des dispositions suivantes relatives au retrait préventif.

Pour sa pratique dans les secteurs d'activités visés ci-dessus, ce médecin doit avoir fait l'objet d'un avis de retrait préventif en lien avec le virus de la grippe A (H1N1) émis par un médecin et l'avoir transmis au directeur des services professionnels de l'établissement où elle exerce habituellement. Elle doit également transmettre cet avis au comité paritaire.

Pour la partie de sa pratique dans les secteurs visés ci-dessus, le directeur des services professionnels ou un membre du triumvirat de l'établissement du territoire réaffecte, dans la mesure où cela est possible, la médecin à des tâches médicales ou médico-administratives relevant de ses compétences et ne présentant aucun risque pour sa grossesse. Durant les périodes pendant lesquelles elle ne peut être réaffectée à d'autres tâches, elle demeure en disponibilité à son domicile.

A compter de la date de son retrait préventif, la médecin est rémunérée et compensée de la façon suivante :

- Pour les journées pendant lesquelles elle dispense des services dans le cadre de sa réaffectation, elle est rémunérée selon les modalités applicables à ce lieu de pratique. Si cette rémunération est inférieure au revenu moyen quotidien de sa spécialité, les parties négociantes lui verseront le différentiel sous forme de montants forfaitaires.
- Pour les journées pendant lesquelles la médecin ne peut être réaffectée elle demeure en disponibilité et est admissible afin de recevoir un montant équivalent à 60 % de la moyenne de sa spécialité ajusté en tenant compte de sa charge de travail quotidienne habituelle au cours des journées où elle n'a pu exercer en établissement.

Cette mesure s'applique pour une période n'excédant pas 12 semaines entre le début et la fin de l'application de la présente lettre d'entente dans son territoire ou jusqu'à la date de l'accouchement.

Pour les journées pendant lesquelles la médecin se prévaut des dispositions prévues au présent article, elle ne peut être rémunérée autrement dans le cadre du régime d'assurance maladie.

8. RÉMUNÉRATION DES TÂCHES MÉDICO-ADMINISTRATIVES EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE

Les médecins spécialistes qui sont désignés par les médecins membres du triumvirat de son établissement, par une ASSS ou par les parties négociantes afin d'accomplir des tâches médico-administratives en lien avec la pandémie sont rémunérées selon un tarif horaire de 190 $.

L'administration de l'établissement ou de l'ASSS doit transmettre au comité paritaire le nom des médecins spécialistes désignés pour ces fonctions et le nombre d'heures autorisées.

9. RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EXPERTS QUI ASSURENT UNE COUVERTURE TERRITORIALE OU PROVINCIALE DES SERVICES DANS CERTAINS SECTEURS SPÉCIALISÉS

Le médecin spécialiste désigné à titre d'expert par le Ministère, afin d'assurer une couverture territoriale ou provinciale des services dans certains secteurs spécialisés est rémunéré selon un montant de 750 $ par jour qui s'ajoute à la rémunération à laquelle il a droit.

Exceptionnellement, le comité paritaire recommande aux parties négociantes de réviser le montant versé à un médecin ayant assuré les fonctions décrites au premier alinéa, tenant compte de l'intensité de la couverture territoriale sur la charge de travail accomplie au cours d'une journée donnée.

10. COMITÉ PARITAIRE DE SUIVI

Les parties négociantes conviennent d'un comité paritaire formé de représentants du Ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec afin d'assurer le suivi des mesures de rémunération spécifiques prévues pour la pandémie, de proposer toute autre mesure appropriée et d'examiner certaines situations spécifiques notamment celles liées à l'évolution de la pandémie d'influenza de type A (H1N1).

Les agences de la santé et des services sociaux de chaque région socio-sanitaire doivent informer le comité paritaire et la RAMQ de la date de début du déploiement des cliniques de grippe et, s'il y a lieu, des SNT pour chacun des territoires sous sa responsabilité. Elles informent également la RAMQ de la liste des cliniques de grippe et des SNT de chacun des territoires de CSSS ainsi que du nom du médecin responsable de chaque clinique et de chaque SNT.

11. LA PROTECTION DE LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS

Dans le cadre de la pandémie un médecin qui, à la demande d'un établissement, d'une agence ou du ministère, exerce des activités médico-administratives liées directement à la pandémie bénéficie du régime de protection ci-après décrit:

Sauf en cas de faute intentionnelle ou de faute lourde, le ministère s'engage à prendre fait et cause pour le médecin et à assurer sa défense dans toute réclamation dirigée contre lui qui résulte de l'exercice d'une activité médico-administrative ainsi qu'à le tenir quitte et indemne de tous dommages, frais et dépenses qui y sont reliés. Toutefois, cette protection ne s'applique pas si, à l'égard d'une réclamation donnée, le médecin bénéficie de la protection offerte par l'Association canadienne de protection médicale, une compagnie d'assurance ou le Programme d'assurance responsabilité professionnelle des administrateurs et dirigeants du Réseau de la santé et des services sociaux.

12. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

Les mesures prévues aux articles 2.1, 2.3 et 5 entrent en vigueur pour chaque territoire à compter de la date de déploiement, dans ce territoire, d'une clinique de grippe, d'un SNT ou d'une unité de soins cohortée et prennent fin lors de la fermeture de ces sites.

Les mesures prévues aux articles 6 et 7 entrent en vigueur le 19 octobre. Elles prennent fin à compter de la date de fin de la présente vague de la pandémie ou à une date postérieure déterminée par les parties négociantes.

Les mesures prévues aux articles 8, 9 et 11 entrent en vigueur à compter du moment où un médecin est visé par l'une des situations décrites à ces articles. Elles prennent fin à compter de la date de fin de la présente vague de la pandémie ou à une date postérieure déterminée par les parties négociantes.

La mesure prévue à l'article 2.2 entre en vigueur, pour un établissement, à compter de la date de déploiement, dans le territoire de cet établissement, d'une clinique de grippe, d'un SNT ou d'une unité de soins cohortée ou à toute autre date antérieure où la pratique habituelle du médecin est affectée en raison de la présente vague de pandémie, tel que déterminée par les parties négociantes suite à l'analyse de la situation. Elle prend fin à compter du moment de la fermeture de ces sites ou à tout autre date postérieure où la pratique habituelle des médecins n'est plus affectée par la situation de la pandémie, tel que déterminée par les parties négociantes suite à l'analyse de la situation.

Les articles 3 et 4 entrent en vigueur et prennent fin aux dates auxquelles les mesures auxquelles elles sont reliées entrent en vigueur et prennent fin.

13. AVIS DES PARTIES NÉGOCIANTES

La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et concernant toutes les mesures prévues à la présente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 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

LETTRE D'ENTENTE N° 177

CONCERNANT LA SUPERVISION MÉDICALE DISPENSÉE DANS LE CADRE DE LA FORMATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

CONSIDÉRANT que la formation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) comprend la poursuite de stage clinique dans les milieux de stages reconnus universitaires;

CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes sont appelés à assurer la supervision des stages effectués par les IPS;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la rémunération des médecins spécialistes pour ces activités de supervision;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui assure la supervision du stage d'une IPS pendant sa formation est rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité d'un externe de l'article 5.4 du protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire.

2. Le montant prévu à l'article 5.4 s'applique peu importe le nombre d'IPS supervisées par un même médecin.

AVIS **:** *Pour la supervision d'un stage ailleurs qu'à la salle d'urgence, utiliser :*
- le code de facturation ***19746****;*
- l'élément de contexte **Période d'enseignement en avant-midi** *ou* **Période d'enseignement en après-midi**.

Pour la supervision d'un stage à la salle d'urgence, utiliser :
- le code de facturation ***19789*** *pour la plage horaire de 8 h à 12 h;*
- le code de facturation ***19790*** *pour la plage horaire de 12 h à 16 h;*
- le code de facturation ***19791*** *pour la plage horaire de 16 h à 20 h;*
- le code de facturation ***19792*** *pour la plage horaire de 20 h à 0 h;*
- le code de facturation ***19793*** *pour la plage horaire de 0 h à 4 h;*
- le code de facturation ***19794*** *pour la plage horaire de 4 h à 8 h.*

Indiquer le numéro de toutes les IPS (81XXXX) pour lesquelles la rémunération est demandée.
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Toutefois, lorsque la supervision clinique d'une ou de plusieurs IPS s'effectue dans le cadre de la supervision clinique d'externes ou de résidents, on ne peut réclamer à la fois le paiement du montant prévu à la présente lettre d'entente et celui prévu pour les résidents ou les externes en vertu du Protocole d'accord. Un seul paiement s'applique.

3. Le financement du coût de la présente lettre d'entente sera convenu lors des négociations qui se tiendront dans le cadre du renouvellement de l'entente générale.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2009.

YVES BOLDUC, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

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

CONSIDÉRANT que la formation des dentistes résidents en chirurgie buccale et maxillo-faciale comprend la poursuite de stage clinique dans les milieux de stages reconnus universitaires;

CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes sont appelés à assurer la supervision des stages effectués par les dentistes résidents en chirurgie buccale et maxillo-faciale;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la rémunération des médecins spécialistes pour ces activités de supervision;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui assure la supervision du stage d'un dentiste résident en chirurgie buccale et maxillo-faciale pendant sa formation est rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité d'un résident de l'article 5.3 du protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire.

2. Le montant prévu à l'article 5.3 s'applique peu importe le nombre de dentistes résidents supervisés par un même médecin.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19748***.

Selon la situation, utiliser l'élément de contexte **Période d'enseignement en avant-midi** *ou* **Période d'enseignement en après-midi**.

Indiquer le numéro attribué par l'Ordre des dentistes du Québec de tous les dentistes résidents en chirurgie buccale et maxillo-faciale pour lesquels la rémunération est demandée.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Toutefois, lorsque la supervision clinique d'un ou de plusieurs dentistes résidents s'effectue dans le cadre de la supervision clinique d'externes ou de résidents, on ne peut réclamer à la fois le paiement du montant prévu à la présente lettre d'entente et celui prévu pour les résidents ou les externes en vertu du Protocole d'accord. Un seul paiement s'applique.

3. Le financement du coût de la présente lettre d'entente sera convenu lors des négociations qui se tiendront dans le cadre du renouvellement de l'entente générale.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 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

LETTRE D'ENTENTE Nº 180 - *Abrogée en date du 15 novembre 2021 par la* Modification nº 104

CONCERNANT LES SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE

CONSIDÉRANT l'adoption de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée ainsi que des règlements y afférents;

CONSIDÉRANT que les services de procréation assistée mentionnés à la Loi et aux règlements sont considérés comme étant des services assurés en vertu de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie;

CONSIDÉRANT la tarification des services de procréation assistée introduite par la Modification nº 55;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'assurer que cette tarification s'avère adéquate, selon que ces services soient dispensés dans un établissement, dans un centre de procréation assistée ou dans une clinique médicale;

CONSIDÉRANT l'entente intervenue en septembre 2007 entre la FMSQ et le MSSS en vue de la détermination des paramètres de rémunération des médecins spécialistes et les ajustements requis à l'enveloppe budgétaire globale déterminée afin de tenir compte de l'assurance des services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT l'objectif de favoriser l'accessibilité des services de procréation assistée à l'ensemble de la population québécoise requérant ces services.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. ANALYSE DE LA TARIFICATION

1.1. Mettre sur pied un comité formé d'experts indépendants, nommés par les parties négociantes, chargé d'effectuer une vérification de l'ensemble des coûts, dépenses et frais d'opération attribuables à la prestation des services de procréation assistée dans les centres de procréation assistée et les cliniques médicales ainsi que de la marge bénéficiaire raisonnable applicable dans ces milieux, le tout de façon à assurer une tarification adéquate des services de procréation assistée.

Le comité fera ses recommandations aux parties négociantes au plus tard neuf mois après la mise en vigueur de la présente lettre d'entente. Les parties négociantes réévalueront la tarification de ces services à la lumière des recommandations de ce comité.

2. IMPLANTATION DE NOUVEAUX CENTRES DE PROCRÉATION ASSISTÉE

2.1. Créer un comité conjoint de six membres, composé pour moitié de médecins nommés par la Fédération.

Ce comité a pour mandat d'étudier les demandes de permis présentées par un médecin, une personne morale ou une société pour l'implantation de nouveaux centres de procréation assistée.

AVIS **:** *- Utiliser le code d'activité **091156**.*

- Le code d'établissement à utiliser est celui attribué au CIUSSS (Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux) de la Capitale-Nationale (94402) ou du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (94405) selon le lieu de la rencontre.

2.2. Le comité conjoint fait connaître sa recommandation dans les trois mois de la réception de la demande

2.3. Le ministre informe la fédération des permis qu'il délivre; s'il n'entérine pas une recommandation du comité conjoint, il lui donne les motifs de sa décision.

3. OFFRE DE SERVICE EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

3.1. Le comité conjoint, créé en vertu de l'article 2, aura également comme mandat de collaborer à l'analyse de l'accessibilité aux services en matière de procréation assistée notamment en se penchant sur la question des corridors de services.

AVIS **:** *- Utiliser le code d'activité **091157**.*

- Le code d'établissement à utiliser est celui attribué au CIUSSS (Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux) de la Capitale-Nationale (94402) ou du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (94405) selon le lieu de la rencontre.

Le comité pourra faire connaître ses recommandations au ministre, le cas échéant.

3.2. Pour leur participation aux activités prévues aux articles 2 et 3, les médecins membres du comité conjoint et désignés par les parties négociantes sont rémunérés selon la tarification applicable en vertu des articles 4.1(b) et 4.2 du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé. Le relevé d'honoraires doit être contresigné par les parties négociantes.

AVIS **:** *Vous devez facturer vos frais de déplacement (kilométrage) et le temps de déplacement dans la partie* Frais de déplacement *de la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Exceptionnellement, le temps de déplacement est payable en tout lieu peu importe le territoire et il n'y a pas de maximum par semaine pour le remboursement des frais de déplacement.

4. ENVELOPPE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

4.1. L'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours d'une année est augmentée, à compter de l'année 2010-2011, d'un montant correspondant à l'ensemble des coûts additionnels associés et découlant de l'assurance des services de procréation assistée. Tel que prévu à l'Accord-cadre, l'augmentation de l'enveloppe budgétaire au cours de chaque année s'effectue avant tout autre ajustement de l'enveloppe prévu pour cette année, telles les mesures de redressement déjà convenues, lesquelles s'appliquent alors sur le montant de l'enveloppe applicable suite à cette augmentation.

4.2. Les parties négociantes conviennent de finaliser leurs prévisions pour les années 2010-2011 à 2014-2015 d'ici au 30 septembre 2010. De plus, les parties conviennent que l'évaluation finale de l'ajustement requis à l'enveloppe sera effectuée, pour les années 2010-2011 à 2014-2015, lors de la vérification finale des données de cette période.

5. MISE EN VIGUEUR

5.1. La présente lettre d'entente prend effet à la date de la mise en vigueur de la réglementation touchant les activités de procréation médicalement assistée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2010.

YVES BOLDUC, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 181 *Abrogée par la Modification 116 en date du 24 juillet 2025*

CONCERNANT LES NOUVELLES SPÉCIALITÉS RECONNUES PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC AUX FINS DE LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE

ATTENDU que le 25 novembre 2010 le Collège des médecins du Québec a reconnu dix-neuf (19) nouvelles spécialités aux fins de la délivrance d'un certificat de spécialiste;

ATTENDU que les parties négociantes devront adopter les dispositions nécessaires concernant la rémunération des médecins spécialistes reconnus au sein de ces nouvelles spécialités;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À compter du 25 novembre 2010, et ce, jusqu'à l'adoption de dispositions spécifiques de rémunération par les parties négociantes, les médecins ayant obtenu un certificat de spécialiste dans l'une ou l'autre des nouvelles spécialités reconnues par le Collège des médecins du Québec demeurent rémunérés selon leur classification avant l'obtention de ce dernier certificat.

2. En ce qui a trait aux médecins n'étant certifiés que dans l'une des nouvelles spécialités, ceux-ci sont rémunérés selon les modalités déterminées par les parties négociantes.

3. Les médecins ayant obtenu un certificat de spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie après le 25 novembre 2010 et qui détenaient déjà un certificat dans une surspécialité de la médecine interne ou de la pédiatrie demeurent classés dans cette surspécialité antérieure.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2010.

YVES BOLDUC, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 183

CONCERNANT L'INJECTION INTRAVITRÉENNE D'UN MÉDICAMENT ANTIANGIOGÉNIQUE DANS LE CADRE DES TRAITEMENTS DE LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE, DE L'ŒDÈME MACULAIRE CAUSÉ PAR UNE OCCLUSION VEINEUSE, DE L'ŒDÈME MACULAIRE DIABÉTIQUE, DE LA RÉTINOPATHIE DU PRÉMATURÉ, DE LA MYOPIE PATHOLOGIQUE, DU GLAUCOME NÉOVASCULAIRE ET DE LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE NÉOVASCULAIRE.

CONSIDÉRANT que le service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique (service médical codé 07331) dans le cadre des traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, de l'œdème maculaire causé par une occlusion veineuse, de l'œdème maculaire diabétique, de la rétinopathie du prématuré, de la myopie pathologique, du glaucome néovasculaire et de la rétinopathie diabétique néovasculaire est actuellement dispensé autant dans les centres hospitaliers que dans les cliniques médicales des médecins spécialistes en ophtalmologie;

CONSIDÉRANT que la tarification de certains de ces services, à l'exception de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, ne prévoit toutefois pas de composante technique afin de tenir compte de tous les frais encourus par les médecins ophtalmologistes lorsque ce service est dispensé en clinique médicale, dont, notamment, les frais associés à l'équipement d'imagerie médicale utilisé à cette fin;

CONSIDÉRANT que le gouvernement entend modifier la réglementation sur l'assurance maladie afin de préciser que les examens de tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique (ci-après un « examen d'imagerie médicale ») sont des services considérés non assurés en clinique médicale, sauf lorsque utilisés dans le cadre du service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique en vue des traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, de l'œdème maculaire causé par une occlusion veineuse, de l'œdème maculaire diabétique, de la rétinopathie du prématuré, de la myopie pathologique, du glaucome néovasculaire et de la rétinopathie diabétique néovasculaire;

CONSIDÉRANT que le gouvernement convient de prévoir le paiement d'une tarification spécifique pour certains services dispensés dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, de l'œdème maculaire causé par une occlusion veineuse, de l'œdème maculaire diabétique, de la rétinopathie du prématuré, de la myopie pathologique, du glaucome néovasculaire et de la rétinopathie diabétique néovasculaire, et ce, afin de tenir compte de tous les frais encourus par les médecins ophtalmologistes lorsque ce service est dispensé en clinique médicale;

CONSIDÉRANT que le ministère de la Santé et des Services sociaux a toutefois comme objectif que le service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge soit effectué dans les centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT la volonté du Ministère de revoir à ce moment la réglementation sur l'assurance maladie pour traduire cet objectif.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin spécialiste en ophtalmologie qui, dans le cadre du traitement des pathologies visées par la présente lettre d'entente, , effectue, en clinique médicale, une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique incluant la ponction (service médical codé 07331) a droit de recevoir, en plus du tarif de l'injection, un supplément pour tenir compte de la composante technique des services dispensés en clinique médicale.

Ce supplément est indiqué à la nomenclature des actes, au chapitre Appareil Visuel sous la rubrique Corps vitré. Il varie selon que les services dispensés incluent ou non un examen d'imagerie médicale réalisé à la clinique médicale ou à l'hôpital.

La composante technique inclut tous les frais associés à cette injection en clinique médicale, dont le plateau technique, les gouttes anesthésiques et, le cas échéant, l'examen d'imagerie médicale.

Dans le cas d'une injection dans les deux yeux, au cours de la même séance, la tarification de la composante technique pour le deuxième œil est payée à 50 %.

2. Le médecin spécialiste en ophtalmologie qui, dans le cadre des traitements des pathologies visées par la présente lettre d'entente effectue, en clinique médicale, un examen d'imagerie médicale reçoit la tarification prévue pour ces services à la nomenclature des actes, au chapitre Appareil Visuel sous la rubrique Corps vitré. Elle est réclamée en utilisant la codification prévue selon que l'examen d'imagerie médicale mène ou ne mène pas à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

Un examen d'imagerie médicale est considéré ne pas mener à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique lorsque cet examen est effectué sans qu'il n'y ait par la suite de traitement impliquant une injection intravitréenne, et ce, en autant que cet examen d'imagerie médicale intervienne dans un délai maximal de six (6) mois suivant un traitement par injection intravitréenne, à défaut de quoi cet examen n'est pas payable en vertu du régime d'assurance maladie.

La tarification inclut tous les frais associés à l'examen, dont le plateau technique et les gouttes anesthésiques.

Un seul examen d'imagerie médicale peut être réclamé pour les deux yeux.

La tarification prévue pour un examen d'imagerie médicale qui ne mène pas à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique ne peut être réclamée qu'un maximum de deux (2) fois par patient pendant la période du traitement, laquelle débute à compter de la première injection et se termine six (6) mois après la dernière injection.

AVIS **:** *Pour les services rendus dans le cadre de la Lettre d'entente n° 183 (codes de facturation* ***07035****,* ***07036****,* ***07037****,* ***07056****,* ***07057****,* ***07058****,* ***07059*** *et* ***07060****), voir la section* Corps vitré *sous l'onglet* T - Appareil visuel.

3. Aux fins de l'application des plafonds de gains de pratique prévus à l'annexe 8 de l'Accord-cadre, on ne tient pas compte des montants payables en vertu de la présente lettre d'entente et prévus à la nomenclature.

4. L'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours d'une année est augmentée, à compter de l'année 2011-2012, d'un montant correspondant à l'ensemble des coûts additionnels associés à la mise en place, en clinique médicale, de la tarification prévue à la présente lettre d'entente. L'augmentation de l'enveloppe budgétaire, au cours d'une année, s'effectue avant tout autre ajustement de l'enveloppe prévu pour cette année, telles les mesures de redressement déjà convenues, lesquelles s'appliquent alors sur le montant de l'enveloppe applicable suite à cette augmentation.

5. Les parties conviennent de suivre l'évolution de ce dossier et d'y apporter les modifications requises, le cas échéant.

7. Par ailleurs, la présente lettre d'entente prendra fin lorsque la réglementation de l'assurance maladie sera modifiée afin de préciser que les examens de tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, lorsque utilisés dans le cadre du service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique en vue du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, doivent être considérés comme des services non assurés lorsque dispensés en clinique médicale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2011.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre	Présidente
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 185

CONCERNANT LA SUPERVISION MÉDICALE DISPENSÉE DANS LE CADRE DE LA FORMATION DES CONSEILLÈRES ET CONSEILLERS EN GÉNÉTIQUE

CONSIDÉRANT que la formation des conseillères et conseillers en génétique comprend la poursuite de stage clinique dans les milieux de stages reconnus universitaires;

CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes sont appelés à assurer la supervision des stages effectués par les conseillères et conseillers en génétique;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la rémunération des médecins spécialistes pour ces activités de supervision.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui assure la supervision du stage d'une conseillère ou d'un conseiller en génétique pendant sa formation est rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité d'un externe de l'article 5.4 du protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire.

2. Le montant prévu à l'article 5.4 s'applique peu importe le nombre de conseillères ou conseillers supervisés par un même médecin.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19741***.

Selon la situation, utiliser l'élément de contexte **Période d'enseignement en avant-midi** *ou* **Période d'enseignement en après-midi**.

Indiquer le prénom et le nom de tous les conseillères et conseillers en génétique pour lesquels la rémunération est demandée.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Toutefois, lorsque la supervision clinique d'un(e) ou de plusieurs conseillères ou conseillers s'effectue dans le cadre de la supervision clinique d'externes ou de résidents, on ne peut réclamer à la fois le paiement du montant prévu à la présente lettre d'entente et celui prévu pour les résidents ou les externes en vertu du Protocole d'accord. Un seul paiement s'applique.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2012.

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

LETTRE D'ENTENTE N° 186

CONCERNANT LA SUPERVISION MÉDICALE DISPENSÉE DANS LE CADRE DE LA FORMATION DES ÉTUDIANTES EN PRATIQUE SAGE-FEMME

CONSIDÉRANT que la formation des étudiantes en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières comprend la poursuite de stage clinique en établissement;

CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes sont appelés à assurer la supervision des stages effectués par les étudiantes en pratique sage-femme;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la rémunération des médecins spécialistes pour ces activités de supervision.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui assure la supervision du stage d'une étudiante en pratique sage-femme pendant sa formation est rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité d'un externe de l'article 5.4 du Protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire.

2. Le montant prévu à l'article 5.4 s'applique peu importe le nombre d'étudiantes supervisées par un même médecin.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19743***.
Selon la situation, utiliser l'élément de contexte **Période d'enseignement en avant-midi** *ou* **Période d'enseignement en après-midi**.

Indiquer le numéro d'étudiante attribué par l'Ordre des sages-femmes du Québec de toutes les étudiantes en pratique sage-femme pour lesquelles la rémunération est demandée.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Toutefois, lorsque la supervision clinique d'une ou de plusieurs étudiantes s'effectue dans le cadre de la supervision clinique d'externes ou de résidents, on ne peut réclamer à la fois le paiement du montant prévu à la présente lettre d'entente et celui prévu pour les résidents ou les externes en vertu du Protocole d'accord. Un seul paiement s'applique.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2012.

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

LETTRE D'ENTENTE Nº 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 744 $ 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 la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et le code de facturation* ***19745***.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2012.

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

RÉJEAN HÉBERT, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 189

CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES SERVICES EN ANATOMO-PATHOLOGIE DANS UN ÉTABLISSEMENT EN PÉNURIE SÉVÈRE D'EFFECTIFS

CONSIDÉRANT le nouveau mode de rémunération s'appliquant aux médecins anatomo-pathologistes à compter du 1er janvier 2012;

CONSIDÉRANT que ce nouveau mode de rémunération doit favoriser le recrutement de plusieurs nouveaux médecins anatomo-pathologistes afin d'exercer au sein des établissements;

CONSIDÉRANT les délais nécessaires afin de compléter ce recrutement et la nécessité, dans l'intervalle, d'assurer le maintien des services dans les établissements en besoin;

CONSIDÉRANT les modalités du nouveau mode de rémunération, lesquelles favorisent le maintien des services dans l'ensemble des établissements en permettant aux médecins d'accomplir une charge supérieure à 1 équivalent temps complet, et ce, jusqu'à concurrence de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12 de l'Addendum 2. ANATOMO-PATHOLOGIE;

CONSIDÉRANT néanmoins la pénurie sévère d'effectifs vécue au sein de certains établissements et la nécessité de favoriser le maintien des services;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Afin de favoriser le maintien des services en anatomo-pathologie dans un établissement en pénurie sévère d'effectifs, les parties conviennent de certaines modalités de rémunération visant à favoriser la prise en charge des services dans un tel établissement.

2. Afin de bénéficier des avantages prévus à la présente lettre d'entente, les établissements en pénurie sévère d'effectifs doivent être désignés à ce titre par les parties négociantes selon l'une ou plusieurs des quatre catégories suivantes (ci-après un « établissement désigné ») :

i) Type A : Établissement nécessitant le support sur place d'un ou de plusieurs médecins en provenance d'un autre établissement;

ii) Type B : Établissement nécessitant le support d'un ou de plusieurs médecins d'un autre établissement via la télépathologie pour les actes d'extemporanés et biopsies urgentes;

iii) Type C : Établissement nécessitant le support d'un ou de plusieurs médecins via l'interprétation à distance d'examens transmis par télépathologie, par courrier postal ou par autre moyen de transport;

iv) Type D : Établissement nécessitant une contribution additionnelle exceptionnelle de médecins exerçant de façon principale dans cet établissement en pénurie sévère d'effectifs.

3. Également, les médecins anatomo-pathologistes pouvant bénéficier des avantages prévus à la présente lettre d'entente doivent être désignés à cette fin et satisfaire aux conditions suivantes :

i) le médecin doit avoir une charge professionnelle anticipée totale supérieure à la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12 de l'addendum 2 en anatomo-pathologie;

ii) le médecin exerçant dans un contexte de support à un autre établissement ne doit pas exercer de façon principale dans un établissement qui est lui-même aux prises avec une pénurie d'effectifs ou dont les besoins en anatomo-pathologie ne sont pas satisfaits. Il doit participer activement à la prestation des soins dans son établissement principal ainsi qu'aux activités de contrôle de qualité.

4. En plus de la rémunération à laquelle ils ont droit en vertu des dispositions de l'entente, les médecins anatomo-pathologistes désignés ont droit, en sus de la charge professionnelle maximale prévue à l'article 2.12, à une rémunération additionnelle équivalente à 100 % de la charge professionnelle réalisée dans l'établissement désigné.

5. Les médecins en support dans un établissement désigné de type A ont également droit au paiement de frais de déplacement, selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 1 de l'annexe 23 de l'Accord-cadre.

6. Les établissements et médecins désignés en vertu de la présente lettre d'entente doivent favoriser le recrutement d'effectifs afin de répondre aux besoins en anatomo-pathologie dans les établissements désignés.

7. La présente lettre d'entente ne s'applique pas aux médecins ayant une pratique en pédiatrie ou en neuropathologie.

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

9. Les modifications apportées à la présente lettre d'entente s'appliquent à compter du 1er septembre 2012.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2012.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 190 - *Abrogée en date du 1er janvier 2022 par la* Modification nº 102

CONCERNANT LA MISE EN APPLICATION DE L'ANNEXE 44 CONCERNANT LE PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET DE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu de l'annexe 44 concernant le programme de développement professionnel et de maintien des compétences pour les médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT que la mise en place de ce programme entraîne l'abrogation des mesures prévues à cet égard au mode de rémunération mixte ainsi que certaines modifications aux mesures de ressourcement prévues à l'annexe 19 et applicables aux médecins spécialistes qui ont leur résidence principale et exercent leur profession sur une base régulière dans les territoires isolés et éloignés (annexe 19);

CONSIDÉRANT que les coûts afférents à l'introduction de l'annexe 44 et aux autres modifications apportées ont été déterminés par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses actuarielles;

CONSIDÉRANT que ces coûts peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'allouer une somme de 19,5 M$ au financement additionnel des activités de ressourcement des médecins spécialistes et découlant de l'introduction de l'annexe 44 et des modifications apportées à l'annexe 19.

2. De mesurer et d'évaluer à chaque année, lorsque les données seront disponibles, les coûts réels associés à l'introduction de l'annexe 44 et aux modifications apportées à l'annexe 19.

3. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés à l'introduction de l'annexe 44 et aux modifications apportées à l'annexe 19 étaient supérieurs à l'enveloppe de 19,5 M$ prévue, les parties conviennent d'assumer les coûts excédentaires non récurrents à même les sommes disponibles dans l'enveloppe budgétaire globale. Les parties conviennent également de revoir les modalités de ce programme pour les années subséquentes ou d'en assurer le financement supplémentaire récurrent à même l'enveloppe budgétaire globale.

Dans l'éventualité où ces coûts étaient inférieurs à l'enveloppe de 19,5 M$ prévue, les parties conviennent de revoir les modalités de ce programme pour les années subséquentes afin d'atteindre le niveau de financement de 19,5 M$ prévu.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2011.

YVES BOLDUC, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

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

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu de renouveler l'annexe 24 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;

CONSIDÉRANT que dans le cadre de ce renouvellement, les parties ont convenu de mettre fin, en date du 31 mars 2012, à la 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;

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent toutefois déterminer les modalités visant à assurer le respect des engagements prévus à la Lettre d'entente n° 173 pour la période précédant son abrogation;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Comme le service médico-administratif « Rapport de consultation en spécialité » n'a pas atteint les objectifs prévus, les parties conviennent de ne pas maintenir ce service au-delà du 31 mars 2012.

2. En règlement final, les parties conviennent de verser un montant rétroactif aux médecins ayant réclamé le paiement d'honoraires pour les services médico-administratifs ci-dessous. Ce montant rétroactif est déterminé selon un pourcentage des honoraires réclamés par les médecins pour ces services pendant la période du 1er janvier 2010 au 31 mars 2012, lequel correspond aux tarifs suivants :

	Service632	
codé **09917**	$	
	Service821	
codé **09918**	$	(12,86
	Service350%)	
codé **09938**	$	(13,24 %)
	Service566	(12,90 %)
codé **09939**	$	(13,20 %)
	Service230	(09,52 %)
codé **09942**	$	(09,09 %)
	Service360	(13,58 %)
codé **09944**	$	
	Service619	
codé **09978**	$	

3. Les parties se déclarent toutefois prêtes à participer à l'analyse d'un nouveau service médico-administratif si les travaux que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail a entamés en collaboration avec les parties permettent une nouvelle modalité de prévention à la chronicité.

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

LETTRE D'ENTENTE N° 192 *Abrogée par la Modification 116 en date du 24 juillet 2025*

CONCERNANT LES NOUVELLES SPÉCIALITÉS MÉDICALES RECONNUES PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT les dispositions de la Lettre d'entente n° 181;

CONSIDÉRANT les travaux actuellement en cours afin de déterminer les modalités de rémunération des médecins certifiés dans les nouvelles spécialités;

CONSIDÉRANT les médecins n'étant certifiés que dans l'une des nouvelles spécialités et pour lesquels il faut convenir des conditions de rémunération.

CONCERNANT LES NOUVELLES SPÉCIALITÉS MÉDICALES RECONNUES PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT les dispositions de la Lettre d'entente n° 181;

CONSIDÉRANT les travaux actuellement en cours afin de déterminer les modalités de rémunération des médecins certifiés dans les nouvelles spécialités;

CONSIDÉRANT les médecins n'étant certifiés que dans l'une des nouvelles spécialités et pour lesquels il faut convenir des conditions de rémunération.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les médecins certifiés dans l'une des nouvelles spécialités reconnues sont classés aux fins de rémunération dans les spécialités de classement suivantes :

Nouvelle spécialité reconnue	Spécialité de classement
Chirurgie colorectale	Chirurgie générale
Chirurgie générale oncologique	Chirurgie générale
Chirurgie pédiatrique	Chirurgie générale
Chirurgie thoracique	Chirurgie générale
Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilié	Obstétrique-gynécologie
Gérontopsychiatrie	Psychiatrie
Hématologie/oncologie pédiatrique	Hématologie-oncologie
Maladies infectieuses	Microbiologie-infectiologie
Médecine de l'adolescence	Pédiatrie
Médecine de soins intensifs	Médecine interne
Médecine d'urgence pédiatrique	**Pédiatrie**
Médecine du travail	**Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail**
Médecine interne générale	**Médecine interne**
Médecine maternelle et foetale	**Obstétrique et gynécologie**
Médecine néonatale et périnatale	**Pédiatrie**
Neuropathologie	**Anatomo-pathologie**
Oncologie gynécologique	**Obstétrique et gynécologie**
Pathologie générale	**Anatomo-pathologie**
Pathologie hématologique	**Anatomo-pathologie**
Pathologie judiciaire	**Anatomo-pathologie**
Pédiatrie du développement	**Pédiatrie**
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	**Psychiatrie**
Psychiatrie légale	**Psychiatrie**
Santé publique et médecine préventive	**Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail**

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2019.

DANIELLE McCANN	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	Présidente Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 193

CONCERNANT LE FINANCEMENT DU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT l'importance de favoriser la qualité et l'accessibilité aux services médicaux spécialisés;

CONSIDÉRANT que le Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») est un organisme sans but lucratif dont la mission est de venir en aide aux médecins, résidents et étudiants en médecine qui éprouvent des difficultés personnelles;

CONSIDÉRANT le principe fondamental du Programme d'aide qui vise à assurer la confidentialité des services de soutien offerts aux médecins, résidents et étudiants;

CONSIDÉRANT l'importance pour le Programme d'aide de bénéficier d'un financement stable et continu afin de pouvoir continuer à offrir ses services;

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de favoriser le financement stable et continu du Programme d'aide, tout en insistant sur la nécessité pour le Programme d'aide de poursuivre ses efforts de financement.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement stable et continu permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.

2. À cette fin, les parties négociantes conviennent d'affecter un montant annuel, à même l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins spécialistes, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec. Pour la période du 1er juillet 2011 au 31 mars 2015, ce financement est de 2,4 M$.

3. Le montant de la contribution annuelle est déterminé par les parties négociantes en fonction du budget de fonctionnement actuel du Programme d'aide et de la croissance de ce budget au cours des prochaines années. Le Programme d'aide transmet aux parties, sur demande, toute la documentation requise ainsi que les états financiers.

4. Les parties négociantes avisent la Régie du montant à être versé au Programme d'aide au cours de chaque année.

AVIS **:** *À cet effet, une demande est acheminée au Service du paiement et de la révision à l'adresse courriel paiement@ramq.gouv.qc.ca en mettant en copie registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.*

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

6. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er juillet 2011.

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

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

CONSIDÉRANT les mesures ciblées prévues au Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des soins (Entente de 2007) et dans le cadre du Protocole d'accord relatif au renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1er avril 2010 au 31 mars 2015 relativement à l'amélioration de l'accessibilité via les technologies de télémédecine;

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu de l'adoption d'un protocole concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes dispensant des services de télémédecine (ci-après le « Protocole »);

CONSIDÉRANT que l'utilisation de technologies de télémédecine pour la dispensation de services médicaux est en constante évolution et qu'il est difficile d'en évaluer l'utilisation réelle qui sera faite par les médecins spécialistes au cours des prochaines années;

CONSIDÉRANT qu'à cette fin, 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 à l'introduction des nouvelles modalités de rémunération en télémédecine peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi des coûts reliés à l'introduction de ces nouvelles modalités de rémunération;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'allouer une somme de 1,0 M$ au financement du Protocole.

2. De mesurer et d'évaluer à chaque année, lorsque les données seront disponibles, les coûts réels associés à l'introduction du Protocole.

3. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés à l'introduction du Protocole diffèrent de l'enveloppe prévue de 1,0 M$ ou que les objectifs poursuivis par les parties n'étaient pas atteints, les parties conviennent de discuter des mesures à prendre, notamment la possibilité de réviser la tarification applicable, le cas échéant.

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

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

CONSIDÉRANT la mesure prévue au Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des soins relativement à la rémunération de la consultation téléphonique;

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu du Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique (ci-après le « Protocole »);

CONSIDÉRANT qu'à cette fin, 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 à l'introduction des nouvelles modalités de rémunération en consultation téléphonique peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi des coûts reliés à l'introduction de ces nouvelles modalités de rémunération.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'allouer une somme de 7,0 M$ au financement du Protocole.

2. De mesurer et d'évaluer à chaque année, lorsque les données seront disponibles, les coûts réels associés à l'introduction du Protocole.

3. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés à l'introduction du Protocole étaient différents de l'enveloppe prévue de 7,0 M$ ou que les objectifs poursuivis par les parties n'étaient pas atteints, les parties conviennent de discuter des mesures à prendre, notamment la possibilité de réviser la tarification applicable, le cas échéant.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2012.

YVES BOLDUC, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 196

CONCERNANT LA MISE EN PLACE DES AUGMENTATIONS TARIFAIRES ET MESURES CIBLÉES À L'ENTENTE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

CONSIDÉRANT l'Entente de principe intervenue entre la FMSQ et le MSSS le 10 janvier 2007 en vue de la détermination des paramètres financiers de rémunération des médecins spécialistes à compter du 1er avril 2004, l'Entente du 10 septembre 2007 intervenue entre la FMSQ et le MSSS en vue de l'application de l'Entente du 10 janvier 2007 ainsi que le Protocole d'accord relatif au renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1er avril 2010 au 31 mars 2015 intervenu le 18 octobre 2011, ci-après les « Ententes »;

CONSIDÉRANT les investissements prévus aux Ententes aux fins de la rémunération des médecins spécialistes et la mise en place de diverses mesures ciblées;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de favoriser une mise en place plus accélérée de certaines mesures ciblées visant à favoriser la qualité et l'accessibilité aux services médicaux spécialisés et à renforcer l'efficience du réseau de la santé;

CONSIDÉRANT également la volonté des parties de revoir certaines modalités d'application du mode de rémunération mixte.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties conviennent d'assurer, le ou vers le 1er mars 2013, la mise en place de l'ensemble des augmentations tarifaires octroyées aux médecins spécialistes en vertu des Ententes pour les années 2010-2011 à 2014-2015. Toutefois, les parties conviennent de retenir un montant d'environ 50 M$ récurrent à même ces augmentations, de façon à permettre la mise en place accélérée de certaines mesures ciblées. Ce montant de 50,0 M$ d'augmentation tarifaire est ainsi reporté et mis en place au 1er avril 2015, afin de respecter les investissements tarifaires récurrents prévus aux ententes. Un montant équivalent est déduit au 1er avril 2015 des sommes dédiées aux mesures ciblées afin de respecter les augmentations tarifaires récurrentes prévues aux ententes.

2. Compte tenu des sommes prévues aux ententes au titre des mesures ciblées et du montant d'augmentations tarifaires retenu ci-dessus, les parties conviennent du calendrier de financement suivant :

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Financement	**22,5 M$**	**215,0 M$**	**265,0 M$**	**290,0 M$**

3. Compte tenu des sommes disponibles et du calendrier de financement prévu à l'article 2, les parties conviennent de finaliser les travaux sur la mise en place des mesures ciblées suivantes, selon les modalités, l'investissement et le calendrier de financement indiqué.

3.1 : *Supprimé en date du 1er avril 2019 par le Protocole de 2019.*

3.2 Activités médico-administratives et d'enseignement des médecins

De façon à reconnaître la participation de l'ensemble des médecins spécialistes au sein de l'organisation des services, les parties conviennent d'un budget d'environ 140 M$ pour la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies par les médecins spécialistes en milieu hospitalier et dans les autres établissements désignés par les parties ainsi que de certaines activités d'enseignement effectuées dans les centres hospitaliers universitaires ou dans les établissements avec mandats d'enseignement reconnus par contrats d'affiliation, contrats de service ou lettres d'entente.

Les activités médico-administratives visées comprennent principalement la participation des médecins spécialistes aux réunions des divers comités mis en place en établissement, dont les comités prévus en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et de ses règlements. Les activités d'enseignement visées comprennent notamment l'apprentissage au raisonnement clinique (ARC), l'examen clinique objectif structuré (ECOS), le « Club de lecture scientifique » et la dispensation de cours autres que les cours siglés.

À cette fin, les parties conviennent de dresser une nomenclature des diverses activités ainsi visées. Ces activités seront rémunérées de façon à assurer une tarification horaire qui sera fixée à 150 $ lors de son introduction en 2012-2013 et sera par la suite haussé à 175 $ en 2014-2015 et à 200 $ en 2015-2016. Les parties conviennent également de déterminer un maximum d'heures pouvant être réclamées par type d'activité, lequel pourrait varier par spécialité.

Le financement de 140 M$ prévu pour cette mesure est mis en place à compter du dernier trimestre de l'année 2012-13, selon le calendrier de financement suivant :

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Financement	**8,75 M$**	**105,0 M$**	**122,5 M$**	**140,0 M$**

3.3 Autres mesures ciblées

Les parties conviennent également d'allouer un montant d'environ 90 M$ pour la mise en place de diverses mesures ciblées visant l'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux spécialisés, dont les suivantes :

- La rémunération des activités de télémédecine
- La rémunération des consultations téléphoniques
- La participation des médecins aux divers comités ministériels et organismes nationaux
- La rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie
- La mise en place de modalités pour favoriser l'accueil clinique
- La mise en place formelle de corridors de services
- La mise en place de mesures visant à favoriser les activités de prélèvements et de dons d'organes
- La prise en charge continue des malades aux soins intensifs
- L'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés
- La médecine de laboratoire
- Le vieillissement de la population
- La lutte contre le cancer

Le financement de 90 $ millions prévu pour ces mesures est mis en place à compter de l'année 2012-2013, selon le calendrier de financement suivant :

	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Financement	**10,0 M$**	**65,0 M$**	**90,0 M$**

4. Les parties conviennent de modifier les modalités générales d'application du mode de rémunération mixte. À cette fin, les parties conviennent :

- D'abroger les modalités de report d'heures, lesquelles permettent de réclamer un demi- *per diem* ou un *per diem* au cours d'une journée par l'utilisation d'un nombre d'heures d'activités accomplies au cours d'une autre journée;
- D'instaurer, en plus des conditions de nombre d'heures actuellement prévues, une nouvelle condition de services rendus pour avoir droit au paiement d'un demi- *per diem* ou d'un *per diem*. Ainsi, au cours d'une journée, un minimum de 100 $ et 200 $ de services dispensés est requis pour réclamer, respectivement, un demi- *per diem* ou un *per diem*. Afin de déterminer si cette condition est rencontrée, tous les services tarifés sont pris en compte selon leur valeur de base, qu'ils soient sujets à un supplément d'honoraires ou non. Les parties conviennent toutefois de ne pas appliquer cette nouvelle condition dans les territoires de rémunération différente.
- De revoir les modalités d'adhésion et de retrait au mode de rémunération mixte de façon à ne pas requérir une décision unanime du département, service ou secteur d'activités.

4.1 Les parties conviennent d'instaurer les modifications ci-dessus au cours de l'année 2012-2013.

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

LETTRE D'ENTENTE N° 198

CONCERNANT LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES EN COLOSCOPIE

CONSIDÉRANT que les services de coloscopie sont habituellement dispensés selon une technique dite « en duo » en vertu de laquelle un médecin et une infirmière participent à la dispensation de ces services;

CONSIDÉRANT les travaux du Collège des médecins du Québec concernant la mise à jour des normes d'exercice en matière de coloscopie;

CONSIDÉRANT que la conclusion de ces travaux sont à l'effet de favoriser que les services de coloscopie soient dorénavant effectués davantage en solo par le médecin;

CONSIDÉRANT la nécessité pour les médecins dispensant des services de coloscopie d'assurer le maintien de leurs compétences dans ce secteur d'activités;

CONSIDÉRANT l'importance de favoriser la formation des médecins et le maintien des compétences en coloscopie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin spécialiste qui participe à une formation pour le maintien de ses compétences en coloscopie a droit aux avantages prévus à l'annexe 19 lorsque applicable, pour la période au cours de laquelle il participe à cette formation, et ce, aux conditions qui y sont prévues.

AVIS : *Le **médecin spécialiste assujetti à l'annexe 19** (régions isolées et éloignées) doit remplir le formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336) en inscrivant :*

- les renseignements concernant la rémunération et toute autre information pertinente dans la section RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT;

- la mention « maintien des compétences en coloscopie (LE n° 198) » dans la section RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Seuls les frais relatifs à la Lettre d'entente n° 198 *doivent être demandés sur ce formulaire.*

2. Le médecin spécialiste qui est appelé à dispenser une formation pour le maintien des compétences en coloscopie a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 323 $ pour chaque période de sept heures au cours de laquelle il dispense cette formation. Toute période moindre est payée au prorata du nombre d'heures complètes de formation dispensées.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et inscrire :
*- le code de facturation **19824**;*
- la durée de dispensation de la formation.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

Le médecin formateur peut également réclamer, en lieu et place des médecins qui participent à cette formation, les honoraires prévus à l'Accord-cadre pour les services de coloscopie dispensés aux patients pendant la durée de cette formation, et ce, en considération de l'enseignement et de la supervision des techniques de coloscopie qu'il effectue au cours de cette formation.

3. Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin de participer ou de dispenser une activité de formation en coloscopie a également droit au paiement de ses frais de déplacement, de la façon prévue à l'annexe 23 de l'Accord-cadre. Le médecin visé par les dispositions de l'article 3.1 de l'annexe 19 qui participe à une formation pour le maintien de ses compétences en coloscopie peut également tirer avantage des bénéfices prévus aux alinéas 3.4 (ii) et (iii) de l'annexe 19.

AVIS **:** *Le* ***médecin spécialiste assujetti à l'annexe 19*** *(régions isolées et éloignées),* ***et ayant reçu une rémunération selon l'article 1 de la Lettre d'entente nº 198*** *(régions non isolés), doit remplir le formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336) en inscrivant :*

- l'allocation forfaitaire et tout autre renseignement pertinent dans la section RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT*;*

- les renseignements pertinents sur les frais de déplacement dans la section DÉPLACEMENT*;*

- la mention « maintien des compétences en coloscopie (LE nº 198) » dans la section RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Seuls les frais relatifs à la Lettre d'entente nº 198 *doivent être demandés sur ce formulaire.*

AVIS **:** ***Le médecin spécialiste ayant reçu la rémunération prévue à l'article 2 de la LE 198*** *doit réclamer les frais de déplacement selon l'annexe 23 sur la* Facture de frais de déplacement.

4. Pour bénéficier des mesures prévues à la présente lettre d'entente, le médecin spécialiste qui dispense une formation en coloscopie doit être désigné par les parties négociantes.

5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels comportent l'information nécessaire à l'application de la lettre d'entente.

6. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er octobre 2012.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 199

CONCERNANT LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL

CONSIDÉRANT les discussions intervenues entre les parties concernant la gouverne en santé publique en lien avec les différentes activités accomplies par les médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de favoriser que ces discussions se poursuivent;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

De poursuivre les discussions sur la gouverne en mettant à profit tous les forums appropriés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

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, utiliser la* Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte *(1606).*

Voir les instructions de facturation concernant les règles et le tableau des actes sous l'onglet A - Anatomo-pathologie *du* Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement.

Pour votre rémunération en anatomo-pathologie, vous recevrez un montant forfaitaire. Vous ne devez donc pas demander les codes de facturation ***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 la* Demande de paiement - Rémunération mixte *(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 27e jour de novembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

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 l'adoption du Protocole d'accord intervenu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes (ci après le « Protocole d'accord sur l'étalement »);

CONSIDÉRANT qu'en vertu du Protocole d'accord sur l'étalement les parties négociantes ont convenu des modalités de versement des sommes récurrentes et non récurrentes dues aux médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT qu'afin de financer complètement la mise en place de la modification 71 à l'Accord-cadre, les parties ont convenu de la nécessité de réduire les budgets liés 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 l'adoption du renouvellement de l'Accord-cadre MSSS FMSQ pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023;

CONSIDÉRANT que les budgets alloués aux mesures mentionnées en titre ont été déterminés 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 années 2014-2015 à 2017-2018, le budget total alloué aux mesures mentionnées en titre tel que prévu ci-dessous :

2014-2015 :	40 M$
2015-2016 :	128,2 M$
2016-2017 :	74,6 M$
2017-2018 :	42 M$ [1]

([1]) Cette somme ne tient pas compte des augmentations tarifaires qui pourraient être octroyées dans les années suivant l'application de ces mesures.

2. D'assurer un suivi des coûts au cours de ces quatre années d'application.

3. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés à cette lettre d'entente étaient supérieurs à l'enveloppe prévue, les parties conviennent des mesures à prendre, notamment de réviser les modalités applicables ou de convenir d'un mécanisme de récupération des dépassements à même les sommes disponibles dans l'Accord cadre. Si la dépense est inférieure au financement prévu au cours d'une année, les parties conviennent que le montant de la non-atteinte sera utilisé, sur une base non récurrente ou récurrente, le cas échéant, de la façon identifiée par la Fédération et entérinée par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____ jour de _____2018**.**

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LETTRE D'ENTENTE N° 202 - A*brogée en date du 1er octobre 2021 par la M*odification 101

CONCERNANT L'ÉVALUATION ET LE FINANCEMENT DES MESURES VISANT À FAVORISER LES ACTIVITÉS DE PRÉLÈVEMENT ET DE DON D'ORGANES

CONSIDÉRANT l'entente intervenue entre la FMSQ et le MSSS par la Lettre d'entente n° 203 concernant le projet pilote du centre de prélèvement de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal;

CONSIDÉRANT le protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes coordonnateurs en don et transplantation d'organes et de tissus;

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'en arriver rapidement à définir l'ensemble des modalités de rémunération visant à favoriser les activités de prélèvement, de transplantation et de greffe d'organes et de tissus au Québec, dont celles touchant les médecins chirurgiens impliqués en prélèvement et en transplantation;

CONSIDÉRANT que des principes d'équité et de cohérence doivent guider les parties négociantes dans la détermination des conditions de rémunération des médecins spécialistes dans le cadre des activités de prélèvement, de transplantation et greffe d'organes.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Analyse

1.1 Les parties négociantes forment un comité conjoint, composé à parts égales de représentants du Ministère et de la Fédération.

1.2 Le comité conjoint a pour mandat d'évaluer les impacts, sur les activités de dons et de prélèvement d'organes, du projet pilote du centre de prélèvement de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ainsi que du protocole concernant les médecins coordonnateurs. A cette fin, est déférée au comité toute la documentation pertinente à cette évaluation, dont le rapport final du comité mandaté par le MSSS pour réaliser l'évaluation du projet pilote du centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

1.3 Le comité conjoint fera part de ses conclusions aux parties négociantes quant au maintien ou la modification des modalités de rémunération des médecins spécialistes concernés pour les fonctions relatives au prélèvement, à la transplantation et la greffe d'organes et de tissus au plus tard douze mois après la mise en vigueur de la présente lettre d'entente.

1.4 Le comité conjoint fera part de ses conclusions aux parties négociantes quant au maintien ou la modification des modalités de rémunération des médecins spécialistes concernés par la coordination des activités en dons et transplantation d'organes et de tissus au plus tard douze mois après la mise en vigueur du Protocole visé. Toutefois, advenant que le temps requis pour l'évaluation ne soit pas suffisant, les parties pourront convenir d'accorder une prolongation.

2. Enveloppe de rémunération des médecins spécialistes

2.1 L'enveloppe destinée au financement du projet pilote est de 1,5 M $ pour la durée de cette mesure.

L'enveloppe destinée au financement du protocole concernant les médecins coordonnateurs est d'un maximum de 170 000 $.

3. Mise en vigueur

La présente lettre d'entente prend effet le 10 juin 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2014.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre	Présidente
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 203 - A*brogée en date du 1er octobre 2021 par la* Modification 101

CONCERNANT LE PROJET PILOTE DU CENTRE DE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL

CONSIDÉRANT que dans le cadre du protocole de renouvellement de l'Entente FMSQ-MSSS, les parties négociantes ont convenu d'une enveloppe budgétaire pour la mise en place de certaines mesures favorisant l'organisation et la qualité des soins, dont celles visant à favoriser les activités de prélèvement et de don d'organes;

CONSIDÉRANT le projet pilote du centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (ci-après « établissement ») et la volonté des parties négociantes de valider si une infrastructure et une équipe dédiée permettent d'augmenter à la fois le nombre de prélèvements d'organes et le nombre d'organes prélevés par donneur ainsi que d'améliorer la qualité des organes prélevés;

CONSIDÉRANT la nécessité de définir certaines conditions de rémunération des médecins spécialistes exerçant pour les fins du projet pilote au sein du centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal;

CONSIDÉRANT la lettre d'entente n° 202 concernant l'évaluation et le financement des mesures visant à favoriser les activités de prélèvement et de don d'organes dont notamment la rémunération des médecins participants au projet pilote de centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

Cette entente établit les conditions de rémunération pour les activités réalisées par le médecin spécialiste dédié qui assume l'ensemble des tâches reliées à une des fonctions relatives à la mise en place et à l'évaluation de ce projet pilote, et ce, tel que défini par la présente lettre d'entente.

2. RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 L'établissement doit adopter un modèle d'organisation de services ayant pour effet d'optimiser les activités de dons et de prélèvement d'organes et de tissus.

2.2 L'établissement doit pendant toute la durée du projet pilote, offrir l'ensemble des services nécessaires au support optimal des donneurs, au soutien de leur famille et au prélèvement d'organes, dont notamment :

a) La disponibilité des ressources matérielles nécessaires à la prise en charge d'un donneur, dont la disponibilité d'une salle au bloc opératoire et d'au moins un lit aux soins intensifs;

b) La disponibilité immédiate et continue du personnel hospitalier dédié aux activités de prélèvement d'organes, dont les infirmières de blocs opératoires et de soins intensifs, les inhalothérapeutes et les techniciens de laboratoire;

c) La disponibilité immédiate et continue d'une équipe médicale dédiée aux activités de prélèvement d'organes et composée notamment d'un anesthésiologiste, d'un intensiviste et d'un anatomopathologiste qui assume chacun les responsabilités décrites à l'article 3;

d) La logistique permettant l'acceptation du transfert d'un donneur d'organe dans un délai maximal d'une heure et assurant par la suite sa prise en charge dans l'établissement;

e) La réalisation des examens biochimiques et d'imageries médicales requises pour la détermination de la mort cérébrale et l'évaluation des organes à prélever;

f) La coordination des activités avec Transplant Québec.

2.3 L'établissement doit assurer le suivi d'un processus d'amélioration continue de la qualité en prélèvement d'organes notamment en effectuant les activités suivantes :

a) Veiller à compléter les rapports relatifs aux indicateurs mis en place et tel que défini par le comité mandaté pour réaliser l'évaluation du MSSS;

b) Établir des Protocoles opératoires normalisés (PON) couvrant tous les aspects techniques et cliniques de la prise en charge des donneurs.

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

3.1 Le médecin spécialiste qui assume la fonction de médecin intensiviste dédié au maintien et au prélèvement des organes dans le cadre de ce projet pilote doit notamment :

a) Assurer sa disponibilité immédiate au cours d'une journée pour la prise en charge d'un donneur et, lorsqu'une telle prise en charge survient, assurer l'ensemble des services ci-après mentionnés et un support au donneur par une présence constante sur place, pendant la durée de séjour aux soins intensifs;

b) Veiller au maintien de la stabilité hémodynamique du donneur potentiel en assurant le leadership et la coordination de l'ensemble des actions posées auprès de celui-ci;

c) Procéder au diagnostic de la mort cérébrale (don après décès neurologique) ou à celui du mauvais pronostic neurologique qui mène à une décision de retirer les manœuvres de support ventilatoire en accord avec la famille (don après arrêt cardiocirculatoire);

d) Coordonner la demande de don d'organes et participer à l'accompagnement et aux communications avec la famille;

e) Évaluer directement la qualité de chacun des organes qui sont potentiellement prélevables pour la transplantation (cœur, poumons, foie, reins, pancréas, intestins);

f) Établir le plan d'investigation en collaboration avec les coordonnateurs et les médecins de garde de Transplant Québec;

g) Coordonner l'exécution de ce bilan d'investigation;

h) Appliquer les protocoles de soins reconnus en dons d'organes, incluant les tests et l'administration des médicaments pour le prélèvement des organes notamment pour les poumons et le cœur, afin d'optimiser le nombre et la qualité des organes transplantés;

i) Coordonner la transmission de l'information pertinente et requise auprès de Transplant Québec et des différentes équipes de transplantation avant et après l'ordre d'attribution des organes à transplanter.

3.2 Le médecin spécialiste qui assume l'ensemble des tâches reliées à la fonction de médecin anesthésiologiste dédié dans le cadre de ce projet pilote doit notamment :

a) Assurer sa disponibilité immédiate au cours d'une journée pour la prise en charge d'un donneur et, lorsqu'une telle prise en charge survient, assurer l'ensemble des services ci-après mentionnés;

b) Assurer la stabilité hémodynamique du donneur au bloc opératoire;

c) Collaborer avec les chirurgiens au prélèvement de tous les organes;

d) Supporter le médecin intensiviste lors d'un décès cardiocirculatoire (DDC);

e) Constater le décès et compléter le formulaire de décès après le ou les prélèvements (DDC).

3.3 Le médecin spécialiste qui assume l'ensemble des tâches reliées à la fonction de médecin anatomopathologiste dédié dans le cadre de ce projet pilote doit notamment assurer la garde en disponibilité dans sa discipline en prélèvement d'organes et lorsqu'un donneur est pris en charge, offrir la lecture des spécimens histologiques provenant des biopsies des organes à prélever.

3.4 En plus des responsabilités prévues aux articles 3.1 à 3.2, les médecins visés doivent également participer :

a) Aux séances de briefing et de débriefing pour chaque donneur;

b) Au processus d'amélioration continue de la qualité du processus de prélèvement d'organes et, le cas échéant;

c) Aux activités d'enseignement aux étudiants, résidents et stagiaires.

4. RÉMUNÉRATION

4.1 Le médecin spécialiste qui assume la fonction de médecin intensiviste dédié dans le cadre de ce projet pilote reçoit un montant forfaitaire de 1 250 $ par jour pour une période continue de vingt-quatre (24) heures.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et le code de facturation* ***19870***.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le médecin intensiviste qui assure un support à un ou des donneurs par une présence constante sur place, pendant la durée de séjour aux soins intensifs, a droit à une rémunération horaire au taux prévu à l'Annexe 15. Il a également droit à la rémunération prévue à l'Accord-cadre pour les services médicaux qui sont dispensés à un ou des donneurs au cours de la journée, selon le mode de rémunération applicable au médecin et sous réserve des limitations prévues à l'article 5.2. Toutefois, le médecin spécialiste ne peut réclamer la tarification horaire pour une plage au cours de laquelle il réclame une rémunération pour les services médicaux dispensés à un ou aux donneurs.

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun des donneurs*.
Utiliser le code de facturation ***19871*** *et indiquer la durée du support*.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

4.2 Le médecin spécialiste qui assume la fonction de médecin anesthésiologiste dédié dans le cadre de ce projet pilote reçoit un montant forfaitaire de 1 250 $ par jour, lequel s'applique pour une période continue de vingt-quatre (24) heures.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19872**.*
Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

De plus, s'y ajoute la rémunération prévue à l'Accord-cadre pour les services médicaux qui sont dispensés au cours de la journée, selon le mode de rémunération applicable au médecin et sous réserve des limitations prévues à l'article 5.2.

4.3 En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le médecin spécialiste en anatomo-pathologie qui est dédié et désigné par les parties négociantes dans le cadre de ce projet pilote, a droit au paiement du supplément de garde en prélèvement d'organes prévu à l'Annexe 25 dans l'établissement.

4.4 Un seul montant forfaitaire par fonction est payable par jour en vertu des articles 3.1 et 3.2.

5. LIMITATIONS

5.1 Aux fins de l'application de l'article 3.1 et 3.2, une disponibilité immédiate continue s'entend d'une disponibilité du médecin qui assure sa présence à l'établissement dès que ses services sont requis et qu'il est appelé à s'y rendre et qu'il n'exerce aucune activité qu'il ne puisse abandonner rapidement afin de prendre en charge le donneur.

5.2 Le médecin spécialiste qui réclame le paiement d'un montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente au cours d'une journée ne peut réclamer, au cours de la même journée, le paiement de forfaits, suppléments ou honoraires suivants :

a) 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 anesthésiologique (Rôle 2), à l'exception de ceux dispensés à un donneur. Pour l'anesthésiologiste, les codes suivants peuvent aussi être facturés :

00489, 00910, 00911, 00954, 00984, 04528, 04529, 04530, 05416, 05450, 05506, 06221, 06222, 41006, 41039, 41040, 41041, 41042, 41043, 41044, 41049, 41051, 41052, 41053 et 41054.

b) Le supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de l'Annexe 25;

c) Les forfaits de prise en charge de l'unité et le forfait de prise en charge du patient prévus à l'Annexe 29;

d) Le per diem ou demi per diem de l'annexe 38;

e) Les forfaits de l'annexe 41;

f) Le montant forfaitaire prévu à l'annexe 44;

g) Les honoraires prévus à la lettre d'entente n° 66 pour les activités de préparation d'une transplantation d'organes;

h) L'honoraire prévu pour la stabilisation et le maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes (code 0414);

i) Les montants forfaitaires prévus au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence (E.V.A.Q);

j) Le paiement de tout service qu'il ne peut abandonner rapidement afin de prendre en charge un donneur.

6. AVIS

6.1 Les parties négociantes avisent la Régie de l'assurance maladie du Québec des médecins spécialistes désignés.

7. MISE EN VIGUEUR

La présente lettre d'entente prend effet le 10 juin 2013.

8. DATE DE FIN

8.1 La présente lettre d'entente prend fin le 31 décembre 2018 , ou à toute autre date ultérieure déterminée conjointement par les parties négociantes qui en avisent la Régie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2014.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre	Présidente
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 204

CONCERNANT LES ÉPREUVES DE FONCTION RESPIRATOIRE EFFECTUÉES PAR LES DOCTEURS EVELYN CONSTANTIN (05-379), MARIANNE DESCHÊNES (02-436) ET ROBERT T. BROUILLETTE (89-103), MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PÉDIATRIE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Nonobstant l'article 1.1 de l'Addendum 11. Épreuves de fonction respiratoire, les docteurs Evelyn Constantin, Marianne Deschênes et Robert T. Brouillette sont autorisés à réclamer la rémunération applicable pour la prestation des services médicaux suivants, lorsque dispensés en établissement, et ce, sous réserve des plafonnements d'activités prévus à l'article 3 :

   08489 Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne
   08472 Étude (polygraphie) cardiorespiratoire du sommeil

   Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil

   08473 pour un test de 2 heures à moins de 4 heures d'enregistrement, par patient
   08474 pour un test de 4 heures à moins de 8 heures d'enregistrement, par patient
   08475 pour un test de 8 heures et plus d'enregistrement, par patient

   08494 Test de vigilance d'OSLER
   08490 Mesures sériées de la latence d'endormissement
   08491 Test de maintien d'éveil

2. Dans l'éventualité où le médecin est rémunéré au mode de rémunération mixte, ces services médicaux sont payables selon un supplément d'honoraires de 20 %.

3. On applique les plafonnements d'activités suivants :
   - Le service médical codé 08472 est sujet à un plafonnement d'activités de 125 par semestre, par médecin.
   - Le service médical codé 08475 est sujet à un plafonnement d'activités de 250 par semestre, par médecin.
   - Le service médical codé 08489 est sujet à un plafonnement d'activités de 625 par semestre, par médecin.

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

4. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er janvier 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 208

CONCERNANT LA CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES À l'HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL

CONSIDÉRANT que le projet de redéploiement du CUSM prévoit le déménagement des activités de l'Hôpital Royal Victoria vers le nouveau site Glen en avril 2015;

CONSIDÉRANT la nécessité pour l'Hôpital neurologique de Montréal de pouvoir bénéficier de la présence continue d'un médecin spécialiste ayant une expertise en soins intensifs de façon à assurer la prestation continue des services, la sécurité des patients et les soins d'urgence à la clientèle admise et inscrite;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir l'accès 24/7 aux installations de l'Hôpital neurologique de Montréal pour la clientèle provenant de la communauté ou d'autres établissements et souffrant d'AVC aigus, et ce, par le biais d'une unité d'accueil spécifique (ci-après « Unité rouge »);

CONSIDÉRANT la nécessité de définir certaines modalités particulières de rémunération des médecins spécialistes à l'Hôpital neurologique de Montréal, et ce, jusqu'au transfert éventuel de ses activités vers le site Glen.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer des modalités de rémunération afin d'assurer la prise en charge de l'Unité rouge et la continuité des soins et des services à l'Hôpital neurologique de Montréal, et ce, par la présence continue sur place d'un médecin spécialiste entre la période de 17 h et 7 h.
2. La prise en charge de l'Unité rouge et la continuité des soins et des services impliquent que le médecin spécialiste donne l'ensemble des soins auxquels l'habilitent ses privilèges de pratique hospitaliers dont l'acceptation des transferts inter établissement et l'accueil de patient en ambulance. Le médecin spécialiste doit également assumer la couverture des soins d'urgence vitale aux patients admis.
3. Le médecin spécialiste qui assure une présence continue sur place entre la période de 17 h et 7 h est rémunéré selon les modalités suivantes :

   i) Il reçoit un montant forfaitaire de 2 111 $ par jour, pour une période de quatorze (14) heures;

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et inscrire:*
- le code de facturation ***19655****;*
- le code de lieu de dispensation ***40196****.*
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

   ii) S'y ajoute un supplément d'honoraires de 5 % de la tarification applicable pour les services médicaux dispensés au cours de cette période.

AVIS **:** *Pour le code de facturation du service dispensé à la même période où le forfait* ***19655*** *s'applique :*

Utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait pour la continuité des soins et services selon la LE 208 est réclamé**;

Inscrire l'heure de début du service.

Un seul médecin peut se prévaloir de ces modalités de rémunération par période continue de vingt-quatre (24) heures au sein de l'établissement.

4. Afin d'être admissible au paiement de la rémunération prévue à la présente lettre d'entente, le médecin spécialiste doit être reconnu par les parties négociantes à l'Annexe 29 des soins intensifs ou être autrement désigné par elles.

5. Le médecin spécialiste qui réclame le paiement de la rémunération prévue à la présente lettre d'entente ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires à la Régie pour des services dispensés pendant la période de 17 h à 7 h. Il ne peut également, au cours de la même journée, réclamer le paiement du supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de l'Annexe 25.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour tous les services facturés à la même date que le forfait* ***19655*** *ainsi que le jour suivant.*

6. La présente lettre d'entente prend effet au 2 février 2015. Les parties négociantes peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 209

CONCERNANT LE FINANCEMENT DU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT la lettre d'entente n° 193;

CONSIDÉRANT le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») pour la période postérieure au 30 juin 2015.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.
2. À cette fin, les parties négociantes conviennent d'affecter un montant de 700 000 $, à même l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins spécialistes, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec pour la période du 1er juillet 2015 au 31 mars 2016.
3. Le maintien du financement du programme d'aide pour les années subséquentes fera l'objet de discussions entre les parties négociantes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'Accord-cadre.
4. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er juillet 2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 210

CONCERNANT LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL QUI DÉTIENNENT UN POSTE AU PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX AU SEIN DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE SANTÉ PUBLIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CONSIDÉRANT les modalités de rémunération prévues à l'Entente pour le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de ces modalités de rémunération, le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail peut être rémunéré selon le mode de rémunération mixte;

CONSIDÉRANT que le mode de rémunération mixte en santé publique s'applique à l'égard des activités effectuées par un médecin rattaché à un département clinique en santé publique d'un établissement;

CONSIDÉRANT que le PEM 2016-2020 prévoit la mise en place de 6 postes en médecine spécialisée en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail à la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (DGSP);

CONSIDÉRANT que les médecins ayant à occuper ces postes sont rattachés au département de santé publique d'un établissement;

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de convenir de modalités de rémunération pour ces médecins spécialistes, étant toutefois entendu que ces modalités ne peuvent s'appliquer qu'au médecin spécialiste détenant un plan d'effectif pour cette direction.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes peuvent autoriser l'application des modalités de rémunération prévues à l'Annexe 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE au médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui détient un poste au plan d'effectifs reconnu à la DGSP.
La DGSP est alors considérée comme l'établissement principal du médecin désigné. Toutefois, le médecin doit détenir une nomination et des privilèges au sein du département de santé publique d'un établissement.
2. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comprenant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.
3. La présente lettre d'entente prend effet le 1er juin 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 211

CONCERNANT LE FINANCEMENT DES SERVICES MÉDICAUX ET MÉDICO-ADMINISTRATIFS DÉCOULANT DE L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE (L.R.Q. chapitre S-32.001)

CONSIDÉRANT l'adoption par le législateur de la Loi concernant les soins de fin de vie (ci-après nommée « la Loi ») laquelle a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des modalités de rémunération applicables à un médecin qui accompagne un patient lors d'une demande relative à l'aide médicale à mourir et de convenir du financement des coûts non récurrents et récurrents qui en découle;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des modalités de rémunération pour le médecin qui complète les formulaires exigés par la Loi et de convenir du financement des coûts non récurrents et récurrents qui en découle.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans le cadre du renouvellement de l'Accord-cadre 2010-2015 qui a pris fin le 31 mars 2015, les parties conviennent d'assurer le financement des coûts récurrents découlant des modalités de rémunération convenues et relatives à l'aide médicale à mourir.

2. Le coût non récurrent, sur une base annuelle, est estimé à 341 000 $. Cet estimé est ajusté à la hausse ou à la baisse afin de refléter le coût réel des services dispensés.

3. À compter de l'année 2015-2016 et ce, jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre, les coûts non récurrents de ces services sont financés à même les sommes accumulées au titre des non-atteintes de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, et ce, à moins qu'il n'en soit convenu autrement dans le cadre du renouvellement.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 10 décembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de_____2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente

Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 212 : *Abrogée en date du 15 novembre 2021 par la* Modification n° 101

CONCERNANT LE SUIVI FINANCIER EN REGARD DES MODIFICATIONS APPORTÉES AU PANIER DE SERVICES ASSURÉS EN PROCRÉATION ASSISTÉE

CONSIDÉRANT l'entente MSSS-FMSQ et les dispositions qui y sont prévues concernant la rémunération des services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT les modifications législatives apportées à la couverture des services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT les enveloppes budgétaires globales prédéterminées allouées à la rémunération des médecins spécialistes au cours des années, lesquelles englobent notamment les services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT le protocole d'accord intervenu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes, lequel prévoit notamment que les hypothèses émises pour l'évolution de la pratique sont réévaluées annuellement pour refléter l'évolution de pratique réelle observée et que l'annexe financière est ajustée en conséquence;

CONSIDÉRANT que la rémunération des services dispensés par les médecins spécialistes dans le cadre de la procréation médicalement assistée a totalisé un montant d'environ 45,6 M $ pour l'année budgétaire 2014-15;

CONSIDÉRANT la nécessité de réévaluer le montant des enveloppes budgétaires globales prédéterminées allouées à la rémunération des médecins spécialistes au cours des années afin de tenir compte des divers impacts des modifications apportées à la couverture des services de procréation médicalement assistée, dont la diminution des services assurés visés, les transferts au niveau des autres services dispensés à la clientèle visée ou les modifications aux champs de pratique de certains médecins spécialistes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'estimer comme suit le montant de la dépense de rémunération qui serait affectée aux services de procréation assistée dispensés au cours de ces années, et ce, en tenant compte exclusivement de la révision du panier de services assurés en procréation assistée et non des transferts vers d'autres services ou des modifications aux champs de pratique des médecins, lesquels seront considérés en vertu de l'article 3 :

- **a.** Pour l'année budgétaire 2015-16 : 38,7 M $;
- **b.** Pour l'année budgétaire 2016-17 et les années subséquentes : 11,6 M $.

2. D'ajuster l'enveloppe budgétaire globale à compter de l'année 2015 en fonction des estimations mentionnées à l'article 1, le tout sous réserve de l'article 3.

3. De réviser l'ajustement apporté à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de ces années afin de refléter à la fois la dépense réelle et observée des services de procréation assistée au cours de ces années, mais également de l'évolution de pratique, laquelle tiendra compte notamment des transferts vers d'autres services ou des modifications aux champs de pratique des médecins.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 10 novembre 2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	Présidente Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 213

CONCERNANT LES VISITES EN LIEN AVEC LE SERVICE MÉDICAL DE STIMULATION OVARIENNE HORS FIV

CONSIDÉRANT les changements apportés aux modalités de rémunération pour la stimulation ovarienne hors FIV;

CONSIDÉRANT l'introduction des modalités de rémunération pour la stimulation ovarienne effectuée dans le cadre d'une insémination artificielle;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin spécialiste qui, entre le 10 novembre 2015 et le 9 mai 2016, a réclamé le paiement du service médical de stimulation ovarienne hors FIV, par agents oraux (code 06971), lequel ne s'inscrit pas dans le cadre des services visés aux Règles 10.5 ou 11.4 de l'ADDENDUM 6. OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE, a droit au paiement d'une visite, qui faisait autrement partie de l'honoraire global au tarif de 160 $ en établissement ou 220 $ en cabinet privé.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15799.***

2. Le médecin spécialiste qui, entre le 10 novembre 2015 et le 9 mai 2016, a réclamé le paiement du service médical de stimulation ovarienne hors FIV, par gonadotropines (code 06972), lequel ne s'inscrit pas dans le cadre des services visés aux Règles 10.5 ou 11.4 de l'ADDENDUM 6. OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE, a droit au paiement d'une visite, qui faisait autrement partie de l'honoraire global, au tarif de 225 $ en établissement ou 310 $ en cabinet privé.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15800.***

3. Les coûts non récurrents de ces services sont financés à même les sommes accumulées au titre de la non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

4. La présente lettre d'entente prend effet le 15 mai 2016.

5. Le cas échéant, la Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et permettant l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI**,** les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 214

CONCERNANT LES SERVICES RÉALISÉS PAR LES RADIOLOGISTES DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE DANS LE CADRE DE TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE INTRA-ARTÉRIELLE POUR LÉSION TUMORALE CÉRÉBRALE

CONSIDÉRANT le caractère particulier de ces traitements;

CONSIDÉRANT que la chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale est un service effectué uniquement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;

CONSIDÉRANT l'avis scientifique demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux concernant la valeur thérapeutique de ce type de traitement;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Permettre aux radiologistes du CHUS de facturer la combinaison des actes suivants lorsqu'ils effectuent un traitement de chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale, et ce, de façon exceptionnelle et même s'il n'y a qu'un seul cathétérisme vasculaire mis en place :
Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)
08401 insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas écheant, l'injection de substance de contraste.
08403 cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément.
Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs
09444 Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant l'angiographie de positionnement et la mise en place d'une perfusion médicamenteuse.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 19 novembre 2014.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	Présidente Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 215

CONCERNANT LE FINANCEMENT DU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT les lettres d'entente n^{os} 193 et 209;

CONSIDÉRANT le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») pour la période postérieure au 31 mars 2016.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.

2. À cette fin, les parties négociantes conviennent d'affecter un montant de 700 000 $, à même la somme des non-atteintes cumulées au titre de la lettre d'entente n° 201, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017.

3. Le maintien du financement du programme d'aide pour les années subséquentes fera l'objet de discussions entre les parties négociantes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'Accord-cadre.

4. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er avril 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce_____ jour de_____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 216

CONCERNANT LES MODALITÉS DE VERSEMENT DE SOMMES DUES DÉCOULANT DE

L'ACCORD-CADRE 2015-2023 POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2016-2017

CONSIDÉRANT qu'en vertu du Protocole d'accord intervenu entre le MSSS et la FMSQ ayant trait au renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023, les parties négociantes ont convenu qu'une somme de 480,1 M$ est à verser aux médecins en pratique en 2016-2017;

CONSIDÉRANT la nécessité de déterminer les modalités de calcul des sommes dues à verser aux médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT que ces sommes dues seront versées sur une période maximale de 4 ans;

CONSIDÉRANT les principes et règles comptables en vigueur dans l'administration publique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant non récurrent de 480,1 M$ est à verser aux médecins spécialistes en pratique en 2016-2017. Un médecin est considéré en pratique en 2016-2017 s'il a reçu des honoraires ou un paiement quelconque de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour des services dispensés au cours de la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017, en excluant toutefois les honoraires et paiements spécifiés à l'article 2.

2. Aux fins de la détermination du montant dû par médecin, l'ensemble des sommes, honoraires, tarifs horaires, per diem et autres montants de quelque nature que ce soit versés à un médecin spécialiste par la Régie au cours de cette période sera considéré à l'exception des montants suivants :

- Les honoraires versés pour des services rendus hors Québec;
- Les remboursements au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;
- Les honoraires médico-administratifs de la CNESST;
- Les allocations de fin de carrière versées en vertu de l'annexe 36;
- Les avantages payables au médecin au salariat en vertu de la lettre d'entente n° 182;
- Les frais de déplacement de l'annexe 23 (kilométrage et remboursement des frais seulement);
- Toute autre exclusion déterminée par les parties négociantes.

Les sommes considérées sont les honoraires nets reçus par le médecin spécialiste suite à l'application des règles d'application, des plafonnements d'activités et des plafonnements de gains de pratique prévus à l'entente. De plus, la somme totale d'honoraires ou autres paiements considérés pour un médecin est plafonnée à 450,000 $.

3. Les parties déterminent ensuite le montant dû à chaque médecin en tenant compte de la masse d'honoraires ainsi considérés pour l'année 2016-2017 et de la somme totale de 480,1 M$ à verser à l'ensemble des médecins. Un médecin retraité ou les héritiers d'un médecin décédé sont admissibles à ce montant.

4. Le montant dû à chaque médecin est versé de la façon suivante :

- pour les médecins en pratique au cours de la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2021 :

o via l'augmentation tarifaire de l'ordre de 5,2 % prévue au 1er avril 2017 et qui lui est payable à chaque année au cours de cette période, jusqu'à concurrence du montant identifié précédemment par médecin; (pour les fins du suivi des sommes dues, on considère annuellement une portion de 2,55 % de ces sommes);
o advenant qu'au terme de l'année 2020-2021 le médecin en pratique n'ait pas reçu la totalité du montant qui lui est dû via cette augmentation tarifaire de 5,2 % qui lui a été payée à chaque année au cours de cette période, le médecin recevra alors le montant dû manquant en un versement forfaitaire le ou vers le 31 décembre 2021;

- pour le médecin qui a cessé de pratiquer de façon définitive entre le 2 avril 2016 et le 31 mars 2017 et qui confirme aux parties négociantes, selon les modalités qu'elles déterminent, qu'il ne reviendra pas en pratique d'ici au 31 mars 2021, le médecin recevra alors le montant dû en un versement forfaitaire le ou vers le 31 décembre 2018.
- pour le médecin qui cesse de pratiquer de façon définitive au cours de la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2021, le médecin recevra le montant manquant dû, après prise en compte de ce qui lui a été payé via l'augmentation tarifaire annuelle de 5,2 %, en un versement forfaitaire payable le ou vers le 31 décembre de l'année suivant sa cessation de pratique.
- pour le médecin qui décède au cours de la période du 2 avril 2016 au 31 mars 2017, les héritiers du médecin recevront alors le montant en un versement forfaitaire payable le ou vers le 31 décembre 2018.
- pour le médecin qui décède au cours de la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2021, les héritiers du médecin recevront alors le montant manquant dû, après prise en compte de ce qui lui a été payé via l'augmentation tarifaire annuelle de 5,2 %, en un versement forfaitaire payable le ou vers le 31 décembre de l'année de son décès.

Les montants payés à un médecin en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'annexe 8 de l'Accord-cadre.

5. Le ou vers le 1er décembre des années 2018, 2019, 2020 et 2021, les parties négociantes informent la Régie des médecins spécialistes ayant droit au paiement d'un montant forfaitaire ainsi que du montant à leur être payé.

6. La Régie procède aux paiements le ou vers le 31 décembre suivant la réception de cet avis.

7. Afin d'assurer le respect des coûts prévus, les parties conviennent d'effectuer un suivi annuel des montants qui auront été payés aux médecins spécialistes en vertu de la présente lettre d'entente, soit via l'augmentation tarifaire de 5,2 % ou par le biais du versement d'un montant forfaitaire. Dans l'éventualité où les coûts réels étaient différents du montant de 480,1 M $ prévu au Protocole d'Accord-cadre, les parties conviennent d'ajuster à la hausse ou à la baisse le solde des sommes non récurrentes prévues à l'entente des médecins spécialistes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 217

CONCERNANT LE SUIVI ET LE FINANCEMENT DES COÛTS DE LA MODIFICATION 85

CONSIDÉRANT qu'en vertu du Protocole d'accord intervenu entre le MSSS et la FMSQ ayant trait au renouvellement de l'accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023, les parties négociantes ont convenu de mettre en place des augmentations tarifaires de l'ordre de 5,2 % applicables à compter du 1er avril 2017, dont 3,0 % est financé de façon récurrente et 2,2 % est financé de façon non récurrente;

CONSIDÉRANT la conclusion de la Modification 85 à l'Accord-cadre afin de mettre en place ces augmentations tarifaires;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi approprié des coûts réels reliés à ces augmentations tarifaires.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le financement des augmentations tarifaires introduites par la Modification 85 au 1er avril 2017 est effectué de la façon suivante :

- par une somme récurrente de 137 M$ à compter du 1er avril 2017, à l'exception de la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021, où cette somme est de 112 M$;
- pour les années budgétaires 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021, par le biais du montant de 480,1 M $ prévu à la Lettre d'entente nº 216. pour les médecins qui exerçaient au cours de l'année 2016-2017;
- par une somme non récurrente annuelle de 115,35 M $ pour les années budgétaires 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025 et 2025-2026 ainsi qu'une somme non récurrente de 99,55 M $ pour l'année budgétaire 2026-2027.

2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Modification 85, les parties conviennent d'effectuer un suivi des coûts réels lors de la réception des données, plus particulièrement pour les années 2017-2018 à 2020-2021. Dans l'éventualité où les coûts réels totaux annuels associés aux augmentations tarifaires mises en place étaient différents des montants prévus à l'article 1 de la présente lettre d'entente, les parties conviennent d'ajuster à la hausse ou à la baisse les sommes non récurrentes prévues au protocole d'accord ayant trait au renouvellement de l'entente. Dans l'éventualité d'un coût récurrent inférieur au montant récurrent prévu au Protocole d'accord ayant trait au renouvellement de l'entente, tout solde récurrent est affecté à la mise en place d'autres augmentations tarifaires. Dans l'éventualité d'un coût récurrent supérieur au montant récurrent prévu, les parties conviennent d'un mécanisme de récupération du dépassement à même les sommes prévues au Protocole d'accord ayant trait au renouvellement de l'entente, ou, à défaut de sommes disponibles, les parties conviennent des mesures à prendre, notamment la révision des tarifs.

3. À défaut d'une source de financement récurrente à compter du 2027-2028, les parties conviennent d'introduire une modification à l'Accord-cadre afin de prévoir que les tarifs seront réduits au 1er avril 2027 de façon à assurer une baisse équivalente à ce 2,2 %.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce_____ jour de_____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 219

CONCERNANT LES SERVICES D'ULTRASONOGRAPHIE RENDUS PAR LES RADIOLOGISTES EN CABINET PRIVÉ

CONSIDÉRANT l'adoption du Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie concernant les services d'ultrasonographie rendus par les radiologistes;

CONSIDÉRANT la tarification des services d'ultrasonographie en cabinet privé introduite par la Modification n° 81;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de s'assurer que cette tarification est adéquate;

CONSIDÉRANT que les budgets alloués à la tarification des services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par les radiologistes ont été déterminés par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses;

CONSIDÉRANT que les coûts afférents à cette nouvelle tarification peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'effectuer un suivi approprié des coûts reliés à l'introduction de la tarification des services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par les radiologistes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Mettre sur pied un comité formé d'experts indépendants, nommés par les parties négociantes, chargé d'effectuer une vérification de l'ensemble des coûts, dépenses et frais d'opération attribuables à la prestation des services d'ultrasonographie en cabinet privé, le tout de façon à assurer une tarification adéquate de ces services.

Le comité fera ses recommandations aux parties négociantes au plus tard neuf mois après la mise en vigueur de la présente lettre d'entente. Les parties négociantes réévalueront la tarification de ces services à la lumière des recommandations de ce comité. Dans le cadre de cette réévaluation, les parties conviennent de considérer la mise en place d'une tarification régressive, applicable au-delà d'un nombre d'examens à déterminer.

2. Pour les années 2016-2017 et 2017-2018, il est entendu que le financement de la tarification des services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par les radiologistes est effectué à partir des sommes dégagées de la non-atteinte non récurrente cumulée au 31 mars 2016 de la Lettre d'entente n° 201. Pour les années 2018-2019 et 2019-2020, le financement de ces budgets fera l'objet de discussions entre les parties négociantes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'Accord-cadre.

3. D'effectuer un suivi des coûts associés à la tarification des services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par les radiologistes pour les années 2016-2017 à 2019-2020. L'évaluation de ces coûts en cabinet sera effectuée en prenant compte de toute diminution du volume de ces services dans les établissements du réseau, et ce, de façon à ne pas attribuer de coût en cabinet qui résulterait d'une diminution d'activités en établissements.

4. Pour les années 2016-2017 à 2018-2019, dans l'éventualité où les coûts associés à la tarification des services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par les radiologistes étaient supérieurs à 30 M$ pour une année budgétaire, le MSSS convient d'ajouter cette somme à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de cette année budgétaire. Pour l'année 2019-2020, dans l'éventualité où les coûts associés à la tarification des services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par les radiologistes étaient supérieurs à 47 M$, le MSSS convient d'ajouter cette somme à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de cette année budgétaire. Les parties conviennent que la FMSQ peut financer la différence de 17 M$ pour l'exercice budgétaire de l'année 2019-2020 à partir des non atteintes de l'exercice courant, le cas échéant. À compter de 2020-2021, l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée est augmentée de façon récurrente de façon à traduire, le cas échéant, les ajouts effectués pour les années 2016-2017 à 2019-2020.

5. Les parties conviennent également que la composante technique moyenne sera de :

- - 48 $, jusqu'à concurrence de 1 000 examens d'ultrasonographie par échographe;
- - 46 $, entre 1 001 et 2 000 examens d'ultrasonographie par échographe;
- - 44 $, entre 2 001 et 3 000 examens d'ultrasonographie par échographe;
- - 42 $, au-delà de 3 000 examens d'ultrasonographie par échographe.

À compter du 1er avril 2018, le tarif de la composante technique moyenne sera de 42 $. Ce tarif sera toutefois révisé selon les modalités prévues à l'article 1.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 29 décembre 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 220

CONCERNANT LE FINANCEMENT DES MESURES INTRODUITES PAR LA MODIFICATION 82

CONSIDÉRANT l'adoption du Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques;

CONSIDÉRANT que par la Modification 82 les parties négociantes ont convenu d'introduire diverses mesures afin de favoriser l'accessibilité aux services médicaux en cabinet;

CONSIDÉRANT la nécessité de préciser les sources de financement de ces mesures.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'allouer une somme de 10,8 M$ au financement des mesures prévues à la présente modification :
a) Pour les médecins spécialistes en ophtalmologie, un montant de 3,8 M$ est financé à même les sommes prévues à l'enveloppe budgétaire et découlant des récupérations effectuées dans le cadre de la Modification 73 à l'Accord-cadre.
b) Un montant de 7,0 M$ est financé de la façon suivante :
Pour les années 2016-2017 et 2017-2018, le financement est effectué à partir des sommes dégagées de la non-atteinte non récurrente cumulée au 31 mars 2016 de la lettre d'entente n° 201.
Pour les années 2018-2019 et suivantes, le financement récurrent est effectué à partir des sommes qui seront dévolues aux médecins spécialistes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'Accord-cadre.
2. Pour les médecins spécialistes en physiatrie, un montant de 2,2 M$ récurrent annuel est ajouté à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable à compter des présentes. Tel que prévu à l'Accord-cadre, cette augmentation de l'enveloppe budgétaire s'effectue avant tout autre ajustement de l'enveloppe prévu pour une année.
3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 26 janvier 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce_____ jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 221

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES POUR LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES DANS LES CENTRES DE RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICES

CONSIDÉRANT l'entente de principe intervenue entre la FMSQ et le MSSS en novembre 2015 afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux soins en médecine spécialisée;

CONSIDÉRANT les dispositions spécifiques de cette entente concernant l'amélioration de l'accès aux consultations spécialisées;

CONSIDÉRANT que l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) est un ensemble de stratégies et de mécanismes permettant d'assurer à l'usager un accès aux services spécialisés à l'intérieur du délai correspondant à sa condition clinique;

CONSIDÉRANT que l'APSS se divise en deux volets, soit l'harmonisation clinique et le mécanisme d'accès aux services CRDS);

CONSIDÉRANT l'implantation des centres de répartition des demandes de services (CRDS) dans l'ensemble des régions du Québec;

CONSIDÉRANT l'importance d'une communication soutenue entre les médecins spécialistes, les médecins de famille et le personnel clinico-administratif des CRDS;

CONSIDÉRANT l'importance de maintenir et de favoriser la participation des médecins spécialistes au sein des centres de répartition des demandes de services.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. ACTIVITÉS VISÉES

AVIS **:** *Pour les activités réalisées à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire:*

Dans la section des activités et des heures effectuées :

- le quantième qui correspond à la date des activités;

- le mode de rémunération ***TH****;*

- le code d'activité ainsi que les heures travaillées;

Sélectionner la plage horaire..

De plus, si les activités sont réalisées ***dans un autre lieu****, indiquer* :

- la lettre ***A*** *dans le champ* C.S.;

- le numéro du lieu où le service est rendu (le code de localité, le code postal ou le numéro d'établissement dans la section Renseignements complémentaires.

Pour le médecin coordonnateur, utiliser la nature de service ***271XXX*** *ou* ***272XXX*** *si le mode de rémunération est mixte.*

Pour le médecin répondant, utiliser la nature de service ***273XXX*** *ou* ***274XXX*** *si le mode de rémunération est mixte.*

1.1 **Coordonnateur médical du CRDS**

Pour le médecin spécialiste qui agit à titre de coordonnateur médical du CRDS et qui est reconnu par les parties négociantes, les activités visées sont les suivantes :

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **271XXX**.*

a) Collaborer avec le CRDS pour favoriser l'accès aux consultations dans chacune des spécialités concernées;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX287**.*

b) Participer activement au comité de vigie du CRDS;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX288**.*

c) Discuter des enjeux identifiés, émettre des recommandations et les soumettre au comité de vigie du CRDS;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX289**.*

d) Contribuer à la bonne progression de l'APSS et du CRDS;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX290.***

e) Participer au suivi et à l'évaluation des résultats;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX291**.*

f) Collaborer au développement d'indicateurs de gestion du CRDS.

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX292**.*

1.2 **Médecin répondant du CRDS**

Pour le médecin spécialiste qui agit à titre de médecin répondant du CRDS pour une spécialité visée, les activités sont les suivantes :

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **273**XXX.*

a) Travailler en étroite collaboration avec le coordonnateur médical local (médecin omnipraticien) pour toutes situations relatives aux problématiques de 1ère ligne et du CRDS;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX293**.*

b) Émettre un avis en cas de non-pertinence d'une demande de service au médecin référent et faire état de ces avis au comité de vigie;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX294**.*

c) Réviser les demandes de services de la catégorie « Autre » avec priorités cliniques A, B, C ou D, de même que les autres dont les priorités cliniques ont été modifiées, et ce à la demande des ressources humaines du CRDS;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **15299**. Voir les modalités de facturation sous l'article 3.2.*

d) Interpeller au besoin le médecin de famille et inscrire les informations cliniques complémentaires sur la demande de service et faire parvenir aux ressources humaines du CRDS;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **15299**. Voir les modalités de facturation sous l'article 3.2.*

e) Participer à l'identification des problématiques (offre, demande et capacité) les plus fréquentes pour lesquelles les médecins de famille demandent une consultation dans sa spécialité et en informer le coordonnateur médical local;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX295**.*

f) Diriger, le cas échéant, les propositions d'amélioration des demandes de service au coordonnateur médical du CRDS.

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX296**.*

2. DÉSIGNATION DES MÉDECINS

2.1 Seuls les médecins désignés par les parties négociantes, à partir d'une liste fournie par la Fédération, peuvent bénéficier des mesures de rémunération prévues à la présente lettre d'entente.

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

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

3. RÉMUNÉRATION

3.1 Le coordonnateur médical qui accomplit les activités visées à l'article 1.1 est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour une période de service continue de 60 minutes.
Le tarif horaire est de 211 $ l'heure.
La participation du médecin aux activités 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.

AVIS **:** *Le prorata par période de 15 minutes complétées excédant 60 minutes doit s'inscrire en centièmes.*

Les frais et le temps de déplacement du médecin spécialiste coordonnateur médical du CRDS sont compensés selon les modalités décrites aux articles 2.1 a), 2.2, 2.3 et 2.4 de l'Annexe 23.
3.2 Le médecin répondant qui accomplit les activités visées à l'article 1.2 (a), (b), (e) et (f) est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour une période de service continue de 15 minutes.
Le tarif horaire est de 211 $ l'heure.
La participation du médecin doit être d'un minimum de 15 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée.
Le médecin répondant qui accomplit les activités visées à l'article 1.2 c) et (d) est rémunéré selon un tarif de 20 $ par consultation, lequel s'applique du lundi au dimanche, ainsi que lors des jours fériés. Cependant, la rémunération ne peut être majorée selon les dispositions relatives à la Règle 14 du Préambule général.

15299 Consultation réalisée dans le cadre du CRDS 20,00 $

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire, pour le lieu de dispensation, le numéro du CRDS pour lequel il détient l'autorisation.*

De plus, si la consultation est réalisée ***dans un autre lieu****;*
Utiliser l'élément de contexte **Consultation réalisée ailleurs que dans le CRDS – LE 221**.
Pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de référence du lieu Lieu où le service est rendu par le professionnel;
- le lieu où le service est rendu (le code de localité, le code postal ou le numéro d'établissement).

4. LIMITATIONS ET AUTRES MODALITÉS D'APPLICATION

4.1 La rémunération prévue pour les activités visées à la présente lettre d'entente est sujette aux règles et limitations suivantes :
a) Un seul coordonnateur médical peut être désigné par CRDS;

b) Le coordonnateur médical du CRDS ou le médecin répondant ne peut tirer avantage des bénéfices prévus à la présente lettre d'entente 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;
c) Le coordonnateur médical du CRDS ne peut réclamer plus de 150 heures par année civile;
d) Pour le coordonnateur médical rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38, le tarif horaire prévu à l'article 3.1 est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 50 %.

AVIS **:** *Pour le coordonnateur qui est rémunéré selon le mode de rémunération mixte, inscrire :*

- la nature de service ***272XXX****;*

- le numéro du CRDS où il détient l'autorisation à la section Établissement*;*

- la lettre ***A*** *dans le champ* C.S.*;*

- le numéro de l'établissement où il détient un contrat en rémunération mixte dans la section Renseignements complémentaires.

e) Pour le médecin répondant rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38, le tarif horaire et la tarification à l'acte prévus à l'article 3.2 sont rémunérés selon un supplément d'honoraires de 50 %.

AVIS : *Pour le médecin répondant qui est rémunéré selon le mode de rémunération mixte, inscrire :*

- la nature de service ***274XXX****;*

- le numéro du CRDS où il détient l'autorisation à la section Établissement*;*

- la lettre A dans le champ C.S.;

- le numéro de l'établissement où il détient un contrat en rémunération mixte dans la section Renseignements complémentaires.

Pour la facturation de la consultation, inscrire :

- le code de facturation **15299***;*

- l'élément de contexte **Service dispensé selon le mode de rémunération mixte – LE 221***;*

- l'heure de début du service.

f) Pour l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération payable en vertu de la présente lettre d'entente est considéré être payé en établissement.
g) Les activités visées par la présente lettre d'entente peuvent être réalisées à partir de tout lieu. En conséquence, nonobstant les articles 11 et 14 de l'Annexe 38, les activités visées par la présente lettre d'entente et rémunérées selon le mode de rémunération mixte sont payables peu importe le lieu où elles ont été effectuées.

AVIS **:** ***Mode de rémunération mixte du médecin coordonnateur et du médecin répondant***
Le médecin est réputé être rémunéré selon le mode de rémunération mixte si les activités sont réalisées de 7 h à 17 h du lundi au vendredi, excluant les jours fériés, et que le lieu de dispensation :

- soit est le lieu où il détient un contrat en rémunération mixte, même si aucun per diem *ou demi-*per diem *n'est facturé pour cette journée;*

- soit n'est pas un lieu où il détient un contrat en rémunération mixte et qu'un per diem *ou deux demi-*per diem *sont facturés pour cette journée*.

h) La rémunération pour les activités visées à l'article 1.2 c) et d) n'est pas sujette à la majoration de rémunération différente prévue à l'annexe 19 de l'Accord-cadre.

5. AUTORISATION DE PAIEMENT

5.1 Toute demande de paiement pour les activités prévues à l'article 1.1 doit être contresignée par le directeur des services professionnels.
5.2. Toute demande de paiement pour les activités prévues à l'article 1.2 (a), (b), (e) et (f) doit être contresignée par le coordonnateur médical du CRDS ou par le Directeur des services professionnels.

6. MISE EN APPLICATION

6.1 La présente lettre d'entente prend effet le 20 mars 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____ jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 222

CONCERNANT LA MISE EN APPLICATION DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 221 SUR LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES POUR LES ACTIVITÉS RÉALISÉES DANS LES CENTRES DE RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICES (CRDS)

CONSIDÉRANT l'entente de principe intervenue entre la FMSQ et le MSSS en novembre 2015 afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux soins en médecine spécialisée;

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu de la Lettre d'entente n° 221 concernant la rémunération des médecins spécialistes pour les activités réalisées dans les centres de répartition des demandes des services (CRDS);

CONSIDÉRANT qu'à cette fin, les modalités de rémunération et la tarification applicable ont été déterminées par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses actuarielles;

CONSIDÉRANT que les coûts afférents à l'introduction des nouvelles modalités de rémunération pour les activités réalisées dans le cadre d'un CRDS peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi des coûts reliés à l'introduction de ces nouvelles modalités de rémunération.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'allouer une enveloppe maximale de 4,6 M$ au financement de la *Lettre d'entente n° 221*.
2. Pour les années 2016-2017 et 2017-2018, il est entendu que le financement de la *Lettre d'entente n° 221* est effectué à partir des sommes dégagées de la non-atteinte non récurrente cumulée au 31 mars 2016 de la *Lettre d'entente n° 201*. Pour les années 2018-2019 et suivantes, le financement de cette lettre d'entente fera l'objet de discussions entre les parties négociantes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'Accord-cadre.
3. De mesurer et d'évaluer chaque année, lorsque les données seront disponibles, les coûts réels associés à l'introduction de cette lettre d'entente.
4. D'effectuer un suivi des coûts au cours des quatre premières années d'application.
5. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés à l'introduction de la lettre d'entente excédaient l'enveloppe prévue à l'article 1 ou que les objectifs poursuivis par les parties n'étaient pas atteints, les parties conviennent de discuter des mesures à prendre, notamment de revoir les modalités d'application ou le financement approprié de cette mesure, le cas échéant.
6. La présente lettre d'entente prend effet le 20 mars 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____,ce_____ jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 224

AYANT POUR OBJET LE STATUT PROFESSIONNEL DE DOCTEURE ISABELLE LAFONTAINE DONT LE NUMÉRO DE PERMIS ÉMIS PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC EST 03-341

ATTENDU que la docteure Isabelle Lafontaine est un médecin spécialiste qui a complété une formation en médecine familiale après avoir obtenu son certificat de spécialité en médecine nucléaire;

ATTENDU qu'une lettre du Collège des médecins du Québec confirme que la docteure Isabelle Lafontaine a atteint tous les objectifs fixés pour que le Collège des médecins du Québec reconnaisse sa compétence en médecine familiale;

CONSIDÉRANT que la docteure Lafontaine pratique comme médecin omnipraticien;

CONSIDÉRANT que la docteure Lafontaine demande d'adhérer à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ);

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

COMPTE TENU qu'aux termes de l'article 2.1 de l'annexe I de l'Accord-cadre, tout médecin qui justifie d'un certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins du Québec est placé sous l'autorité de telle entente.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, malgré les articles 2.1 et 3.1 de l'annexe I de l'Accord-cadre, la docteure Isabelle Lafontaine est soustraite de l'application de l'entente MSSS-FMSQ.
2. Conséquemment, la docteure Isabelle Lafontaine ne peut plus, et ce, à compter du 1er octobre 2017, se prévaloir des conditions d'exercice et de rémunération prévues à l'Accord-cadre intervenu entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, ni de toute autre entente dont les parties pourront convenir dans l'avenir au bénéfice des médecins spécialistes. Elle est également exemptée des obligations qui en découlent.
3. Cette exemption s'applique exclusivement à la docteure Isabelle Lafontaine. Elle ne peut, d'aucune façon, être interprétée et appliquée à un médecin qui, avant ou après avoir obtenu un certificat en spécialité du Collège des médecins du Québec, a satisfait aux exigences de celui-ci pour exercer en médecine familiale.
4. La présente lettre d'entente prend effet le 1er octobre 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 225

CONCERNANT LA RELECTURE D'EXAMENS D'IMAGERIE MÉDICALE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT que le Collège des médecins du Québec a ordonné la tenue d'un exercice de révision pour valider la pratique d'un médecin radiologiste du CISSS des Laurentides, révision qui porte sur des mammographies, des radiographies pulmonaires et des examens de tomodensitométrie effectués au CISSS des Laurentides par ce médecin au cours de la période allant de juin 2015 à avril 2016;

CONSIDÉRANT que cette relecture a pour objectif de s'assurer que les patients ou patientes ont été bien traités;

CONSIDÉRANT la nécessité de déterminer les conditions et modalités de rémunération des médecins qui participent à cette relecture.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, les parties négociantes considèrent les relectures des examens d'imagerie faites dans le cadre de l'enquête du Collège des médecins comme étant des " Révisions, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de documents radiologiques faits ailleurs ou dont les rapports ont déjà été fournis ". Par conséquent, les médecins qui participent à cette relecture peuvent réclamer la tarification des codes suivants, associés aux modificateurs pour la révision (008 et 021) :
- Pour les relectures de mammographie diagnostique, les codes d'actes 08048 (mammographie diagnostique sans examen clinique - unilatéral) ou 08049 (mammographie diagnostique sans examen clinique - bilatéral) et pour les mammographies de dépistage, les codes 08078, 08079, 08134 et 08135;
- Pour les radiographies pulmonaires, le code 08100;
- Pour les examens de tomodensitométrie, le code de la région examinée, à savoir tête (codes 08258 ou 08259), thorax (08262 ou 08263), abdomen (08264 ou 08265) ou abdominaux pelviens (08268 ou 08269) ou une combinaison de ces codes;
- Pour les examens de tomodensitométrie, advenant qu'une première lecture soit jugée non concordante, il y aura une deuxième lecture par un autre radiologiste de la liste annexée. Il faudra donc accepter la facturation d'une double lecture, pour le même code d'acte chez le même patient, par deux radiologistes différents.

2. En ce qui a trait aux règles de plafonnement de gains de pratique, les parties négociantes considèrent que les actes 08048, 08049, 08078, 08079, 08100, 08134, 08135, 08258, 08259, 08262, 08263, 08264, 08265, 08268 ou 08269 facturés avec le modificateur 008 ou 021 ne doivent pas être comptabilisés dans le calcul des plafonnements de gains nets (PG 2) pour les médecins spécialistes qui participent à cette relecture. Cette dérogation n'est valable que pour les périodes suivantes :
- Pour la mammographie : période du 1er mars 2017 au 30 juin 2017, visant le 1er semestre de 2017 (dont la période d'application est du 1er janvier au 30 juin 2017);
- Pour la radiographie pulmonaire et pour la tomodensitométrie : période du 10 mars au 10 juillet 2017, visant le 1er semestre de 2017 (dont la période d'application est du 1er janvier au 30 juin 2017) et le 2e semestre de 2017 (dont la période d'application est du 1er juillet 2017 au 31 décembre 2017).

3. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, dont le nom des médecins spécialistes participant à la relecture visée à la présente entente.

4. La présente lettre d'entente prend effet le 1er mars 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____ jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 226

CONCERNANT LE FINANCEMENT DU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT les lettres d'entente nos 193, 209 et 215;

CONSIDÉRANT le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») pour la période postérieure au 31 mars 2017.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.

2. À cette fin, les parties négociantes conviennent d'affecter un montant de 350 000 $, à même la somme des non-atteintes cumulées au titre de la lettre d'entente nº 201, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec pour la période du 1er avril 2017 au 30 septembre 2017.

3 Le maintien du financement du programme d'aide pour la période du 1er octobre 2017 au 31 mars 2018 ainsi que pour les années subséquentes fera l'objet de discussions entre les parties négociantes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'Accord-cadre.

4. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er avril 2017.

EN FOI DE QUOI, les paries ont signé à _____,ce_____ jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 227

CONCERNANT LA RÉORGANISATION DES LABORATOIRES (PROJET OPTILAB)

CONSIDÉRANT la création de diverses grappes pour regrouper les activités de laboratoire, regroupant ainsi divers centres associés au sein de onze centres serveurs principaux;

CONSIDÉRANT le transfert aux centres serveurs de diverses activités de laboratoire effectuées au sein des centres associés;

CONSIDÉRANT que la réorganisation des activités de laboratoire nécessitera l'ajout ou la modification de diverses dispositions de l'Entente de rémunération des médecins spécialistes.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les modes de rémunération d'activités de laboratoire prévus à l'entente continuent de s'appliquer dans les disciplines de l'anatomopathologie, de la biochimie médicale, de l'hématologie, de la microbiologie-infectiologie et de la génétique médicale, et ce, de la même façon et pour les mêmes centres pour lesquels ces modes s'appliquaient avant le 1er avril 2017;
2. Toutes les autres dispositions de l'Entente concernant la rémunération d'activités accomplies par les médecins de laboratoire où le versement de primes, forfaits ou avantages de quelque nature que ce soit, continuent également de s'appliquer de la même façon que ces dispositions s'appliquaient avant le 1er avril 2017.
3. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er avril 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____ jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 228

CONCERNANT LE VERSEMENT DE FORFAITS COMPENSATOIRES AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES EXERÇANT AU COURS DE LA PÉRIODE DU 1er AVRIL 2017 AU 30 JUIN 2018

CONSIDÉRANT qu'en vertu du Protocole d'accord intervenu entre le MSSS et la FMSQ ayant trait au renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023, les parties négociantes ont convenu de mettre en place des augmentations tarifaires à compter du 1er avril 2017;

CONSIDÉRANT la conclusion de la Modification 85 à l'Accord-cadre afin de mettre en place ces augmentations tarifaires;

CONSIDÉRANT l'accord des parties à ce que la RAMQ applique ces augmentations tarifaires de façon prospective à compter du 1er juillet 2018 et que des forfaits compensatoires soient versés aux médecins spécialistes pour la période du 1er avril 2017 au 30 juin 2018;

CONSIDÉRANT la nécessité de déterminer les modalités du versement de ces forfaits compensatoires par la Régie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins spécialistes exerçant au cours de la période du 1er avril 2017 au 30 juin 2018 ont droit au paiement de forfaits compensatoires correspondant à l'écart entre les honoraires reçus au cours de cette période et ceux auxquels ils auraient eu droit si les augmentations tarifaires prévues à la Modification 85 s'étaient appliquées à compter du 1er avril 2017.

2. Les forfaits compensatoires payables aux médecins spécialistes pendant cette période sont calculés par les parties négociantes qui en avisent la Régie. La Régie donne suite à tout avis transmis par les parties négociantes afin d'assurer le versement des forfaits compensatoires payables aux médecins spécialistes et aux fins de permettre l'application de la présente lettre d'entente.

3. Le calcul des forfaits compensatoires par les parties négociantes et le versement de ces forfaits par la Régie sont effectués de la façon suivante :

- Pour la période du 1er avril 2017 au 30 septembre 2017, les parties négociantes déterminent le forfait payable à chaque médecin le ou vers le 15 mai 2018, sur la base des données de facturation temporaires de la Régie pour ces trimestres, et en avisent par la suite la Régie qui procède au versement de ces forfaits dans les 30 jours suivants;
- Pour la période du 1er octobre 2017 au 31 décembre 2017, les parties négociantes déterminent le forfait payable à chaque médecin le ou vers le 1er juillet 2018, sur la base des données de facturation temporaires de la Régie pour ce trimestre, et en avisent par la suite la Régie qui procède au versement de ces forfaits dans les 30 jours suivants;
- Pour la période du 1er janvier 2018 au 31 mars 2018, les parties négociantes déterminent le forfait payable à chaque médecin le ou vers le 1er septembre 2018, sur la base des données de facturation temporaires de la Régie pour ce trimestre, et en avisent par la suite la Régie qui procède au versement de ces forfaits dans les 30 jours suivants;

- Pour la période du 1er avril 2018 au 30 juin 2018, les parties négociantes déterminent le montant payable à chaque médecin le ou vers le 1er décembre 2018, sur la base des données de facturation temporaires de la Régie pour ce trimestre. Toutefois, sur la base des données de facturation annuelle de la Régie pour la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2018, les parties négociantes révisent également les forfaits payables aux médecins pour cette période et apportent les ajustements requis - soit en déduisant tout montant payé en trop ou en ajoutant tout montant demeurant dû - aux forfaits payables pour le trimestre d'avril 2018 à juin 2018. Dans l'éventualité où un montant demeure néanmoins dû par un médecin, la Régie récupère alors ce montant auprès de ce médecin.

4. Les forfaits compensatoires versés par la Régie en vertu des présentes ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'annexe 8 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministr
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 229

CONCERNANT LE SUIVI ET LE FINANCEMENT DES COÛTS DE L'ANNEXE 45

CONSIDÉRANT l'introduction de l'annexe 45 dans le cadre du Protocole d'accord intervenu entre le MSSS et la FMSQ ayant trait au renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023;

CONSIDÉRANT que les coûts de l'annexe 45 ont été estimés par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses;

CONSIDÉRANT que les coûts de l'annexe 45 peuvent différer des coûts estimés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi approprié des coûts réels reliés à l'annexe 45.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Lorsqu'il est tenu compte du coût de l'ensemble des mesures prévues à l'annexe 45 ainsi que des récupérations qui résultent des modifications que la mise en place de cette annexe entraîne sur d'autres mesures prévues à l'Accord-cadre, les parties estiment les coûts nets de l'annexe 45 à 9,6 M $ pour l'année budgétaire 2018-2019 et à 10,6 M $ pour l'année budgétaire 2019-2020. Pour les fins du suivi des coûts, les pénalités applicables, le cas échéant, en cas de rupture de services ne sont pas considérées dans les coûts de l'annexe 45.

2. Afin d'assurer le respect des coûts prévus à l'article 1, les parties conviennent d'effectuer un suivi des coûts réels lors de la réception des données, plus particulièrement pour les années 2018-2019 à 2020-2021. Dans l'éventualité où les coûts réels totaux annuels associés à l'annexe 45 étaient différents des estimés prévus à l'article 1, les parties conviennent d'ajuster à la hausse ou à la baisse les sommes non récurrentes prévues au Protocole d'accord ayant trait au renouvellement de l'entente. Dans l'éventualité d'un coût récurrent inférieur tout solde récurrent est affecté à la mise en place de d'autres mesures tarifaires. Dans l'éventualité d'un coût récurrent supérieur, les parties conviennent d'un mécanisme de récupération du dépassement à même les sommes prévues au Protocole d'accord ayant trait au renouvellement de l'entente, ou, à défaut de sommes disponibles, les parties conviennent des mesures à prendre, notamment la révision des tarifs.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 230

CONCERNANT LE FINANCEMENT DU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT les lettres d'entente n^{os} 193, 209, 215 et 226;

CONSIDÉRANT le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») pour la période postérieure au 31 mars 2017.

AVIS **:** *À cet effet, une demande est acheminée au Service du paiement et de la révision à l'adresse courriel paiement@ramq.gouv.qc.ca en mettant en copie registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1 Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.

2 À cette fin, les parties négociantes conviennent d'affecter annuellement, à même l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins spécialistes, les montants suivants afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec pour la période du 1er octobre 2017 au 31 mars 2023 :

- 1er octobre 2017 au 31 mars 2018 : 450 000 $
- 1er avril 2018 au 31 mars 2019 : 825 000 $
- 1er avril 2019 au 31 mars 2020 : 850 000 $
- 1er avril 2020 au 31 mars 2021 : 875 000 $
- 1er avril 2021 au 31 mars 2022 : 900 000 $
- 1er avril 2022 au 31 mars 2023 : 925 000 $

3 Les parties négociantes avisent la Régie du montant à être versé au Programme d'aide au cours de chaque année.

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

5 La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er octobre 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 231

CONCERNANT L'ENSEMBLE DES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS D'INTERPRÉTATION D'ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE DANS LA MODIFICATION N° 91

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de réviser les modalités de rémunération des activités d'interprétation d'électroencéphalographie;

CONSIDÉRANT que la distribution monétaire de la somme allouée pour la pratique de l'électroencéphalographie subit une modification majeure;

CONSIDÉRANT que les évaluations des coûts qui découlent des révisions effectuées ont obligatoirement une portion subjective;

CONSIDÉRANT qu'à cette fin, les modalités de rémunération et la tarification applicable ont été déterminées par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses, en utilisant l'année de référence 2017-2018;

CONSIDÉRANT que les coûts réels afférents à l'introduction des nouvelles modalités de rémunération pour les activités réalisées peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

- 1. Le montant alloué aux services médicaux codés 20260, 20261, 20262, 20263, 20264, 20265, 20266, 20267, 20268, 20269, 20270, 20271, 20272, 20273, 20274 et 20275 est estimé à 1,5 M$ annuellement. Cette somme de 1,5 M$ devra être annualisée afin de tenir compte de l'évolution de la pratique.
- 2. Les parties négociantes s'engagent à effectuer un suivi annuel des coûts réels associés à la rémunération des activités d'interprétation d'électroencéphalographie pour une période de 3 ans. Toutefois, les parties n'entreprendront pas des modifications avant l'échéance de la deuxième année complète de suivi.
- 3. Dans l'éventualité où les coûts totaux annuels réels étaient différents des estimés prévus à l'article 1, les parties s'engagent à examiner les facteurs expliquant l'écart entre les coûts annuels réels et les coûts estimés prévus et à apporter les ajustements appropriés le cas échéant. L'évolution de pratique et les recommandations cliniques devront entre autres être tenues en compte lors de l'identification des causes des écarts.
- 4. Ainsi, dans l'éventualité d'un coût inférieur au financement prévu au cours d'une année, les parties conviennent que le montant de la non-atteinte sera utilisé, sur une base récurrente, afin de rehausser la tarification des activités visées et, sur une base non-récurrente, de la façon identifiée par les parties. Dans l'éventualité d'un coût supérieur au financement prévu au cours d'une année, les parties conviennent que le montant du dépassement sera récupéré, sur une base récurrente, afin de réduire la tarification des activités visées et, sur une base non-récurrente, de la façon identifiée par les parties.
- 5. La présente lettre d'entente prend effet le 9 décembre 2019.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2019.

DANIELLE McCANN
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 232

CONCERNANT LES BRIS PONCTUELS DE SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS JUGÉS ESSENTIELS DANS CERTAINES INSTALLATIONS EN PÉNURIE D'EFFECTIFS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative exceptionnelle et ponctuelle de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation de services médicaux spécialisés jugés essentiels dans certaines installations en pénurie d'effectifs qu'elles désignent.

2. Les parties négociantes désignent le médecin et l'installation visée à la présente lettre d'entente en tenant compte des critères suivants :

L'installation doit être située dans un secteur géographiquement isolé qui rend difficile le recrutement dans la discipline du médecin;

L'installation doit être en pénurie d'effectifs dans la discipline du médecin désigné;

La mesure incitative doit être accordée en raison d'une situation exceptionnelle et ne peut l'être que pour une période ponctuelle et déterminée;

Une rupture d'un service médical spécialisé jugé essentiel doit être inévitable sans l'utilisation de cette mesure incitative;

Tout autre critère déterminé par les parties négociantes.

3. La présente Lettre d'entente ne s'applique pas pour les spécialités où il y a un plan de remplacement provincial.

4. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste désigné qui assure la prestation des services médicaux dans l'installation désignée.

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

6. Le montant forfaitaire est de 844 $ par jour. Il est versé au médecin désigné en sus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où il se rend dans l'installation désignée afin d'assurer la prestation des services médicaux dans sa discipline.
Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'une installation désignée.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* **19918**.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

7. Afin d'être reconnu, le médecin désigné doit exercer de façon principale dans une installation autre que l'installation désignée et sa participation ne doit pas affecter l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son installation principale.
De plus, les parties négociantes favorisent l'autonomie régionale et privilégient la reconnaissance de médecins qui exercent dans la région de l'installation désignée.

8. Le médecin désigné doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à assurer la prestation des services médicaux dans l'installation désignée pour la période convenue.

9. Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, ou dans le cas où un remplaçant est identifié, l'obligation pour le médecin de payer à la Régie une pénalité de 844 $ pour chaque jour de non-respect des termes de son engagement.
Lorsqu'un médecin remplaçant est ainsi identifié afin d'assurer la prestation continue des services médicaux, il a alors droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 6 en lieu et place du médecin qu'il remplace et la pénalité prévue à l'article 9 ne s'applique pas.

10. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente comprenant la désignation du médecin et de l'installation visée ainsi que la période d'application.

11. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.
12. Le montant forfaitaire prévu à l'article 6 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'annexe 8 de l'Accord-cadre.
13. Le financement des coûts découlant des mesures prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même les sommes disponibles dans le Protocole d'accord ayant trait au renouvellement de l'Accord-Cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.
14. La présente Lettre d'entente prend fin le 30 septembre 2020 à moins que les parties négociantes en décident autrement après évaluation de ladite lettre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce _____jour de_____2019.

DANIELLE McCANN
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N°233

CONCERNANT LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES CHIRURGICAUX EN CHIRURGIE GÉNÉRALE DANS LES INSTALLATIONS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT que la présente lettre d'entente prévoit la mise en place d'un plan de remplacement provincial en chirurgie générale, lequel vise à assurer une prestation continue des soins en chirurgie générale dans l'ensemble des installations du Québec, et ainsi éviter les ruptures de service;

CONSIDÉRANT la nécessité de favoriser l'implantation et la rétention de médecins spécialistes en chirurgie générale
(ci-après, les « **chirurgiens** ») en régions éloignées;

CONSIDÉRANT que la présente lettre d'entente s'inscrit dans le cadre de l'engagement de l'Association québécoise de chirurgie (ci-après, l' « **AQC** ») à déployer les efforts nécessaires afin de garantir de façon pérenne la couverture complète des services de base en chirurgie générale dans l'ensemble des installations du réseau de la santé;

CONSIDÉRANT l'engagement de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (ci-après la « **Fédération »**) à déployer les efforts nécessaires afin de maintenir de façon pérenne la couverture des césariennes dans l'ensemble des installations du Québec où de tels soins sont dispensés en date de la présente lettre d'entente;

CONSIDÉRANT que les chirurgiens qui ont les compétences requises pour effectuer des césariennes ont l'intention de continuer à contribuer à leur couverture dans la mesure du possible;

CONSIDÉRANT que le plan de remplacement implique l'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux
(ci-après, le « **MSSS** ») et des administrations locales à déployer les efforts nécessaires afin de mettre en place et de maintenir des conditions de pratique optimales et un environnement favorable à l'exercice de la pratique de cette spécialité, ce qui inclut la disponibilité d'infirmières et autres professionnels qualifiés, ainsi que la fourniture d'un plateau technique, dans le respect des ratios établis par les normes en vigueur;

CONSIDÉRANT que les parties négociantes conviennent également que la pérennité de la présente lettre d'entente implique de disposer des effectifs médicaux nécessaires afin de couvrir l'ensemble des besoins actuels et futurs en chirurgie générale sur l'ensemble du territoire québécois. À cette fin, le MSSS réaffirme l'importance du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés institué en vertu de la lettre d'entente n°129 afin de planifier les besoins en effectifs médicaux spécialisés, de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire et de considérer la lourdeur liée à la fréquence répétitive de la garde dans les installations avec un nombre restreint de chirurgiens, ainsi que le rôle essentiel de la Fédération et de ses associations affiliées à cet égard;

CONSIDÉRANT que le plan de remplacement se partage en quatre volets :

1. Les groupes concertés;
2. La garde en disponibilité;
3. Le mécanisme de soutien d'urgence;
4. La mesure incitative ciblée pour pallier les situations particulières.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Groupes concertés

1.1. Général

1.1.1. La création de groupes concertés par le présent plan de remplacement vise à assurer la prestation continue des soins en chirurgie générale, incluant la garde et la couverture des césariennes, le cas échéant. Elle vise également à éviter toute rupture de service dans les installations visées par celui-ci, et ce, par le biais d'un engagement de soutien continu par les chirurgiens participants aux groupes concertés. Le chirurgien remplaçant est celui qui offre la couverture des services en chirurgie en lieu et place du chirurgien remplacé; le chirurgien en support est celui qui vient prêter main forte aux chirurgiens en place sans que ceux-ci ne soient absents.

1.1.2. Les parties négociantes identifient les installations qui font l'objet d'un groupe concerté ainsi que les chirurgiens qui y participent. Celles-ci identifient également le nombre de semaines de remplacement ou de support auquel l'installation a droit en vertu de la présente lettre d'entente. Le support n'est permis que pour les installations avec 2 effectifs ou moins en place.
1.1.3. Les parties négociantes se basent sur le nombre d'effectifs réels en place qui détiennent un avis de conformité de membre actif dans l'installation visée pour désigner le nombre de semaines sur une base annuelle de remplacement ou de support auquel une installation a droit :

- Pour les installations avec aucun effectif, le groupe concerté couvrira jusqu'à concurrence de 52 semaines;
- Pour les installations avec 1 effectif, le groupe concerté couvrira jusqu'à concurrence de 39 semaines;
- Pour les installations avec 2 effectifs, le groupe concerté couvrira jusqu'à concurrence de 26 semaines;
- Pour les installations avec 3 effectifs, le groupe concerté couvrira jusqu'à concurrence de 13 semaines;
- Pour les installations avec 4 effectifs, les semaines laissées vacantes par l'absence d'un ou plusieurs effectifs pour une période d'au moins quatre semaines consécutives pour cause de maladie, de départ définitif ou de congé parental pourront être couvertes par un groupe concerté ad hoc. Toutefois les absences pour vacances annuelles ou ressourcement ne seront pas considérées pour la détermination des semaines devant être couvertes par les groupes concertés. Les parties négociantes pourront alors octroyer une semaine de groupe concerté pour chaque période de quatre semaines consécutives d'absences par effectif.

Exceptionnellement, lorsqu'une absence pour cause de maladie, de départ définitif ou de congé parental survient et qu'elle se prolonge sur au moins quatre semaines consécutives, les parties négociantes pourront octroyer une semaine supplémentaire de groupe concerté pour chaque période de quatre semaines consécutives d'absence par effectif.

1.1.4. La durée de remplacement minimale visée par le présent plan est d'une semaine à la fois. Toutefois, lorsqu'un remplacement est de moins d'une semaine, aucun autre frais ou temps de déplacement n'est payable à un autre chirurgien pour aller effectuer du remplacement dans la même installation lors de cette semaine. Toutefois, les parties négociantes pourront autoriser le remboursement des frais ou temps de déplacement si une situation particulière ou exceptionnelle le justifie.

1.1.5. Le chirurgien qui participe à un groupe concerté doit assumer la couverture de la garde en disponibilité ainsi que l'ensemble des soins auxquels ses privilèges de pratique hospitalière l'habilitent.

1.1.6. Le chirurgien qui participe à un groupe concerté doit s'engager pour une période minimale d'un an. Dans tous les cas, la participation d'un chirurgien à un groupe concerté ne doit pas affecter l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son installation principale.

1.1.7. Sont éligibles à joindre les groupes concertés les chirurgiens détenant un poste au plan des effectifs médicaux
(ci-après, le « **PEM** ») d'un établissement. Sont aussi éligibles les chirurgiens qui ne détiennent pas un poste au PEM d'un établissement et qui ont complété leur formation depuis deux ans ou moins, les chirurgiens en formation complémentaire (Fellow) avec ou sans avis de conformité, de même que les chirurgiens en fin de carrière, le tout sujet aux règles de gestion des effectifs médicaux en vigueur. Toutefois, nonobstant les règles de gestion des effectifs médicaux en vigueur, les chirurgiens de soixante (60) ans et plus pourront joindre un groupe concerté sans détenir un poste au PEM d'un établissement.

1.1.8. Pour participer à un groupe concerté, le chirurgien doit offrir au moins deux semaines de remplacement ou de support par période annuelle.

1.2. Rémunération

1.2.1. Le chirurgien qui assure la prestation continue des services médicaux dans le cadre d'un groupe concerté a droit à un montant forfaitaire de 800 $, 1 000 $ ou 1 200 $ par jour, tel que prévu à l'Annexe I.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*

Région 1 (1200 $/jour)
*- **42100** pour le médecin remplaçant*
*- **42101** pour le médecin en support*
*- **42102** pour le médecin établi*

Région 2 (1000 $/jour)
*- **42103** pour le médecin remplaçant*
*- **42104** pour le médecin en support*
*- **42105** pour le médecin établi*

Région 3 (800 $/jour)
*- **42106** pour le médecin remplaçant*
*- **42107** pour le médecin en support*
*- **42108** pour le médecin établi*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

1.2.2. Dans les installations où seulement un chirurgien est en place, ce dernier peut également se prévaloir du montant forfaitaire prévu à l'Annexe I, lorsqu'aucun chirurgien du groupe concerté ne bénéficie dudit montant forfaitaire.

1.2.3. Le montant forfaitaire prévu au présent article est versé en plus de la rémunération à laquelle le chirurgien a droit en vertu de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense.

1.2.4. Aucun montant forfaitaire prévu au présent article ne peut être versé à des membres d'un groupe concerté avant que celui-ci ne soit constitué, et ce, de manière à assurer une couverture complète pour l'entièreté de l'année visée.

1.3. Médecin coordonnateur

1.3.1. Les parties négociantes désignent les regroupements d'installations et les médecins coordonnateurs pour chacun des regroupements (Annexe II). Le rôle du coordonnateur est de constituer les groupes concertés pour chacune des installations identifiées dans son regroupement, de dresser les listes de garde et d'assurer le respect des engagements des chirurgiens, et ce, selon les principes établis au présent article.

1.3.2. Le médecin coordonnateur s'engage à être disponible pour les installations visées dans son regroupement ainsi que pour les chirurgiens participants aux groupes concertés sous sa responsabilité.

1.3.3. Le médecin coordonnateur doit participer minimalement à un groupe concerté dans le regroupement qu'il coordonne ou être installé dans une installation visée par un groupe concerté du regroupement qu'il coordonne.

1.3.4. Un médecin coordonnateur reçoit un montant forfaitaire de 191,64 $ par semaine.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42109**.*
Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'une des installations du regroupement qu'il coordonne.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le forfait du médecin coordonnateur peut être facturé une seule fois par semaine, du dimanche au samedi.

1.4. Formation des listes de garde en disponibilité des groupes concertés

1.4.1. La liste de garde pour chacune des installations visées par les groupes concertés sera établie et transmise aux parties négociantes de la façon suivante : le 1er avril de chaque année pour la période du 1er juillet au 31 décembre suivant, et le 1er octobre de chaque année pour la période du 1er janvier au 30 juin. Cette liste pourra être révisée à tout moment par les parties négociantes.

1.4.2. La couverture pendant les semaines de Noël, du Jour de l'An et du congrès annuel de l'AQC devra être partagée équitablement entre les chirurgiens du groupe concerté et les chirurgiens installés dans l'installation visée par le groupe concerté. Ainsi, dans les installations qui disposent d'un seul chirurgien installé, au moins une des trois semaines susmentionnées, par période annuelle, sera prise en charge par le chirurgien installé. Dans les installations qui disposent de deux ou trois chirurgiens, au moins deux des trois semaines susmentionnées par période annuelle, seront prises en charge par les chirurgiens installés.

1.5. Engagement contractuel et défaut

1.5.1. Chaque chirurgien participant à un groupe concerté doit apposer sa signature vis-à-vis son nom sur la liste des chirurgiens qui composent le groupe concerté concerné. Cette signature fera office de l'engagement du chirurgien à respecter les clauses de la présente lettre d'entente et de son consentement à ce que les pénalités auxquelles il pourrait être soumis soient prélevées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après, la « **Régie** »).

1.5.2. Advenant le non-respect d'un engagement d'un membre d'un groupe concerté entrainant une rupture de services, sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), le chirurgien qui ne respecte pas les termes de son engagement devra payer à la Régie une pénalité de 3 000 $ pour chaque jour de non-respect. Toutefois, cette pénalité ne s'applique pas si le chirurgien a identifié un remplaçant pour remplir ses engagements. Dans cette éventualité, le chirurgien remplaçant a alors droit aux mesures prévues en lieu et place du chirurgien qu'il remplace.

1.5.3. Une pénalité à l'AQC, non récurrente, pour chaque période de découverture, devra être prélevée dans la tarification de la spécialité, dans l'enveloppe budgétaire de la Fédération, le tout selon les modalités déterminées par la Fédération. Toutefois, lorsqu'une rupture de services survient, sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), dans l'une des installations désignées à l'Annexe I par les parties négociantes, ces dernières devront évaluer les causes et les conséquences de cette rupture et s'entendre sur la légitimité de l'application de la pénalité associative ainsi que du montant de celle-ci.

Advenant que les parties négociantes ne s'entendent pas dans les 30 jours suivant la période de découverture, une pénalité de 15 000 $ par jour s'appliquera.

1.6. Mesure anti-isolement

1.6.1. Le chirurgien installé dans l'installation de Baie-Saint-Paul, La Malbaie ou du Granit qui fait l'objet d'un groupe concerté a droit aux mesures prévues à l'article 3 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre sur les frais de ressourcement.

2. Garde en disponibilité

2.1. Le chirurgien a droit en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre, au paiement d'un montant de 660 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 1 000 $ par jour, le samedi, le dimanche ou un jour férié lorsqu'il assume la garde en disponibilité :

- dans une installation visée par un groupe concerté;
- dans une installation située dans un territoire isolé ou éloigné de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre et ayant des effectifs en place de 4 ou moins;
- dans les installations de Baie-Saint-Paul, La Malbaie et du Granit.

Ces installations seront désignées par les parties négociantes.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*
*- **42110** (forfait en semaine, du lundi au vendredi);*
*- **42111** (forfait le samedi, le dimanche ou un jour férié).*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.2. Toutefois, ce montant est majoré pour une durée de quatorze jours pendant la période de Noël et du jour de l'An, et ce, selon le calendrier déterminé chaque année par les parties négociantes. Le montant du supplément de garde est alors de 1 750 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 2 200 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié. Il est également majoré à 1 000$ par jour pour toutes les journées de la semaine du congrès annuel de l'AQC.

AVIS **:** *Lors de la période de Noël et du jour de l'An, utiliser le code de facturation :*
*- **42410** pour le forfait en semaine, du lundi au vendredi;*
*- **42411** pour le forfait le samedi, le dimanche ou un jour férié.*

*Lors de la période du congrès annuel de l'Association québécoise de chirurgie (AQC), utiliser le code de facturation **42112**.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Mécanisme de soutien d'urgence

3.1. Général

3.1.1. Les parties négociantes conviennent de l'instauration d'un mécanisme de soutien d'urgence prévoyant la confection d'une liste de garde en disponibilité de chirurgiens qui peuvent être déployés en tout moment et en tout lieu sur le territoire afin d'éviter toute rupture de service totale.

3.1.2. Les parties négociantes conviennent de la mise en place d'une équipe volante en chirurgie participant au mécanisme de soutien d'urgence et prévoyant la disponibilité d'un chirurgien par jour pour chacune des cinquante-deux semaines de l'année.

3.1.3. Les parties négociantes désignent les chirurgiens qui pourront participer au mécanisme de soutien d'urgence en fonction du fait que le chirurgien offre une disponibilité pour le mécanisme de soutien d'urgence, qu'il est inscrit à ce titre sur la liste de garde et qu'il respecte les engagements auxquels il a souscrit.

3.2. Rémunération

3.2.1. Le chirurgien qui est désigné par les parties négociantes a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 500 $ par jour de disponibilité pour lequel il n'est pas déployé.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42113**.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3.2.2. Dans l'éventualité où le chirurgien est déployé dans une installation par le médecin coordonnateur, le tout en accord avec les parties négociantes, le montant forfaitaire est alors de 1 750 $ par jour.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42114**.*
Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'installation dans laquelle le médecin est déployé.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3.2.3. Les montants forfaitaires prévus au présent article sont versés en plus de la rémunération à laquelle le chirurgien a droit en vertu de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense.

3.2.4. Dans l'éventualité où l'installation où le chirurgien est déployé fait l'objet d'un groupe concerté, il n'a toutefois pas droit au montant forfaitaire du groupe concerté prévu à l'article 1.2.1.

3.2.5. Le chirurgien qui réclame le paiement du montant forfaitaire pour une journée où il n'est pas déployé ne peut réclamer, au cours de la journée, le paiement des forfaits, suppléments ou honoraires suivants :

- Le supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de l'Annexe 25;
- Les forfaits de prise en charge de l'unité et le forfait de prise en charge du patient prévus à l'Annexe 29;
- Le paiement de tout service qu'il ne peut abandonner rapidement afin d'être déployé dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence.

3.3. Médecin coordonnateur

3.3.1. Un médecin coordonnateur provincial est désigné par les parties négociantes afin d'assurer l'établissement de la liste de garde, la coordination du mécanisme de soutien d'urgence et le déploiement de l'équipe volante dans l'installation requérant ses services.

3.3.2. Le coordonnateur reçoit un montant forfaitaire de 383,29 $ par semaine pour ses services.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42115**.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le forfait du médecin coordonnateur peut être facturé une seule fois par semaine, du dimanche au samedi.

3.4. Formation des listes de garde en disponibilité du mécanisme de soutien d'urgence

3.4.1. Tout chirurgien qui répond aux critères de l'article 1.1.7 peut offrir une ou plusieurs semaines de service en disponibilité dans le cadre de cette mesure pourvu que sa participation ne remette pas en question la continuité des soins dans son installation principale, sa prestation de services habituelle ou ses engagements de remplacement.

3.4.2. Suite à un appel de candidatures, le médecin-coordonnateur établit la liste de garde de façon équitable en tenant compte des disponibilités offertes par les chirurgiens souhaitant participer au mécanisme de soutien d'urgence et de tout autre critère raisonnable qu'il détermine, lesquels peuvent être révisées par les parties négociantes.

3.4.3. Les parties négociantes désignent à leur entière discrétion les chirurgiens qui participent au mécanisme de soutien d'urgence au cours d'une année et adoptent la liste de garde applicable.

3.5. Engagement contractuel et défaut

3.5.1. Chaque chirurgien participant au mécanisme de soutien d'urgence doit apposer sa signature vis-à-vis son nom sur la liste des chirurgiens de garde. Cette signature fera office de l'engagement du chirurgien à respecter les clauses de la présente lettre d'entente et de son consentement à ce que les pénalités auxquelles il pourrait être soumis soient prélevées par la Régie.

3.5.2. Durant sa ou ses semaines de disponibilité, le chirurgien s'engage à être joignable en tout temps par le médecin coordonnateur afin d'être dépêché dans l'installation indiquée par le médecin coordonnateur. Il s'engage également à ne pas prendre d'autres engagements de services qui pourraient, dans l'éventualité de son déploiement dans une installation identifiée par le médecin coordonnateur, entraîner une annulation de services.

3.5.3. Le chirurgien qui ne respecte pas les termes de son engagement a l'obligation de payer à la Régie, sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), une pénalité de 3 000 $ pour chaque jour de non-respect. Toutefois, cette pénalité ne s'applique pas si le chirurgien a identifié un médecin remplaçant pour remplir ses engagements. Dans cette éventualité, le médecin remplaçant a alors droit aux mesures prévues en lieu et place du médecin qu'il remplace.

4. Mesure ciblée pour pallier les situations particulières

4.1. Général

4.1.1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place une mesure incitative ciblée pouvant être utilisée au besoin afin de pallier toute rupture ponctuelle pouvant survenir dans une installation.

4.1.2. Les parties négociantes désignent les installations et les périodes où cette mesure ciblée peut s'appliquer.

L'admissibilité des médecins au montant forfaitaire prévue au présent article est déterminée par les parties négociantes, et ce, selon le type de situation particulière.

4.2. Rémunération

4.2.1. Le chirurgien désigné a alors droit au paiement d'un montant forfaitaire de 500 $ pour chaque jour où il offre des services dans le cadre de cette mesure.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***42116****.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.2.2. Le montant forfaitaire est versé en plus de la rémunération à laquelle le chirurgien a droit en vertu de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense dans l'installation.

5. Modalités particulières

5.1. Dans l'éventualité où un chirurgien qui est visé par les articles 1, 3 ou 4 de la présente lettre d'entente et qui ne détient pas de poste au PEM dans l'installation visée ne pourrait se prévaloir de son per diem ou de son demi per diem en raison des modalités et conditions prévues à l'Annexe 38, il aurait alors droit à un forfait de 250 $ par demi-journée. Nonobstant le paragraphe 6.1 de la présente entente, la majoration de rémunération prévue à l'Annexe 19 de l'Accord-cadre est applicable à ce forfait.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***42117****.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Une demi-journée s'entend d'une période moyenne de trois heures et demie, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Le présent forfait remplace alors le demi per diem de l'Annexe 38.

6. Modalité de rémunération différente et plafonnements

6.1. Sous réserve de l'article 5.1, les montants payables en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas sujets à la majoration de rémunération différente prévue à l'Annexe 19 de l'Accord-cadre.

6.2. Les montants payables en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas pris en compte quant à l'application des plafonnements de gains de pratique, à l'exception des modalités particulières de l'article 5.1.

7. Application par la Régie

7.1. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et permettant l'application des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

7.2. Un seul des forfaits prévus pour le groupe concerté, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure ciblée peut être versé par installation par jour.

8. Entrée en vigueur

8.1. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2019.

9. Dispositions transitoires : ***Abrogé en date du 1er janvier 2023 par la*** **Modification 106**

9.1. Dans le cadre de l'implantation progressive des mesures du présent plan, les parties conviennent de suspendre l'application des articles 1.5.3 et 3.1.2 jusqu'au 1er avril 2020.

9.2. Dans le cadre de l'implantation progressive des mesures du présent plan, les parties conviennent de suspendre l'application de la première phrase de l'article 1.1.6, des articles 1.1.8 et 1.2.4 et de la première phrase de l'article 1.4.1 pour la formation des groupes concertés se terminant au 30 juin 2020.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2019.

DANIELLE MCCANN	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre	Présidente
Ministère de la Santé et des services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE I

RÉMUNÉRATION PAR RÉGION

RÉGION 1 (1 200 $ / jour)

- Pavillon Sainte-Famille (0155X)
- Centre de santé de Chibougamau (0253X)
- Hôpital de l'Archipel (0326X)
- Hôpital et CLSC de Sept-Îles (0269X)

RÉGION 2 (1 000 $ / jour)

- Centre de soins de courte durée La Sarre (0152X)
- Hôpital d'Amos (0150X)
- Hôpital de Val-d'Or (0154X)
- Hôpital de Rouyn-Noranda (0153X)
- Hôpital d'Alma (0245X)
- Hôpital de Dolbeau-Mistassini (0250X)
- Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval (0252X)
- Hôpital de Chandler (0327X)
- Hôpital de Maria (0330X)
- Hôpital de Sainte-Anne des Monts (0341X)
- Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé (0328X)
- Hôpital Notre-Dame-de-Fatima (0304X)
- Hôpital de Matane (0331X)
- Hôpital d'Amqui (0325X)

- Hôpital Notre-Dame-du-Lac (0333X)
- CSSS du Haut-Saint-Maurice (0177X)
- Hôpital Le Royer (0754X)

RÉGION 3 (800 $ / jour)

- Hôpital de Mont Laurier (0142X)
- Hôpital de Maniwaki (0133X)
- Hôpital du Pontiac (0130X)
- CSSS du Granit (0112X)
- Hôpital de Baie-St-Paul (0237X)
- Hôpital de La Malbaie (0231X)

ANNEXE II

REGROUPEMENTS (ARTICLE 1.3)

- Abitibi-Témiscamingue (Hôpital de Rouyn-Noranda (0153X), Centre de soins de courte durée La Sarre (0152X), Hôpital de Val-d'Or (0154X), Hôpital d'Amos (0150X))
- Bas-Saint-Laurent (Hôpital Notre-Dame-de-Fatima (0304X), Hôpital Notre-Dame-du-Lac (0333X))
- Bas-Saint-Laurent (Hôpital de Matane (0331X), Hôpital d'Amqui (0325X), Hôpital de Sainte-Anne des Monts (0341X))
- Capitale-Nationale (Hôpital de La Malbaie (0231X), Hôpital de Baie-St-Paul (0237X), CSSS du Granit (0112X))
- Centre de santé de Chibougamau (0253X)
- Gaspésie (Hôpital de Chandler (0327X), Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé (0328X), Hôpital de Maria (0330X))
- Hôpital de l'Archipel (0326X)
- Lac Saint-Jean (Hôpital de Dolbeau-Mistassini (0250X), CSSS du Haut-Saint-Maurice (0177X), Hôpital d'Alma (0245X), Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval (0252X), Hôpital et CLSC de Sept-Îles (0269X), Hôpital Le Royer (0754X))
- Outaouais (Hôpital de Mont Laurier (0142X), Hôpital du Pontiac (0130X), Hôpital de Maniwaki (0133X))
- Pavillon Sainte-Famille (0155X)

LETTRE D'ENTENTE Nº 234

CONCERNANT LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES OBSTÉTRICAUX PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

CONSIDÉRANT que la présente lettre d'entente prévoit la mise en place d'un plan de remplacement provincial en obstétrique, lequel vise à assurer une prestation continue des soins en obstétrique dans l'ensemble des installations du Québec où de tels soins sont dispensés en date de la présente lettre d'entente, et ainsi éviter les ruptures de service;

CONSIDÉRANT que le nombre de postes et d'effectifs réels existants en obstétrique au sein des installations du Québec ainsi que le nombre actuel de postes de résidence en obstétrique sont limités;

CONSIDÉRANT que la pérennité du plan de remplacement implique de disposer des effectifs médicaux nécessaires afin de couvrir l'ensemble des besoins actuels et futurs en obstétrique-gynécologie sur l'ensemble du territoire québécois, et qu'à cette fin, le gouvernement réaffirme l'importance du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés institué en vertu de la lettre d'entente nº 129 afin de planifier les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire ainsi que le rôle essentiel de la Fédération des médecins spécialistes du Québec
(ci-après la « **Fédération** ») et de ses associations affiliées à cet égard;

CONSIDÉRANT l'engagement de la Fédération à déployer les efforts nécessaires afin de maintenir de façon pérenne la couverture des césariennes dans l'ensemble des installations du Québec où de tels soins sont dispensés en date de la présente lettre d'entente;

CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes en chirurgie générale (ci-après, les « **chirurgiens** ») qui ont les compétences requises pour effectuer des césariennes ont l'intention de continuer à contribuer à leur couverture dans la mesure du possible;

CONSIDÉRANT que le plan de remplacement implique l'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux
(ci-après, le « **MSSS** ») et des administrations locales à déployer les efforts nécessaires afin de mettre en place et de maintenir des conditions de pratique optimales et un environnement favorable à l'exercice de la pratique de l'obstétrique, ce qui inclut la disponibilité d'infirmières et autres professionnels qualifiés, ainsi que la fourniture d'un plateau technique, dans le respect des ratios établis par les normes en vigueur;

CONSIDÉRANT la volonté des parties que la présente lettre d'entente soit appliquée de façon à favoriser à la fois la qualité, la stabilité et l'accessibilité des soins offerts à la population et à permettre d'assurer la pérennité du système public de santé;

CONSIDÉRANT que l'application de la présente lettre d'entente ne doit pas avoir pour effet de dissuader ou limiter le recrutement de médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie dans les installations visées par celle-ci;

CONSIDÉRANT que la prestation des services prévus à la présente lettre d'entente doit se faire sur une base volontaire;

CONSIDÉRANT que la signature de la lettre d'entente 235 concernant le comité de suivi est une condition essentielle à la signature de la présente lettre d'entente;

CONSIDÉRANT que le plan de remplacement se partage en 4 volets :

1. Les groupes concertés;
2. La garde en disponibilité;
3. Le mécanisme de soutien d'urgence;
4. La mesure incitative ciblée pour pallier les situations particulières.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Groupes concertés

1.1. Général

1.1.1. La création de groupes concertés par le présent plan de remplacement vise à assurer la prestation continue des soins en obstétrique, incluant la garde. Elle vise également à éviter toute rupture de service dans les installations visées par celui-ci, et ce, par le biais d'un engagement de soutien continu par les obstétriciens participants aux groupes concertés.

1.1.2. Les parties négociantes identifient les installations qui font l'objet d'un groupe concerté ainsi que les obstétriciens qui y participent. Celles-ci identifient également le nombre de semaines de remplacement auquel l'installation a droit en vertu de la présente lettre d'entente.

1.1.3. Les installations pouvant être visées par un groupe concerté sont celles comprenant 1, 2 ou 3 postes au plan d'effectifs médicaux (ci-après, « **PEM** ») adopté en obstétrique-gynécologie et qui sont désignées à l'Annexe 1.

1.1.4. Les parties négociantes se basent sur le nombre d'effectifs réels en place qui détiennent un avis de conformité de membre actif dans l'installation visée pour désigner le nombre de semaines sur une base annuelle auquel une installation a droit :

- Pour les installations avec au moins un poste au PEM mais aucun effectif en place, le groupe concerté couvrira jusqu'à concurrence de 52 semaines;
- Pour les installations avec 1 effectif, le groupe concerté couvrira jusqu'à concurrence de 26 semaines;
- Pour les installations avec 2 effectifs, le groupe concerté couvrira jusqu'à concurrence de 12 semaines.

Les parties négociantes conviennent toutefois que dans des situations exceptionnelles, elles pourront permettre qu'un groupe concerté vise une installation avec plus de 3 postes au PEM adoptés en obstétrique-gynécologie.

1.1.5. Dans la reconnaissance d'un groupe concerté les parties négociantes favorisent l'autonomie régionale et privilégient la reconnaissance d'obstétriciens qui exercent dans la région de l'installation désignée.

1.1.6. Sont éligibles à joindre les groupes concertés les obstétriciens détenant un poste au PEM d'un établissement. Les obstétriciens qui ne détiennent pas un poste au PEM d'un établissement et qui ont complété leur formation dans le délai maximal prévu par les règles de gestion des effectifs médicaux en vigueur (ou, en l'absence de règles de gestion en vigueur à cet égard, depuis maximum deux ans), les obstétriciens en formation complémentaire (Fellow) avec ou sans avis de conformité, de même que les obstétriciens en fin de carrière peuvent faire une demande pour participer à un groupe concerté, selon les règles de gestion des effectifs médicaux en vigueur. Toutefois, nonobstant les règles de gestion des effectifs médicaux en vigueur, les obstétriciens de soixante (60) ans et plus pourront joindre un groupe concerté sans détenir un poste au PEM d'un établissement.

1.1.7. La durée minimale de remplacement visée par le présent plan est d'une semaine à la fois. Toutefois, lorsqu'un remplacement est de moins d'une semaine, aucun autre frais ou temps de déplacement n'est payable à un autre obstétricien pour aller effectuer du remplacement dans la même installation lors de cette semaine. Toutefois, les parties négociantes pourront autoriser le remboursement des frais ou temps de déplacement si une situation particulière ou exceptionnelle le justifie.

1.1.8. L'obstétricien qui participe à un groupe concerté doit assumer la couverture de la garde en disponibilité ainsi que l'ensemble des soins auxquels ses privilèges de pratique hospitalière l'habilitent.

1.1.9. L'obstétricien qui participe à un groupe concerté doit s'engager pour une période minimale d'un an. Dans tous les cas, la participation d'un obstétricien à un groupe concerté ne doit pas affecter l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son installation principale.

1.1.10. De plus, pour participer à un groupe concerté, l'obstétricien doit offrir au moins une semaine de remplacement par période annuelle

1.2. Rémunération

1.2.1. L'obstétricien remplaçant qui assure la prestation continue des services médicaux dans le cadre d'un groupe concerté a droit aux montants forfaitaires suivants :

a) 1 000 $ par jour pour les installations désignées nécessitant une couverture d'un maximum de 12 semaines par année;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***42200*** *pour le médecin remplaçant.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

b) 1 250 $ par jour pour les installations désignées nécessitant une couverture d'un maximum de 26 ou 52 semaines par année;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*
- ***42201*** *pour le médecin remplaçant*
- ***42202*** *pour le médecin établi*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

c) 1 400 $ par jour pour le CISSS des Îles.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*
*- **42203** pour le médecin remplaçant*
*- **42204** pour le médecin établi*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

1.2.2. Dans les installations où il y a seulement un effectif en place, ce dernier peut également se prévaloir du montant forfaitaire prévu à l'article précédent, lorsqu'aucun obstétricien du groupe concerté ne bénéficie dudit montant forfaitaire.

1.2.3. Le montant forfaitaire est versé en plus de la rémunération à laquelle l'obstétricien a droit en vertu de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense.

1.2.4. Aucun montant forfaitaire prévu au présent article ne peut être versé à des membres d'un groupe concerté avant que celui-ci ne soit constitué, et ce, de manière à assurer une couverture complète pour l'entièreté de l'année visée.

1.3. Médecin coordonnateur

1.3.1. Les parties négociantes désignent un coordonnateur pour chacun des groupes concertés. Le rôle du coordonnateur est de constituer le groupe concerté, dresser la liste de garde et assurer le respect des engagements des obstétriciens, et ce, selon les principes établis au présent article.

1.3.2. Le médecin coordonnateur s'engage à être disponible pour l'installation visée ainsi que pour les obstétriciens participants au groupe concerté sous sa responsabilité.

1.3.3. Le médecin coordonnateur doit participer au groupe concerté qu'il coordonne ou être installé dans l'installation visée par le groupe concerté qu'il coordonne.

1.3.4. Un médecin coordonnateur reçoit un montant forfaitaire de 191,64 $ par semaine.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42205.***
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le forfait du médecin coordonnateur peut être facturé une seule fois par semaine, du dimanche au samedi.

1.4. Formation des listes de garde en disponibilité des groupes concertés

1.4.1. La liste de garde pour chacune des installations visées par les groupes concertés sera établie et transmise aux parties négociantes de la façon suivante : le 1er avril de chaque année pour la période du 1er juillet au 31 décembre suivant, et le 1er octobre de chaque année pour la période du 1er janvier au 30 juin. Cette liste pourra être révisée à tout moment par les parties négociantes.

1.4.2. La couverture pendant les semaines de Noël, du Jour de l'An et du congrès annuel de l'Association des obstétriciens gynécologues du Québec (ci-après l' « **AOGQ** ») devra être partagée équitablement entre les obstétriciens du groupe concerté et les obstétriciens installés dans l'installation visée par le groupe concerté. Ainsi, dans les installations qui disposent d'un obstétricien installé, au moins une des trois semaines susmentionnées, par période annuelle, sera prise en charge par l'obstétricien installé. Dans les installations qui disposent de deux obstétriciens installés, au moins deux des trois semaines susmentionnées, par période annuelle, seront prises en charge par les obstétriciens installés.

1.4.3. La couverture pendant la période estivale devra également faire l'objet d'un partage équitable entre les obstétriciens du groupe concerté et les obstétriciens installés dans l'installation visée par le groupe concerté. Le coordonnateur devra notamment prendre en compte les besoins des obstétriciens du groupe concerté dans leur installation principale.

1.4.4. Dans le cadre de l'élaboration de la liste de garde, le coordonnateur doit tenir compte notamment de la couverture des césariennes par les chirurgiens. Advenant qu'un chirurgien apte à couvrir les césariennes soit de garde lors d'une semaine donnée, le médecin coordonnateur n'a pas à prévoir le déploiement d'un obstétricien lors de cette semaine.

1.4.5. Sous réserve de l'article 1.1.9, le MSSS et tous les établissements de santé s'engagent, pour les semaines de remplacement, à libérer les obstétriciens remplaçants de toute obligation hospitalière où ils détiennent un poste au PEM, et ce, sans pénalité. Les semaines de remplacement ne seront pas comptabilisées pour les obstétriciens remplaçants comme des semaines de vacances.

1.5. Engagement contractuel et défaut

1.5.1. Chaque obstétricien participant à un groupe concerté doit apposer sa signature vis-à-vis son nom sur la liste des obstétriciens qui composent le groupe concerté concerné. Cette signature fera office de l'engagement de l'obstétricien à respecter les clauses de la présente lettre d'entente et de son consentement à ce que les pénalités auxquelles il pourrait être soumis soient prélevées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après, la « **Régie** »).

1.5.2. Advenant le non-respect d'un engagement d'un membre d'un groupe concerté entrainant une rupture de services, sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), l'obstétricien qui ne respecte pas les termes de son engagement devra payer à la Régie une pénalité de 3 000 $ pour chaque jour de non-respect. Toutefois, cette pénalité ne s'applique pas si l'obstétricien a identifié un remplaçant pour remplir ses engagements. Dans cette éventualité, l'obstétricien remplaçant a alors droit aux mesures prévues en lieu et place de l'obstétricien qu'il remplace.

1.5.3. Une pénalité à l'AOGQ, non récurrente, pour chaque période de découverture dans une installation visée à l'Annexe 1 où il y a eu une demande de groupe concerté, que cette demande ait été satisfaite ou non, pourra être prélevée dans la tarification de la spécialité, dans l'enveloppe budgétaire de la Fédération, le tout selon les modalités déterminées par la Fédération. Sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), les parties négociantes devront évaluer les causes et les conséquences de cette rupture et s'entendre sur la légitimité de l'application de la pénalité associative ainsi que du montant de celle-ci.

Advenant que les parties négociantes ne s'entendent pas dans les 30 jours suivant la période de découverture, une pénalité de 15 000 $ par jour s'appliquera.

1.5.4. Une pénalité à la Fédération, non récurrente, pour chaque période de découverture dans une installation visée à l'Annexe 2, pourra être prélevée dans l'enveloppe budgétaire de la Fédération, le tout selon les modalités déterminées par la Fédération. Sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), les parties négociantes devront évaluer les causes (notamment, la disponibilité des effectifs) et les conséquences de cette rupture et s'entendre sur la légitimité de l'application de la pénalité fédérative ainsi que du montant de celle-ci.

Advenant que les parties négociantes ne s'entendent pas dans les 30 jours suivant la période de découverture, une pénalité de 15 000 $ par jour s'appliquera.

1.5.5. Une pénalité à la Fédération, non récurrente, pour chaque période de découverture dans une installation visée à l'Annexe 3, pourra être prélevée dans l'enveloppe budgétaire de la Fédération, le tout selon les modalités déterminées par la Fédération. Sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), les parties négociantes devront évaluer les causes (notamment, la disponibilité des effectifs) et les conséquences de cette rupture et s'entendre sur la légitimité de l'application de la pénalité fédérative ainsi que du montant de celle-ci.

Advenant que les parties négociantes ne s'entendent pas dans les 30 jours suivant la période de découverture, une pénalité de 7 500 $ par jour s'appliquera.

1.5.6. Si une installation doit suspendre son offre de service de façon temporaire en obstétrique en raison, par exemple, d'une pénurie d'effectifs en soins infirmiers, le médecin qui devait y être déployé aura droit aux modalités du mécanisme de soutien d'urgence de l'article 3 s'il répond aux critères qui y sont prévus lors de sa journée annulée et consent à ce que sa disponibilité supplémentaire s'ajoute à l'équipe volante déjà en place.

Pour avoir droit à cette compensation, le médecin devra être désigné par les parties négociantes et avoir été averti de cette suspension dans les 21 jours précédant sa journée de remplacement annulée.

AVIS **:** *Dans le cas où le médecin consent à ajouter sa disponibilité à l'équipe volante utiliser :*
- le code de facturation ***42210*** *s'il n'est pas déployé;*
- le code de facturation ***42211*** *s'il est déployé.*
Utiliser l'élément de contexte **Disponibilité supplémentaire à l'équipe volante du mécanisme de soutien d'urgence**.

2. Garde en disponibilité

2.1 L'obstétricien a droit en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25 de l'Accord-cadre, au paiement d'un montant de 750 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 1 200 $ par jour, le samedi, le dimanche ou un jour férié lorsqu'il assume la garde en disponibilité :

- dans une installation où il y a un groupe concerté déployé;
- dans une installation située dans un territoire isolé ou éloigné de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre et ayant trois PEM et moins.

Ces installations seront désignées par les parties négociantes.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*
*- **42206** (forfait en semaine, du lundi au vendredi);*
*- **42207** (forfait le samedi, le dimanche ou un jour férié).*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.2 Toutefois, ce montant est majoré pour une durée de quatorze jours pendant la période de Noël et du jour de l'An, et ce, selon le calendrier déterminé chaque année par les parties négociantes. Le montant du supplément de garde est alors de
1 750 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 2 200 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *Lors des 14 jours de la période de Noël et du jour de l'An, utiliser le code de facturation:*
*- **42208** pour le forfait en semaine*
*- **42209** pour le forfait le samedi, le dimanche ou un jour férié*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.3 Nonobstant l'article 4 de l'Annexe 25, l'obstétricien qui effectue une garde en disponibilité dans une installation visée à l'Annexe 4 a droit aux modalités du présent article.

3. Mécanisme de soutien d'urgence

3.1. Général

3.1.1. Les parties négociantes conviennent de l'instauration d'un mécanisme de soutien d'urgence prévoyant la confection d'une liste de garde en disponibilité d'obstétriciens qui sont aptes à effectuer les urgences obstétricales et qui peuvent être déployés en tout moment et en tout lieu sur le territoire afin d'éviter toute rupture de service totale.

3.1.2. Les parties négociantes conviennent de la mise en place d'une équipe volante en obstétrique participant au mécanisme de soutien d'urgence et prévoyant la disponibilité d'un obstétricien par jour pour chacune des cinquante-deux semaines de l'année.

3.1.3. Les parties négociantes désignent les obstétriciens qui pourront participer au mécanisme de soutien d'urgence en fonction du fait que l'obstétricien offre une disponibilité pour le mécanisme de soutien d'urgence, qu'il est inscrit à ce titre sur la liste de garde et qu'il respecte les engagements auxquels il a souscrit.

3.2. Rémunération

3.2.1. L'obstétricien qui est désigné par les parties négociantes a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 500 $ par jour de disponibilité pour lequel il n'est pas déployé.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42210**.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3.2.2. Dans l'éventualité où l'obstétricien est déployé dans une installation par le médecin coordonnateur afin d'éviter une rupture de service, le tout en accord avec les parties négociantes, le montant forfaitaire est alors de 1 750 $ par jour.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42211**.*
Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'installation dans laquelle le médecin est déployé.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3.2.3. Les montants forfaitaires prévus au présent article sont versés en plus de la rémunération à laquelle l'obstétricien a droit en vertu de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense.

3.2.4. Dans l'éventualité où l'installation où l'obstétricien est déployé fait l'objet d'un groupe concerté, il n'a toutefois pas droit au montant forfaitaire du groupe concerté prévu à l'article 1.2.1.

3.2.5. L'obstétricien qui réclame le paiement du montant forfaitaire pour une journée où il n'est pas déployé ne peut réclamer, au cours de cette journée, le paiement des forfaits, suppléments ou honoraires suivants :

a) Le supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de l'Annexe 25;
b) Le montant forfaitaire du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie;
c) Le paiement de tout service qu'il ne peut abandonner rapidement afin d'être déployé dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence.

3.3. Médecin coordonnateur

3.3.1. Un médecin coordonnateur provincial est désigné par les parties négociantes afin d'assurer l'établissement de la liste de garde, la coordination du mécanisme de soutien d'urgence et le déploiement de l'équipe volante dans l'installation requérant ses services.

3.3.2. Le médecin coordonnateur reçoit un montant forfaitaire de 383,29 $ par semaine pour ses services.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42212**.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le forfait du médecin coordonnateur peut être facturé une seule fois par semaine, du dimanche au samedi.

3.3.3. Lorsque deux établissements nécessitent pour une même période le mécanisme de soutien d'urgence, les parties négociantes devront privilégier l'établissement dans lequel un bris de service aurait le plus grand impact sur la population.

3.4. Formation des listes de garde en disponibilité du mécanisme de soutien d'urgence

3.4.1. Tout obstétricien qui répond aux critères de l'article 1.1.6 et qui est apte à effectuer les urgences obstétricales peut offrir une ou plusieurs semaines de service en disponibilité dans le cadre de cette mesure, peu importe sa région de provenance, pourvu que sa participation ne remette pas en question la continuité des soins dans son installation principale, sa prestation de services habituelle ou ses engagements de remplacement.

3.4.2. Suite à un appel de candidatures, le médecin coordonnateur établit la liste de garde de façon équitable en tenant compte des disponibilités offertes par les obstétriciens souhaitant participer au mécanisme de soutien d'urgence et de tout autre critère raisonnable qu'il détermine, lesquels peuvent être révisées par les parties négociantes. Chacun des obstétriciens qui participent au mécanisme de soutien d'urgence se verra attitrer des périodes de disponibilité d'une durée d'au moins une semaine.

3.4.3. Les parties négociantes désignent à leur entière discrétion les obstétriciens qui participent au mécanisme de soutien d'urgence au cours d'une année et adoptent la liste de garde applicable.

3.4.4. Il est entendu qu'aucun obstétricien n'a l'obligation d'être déployé dans une installation donnée si un chirurgien est apte à couvrir les césariennes dans cette installation.

3.5. Engagement contractuel et défaut

3.5.1. Chaque obstétricien participant au mécanisme de soutien d'urgence doit apposer sa signature vis-à-vis son nom sur la liste des obstétriciens de garde. Cette signature fera office de l'engagement de l'obstétricien à respecter les clauses de la présente lettre d'entente et de son consentement à ce que les pénalités auxquelles il pourrait être soumis soient prélevées par la Régie.

3.5.2. Durant sa ou ses semaines de disponibilité, l'obstétricien s'engage à être joignable en tout temps par le médecin coordonnateur afin d'être dépêché, dans l'installation indiquée par le médecin coordonnateur. Il s'engage également à ne pas prendre d'autres engagements de services qui pourraient, dans l'éventualité de son déploiement dans une installation identifiée par le médecin coordonnateur, entraîner une annulation de services.

3.5.3. L'obstétricien qui ne respecte pas les termes de son engagement a l'obligation de payer à la Régie, sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), une pénalité de 3 000 $ pour chaque jour de non-respect. Toutefois, cette pénalité ne s'applique pas si l'obstétricien a identifié un médecin remplaçant pour remplir ses engagements. Dans cette éventualité, le médecin remplaçant a alors droit aux mesures prévues en lieu et place du médecin qu'il remplace.

4. Mesure ciblée pour pallier les situations particulières

4.1. Général

4.1.1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place une mesure incitative ciblée pouvant être utilisée au besoin afin de pallier toute rupture ponctuelle pouvant survenir dans une installation.

4.1.2. Les parties négociantes désignent les installations et les périodes où cette mesure ciblée peut s'appliquer.

L'admissibilité des médecins au montant forfaitaire prévue au présent article est déterminée par les parties négociantes, et ce, selon le type de situation particulière.

4.2. Rémunération

4.2.1. L'obstétricien désigné a alors droit au paiement d'un montant forfaitaire de 500 $ pour chaque jour où il offre des services dans le cadre de cette mesure.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42213**.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.2.2. Cependant, dans une installation visée à l'Annexe 4 où le chirurgien de garde n'est pas apte à couvrir les césariennes, le montant forfaitaire est alors de 1 200 $ par jour.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42214**.*
Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'installation visée à l'Annexe 4 dans laquelle le médecin rend des services.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.2.3. Le montant forfaitaire est versé en plus de la rémunération à laquelle l'obstétricien a droit en vertu de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense dans l'installation.

5. Modalités particulières

5.1. Dans l'éventualité où un obstétricien qui est visé par les articles 1, 3 ou 4 de la présente lettre d'entente et qui ne détient pas de poste au PEM dans l'installation visée ne pourrait se prévaloir de son per diem ou de son demi per diem en raison des modalités et conditions prévues à l'Annexe 38, il aurait alors droit à un forfait de 250 $ par demi-journée. Nonobstant le paragraphe 6.1 de la présente entente, la majoration de rémunération prévue à l'Annexe 19 de l'Accord-cadre est applicable à ce forfait.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42215**.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Une demi-journée s'entend d'une période moyenne de trois heures et demie, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Le présent forfait remplace alors le demi per diem de l'Annexe 38.

6. Modalité de rémunération différente et plafonnements

6.1. Sous réserve de l'article 5.1, les montants payables en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas sujets à la majoration de rémunération différente prévue à l'Annexe 19 de l'Accord-cadre.

6.2. Les montants payables en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas pris en compte quant à l'application des plafonnements de gains de pratique, à l'exception des modalités particulières de l'article 5.1.

7. Application par la Régie

7.1. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et permettant l'application des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

7.2. Un seul des forfaits prévus pour le groupe concerté, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure ciblée peut être versé par installation par jour.

8. <u>Entrée en vigueur</u>

8.1. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2019.

9. <u>Dispositions transitoires</u> : ***Abrogé en date du 1er janvier 2023 par la*** **Modification 106**

9.1. Dans le cadre de l'implantation progressive des mesures du présent plan, les parties conviennent de suspendre l'application des articles 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5 et 3.1.2 jusqu'au 1er avril 2020.

9.2. Dans le cadre de l'implantation progressive des mesures du présent plan, les parties conviennent de suspendre l'application de la première phrase de l'article 1.1.9, de l'article 1.2.4 et de la première phrase de l'article 1.4.1 pour la formation des groupes concertés se terminant au 30 juin 2020.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce_____jour de_____2019.

DANIELLE MCCANN	**DIANE FRANCOEUR, M.D.**
Ministre	Présidente
Ministère de la Santé et des services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe 1

- CSSS du Haut-Saint-Maurice (0177X)
- Centre de soins de courte durée La Sarre (0152X)
- Hôpital d'Amos (0150X)
- Hôpital de l'Archipel (0326X)
- Hôpital de Chandler (0327X)
- Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé (0328X)
- Hôpital et centre de réadaptation en déficience physique de Thetford Mines (0280X)
- Hôpital et centre de réadaptation en déficience physique de Montmagny (0303X)
- Hôpital Laurentien (0143X)

Annexe 2

- Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval (0252X)
- Hôpital de La Malbaie (0231X)
- CSSS du Granit (0112X)
- Pavillon Sainte-Famille (0155X)
- Hôpital de Maria (0330X)
- Hôpital de Matane (0331X)
- Hôpital de Mont Laurier (0142X)
- Centre de santé de Chibougamau (0253X)

Annexe 3

- Hôpital d'Amqui (0325X)
- Hôpital de Dolbeau-Mistassini (0250X)

- Hôpital du Pontiac (0130X)

Annexe 4

- Hôpital Notre-Dame-de-Fatima (0304X)
- Hôpital Notre-Dame-du-Lac (0333X)
- Hôpital de Sainte-Anne des Monts (0341X)
- Hôpital d'Amqui (0325X)
- Hôpital de Dolbeau-Mistassini (0250X)
- Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval (0252X)
- Hôpital de La Malbaie (0231X)
- CSSS du Granit (0112X)
- Hôpital du Pontiac (0130X)
- Pavillon Sainte-Famille (0155X)
- Hôpital de Maria (0330X)
- Hôpital de Matane (0331X)
- Hôpital de Mont Laurier (0142X)
- Centre de santé de Chibougamau (0253X)

LETTRE D'ENTENTE Nº 235

CONCERNANT L'ÉVALUATION ET L'ANALYSE DE LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES OBSTÉTRICAUX PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

CONSIDÉRANT la Lettre d'entente nº 234 concernant la prestation continue des services obstétricaux par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie conclue entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec
(la « **Fédération** ») et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (« **MSSS** »);

CONSIDÉRANT la volonté des parties de favoriser à la fois la qualité, la stabilité et l'accessibilité des soins offerts à la population et à permettre d'assurer la pérennité du système public de santé.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un comité de suivi composé de quatre membres du MSSS et de représentants du réseau, de deux membres de la Fédération, d'un membre de l'Association des obstétriciens-gynécologues du Québec (« **AOGQ** ») et d'un membre de l'Association québécoise de chirurgie (« **AQC** »). Il est entendu que chacun des membres du comité pourra être remplacé à tout moment par un représentant de l'organisation concernée.

2. Le comité de suivi a pour mandat d'évaluer :

    a) l'offre de services en obstétrique, notamment dans les installations à faible débit obstétrical, afin d'assurer une couverture sécuritaire et de qualité pour l'ensemble de la population;

    b) l'impact des exigences prévues à la Lettre d'entente nº 234 sur l'offre de services des membres de l'AOGQ dans leur installation principale et dans la communauté.

3. Le comité de suivi pourra émettre des recommandations aux parties négociantes lorsqu'il le jugera opportun.

4. Le comité de suivi fera part de ses conclusions aux parties négociantes au plus tard 24 mois après la mise en vigueur de la présente lettre d'entente. Toutefois, advenant que le temps requis pour l'évaluation ne soit pas suffisant, les parties négociantes pourront convenir d'accorder une prolongation.

5. Le comité de suivi se réunira au moins quatre fois par année et ce, jusqu'à la fin des travaux.

6. La présente lettre d'entente prend effet le 1er décembre 2019.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 236

CONCERNANT L'ENSEMBLE DES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION EN LIEN AVEC LES PLANS PROVINCIAUX DE REMPLACEMENT EN CHIRURGIE GÉNÉRALE ET EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE DANS LA MODIFICATION N° 92

CONSIDÉRANT l'introduction de la lettre d'entente n° 233 et de la lettre d'entente n° 234 dans le cadre de la Modification n° 93;

CONSIDÉRANT l'augmentation du supplément de garde prévus à la lettre d'entente n° 132;

CONSIDÉRANT que les coûts de ces deux lettres d'entente et les coûts liés à l'augmentation du supplément de garde prévu à la lettre d'entente n° 132 ont été estimés par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses;

CONSIDÉRANT que les coûts de ces deux lettres d'entente et les coûts liés à l'augmentation du supplément de garde prévu à la lettre d'entente n° 132 peuvent différer des coûts estimés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi approprié des coûts réels reliés à ces deux lettres d'entente et les coûts réels liés à l'augmentation du supplément de garde prévu à la lettre d'entente n° 132.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Lorsqu'on prend en considération le coût de l'ensemble des mesures prévues à la lettre d'entente n° 233, des récupérations qui résultent des modifications que la mise en place de cette lettre d'entente entraîne sur d'autres mesures prévues à l'Accord-cadre et de l'augmentation du supplément de garde prévu à la lettre d'entente n° 132, les parties estiment des coûts nets non-récurrents à 1,6 M$ pour l'année budgétaire 2019-2020 et à 5,9 M$ récurrent pour les années subséquentes. Pour les fins du suivi des coûts, les pénalités applicables, le cas échéant, en cas de rupture de services ne sont pas considérées dans les coûts de la lettre d'entente n° 233.

2. Lorsqu'on prend en considération le coût de l'ensemble des mesures prévues à la lettre d'entente n° 234 ainsi que des récupérations qui résultent des modifications que la mise en place de cette lettre d'entente entraîne sur d'autres mesures prévues à l'Accord-cadre, les parties estiment les coûts nets de la lettre d'entente n° 234 à 1,1 M$ non récurrents pour l'année budgétaire 2019-2020, 3,7 M$ non récurrents pour l'année budgétaire 2020-2021 et à 3,6 M$ récurrents pour les années subséquentes. Pour les fins du suivi des coûts, les pénalités applicables, le cas échéant, en cas de rupture de services ne sont pas considérées dans les coûts de la lettre d'entente n° 234.

3. Afin d'assurer le respect des coûts prévus aux articles 1 et 2, les parties négociantes s'engagent à effectuer un suivi annuel des coûts réels associés à la rémunération des activités prévues à la lettre d'entente n° 233, à la lettre d'entente n° 234 et de la facturation du forfait du supplément de garde prévu à la lettre d'entente n° 132 pour une période de 3 ans.

4. Dans l'éventualité où les coûts totaux annuels réels étaient différents des estimés prévus aux articles 1 et 2, les parties s'engagent à examiner les facteurs expliquant l'écart entre les coûts annuels réels et les coûts estimés prévus et à apporter les ajustements appropriés le cas échéant.

5. Ainsi, dans l'éventualité d'un coût inférieur au financement prévu au cours d'une année, les parties conviennent que le montant de la non-atteinte est affecté, sur une base récurrente, à la mise en place de mesures favorisant l'accessibilité et, sur une base non-récurrente, de la façon identifiée par les parties. Dans l'éventualité d'un coût supérieur au financement prévu au cours d'une année, les parties conviennent d'un mécanisme de récupération du dépassement à même les sommes prévues au Protocole d'accord ayant trait au renouvellement de l'entente, ou, à défaut de sommes disponibles, les parties conviennent des mesures à prendre, notamment la révision des tarifs.

6. La présente lettre d'entente prend effet le 1er décembre 2019.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 237 A

CONCERNANT LA RÉVISION D'EXAMENS DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT que le Collège des médecins du Québec ordonne à l'occasion la tenue d'un exercice de révision pour valider la pratique d'un médecin dans certains établissements, révision qui porte sur des examens divers effectués par ce médecin au cours d'une période qu'il détermine;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la sécurité des patients par une pratique diligente et de qualité;

CONSIDÉRANT que cette relecture a pour objectif de valider la pratique médicale de ce médecin;

CONSIDÉRANT la nécessité de déterminer les conditions et modalités de rémunération des médecins qui participent à cette révision.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement et dans le cadre d'une révision d'examens ordonnée par le Collège, les parties négociantes permettent au(x) médecin(s) désigné(s) selon la présente lettre d'entente de facturer les mêmes examens qui ont été facturés préalablement pour les mêmes services et pour les mêmes patients, le cas échéant.

   AVIS **:** *Pour la facturation des examens visés lors d'un exercice de relecture :*
   - utiliser l'élément de contexte **Exercice de relecture d'examens***;*
   - dans la section **Lieu de dispensation***, indiquer le lieu où l'exercice de relecture a été réalisé;*
   - dans la section **Lieu en référence***, indiquer le lieu où la technique a été effectuée.*
2. Les parties négociantes désignent le ou les médecins réviseurs pour l'exercice spécifique demandé par le Collège des médecins, et désignent les examens qui seront révisés par ce ou ces derniers.

   Par conséquent, les médecins désignés par les parties qui participent à cette révision peuvent réclamer la tarification des codes de facturation énumérés par les parties dans l'avis de désignation de relecture.
3. Les parties déterminent la période pour laquelle l'exercice de révision est effectué.
4. En ce qui a trait aux règles de plafonnement de gains de pratique, les parties négociantes considèrent que les actes visés par la révision ne doivent pas être comptabilisés dans le calcul des plafonnements de gains nets (PG 2) pour les médecins spécialistes réviseurs.
5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente lettre d'entente.
6. La présente lettre d'entente prend effet le 1er février 2019.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____2020

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 237 B

CONCERNANT LA RÉVISION D'EXAMENS EN ANATOMOPATHOLOGIE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT que le Collège des médecins du Québec ordonne à l'occasion la tenue d'un exercice de révision pour valider la pratique d'un médecin dans certains établissements, révision qui porte sur des examens divers effectués par ce médecin au cours d'une période qu'il détermine;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la sécurité des patients par une pratique diligente et de qualité;

CONSIDÉRANT que cette relecture a pour objectif de valider la pratique médicale de ce médecin;

CONSIDÉRANT la nécessité de déterminer les conditions et modalités de rémunération des médecins qui participent à cette révision.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement et dans le cadre d'une révision d'examens ordonnée par le Collège, les parties négociantes permettent au(x) médecin(s) désigné(s) selon la présente lettre d'entente de refacturer les cas identifiés sur la demande de révision, ainsi que tous les examens additionnels jugés nécessaires pour clarifier le diagnostic, le cas échéant..
2. Les parties négociantes désignent le ou les médecins réviseurs pour l'exercice spécifique demandé par le Collège des médecins, et désignent les examens qui seront révisés par ce ou ces derniers.

   Par conséquent, les médecins désignés par les parties qui participent à cette révision peuvent réclamer la tarification des codes de facturation énumérés par les parties dans l'avis de désignation de relecture.
3. Les parties déterminent la période pour laquelle l'exercice de révision est effectué.
4. En raison de la complexité additionnelle qu'implique une relecture en pathologie, on accorde 1,5 fois la valeur en unité L4E des cas révisés dans le cadre de la présente lettre d'entente.

   AVIS **:** *Afin d'identifier les activités de relecture, le médecin doit utiliser le modificateur* 237 – Révision d'examen en anatomopathologie dans le cadre d'une demande du Collège des médecins du Québec (150 %).
5. Nonobstant ce qui est prévu à l'article 2.12 de l'Addendum 2 de l'Annexe 5, une exception est mise en place pour les activités effectuées par le médecin anatomopathologiste dans le cadre de la présente lettre d'entente et dont la charge professionnelle totale (incluant les activités effectuées dans le cadre de la présente lettre d'entente) excède le maximum prévu à l'alinéa iii) de l'article 2.12 de l'Addendum 2 de l'Annexe 5. Ce médecin a alors droit à la rémunération attribuable à sa charge professionnelle excédentaire jusqu'à concurrence de la portion de sa charge professionnelle annuelle qui est attribuable aux activités effectuées dans le cadre de la présente lettre d'entente.
6. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente lettre d'entente.
7. La présente lettre d'entente prend effet le 6 juin 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____2024.

_____

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

_____

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 238

AVIS **:** *La* Lettre d'entente nº 238 *a pris fin le 6 décembre 2020.*

CONCERNANT LES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 (SARS-CoV-2)

CONSIDÉRANT les mesures et plans d'action mis en place par les gouvernements et les autorités de Santé publique afin de pallier la pandémie de la COVID-19 (SARS-CoV-2);

CONSIDÉRANT que dans cette éventualité, les besoins pour certains types de soins connaîtront un changement important et qu'il y a lieu de favoriser l'accès aux soins pour la population;

CONSIDÉRANT que le ministère de la Santé et Services sociaux (MSSS) désignera des cliniques qui pourront être sous la responsabilité d'un établissement et qu'il y aura également à déployer des sites non traditionnels (ci-après « SNT ») de dispensation de services ambulatoires ou non ambulatoires ou des unités de soins cohortées qui seront sous la responsabilité d'un établissement;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des mesures particulières de rémunération pour les médecins spécialistes participant à l'accès et à l'effort de soins dans un contexte de pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2), et ce, dans l'objectif ultime de favoriser la dispensation des soins nécessaires à la population.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET
Des mesures de rémunération spécifiques sont mises en place pour les médecins spécialistes participant à l'accès et à l'effort de soins dans un contexte de pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2).
2. RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE COVID-19 (SARS-CoV-2)

2.1 Médecins exerçant dans une unité de soins cohortée (sites non traditionnels (SNT) non ambulatoire situé en établissement), dans un SNT non ambulatoire situé en dehors d'un établissement, dans une clinique désignée par le MSSS, dans un SNT ambulatoire situé hors d'un établissement et qui est sous la responsabilité d'un établissement ou dans un centre médical spécialisé titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui a conclu une entente en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui est identifié à cette fin par le MSSS.

Le médecin spécialiste qui est appelé à dispenser des services dans les lieux ci-haut mentionnés, à l'exception du centre médical spécialisé identifié au paragraphe précédent, est rémunéré, selon un choix qu'il exerce quotidiennement, conformément à l'un des modes de rémunération suivants :

- - Le mode de rémunération actuel du médecin spécialiste en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes). La rémunération des visites est établie selon la tarification applicable en hospitalisation dans sa spécialité. Pour une visite en lien avec la COVID-19 ou des réunions en lien avec la pandémie, le médecin peut se prévaloir de la tarification prévue aux articles 4 et 8.

AVIS **:** ***Médecin qui rend des services de laboratoire en établissement***
Le médecin doit utiliser le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie de l'article 3.1, étant donné la nature de ses activités.
Le médecin qui rend aussi des services de laboratoire en établissement doit scinder la période de facturation afin de ne pas retrouver des services facturés le même jour que le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie.

AVIS : ***Médecin rémunéré à l'acte***

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et :*

- utiliser l'élément de contexte **LE 238 – Service rendu dans un SNT non ambulatoire dans le cadre de la COVID-19** *ou* **LE 238 – Service rendu dans un SNT ambulatoire ou une clinique désignée dans le cadre de la COVID-19**, *selon la situation;*

- pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché.

Pour la facturation des visites, inscrire la date d'entrée en établissement. Si le patient n'est pas hospitalisé, inscrire la date de la visite comme date d'entrée en établissement.

AVIS : ***Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte***

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la~~* ~~Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat~~ *~~(1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX320*** *Services en SNT ou cliniques désignées dans le champ Code d'activité.*

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, le service médical doit être facturé dans le lieu de rattache où vous avez facturé le* per diem.

- Le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie, prévu à l'article 3.1.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération;

- le code ***290322*** *Forfait pandémie – SNT ou clinique désignée dans le champ* Code d'activité*;*

- si les services ont été rendus en établissement entre 20 h et 8 h (majoration de 20 %), le nombre ***46*** *dans le champ* Secteur disp.

Pour la plage horaire :

S : maximum 4 heures entre 20 h et 24 h;

N : maximum 7 heures entre 0 h et 7 h;

A : maximum 1 heure entre 7 h et 8 h.

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures facturées doivent être réparties entre elles, selon les maximums permis (voir l'avis sous l'article 3.1).

Note : Si le médecin doit facturer pour la même plage horaire des heures dont les taux de rémunération sont différents selon qu'elles sont majorables (20 %) ou non, il doit utiliser des références (Réf.) ou des lignes séparées.

Tous les services rendus en SNT ambulatoire ou non ambulatoire, ainsi qu'en clinique désignée située en dehors d'un établissement sont considérés comme étant rendus dans l'établissement auquel le médecin est rattaché.

Le médecin spécialiste qui est appelé à dispenser des services, dans le cadre de la reprise des activités en chirurgie, dans un centre médical spécialisé est rémunéré, selon un choix qu'il exerce quotidiennement :

- le mode de rémunération actuel du médecin spécialiste en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes). Les prestations de soins dispensés en centre médical spécialisé ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés en urgence;

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire le numéro du centre médical spécialisé comme lieu de dispensation.*

La liste des centres médicaux spécialisés est disponible à la page Listes de désignations et listes de garde.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à tarif horaire ou selon le mode de rémunération mixte***

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro du centre médical spécialisé dans le champ Établissement*;*

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX356*** *Services de chirurgie dans un centre médical spécialisé (CMS) dans le champ* Code d'activité.

- le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie, prévu à l'article 3.1.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
- le numéro du centre médical spécialisé dans le champ Établissement*;*
- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*
- le code ***290357*** *Forfait pandémie – Services de chirurgie dans un centre médical spécialisé (CMS) dans le champ* Code d'activité.
S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures facturées doivent être réparties entre elles, selon les maximums permis (voir l'avis sous l'article 3.1).

La rémunération des visites est établie, selon la tarification applicable en hospitalisation pour les cas de chirurgie et en clinique externe pour les cas associés à des procédures diagnostiques et thérapeutiques. Les services sont considérés comme étant rendus en établissement.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***
Chirurgies et visites associées à celles-ci :
- inscrire le secteur d'activité Unité de soins généraux et spécialisés*;*
- utiliser une visite de la section Hospitalisation *de votre spécialité et inscrire la date de la visite comme date d'entrée en établissement.*

Procédures diagnostiques et thérapeutiques et visites associées à celles-ci :
- inscrire le secteur d'activité Clinique externe*;*
- utiliser une visite de la section Externe *de votre spécialité.*

2.2 Médecins détenteurs d'un PEM qui, dans un contexte de pandémie de COVID-19, ne sont pas en mesure d'accomplir leur niveau de pratique habituel, en établissement ou en cabinet.

Afin de bénéficier de la présente mesure, le médecin spécialiste détenteur d'un PEM et qui n'est pas en mesure d'accomplir son niveau de pratique habituel au cours d'une journée doit se présenter à son chef de département ou son remplaçant désigné afin d'être réaffecté à des services médicaux ou à des réunions en lien avec la pandémie pour lesquels il est compétent et permettant de contribuer à l'effort collectif requis dans le contexte pandémique, le tout selon les directives du sous-comité national des réaffectations mis en place par le MSSS. Une fois réaffecté, le médecin peut travailler sur les lieux ou se déplacer en dehors de l'établissement, notamment pour participer à des réunions en lien avec la pandémie ou effectuer de la télémédecine.

Nonobstant le paragraphe précédent qui prévoit que le médecin doit détenir un PEM, un médecin détenteur de privilèges de pratique en établissement peut être réaffecté à des services médicaux excluant les services rendus en cabinet.

Le médecin qui est réaffecté est rémunéré, selon un choix qu'il effectue quotidiennement conformément à l'un des modes de rémunération prévus ci-dessous :

- - Le mode de rémunération actuel du médecin spécialiste en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes) ou en cabinet. Pour une visite en lien avec la COVID-19 ou des réunions en lien avec la pandémie, le médecin peut se prévaloir de la tarification prévue aux articles 4 et 8.

AVIS **:** ***Médecin qui rend des services de laboratoire en établissement***
Le médecin doit utiliser le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie de l'article 3.1, étant donné la nature de ses activités.
Le médecin qui rend aussi des services de laboratoire en établissement doit scinder la période de facturation afin de ne pas retrouver des services facturés le même jour que le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie.

AVIS : ***Médecin rémunéré à l'acte***
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*

- *- l'élément de contexte* **LE 238 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19***;*
- *- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché ou, s'il est réaffecté dans un cabinet, le numéro du cabinet ou le code de localité et le type de lieu* Cabinet.
-

Vérifier si une des deux situations suivantes s'appliquent également :

- ***1****. Si le médecin est réaffecté dans un autre lieu que l'établissement auquel il est rattaché et qu'il est physiquement dans cet autre lieu ainsi que le patient pour lequel le service est facturé, inscrire l'élément de contexte* **LE 238 – Médecin réaffecté dans un autre lieu que l'établissement auquel il est rattaché dans le cadre de la COVID-19**.
- *De plus, si ce lieu est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui de l'établissement auquel il est rattaché, inscrire :*
- *- le type de lieu en référence* Lieu où le service est rendu par le professionnel*;*
- *- pour le lieu en référence, le lieu où le médecin est réaffecté.*
-
- ***2****. Si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine de l'article 9, inscrire :*
- *- l'élément de contexte* **LE 238 – Télémédecine à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ou* **LE 238 – Télémédecine ailleurs qu'à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*
- *- l'heure de début et l'heure de fin du service.*
- *De plus, si le lieu où le service aurait normalement été rendu est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui de l'établissement auquel le médecin est rattaché, inscrire :*
- *- le type de lieu en référence* Lieu où se trouve le patient (télémédecine)*;*
- *- pour le lieu en référence, le lieu où le service serait normalement rendu.*

AVIS : ***Médecin rémunéré à tarif horaire, à salariat ou selon le mode de rémunération mixte***

Lorsque le médecin est physiquement dans l'établissement pour lequel il rend des services

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), ~~la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216),~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX321*** *Services – détenteur PEM réaffecté dans le champ* Code d'activité.

Si le lieu où vous êtes physiquement est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de ceui de l'établissement auquel vous êtes rattaché, inscrire le numéro d'établissement de ce lieu dans le champ Renseignements complémentaires *et la lettre* **A** *dans le champ* C.S.

Lorsque le médecin est physiquement ailleurs que dans l'établissement pour lequel il rend des services

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), ~~la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216),~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX328*** *Services à distance détenteur PEM réaffecté dans le champ* Code d'activité.

Si le lieu où les services auraient normalement été rendus (établissement pour lequel les services sont rendus) est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui de l'établissement auquel vous êtes rattaché, inscrire le numéro d'établissement de ce lieu dans le champ Renseignements complémentaires *et la lettre* **A** *dans le champ* C.S.

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est rendu dans le cadre de la télémédecine en vertu de l'article 9, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu de rattache où vous avez facturé le* per diem.

- - Le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3.1, et ce, même si le médecin n'est pas en établissement.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou pour lequel il est rendu dans le champ Établissement;

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290323*** *Forfait pandémie – Médecin détenteur PEM réaffecté dans le champ* Code d'activité*;*

- si les services ont été rendus en établissement entre 20 h et 8 h (majoration de 20 %), le nombre ***46*** *dans le champ* Secteur disp.

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures facturées doivent être réparties entre elles, selon les maximums permis (voir l'avis sous l'article 3.1).

Note : Si le médecin doit facturer pour la même plage horaire des heures dont les taux de rémunération sont différents selon qu'elles sont majorables (20 %) ou non, il doit utiliser des références (Réf.) ou des lignes séparées.

3. MODE DE RÉMUNÉRATION SPÉCIFIQUE À LA PANDÉMIE DE COVID-19 (SARS-CoV-2)

Le mode de rémunération spécifique à la pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2) s'adresse exclusivement aux médecins spécialistes visés aux articles 2, 5, 6 et 7.

3.1 Mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2)

Ce mode de rémunération forfaitaire vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales, des réunions en lien avec la pandémie et inclut, s'il y a lieu, les services de télémédecine que le médecin spécialiste accomplit dans un contexte de pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2).

Le médecin spécialiste rémunéré selon ce mode reçoit le paiement d'un montant forfaitaire de 844 $ qui est versé pour une période d'activité de quatre (4) heures, pour laquelle il est présent dans son établissement ou selon les exceptions prévues aux articles 2, 5, 6 et 7. Pour une période d'activité moindre, ce montant forfaitaire est divisible en taux horaire, étant entendue que la rémunération d'une heure d'activité nécessite une période d'activité continue de 60 minutes, à défaut de quoi elle n'est pas payable. Un maximum de trois (3) montants forfaitaires (soit 12 heures) par jour est payable.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) selon les instructions spécifiques aux articles concernés.*

Pour facturer les périodes d'activité de 4 heures permises durant la journée (maximum de 12 heures), les plages horaires suivantes doivent être respectées :

- N (nuit) = 0 h à 7 h;

- A (AM) = 7 h à 12 h;

- P (PM) = 12 h à 19 h;

- S (soir) = 19 h à 24 h.

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

De plus, un médecin spécialiste qui dispense ces services en établissement a droit à une majoration d'honoraires de ce montant forfaitaire de 20 % pour ceux rendus entre 20 h et 8 h. Toutefois, la dispensation des services rendus dans le cadre de la reprise des activités en chirurgie dans un centre médical spécialisé ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) selon les instructions spécifiques aux articles 5.2 b), 6 b) et 7 b).*

Pour la facturation des heures majorées entre 20 h et 8 h, inscrire le secteur de dispensation ***46*** *en respectant les plages horaires :*

- N (nuit) = 0 h à 7 h;

- A (AM) = 7 h à 8 h (maximum 1 h);

- S (soir) = 20 h à 24 h (maximum 4 h).

La plage horaire P (PM) ne peut pas être utilisée.

Le médecin qui bénéficie du mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie, au cours d'une journée, ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord cadre au cours de cette même journée. Cependant, le médecin peut se prévaloir des forfaits prévus à la Lettre d'entente n° 239, en autant qu'il ne dépasse pas un maximum de 12 heures pour les deux lettres d'entente. De plus, le médecin qui est réaffecté pour une période de 4 heures ou moins peut se prévaloir d'un forfait d'une demi-journée prévu à l'article 3.2 s'il est éligible à ce mode de rémunération et qu'il demeure en disponibilité le reste de la journée.

Le médecin spécialiste qui est assigné de garde selon les Annexes 25 et 38, qui se prévaut du mode de rémunération forfaitaire prévu au présent article, ne peut facturer des heures d'activité au-delà de 17 h. À partir de cette heure, et jusqu'à 8 h le lendemain, il a droit au supplément de garde prévu aux Annexes 25 et 38, au paiement des honoraires prévus aux tarifs de sa discipline et aux majorations d'honoraires prévues pour celui qui est appelé pour un examen d'urgence pendant l'horaire de garde, le cas échéant. S'il a facturé à l'acte entre 0 h à 8 h, et qu'il poursuit ses activités après 8 h, et ce, conformément aux articles 2.1 ou 2.2, il a droit aux modalités prévues à ces articles, selon un choix qu'il exerce quotidiennement.

Les demandes de paiement doivent être contresignées par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.

De plus, le médecin spécialiste qui se prévaut du forfait du présent article a droit à la compensation de ses frais de cabinet à raison de 200 $ par jour de travail manqués en cabinet, preuves à l'appui, du lundi au vendredi excluant les jours fériés.

Tout médecin qui désire obtenir la compensation de ses frais de cabinet doit présenter une demande au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les 90 jours qui suivent la fin de l'état d'urgence sanitaire prévue au décret 177-2020 du 13 mars 2020. À cette fin, le médecin doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :

1. Une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de cette lettre d'entente.
2. Documentation(s) attestant les frais de cabinet encourus pendant cette période.

3.2 Mode de rémunération spécifique à la pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2), en cas de non réaffectation.

Ce mode rémunère la disponibilité du médecin spécialiste visé aux articles 5, 6 et 7 qui est non réaffecté, dans un contexte de pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2).

Le médecin spécialiste rémunéré selon ce mode reçoit le paiement d'un montant forfaitaire de 372 $ par demi-journée pour lequel il est disponible du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.

Une demi-journée de disponibilité s'entend d'une période de disponibilité d'au moins trois heures et demie, entre 7 h et 12 h ou entre 12 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Le médecin qui bénéficie du mode de rémunération forfaitaire spécifique à l'article 3.2, au cours d'une journée ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de cette même journée, à l'exception de ce qui est prévu au 4e paragraphe de l'article 3.1.

Les demandes de paiement doivent être contresignées par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.

De plus, le médecin spécialiste qui se prévaut du forfait du présent article a droit à la compensation de ses frais de cabinet à raison de 200 $ par jour de travail manqués en cabinet, preuves à l'appui, du lundi au vendredi excluant les jours fériés.

Tout médecin qui désire obtenir la compensation de ses frais de cabinet doit présenter une demande au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les 90 jours qui suivent la fin de l'état d'urgence sanitaire prévue au décret 177-2020 du 13 mars 2020. À cette fin, le médecin doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :
1. Une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de cette lettre d'entente.
2. Documentation(s) attestant les frais de cabinet encourus pendant cette période.

4. VISITES EN LIEN AVEC LA COVID-19

Les actes de visite en lien avec la COVID-19 tels que libellés ci-dessous peuvent être réclamés par les médecins de chacune des spécialités.

Unité de soins cohortée, SNT non ambulatoire ou hospitalisation

15923 Visite principale en lien avec la COVID-19 95,00
Note : Maximum une par patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, par semaine.

15924 Visite de suivi en lien avec la COVID-19 35,00
Note : Maximum une par patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, par jour.

AVIS **:** *Pour la facturation de ces visites (**15923** et **15924**), utiliser l'élément de contexte s'appliquant à la situation du médecin, s'il y a lieu, parmi les suivants :*
- **LE 238 – Service rendu dans un SNT non ambulatoire dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 238 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 238 – Service rendu par une médecin enceinte dans le cadre de la COVID-19**.

Clinique de grippe, SNT ambulatoire ou clinique externe

15925 Visite principale en lien avec la COVID-19 70,00
Note : Maximum une par patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, par semaine.

15926 Visite de suivi en lien avec la COVID-19 31,00
Note : Maximum une par patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, par jour.

AVIS : *Pour la facturation de ces visites (**15925** et **15926**), inscrire l'élément de contexte s'appliquant à la situation du médecin, s'il y a lieu, parmi les suivants :*

- **LE 238 – Service rendu dans un SNT ambulatoire ou une clinique désignée dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 238 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 238 – Service rendu par un médecin infecté dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 238 – Service rendu par un médecin en isolement préventif dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 238 – Service rendu par une médecin enceinte dans le cadre de la COVID-19**.

*Si la visite est effectuée dans le cadre de la télémédecine de l'article 9, utiliser le code de facturation **15925** ou **15926** avec l'élément de contexte* **LE 238 – Télémédecine à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ou* **LE 238 – Télémédecine ailleurs qu'à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation** *et se référer à l'avis de facturation sous cet article.*

Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, cet acte est payable selon un supplément d'honoraires correspondant à 55 %.

5. MÉDECINS INFECTÉS PAR LA COVID-19

Le présent article s'applique au médecin infecté par la COVID-19 (SARS-CoV-2) dans le cadre de son travail.

Le médecin affecté aux activités d'une clinique visée à l'article 2.1 ou d'un établissement qui contracte le virus de la COVID-19 (SARS-CoV-2) et qui devient incapable d'accomplir les tâches qu'il exerçait dans une clinique visée à l'article 2.1 ou en établissement, est présumé avoir contracté le virus de la COVID-19 (SARS-CoV-2) à l'occasion de son travail.

Le médecin qui contracte le virus de la COVID-19 (SARS-CoV-2) et qui devient incapable d'accomplir ses tâches alors qu'il exerçait dans tout autre secteur d'activités qui n'est pas visé ci-dessus doit, pour pouvoir bénéficier de la même présomption, démontrer, à la satisfaction du comité paritaire, qu'il était exposé à un nombre important de patients atteints du virus de la COVID-19 dans l'exercice de son travail.

5.1 Le médecin infecté qui n'est pas apte à rendre des services

Le médecin infecté qui n'est pas apte à rendre des services est éligible à une compensation durant la période d'attente qui s'applique à son contrat d'assurance maladie pour la perte de revenu occasionnée par sa maladie étant entendu que la période de compensation ne peut excéder un maximum de 90 jours.

Tout médecin concerné doit présenter une demande au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les vingt (20) semaines qui suivent la fin de sa maladie. À cette fin, le médecin doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :
1. Une description sommaire des activités et du ou des lieux d'exercice au moment où il est devenu invalide.
2. Une note d'un médecin attestant qu'il a été atteint du virus de la COVID-19, qu'il a été incapable de travailler et qu'il a été hospitalisé, le cas échéant.

3. Une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de cette lettre d'entente.
4. Documentation(s) attestant les frais de cabinet encourus pendant cette période, le cas échéant.
5. Attestation du médecin qu'il ne reçoit aucun revenu d'assurance invalidité ou d'assurance maladie grave au courant de la période pour laquelle il demande une compensation. D'autres documents pourraient être demandés au besoin.

Sur approbation de la demande, le comité paritaire informe la Régie du montant forfaitaire à verser au médecin.

Lorsqu'un médecin se prévaut des dispositions prévues ci-dessus pour une journée, il ne peut être rémunéré autrement dans le cadre du régime d'assurance maladie

5.1.1 Montant forfaitaire en cas d'infection à la COVID-19 nécessitant une hospitalisation

Le médecin spécialiste infecté à la COVID-19 qui nécessite une hospitalisation recevra un montant forfaitaire représentant l'équivalent du revenu moyen journalier fédératif en établissement, déterminé par les parties négociantes, par journée d'hospitalisation, du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.
De plus, ce médecin a droit à la compensation de ses frais de cabinet à raison de 200 $ par jour de travail manqués en cabinet, preuves à l'appui, du lundi au vendredi excluant les jours fériés.

5.1.2 Montant forfaitaire en cas d'infection à la COVID-19 ne nécessitant pas une hospitalisation du médecin, mais qui est dans l'incapacité de travailler

Le médecin spécialiste infecté à la COVID-19 qui ne nécessite pas une hospitalisation, mais qui est dans l'incapacité de travailler recevra un montant forfaitaire de 744 $ par jour pour lequel il est incapable de travailler, du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.
De plus, ce médecin a droit à la compensation de ses frais de cabinet à raison de 200 $ par jour de travail manqués en cabinet, preuves à l'appui, du lundi au vendredi excluant les jours fériés.

5.2 Le médecin infecté qui est apte à rendre des services

Si le médecin infecté est apte à rendre certains services, il doit se rendre disponible à son chef de département ou son remplaçant pour recevoir une affectation selon les directives du sous-comité national des réaffectations mis en place par le MSSS. Cette affectation peut notamment comprendre de rendre des services à distance conformément aux orientations du MSSS ou participer à des réunions en lien avec la pandémie. Advenant l'impossibilité de ce faire, il doit tout de même demeurer disponible.

a) Le médecin qui est réaffecté est rémunéré, selon un choix qu'il effectue quotidiennement conformément à l'un des modes de rémunérations prévus ci-dessous :

- - Le mode de rémunération actuel du médecin spécialiste en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes). Pour une visite en lien avec la COVID-19 ou des réunions en lien avec la pandémie, le médecin peut se prévaloir de la tarification prévue aux articles 4 et 8.

AVIS **:** ***Médecin qui rend des services de laboratoire en établissement***
Le médecin doit utiliser le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie de l'article 3.1, étant donné la nature de ses activités.
Le médecin qui rend aussi des services de laboratoire en établissement doit scinder la période de facturation afin de ne pas retrouver des services facturés le même jour que le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie.

AVIS : ***Médecin rémunéré à l'acte uniquement***
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- les éléments de contexte **LE 238 – Service rendu par un médecin infecté dans le cadre de la COVID-19** *et* **LE 238 – Télémédecine ailleurs qu'à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*
- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché;
- le secteur d'activité Clinique externe*;*
- l'heure de début et l'heure de fin du service.

AVIS : ***Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte***
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*
- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX325*** *Services à distance – Médecin infecté réaffecté dans le champ* Code d'activité.
Si le lieu où les services auraient normalement été rendus (établissement pour lequel les services sont rendus) est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui de l'établissement auquel vous êtes rattaché, inscrire le numéro d'établissement de ce lieu dans le champ Renseignements complémentaires *et la lettre* **A** *dans le champ* C.S.

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est rendu dans le cadre de la télémédecine en vertu de l'article 9, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu de rattache où vous avez facturé le* per diem.

- - Le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3.1, et ce, même si le médecin n'est pas en établissement.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement pour lequel le service est rendu dans le champ Établissement*;*
- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*
- le code ***290329*** *Forfait pandémie – Médecin infecté réaffecté dans le champ* Code d'activité.
S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures facturées doivent être réparties entre elles, selon les maximums permis (voir l'avis à l'article 3.1).

b) Le médecin apte à rendre certains services qui ne peut être réaffecté à d'autres tâches est rémunéré selon le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3.2. Le DSP ou un membre désigné (ex : chef de département ou de service) doit attester de la non réaffectation possible du médecin au cours de cette période, et ce, selon les directives du sous-comité national des réaffectations mis en place par le MSSS.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement;

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290330*** *Forfait demi-journée – Médecin infecté non réaffecté dans le champ* Code d'activité.

Pour la plage horaire, cocher la case AM *ou* PM *et inscrire* ***1 heure*** *dans le champ* Heures travaillées *(équivalent au tarif du forfait d'une demi-journée).*

Note : Maximum 2 heures par jour.

6. MÉDECINS FAISANT L'OBJET D'UNE MESURE D'ISOLEMENT PRÉVENTIF

Le médecin qui fait objet d'une mesure d'isolement préventif imposée par l'établissement ou par les autorités compétentes de la Santé publique est rémunéré, pour la durée prescrite.

Pour se prévaloir de cette rémunération, le médecin doit se rendre disponible à son chef de département ou son remplaçant pour recevoir une affectation selon les directives du sous-comité national des réaffectations mis en place par le MSSS. Cette affectation peut notamment comprendre de rendre des services à distance conformément aux orientations du MSSS ou participer à des réunions en lien avec la pandémie. Advenant l'impossibilité de ce faire, il doit tout de même demeurer disponible.

a) Le médecin qui est réaffecté est rémunéré, selon un choix qu'il effectue quotidiennement, conformément à l'un des modes de rémunération prévus ci-dessous :

- Le mode de rémunération actuel du médecin spécialiste en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes). Pour une visite en lien avec la COVID-19 ou des réunions en lien avec la pandémie, le médecin peut se prévaloir de la tarification prévue aux articles 4 et 8 de la présente lettre d'entente;

AVIS **:** ***Médecin qui rend des services de laboratoire en établissement***
Le médecin doit utiliser le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie de l'article 3.1, étant donné la nature de ses activités.
Le médecin qui rend aussi des services de laboratoire en établissement doit scinder la période de facturation afin de ne pas retrouver des services facturés le même jour que le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie.

AVIS : ***Médecin rémunéré à l'acte***

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*

- les éléments de contexte **LE 238 – Service rendu par un médecin en isolement préventif dans le cadre de la COVID-19** *et* **LE 238 – Télémédecine ailleurs qu'à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*

- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché;

- le secteur d'activité Clinique externe*;*

- l'heure de début et l'heure de fin du service.

Si le lieu où le service aurait normalement été rendu est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui de l'établissement auquel le médecin est rattaché, inscrire également :

- le type de lieu en référence Lieu où se trouve le patient (télémédecine)*;*

- pour le lieu en référence, le lieu où le service serait normalement rendu.

AVIS : ***Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte***

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*~~,~~ *~~la~~* ~~Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216)*~~ *ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX326*** *Services à distance – Médecin isolé réaffecté dans le champ* Code d'activité.

Si le lieu où les services auraient normalement été rendus (établissement pour lequel les services sont rendus) est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui de l'établissement auquel vous êtes rattaché, inscrire le numéro d'établissement de ce lieu dans le champ Renseignements complémentaires *et la lettre* **A** *dans le champ* C.S.

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est rendu dans le cadre de la télémédecine en vertu de l'article 9, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu de rattache où vous avez facturé le* per diem.

- Le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3.1, et ce, même si le médecin n'est pas en établissement.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement pour lequel le service est rendu dans le champ Établissement*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290331*** *Forfait pandémie – Médecin isolé réaffecté dans le champ* Code d'activité.

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures facturées doivent être réparties entre elles, selon les maximums permis (voir l'avis à l'article 3.1).

b) Le médecin qui ne peut être réaffecté à d'autres tâches est rémunéré selon le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3.2. Le DSP ou un membre désigné (ex : chef de département ou de service) doit attester de la non réaffectation possible du médecin au cours de cette période, et ce, selon les directives du sous-comité national des réaffectations mis en place par le MSSS.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290332*** *Forfait demi-journée – Médecin isolé non réaffecté dans le champ* Code d'activité.

Pour la plage horaire, cocher la case AM *ou* PM *et inscrire 1 heure dans le champ* Heures travaillées *(équivalent au tarif du forfait d'une demi-journée).*

Note : Maximum 2 heures par jour.

Cette modalité ne s'applique pas si le médecin a voyagé à l'étranger après le 16 mars 2020. Ce dernier doit respecter l'avis d'isolement préventif, mais ne peut recevoir de compensation forfaitaire ni de ses frais de bureau. Il peut cependant travailler en télémédecine selon l'article 9.

7. RETRAIT PRÉVENTIF POUR LES MÉDECINS ENCEINTES

La médecin enceinte qui exerce dans un établissement, une clinique désignée, un SNT ou tout autre secteur identifié comme à risque par la santé publique pour une médecin enceinte peut se prévaloir des dispositions suivantes relatives au retrait préventif :

Pour sa pratique dans les secteurs d'activités visés ci-dessus, ou tout autre secteur identifié comme à risque par la santé publique pour une médecin enceinte, ce médecin doit obtenir un avis de retrait préventif en lien avec le virus de la COVID-19 émis par un médecin compétent et l'avoir transmis au directeur des services professionnels de l'établissement où elle exerce habituellement, ainsi qu'au comité paritaire.

Pour se prévaloir de la rémunération prévue ci-dessous, la médecin doit se rendre disponible à son chef de département ou son remplaçant pour recevoir une affectation selon les directives du sous-comité national des réaffectations mis en place par le MSSS. Cette affectation peut notamment comprendre de rendre des services à distance conformément aux orientations du MSSS ou participer à des réunions en lien avec la pandémie.

Advenant l'impossibilité de ce faire, elle doit tout de même demeurer disponible.

a) La médecin qui est réaffecté est rémunérée, selon un choix qu'elle effectue quotidiennement, conformément à l'un des modes de rémunération prévus ci-dessous :

- Le mode de rémunération actuel du médecin spécialiste en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes). Pour une visite en lien avec la COVID-19 ou des réunions en lien avec la pandémie, la médecin peut se prévaloir de la tarification prévue aux articles 4 et 8 de la présente lettre d'entente;

AVIS **:** ***Médecin qui rend des services de laboratoire en établissement***

Le médecin doit utiliser le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie de l'article 3.1, étant donné la nature de ses activités.

Le médecin qui rend aussi des services de laboratoire en établissement doit scinder la période de facturation afin de ne pas retrouver des services facturés le même jour que le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie.

AVIS : ***Médecin rémunéré à l'acte***

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*

- *l'élément de contexte* **LE 238 – Service rendu par une médecin enceinte dans le cadre de la COVID-19***;*
- *pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel la médecin est rattachée.*

Si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine de l'article 9, inscrire également :

- *l'élément de contexte* **LE 238 – Télémédecine à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ou* **LE 238 – Télémédecine ailleurs qu'à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*
- *l'heure de début et l'heure de fin du service.*

De plus, si le lieu où le service aurait normalement été rendu est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui de l'établissement auquel la médecin est rattachée, inscrire également :

- *le type de lieu en référence* Lieu où se trouve le patient (télémédecine)*;*
- *pour le lieu en référence, le lieu où le service serait normalement rendu.*

AVIS : ***Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte***

Lorsque la médecin est physiquement dans l'établissement pour lequel elle rend des services

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*~~,~~ *~~la~~* ~~Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216)*~~ *ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattachée pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX327*** *Médecin enceinte réaffectée – Services dans le champ* Code d'activité.

Si le lieu où vous êtes physiquement est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui de l'établissement auquel vous êtes rattachée, inscrire le numéro d'établissement de ce lieu dans le champ Renseignements complémentaires *et la lettre* **A** *dans le champ* C.S.

Lorsque la médecin est physiquement ailleurs que dans l'établissement pour lequel elle rend des services

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*~~,~~ *~~la~~* ~~Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216)*~~ *ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattachée pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX335*** *Médecin enceinte réaffectée – Services à distance dans le champ* Code d'activité.

Si le lieu où les services auraient normalement été rendus (établissement pour lequel les services sont rendus) est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui de l'établissement auquel vous êtes rattachée, inscrire le numéro d'établissement de ce lieu dans le champ Renseignements complémentaires *et la lettre* **A** *dans le champ* C.S.

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est rendu dans le cadre de la télémédecine en vertu de l'article 9, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu de rattache où vous avez facturé le* per diem.

- Le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3.1, et ce, même si la médecin n'est pas en établissement.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou pour lequel il est rendu dans le champ Établissement*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290333*** *Forfait pandémie – Médecin enceinte réaffectée dans le champ* Code d'activité*;*

- si les services ont été rendus en établissement entre 20 h et 8 h (majoration de 20 %), le nombre ***46*** *dans le champ* Secteur disp.

Pour la plage horaire :

- S : maximum 4 heures entre 20 h et 24 h;

- N : maximum 7 heures entre 0 h et 7 h;

- A : maximum 1 heure entre 7 h et 8 h.

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures facturées doivent être réparties entre elles, selon les maximums permis (voir l'avis à l'article 3.1).

Note : Si vous devez facturer pour la même plage horaire des heures dont les taux de rémunération sont différents selon qu'elles sont majorables (20 %) ou non, vous devez utiliser des références (Réf.) ou des lignes séparées.

b) La médecin qui ne peut être réaffectée à d'autres tâches est rémunérée selon le mode de rémunération forfaitaire spécifique à la pandémie prévu à l'article 3.2. Le DSP ou un membre désigné (ex : chef de département ou de service) doit attester de la non réaffectation possible de la médecin au cours de cette période, et ce, selon les directives du sous-comité national des réaffectations mis en place par le MSSS.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290334*** *Forfait demi-journée – Médecin enceinte non réaffectée dans le champ* Code d'activité.

Pour la plage horaire, cocher la case AM *ou* PM *et inscrire 1 heure dans le champ* Heures travaillées *(équivalent au tarif du forfait d'une demi-journée).*

Note : Maximum 2 heures par jour.

Cette mesure s'applique pour une période n'excédant pas 12 semaines entre le début et la fin de l'application de la présente lettre d'entente ou jusqu'à la date de l'accouchement.

8. RÉMUNÉRATION DES TÂCHES EN LIEN AVEC LA COORDINATION DE LA PANDÉMIE

À la demande et sur autorisation d'un des membres du sous-comité national des réaffectations mis en place par le MSSS, des instances de l'établissement ou des parties négociantes, et dans le cadre d'une gestion de crise pour une période aigüe, les médecins spécialistes qui participent à des réunions en lien avec la pandémie sont rémunérées selon un tarif horaire de 211 $. La rémunération d'une heure d'activité nécessite une période d'activité continue de 60 minutes, à défaut de quoi elle n'est pas payable.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est effectué à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu dans le champ Établissement*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290336*** *Réunion pandémie dans le champ* Code d'activté.

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

Elle exclue la préparation du médecin pour une telle réunion ainsi que tout mandat découlant de cette réunion. Les réunions doivent 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.
L'administration de l'établissement ou le MSSS doit transmettre au comité paritaire le nom des médecins spécialistes désignés pour ces fonctions et le nombre d'heures autorisées.
Ce tarif horaire s'applique également pour le temps consacré à la réaffectation des effectifs médicaux prévu à la présente lettre d'entente dans le cadre de la pandémie de la COVID-19, jusqu'à un maximum de 4 heures par jour par médecin pour le présent paragraphe.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est effectué à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu dans le champ Établissement*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290337*** *Réaffectation des effectifs médicaux dans le champ* Code d'activité.

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, cet acte est payable selon un supplément d'honoraires correspondant à 50 %.

AVIS **:** ***Pour les réunions en lien avec la pandémie***

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est effectué à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu dans le champ Établissement*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290338*** *Réunion pandémie – 50 % du tarif dans le champ* Code d'activité.

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

Pour la réaffectation des effectifs

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est effectué à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu dans le champ Établissement*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- le code ***290339*** *Réaffectation des effectifs médicaux – 50 % du tarif dans le champ* Code d'activité.

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

Le médecin qui se prévaut du présent article renonce alors à toute rémunération salariale qu'il pourrait recevoir d'autres sources pour ces activités.
Toute demande de paiement selon le présent article doit être contresignée par le directeur des services professionnels ou le chef de département ou de service clinique de l'établissement où les activités visées ont été accomplies, ou par le directeur des services professionnels ou le chef de département ou de service de l'établissement principal où exerce le médecin spécialiste.

9. TÉLÉMÉDECINE DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 (SARS-CoV-2)

Dans le cadre de la pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2), les médecins spécialistes peuvent facturer les services médicaux effectués à distance en lien avec la COVID-19 (SARS-CoV-2) par téléphone ou visio-consultation conformément aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le médecin spécialiste exerçant à l'aide de la télémédecine peut facturer les services médicaux selon les modalités du manuel de facturation, de la Lettre d'entente n° 161 A-Concernant la rémunération du médecin spécialiste en pédiatrie qui dispense des services à la clientèle dans un centre de pédiatrie sociale en communauté et de l'Annexe 41-Entente auxiliaire concernant la rémunération des médecins spécialistes en anesthésiologie dans les centres de traitement de la douleur chronique.

AVIS : *Pour les services rendus dans le cadre de la* Lettre d'entente n° 161-A*, aucun secteur d'activité ne doit être inscrit.*
Pour les services rendus dans le cadre de l'Annexe 41, inscrire le secteur d'activité Centre de douleur chronique.

Pour la pratique effectuée à partir du cabinet, les tarifs de cabinet sont appliqués. Pour la pratique effectuée à partir de tous les autres lieux, incluant son domicile, il est alors rémunéré aux tarifs applicables en clinique externe.

AVIS **:** ***Médecin qui rend des services de laboratoire en établissement***
Le médecin spécialiste en radiologie ne doit pas facturer selon les modalités de la télémédecine de la Lettre d'entente nº 238 *mais plutôt selon les modalités habituelles pour les interprétations à distance.*

AVIS : ***Médecin rémunéré à l'acte uniquement***
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.

1. Pour la pratique effectuée à partir d'un cabinet*, inscrire :*

- l'élément de contexte **LE 238 – Télémédecine à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*

- pour le lieu de dispensation, le numéro du cabinet, ou le code de localité et le type de lieu Cabinet*;*

- l'heure de début et l'heure de fin du service.

2. Pour la pratique effectuée à partir de tout lieu lorsque le médecin n'est pas rattaché à un établissement mais qu'il travaille habituellement en cabinet, inscrire :

- l'élément de contexte **LE 238 – Télémédecine ailleurs qu'à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation**;

- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement fictif ***99111;***

- le secteur d'activité Clinique externe;

- l'heure de début et l'heure de fin du service.

3. Pour la pratique effectuée à partir de tout autre lieu lorsque le médecin est rattaché à un établissement*, inscrire :*

- l'élément de contexte **LE 238 – Télémédecine ailleurs qu'à partir d'un cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*

- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché;

- le secteur d'activité Clinique externe*;*

- l'heure de début et l'heure de fin du service.

Pour les services rendus dans le cadre des articles 2, 5, 6 et 7, se référer également aux avis spécifiques sous chacun d'eux.

Médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte :

En plus du per diem*, le service médical effectué par voie de télécommunication doit être facturé dans le lieu de dispensation où le* per diem *a été facturé.*

Les limitations suivantes s'appliquent pour la télémédecine :
Dans le cadre de cette lettre d'entente et nonobstant les règles 5, 6 et 18 du préambule général, l'examen physique n'est pas nécessaire pour la facturation de la visite principale et de la consultation en télémédecine. Si un examen physique est jugé nécessaire, alors le patient devra être vu en personne.
Les services dispensés en télémédecine ne peuvent être majorés selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.

10. MODALITÉ DE RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

Pour les services réalisés à distance, la rémunération différente de l'Annexe 19 est appliquée selon le lieu où le médecin aurait normalement dispensé ce service, sauf pour les montants forfaitaires payables en vertu de la présente lettre d'entente qui ne sont pas sujet à la majoration de rémunération différente.

AVIS **:** *Si le lieu où le service aurait normalement été rendu est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui du lieu de dispensation, inscrire :*
- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement auquel le médecin est rattaché;
- le secteur d'activité Clinique externe*;*
- pour le lieu en référence:
- le type Lieu où se trouve le patient (télémédecine*),*
- le numéro de l'établissement où le service serait normalement rendu.

11. PROTECTION DE LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS

Dans le cadre de la pandémie, un médecin qui, à la demande d'un établissement ou du ministère, exerce des activités médico-administratives liées directement à la pandémie bénéficie du régime de protection ci-après décrit :
Sauf en cas de faute intentionnelle ou de faute lourde, le ministère s'engage à prendre fait et cause pour le médecin et à assurer sa défense dans toute réclamation dirigée contre lui qui résulte de l'exercice d'une activité médico-administrative ainsi qu'à le tenir quitte et indemne de tous dommages, frais et dépenses qui y sont reliés. Toutefois, cette protection ne s'applique pas si, à l'égard d'une réclamation donnée, le médecin bénéficie de la protection offerte par l'Association canadienne de protection médicale, une compagnie d'assurance ou le Programme d'assurance responsabilité professionnelle des administrateurs et dirigeants du Réseau de la santé et des services sociaux.

12. SUSPENSION TEMPORAIRE DE CERTAINES ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ET D'ENSEIGNEMENT

Afin d'éviter les regroupements et de diminuer le risque de transmission, toutes les activités en lien avec le *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé* ainsi que le *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes Partie II : AUTRES ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT ET D'ÉVALUATION* sont suspendues et ne sont plus rémunérées. Seules les réunions en lien avec la gestion de la crise pandémique sont admissibles à la rémunération prévue à l'article 8 de la présente lettre d'entente.
La mesure prévue au présent article entre en vigueur le 23 mars 2020 et est valide tant que l'état d'urgence sanitaire prévue au décret 177-2020 du 13 mars 2020 est en vigueur, à moins d'avis administratif contraire des parties négociante.

13. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

La mesure prévue à l'article 9 entre en vigueur le 16 mars 2020 et est valide tant que l'état d'urgence sanitaire prévue au décret 177-2020 du 13 mars 2020 est en vigueur, à moins d'avis administratif contraire des parties négociantes.
À moins d'indication contraire, les autres mesures entrent en vigueur le 28 février 2020.
La mesure prévue à l'article 12 prend fin le 30 septembre sauf, pour la rémunération prévue au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé* pour la participation au Comité pour l'achat d'équipements médicaux spécialisés et pour le Comité sur des projets cliniques immobiliers et pour la rémunération prévue au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes Partie* II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation pour les activités visées aux articles 11.1.5 et 11.1.6.
L'ensemble des autres mesures de la présente lettre d'entente prend fin le 6 décembre 2020.

14. AVIS DES PARTIES NÉGOCIANTES
La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et concernant toutes les mesures prévues à la présente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____2020.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services Sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialstes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 239

AVIS **:** *La* Lettre d'entente nº 239 *a pris fin le 14 mai 2022*.

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE LORS DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS AYANT DES PATIENTS CONFIRMÉS OU SUSPECTÉS D'ÊTRE ATTEINTS DE LA COVID-19 (SARS-CoV-2)

CONSIDÉRANT les modalités déjà prévues à l'Annexe 29 quant à la rémunération pour la pratique médicale dans certaines unités de soins intensifs;

CONSIDÉRANT le plan provincial de contingence COVID-19 mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) quant à la gestion des unités de soins intensifs;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des mesures particulières de rémunération pour les médecins spécialistes participant à l'accès et à l'effort de soins dans un contexte de pandémie de COVID-19, et ce, dans l'objectif ultime de favoriser la dispensation des soins nécessaires à la population;

CONSIDÉRANT la nécessité de pouvoir bénéficier, au besoin, de la présence continue d'un médecin spécialiste ayant une expertise en soins intensifs de façon à assurer la sécurité des patients, la prestation continue des services et des soins d'urgence à la clientèle admise et inscrite;

CONSIDÉRANT l'accroissement rapide du nombre de cas attendus et l'exigence des soins requis;

CONSIDÉRANT les besoins accrus en effectifs pour les unités et les nouveaux lits de soins intensifs qui seront déployés;

CONSIDÉRANT que le contexte particulier de la pandémie de COVID-19 exige des adaptations aux modalités de rémunération déjà existantes, et ce, afin de pourvoir aux différentes situations;

CONSIDÉRANT que la présente entente n'accorde aucune prime, supplément ou bonification de la rémunération, mais adapte celle-ci à l'organisation clinique des services.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

Cette entente établit des conditions de rémunération alternatives pour les activités réalisées par le médecin spécialiste dans les unités de soins intensifs désignées à l'article 3.3 de l'Annexe 29 dans le contexte particulier de la pandémie de COVID-19.

Seuls les médecins spécialistes intensivistes désignés en vertu de l'article 3.3 de l'Annexe 29 peuvent se prévaloir des présentes modalités, à l'exception de la situation particulière visée aux articles 5.2 et 5.3 de la présente lettre d'entente.

2. UNITÉ DE SOINS INTENSIFS COVID-19

2.1 Seules sont visées par la présente lettre d'entente les unités de soins intensifs qui satisfont aux 3 conditions suivantes :

- Être désigné selon l'article 3.3 de l'Annexe 29;

- Avoir minimalement 2 des lits de l'unité qui sont occupés par des patients confirmés ou suspectés d'être atteint de la COVID-19;

- Une présence sur place 24 h sur 24 h d'un médecin intensiviste en raison du fait que l'état clinique de certains patients de l'unité le nécessite, selon l'évaluation clinique du médecin intensiviste en charge de l'unité.

3. FORFAITS DE PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ

3.1 En lieu et place du forfait de prise en charge de l'unité prévu à l'article 5.1 de l'Annexe 29, le médecin qui assume la prise en charge d'une unité de soins intensifs COVID-19 a droit, dans la mesure où il assure une présence sur place, à un forfait de prise en charge d'une unité COVID-19 auquel s'ajoute le forfait de prise en charge du patient prévu à l'article 4.

Seul le médecin facturant le forfait de prise en charge d'une unité COVID-19 a droit au forfait de prise en charge du patient pour tous les patients hospitalisés dans cette unité.

42158	Forfait de prise en charge de l'unité COVID-19 de 8 h à 16 h	800,00 $
42159	Forfait de prise en charge de l'unité COVID-19 de 16 h à 20 h	400,00 $
42160	Forfait de prise en charge de l'unité COVID-19 de 20 h à 24 h	400,00 $
42161	Forfait de prise en charge de l'unité COVID-19 de 24 h à 8 h	800,00 $

AVIS **:** *Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

Un maximum de 12 heures de forfaits est facturable, par médecin, par jour, sauf dans les cas désignés par les parties négociantes.

Maximum de 1 forfait, par période, par unité COVID-19.
Maximum de 1 forfait par médecin, par période.

Toutefois, un médecin spécialiste peut prendre en charge plus d'une unité COVID-19 dans la même installation entre 20 h et 8 h, jusqu'à un maximum de trois unités. Il a alors droit aux forfaits de prise en charge des patients dans les unités COVID-19 qu'il prend en charge.

42224	Forfait de prise en charge de deux unités COVID-19 de 20 h à 24 h	400,00 $
42162	Forfait de prise en charge de deux unités COVID-19 de 24 h à 8 h	800,00 $
42225	Forfait de prise en charge de trois unités COVID-19 de 20 h à 24 h	400,00 $
42163	Forfait de prise en charge de trois unités COVID-19 de 24 h à 8 h	800,00 $

AVIS **:** *Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

Le médecin spécialiste facturant le forfait de prise en charge d'une unité COVID-19 a droit à une majoration de ses forfaits de 20 % pour une présence sur place :
- tous les jours, entre 20 h et 8 h;
- les fins de semaines et les jours fériés, entre 8 h et 20 h.

Le médecin qui reçoit un tel forfait ne peut exiger d'autres honoraires de la Régie pour les services qu'il rend à tout patient de l'établissement au cours de la période à l'exception :
- du forfait de prise en charge du patient dans une unité COVID-19;

- les honoraires prévus pour les soins de réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (codes 09403, 09404 et 09405) lorsque dispensés à l'égard de tout patient de l'établissement, à l'extérieur de l'unité COVID-19;
- Le 2e et 4e temps de l'oxygénation extra corporelle (codes 00897 et 00899).

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un forfait de prise en charge d'une unité COVID-19.*

4. FORFAITS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

4.1 En lieu et place du forfait de prise en charge du patient prévu au Tableau de la tarification des forfaits dans les unités de soins intensifs de l'Annexe 29, le médecin qui assume la prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 a droit, dans la mesure où il assure une présence sur place, à un forfait de prise en charge d'un patient. Seul le médecin en charge de l'unité COVID-19 peut réclamer le forfait de prise en charge du patient.

42164	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 8 h à 16 h	145,00 $
42165	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 16 h à 20 h	72,50 $
42166	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 20 h à 24 h	72,50 $
42167	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 24 h à 8 h	145,00 $

Maximum d'un forfait par période, par patient.

Pour les forfaits de prise en charge d'un patient lorsque le médecin spécialiste prend en charge plus d'une unité de soins intensifs COVID-19 entre 20 h et 8 h, les 12 premiers forfaits sont payés à 100 %, les 12 suivants à 50 % et les autres à 25 %.

42193	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 20 h à 24 h, pour les patients 1 à 12	72,50 $
42194	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 20 h à 24 h, pour les patients 13 à 24	36,25 $
42199	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 20 h à 24 h, pour les autres patients	18,13 $
42168	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 24 h à 08 h, pour les patients 1 à 12	145,00 $
42169	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 24 h à 08 h, pour les patients 13 à 24	72,50 $
42170	Forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 de 24 h à 08 h, pour les autres patients	36,25 $

Maximum d'un forfait par période, par patient.

Le forfait est payable dès que le patient séjourne dans l'unité de soins intensifs COVID-19.

4.2 Le médecin spécialiste facturant le forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19 a droit à une majoration de ses forfaits de 20 % pour une présence sur place :

- tous les jours, entre 20 h et 8 h;
- les fins de semaines et les jours fériés, entre 8 h et 20 h.

4.3 Le médecin qui reçoit un tel forfait ne peut exiger d'autres honoraires de la Régie pour les services qu'il rend à tout patient de l'établissement au cours de la période à l'exception :

- du forfait de prise en charge d'une unité COVID-19;

- les honoraires prévus pour les soins de réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (codes 09403, 09404 et 09405) lorsque dispensés à l'égard de tout patient de l'établissement, à l'extérieur de l'unité COVID-19;
- Le 2e et 4e temps de l'oxygénation extra corporelle (codes 00897 et 00899).

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un forfait de prise en charge d'un patient dans une unité COVID-19.*

5. FORFAIT POUR SUPPORT À LA PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ COVID-19

5.1 Le médecin qui était en charge de l'unité COVID-19 et qui demeure dans une unité COVID-19 à la suite d'une demande de support de son confrère dans un contexte de débordement peut se prévaloir de la modalité de rémunération suivante par quart d'heure additionnel de présence sur place, pour un maximum de 4 heures.

42171 Forfait dans un contexte de débordement, par période complète de 15 minutes (maximum 16) 52,75 $

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*
L'heure de début du service doit être 8 h, 16 h, 20 h ou 0 h.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Dans ce contexte, le médecin qui demeure en support ne peut facturer de forfait de prise en charge de patient. Cette prolongation ne peut être utilisée pour le transfert des soins d'un médecin à un autre.

5.2 Nonobstant l'article 5 de l'Annexe 29, si au moins 5 lits de l'unité sont occupés par des patients confirmés ou suspectés d'être atteints de la COVID-19, un médecin spécialiste peut être réaffecté, selon les directives du sous-comité national des réaffectations mis en place par le MSSS, afin d'offrir un support à l'intensiviste qui est en charge de l'unité de soins intensifs COVID-19.

Le médecin spécialiste réaffecté travaille de concert avec l'intensiviste et lui apporte tout support nécessaire. Le médecin en charge de l'unité est le chef d'orchestre des soins prodigués sous sa gouverne.

Le médecin spécialiste en support a droit à un forfait pour une période d'activité de 4 heures complétées, pour laquelle il est présent à l'unité de soins intensifs COVID-19. Pour toute participation de plus de 4 heures, un tarif horaire s'applique par période de 60 minutes complétées.

42172 Forfait de 4 heures complétées pour médecin réaffecté à l'unité COVID-19 844,00 $
42173 Forfait horaire pour médecin réaffecté à l'unité COVID-19, par période de 60 minutes complétées après un premier 4 heures d'activités 211,00 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42172** et **42173**, inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*
*Le code de facturation **42172** doit être utilisé seulement pour la facturation des 4 premières heures au cours d'une journée. Les heures suivantes doivent être facturées avec le code **42173**.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Maximum de 24 heures au total, par unité COVID-19.
Maximum de 12 heures, par médecin, par jour.

5.3 Nonobstant l'article 5 de l'Annexe 29, si au moins 7 lits de l'unité sont occupés par des patients confirmés ou suspectés d'être atteint de la COVID-19, un deuxième médecin spécialiste peut être réaffecté entre 8h et 24h, afin d'offrir un support à l'intensiviste qui est en charge de l'unité de soins intensifs COVID-19 et au premier médecin réaffecté.

Le deuxième médecin spécialiste réaffecté travaille de concert avec l'intensiviste et lui apporte tout support nécessaire. Le médecin en charge de l'unité est le chef d'orchestre des soins prodigués sous sa gouverne.

Le deuxième médecin spécialiste en support a droit à un forfait pour une période d'activité de 4 heures complétées, pour laquelle il est présent à l'unité de soins intensifs COVID-19. Pour toute participation de plus de 4 heures, un tarif horaire s'applique par période de 60 minutes complétées.

42174	Forfait de 4 heures complétées pour le deuxième médecin réaffecté à l'unité COVID-19	844,00 $
42175	Forfait horaire pour le deuxième médecin réaffecté à l'unité COVID-19, par période de 60 minutes complétées après un premier 4 heures d'activités	211,00 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42174** et **42175**, inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*
*Le code de facturation **42174** doit être utilisé seulement pour la facturation des 4 premières heures au cours d'une journée. Les heures suivantes doivent être facturées avec le code **42175**.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Maximum de 16 heures au total, par unité de soins intensifs COVID-19.
Maximum de 12 heures, par médecin, par jour.

5.4 Le médecin réaffecté dans une unité de soins intensifs COVID-19 peut se prévaloir uniquement des modalités prévues à la présente lettre d'entente pour les activités réalisées aux soins intensifs et ne peut facturer les montants forfaitaires prévus à la Lettre d'entente n° 238.

Pour toute autre période de réaffectation, lors d'une même journée, le médecin peut se prévaloir des forfaits prévus à la Lettre d'entente n° 238, en autant qu'il ne dépasse pas un maximum de 12 heures pour les deux lettres d'entente.

5.5 Le médecin spécialiste qui demeure dans une unité de soins intensifs COVID-19 dans un contexte de débordement ou qui est en support, a droit à une majoration de ses forfaits de 20 % pour une présence sur place :

- tous les jours, entre 20 h et 8 h;
- les fins de semaines et les jours fériés, entre 8 h et 20 h.

5.6 Le médecin qui demeure dans une unité de soins intensifs COVID-19 dans un contexte de débordement ou qui est en support ne peut exiger d'autres honoraires de la Régie pour les services qu'il rend à tout patient de l'établissement au cours de la période où il réclame les forfaits prévus aux articles 5.1 à 5.3.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un des forfaits prévus aux articles 5.1 à 5.3.*

6. LIMITATION

6.1 Aucun supplément de garde prévu à l'Annexe 25 ne peut être réclamé pour les unités de soins intensifs COVID-19.

6.2 Les limitations prévues aux articles 4.4 et 5.4 de l'Annexe 29 s'appliquent également aux unités de soins intensifs COVID-19. S'ajoutent également à ces services la rémunération des soins de ventilation mécanique assistée (codes 00900, 00927, 00928, 00929, 00990, 00991, 41029 et 41030), la consultation préalable à l'installation d'ECMO (code 00803), l'intervention médicale auprès du patient dans le but d'ajuster les paramètres de maintien du support extracorporel (00898) et l'intervention téléphonique initiée par un professionnel de la santé dans le but d'ajuster les paramètres de maintien du support extracorporel (00856).

6.3 Les forfaits de la présente lettre d'entente et ceux de l'Annexe 29 sont mutuellement exclusifs pour une même période de 24 h à partir de 8 h le matin pour une même installation.

6.4 Lorsque les médecins en charge d'une unité de soins intensifs passent de la rémunération prévue à l'Annexe 29 à celle prévue par la présente lettre d'entente, la prise en charge de l'Annexe 29 est alors de 25 h et s'étire jusqu'à 8 h le matin. D'un autre côté, lorsque les médecins en charge d'une unité de soins intensifs passent de la rémunération prévue à la présente lettre d'entente à celle prévue à l'Annexe 29, la prise en charge de l'Annexe 29 est alors de 23 h et débute à 8 h le matin. Ces deux situations n'affectent pas la rémunération prévue.

7. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

Les mesures entrent en vigueur le 13 mars 2020.

Les parties déterminent les dates d'application de la présente lettre d'entente et en informent la Régie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ___ jour de_____2020.

CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la santé et des services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 240

AVIS **:** La *Lettre d'entente n° 240* a pris fin le 14 mai 2022.

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION D'UN SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ COVID-19 EN SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL DANS UNE DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE.

CONSIDÉRANT les mesures et plans d'action mis en place par les gouvernements et les autorités de Santé publique afin de pallier la pandémie de la COVID-19 (SARS-CoV-2);

CONSIDÉRANT que dans ce contexte de pandémie, le nombre d'appels et de demandes a considérablement augmenté auprès des médecins de garde en maladies infectieuses dans certaines directions régionales de santé publique;

CONSIDÉRANT que les médecins en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui ne sont pas spécialisés en maladies infectieuses peuvent, dans l'urgence actuelle, répondre aux questions en lien avec la COVID-19 puisqu'une majorité y est mobilisée.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail qui est assigné de garde spécifiquement pour la COVID-19 dans une direction régionale de santé publique d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) ou d'un établissement responsable de région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James et qui est désignée par les parties négociantes.

2. Le supplément de garde en disponibilité COVID-19 est de 126 $ par jour du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés et de 254 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
*- le code de facturation **42181** (en semaine, du lundi au vendredi) ou **42182** (le samedi, le dimanche ou un jour férié);*
- l'heure de début de la garde;
- le numéro du CISSS ou du CIUSSS ou de l'établissement responsable de la région auquel vous avez été assigné.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Un seul supplément de garde COVID-19 est payable par jour, par direction régionale de santé publique désignée en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique des médecins omnipraticiens.
Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément de garde par jour, en tenant compte, le cas échéant, des gardes prévues à l'Accord-cadre en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

4. La Régie de l'assurance maladie du Québec donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

5. Les mesures entrent en vigueur le 13 mars 2020.

Les parties déterminent les dates d'application de la présente lettre d'entente et en informent la Régie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de_____2020.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 241

AVIS : *La* Lettre d'entente nº 241 *a pris fin le* ***14 mai 2022****, à l'exception des articles suivants*.

Jusqu'au 30 juin 2023

- article 8 concernant les médecins spécialistes faisant l'objet d'une mise en quarantaine pour la protection d'autrui.

Jusqu'au 6 août 2023

- article 15 concernant la rémunération dans les endroits désignés;

- article 16 concernant le rattrapage des activités médicales.

Jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre

- article 13 concernant les services médicaux rendus par voie de télécommunication. En ce qui concerne les annexes 38 et 40, ***depuis le 1er juillet 2023*** *la facturation du mode de rémunération mixte en télémédecine* ***à l'extérieur*** *d'un établissement du réseau de santé ou du cabinet n'est plus permise pour le médecin spécialiste apte à travailler faisant l'objet d'une mise en quarantaine pour la protection d'autrui, qu'il soit infecté ou non;*

- article 14 concernant la rémunération différente de l'Annexe 19.

Également, certains articles qui avaient pris fin au ***14 mai 2022*** *ont été remis en vigueur*.

Du 1er novembre 2022 au 31 mars 2023

- article 2 (sauf 2.4) concernant la rémunération pour des services rendus dans les cliniques d'évaluation pédiatrique (CDP) et les sites non traditionnels (SNT) désignés;

- article 10 (sauf 10.7) concernant les activités médico-administratives.

Du 7 décembre 2022 au 31 mars 2023

- article 3 (sauf 3.3) concernant la rémunération du médecin réaffecté.

CONCERNANT LES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 ET DURANT LA REPRISE GRADUELLE DES ACTIVITÉS MÉDICALES

CONSIDÉRANT les mesures et plans d'action mis en place par les gouvernements et les autorités de Santé publique afin de pallier les effets de la pandémie de la COVID-19 et d'assurer une reprise graduelle des activités médicales;

CONSIDÉRANT les mesures sanitaires en place et le risque d'une deuxième vague d'infection reliée à la pandémie de la COVID-19;

CONSIDÉRANT que malgré ce contexte, il y a lieu de favoriser le meilleur accès possible aux soins pour la population;

CONSIDÉRANT le délestage de certaines activités et la reprise graduelle de celles-ci par les médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT la nécessité d’adapter des modalités de rémunération pour les médecins spécialistes participant à l'accès et à l'effort de soins dans le cadre de la pandémie de la COVID-19;

CONSIDÉRANT que la présente lettre d’entente constitue une mesure exceptionnelle et applicable uniquement dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 et des pénuries de personnel qui en découlent.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

Cette entente vient prévoir l’adaptation de certaines modalités de rémunération afin de les moduler au contexte particulier de la pandémie de la COVID-19.

AVIS **: *Rémunération à tarif horaire~~, à salariat~~ ou à rémunération mixte***

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743).*

Selon le cas, le médecin spécialiste doit inscrire :

- la période de facturation d'une durée de 7 jours (14 jours pour la rémunération mixte) qui commence un dimanche et se termine un samedi;

- le numéro d'établissement (voir les avis ci-dessous);

- le quantième, soit la date du jour où est rendu le service (JJ);

- la plage horaire :

	tarif horaire ou honoraires fixes	*mixte*
N (nuit) :	*00 h à 07 h*	
A (AM) :	*07 h à 12 h*	*07 h à 12 h*
P (PM) :	*12 h à 19 h*	*12 h à 17 h*
S (soir) :	*19 h à 24 h*	

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

- pour le formulaire 1215, le mode de rémunération TH*;*

- le code d'activité à 6 chiffres :

- les 3 premiers chiffres correspondant à la nature de service selon l'Entente,

- les 3 derniers chiffres correspondant à l'emploi de temps selon le service effectué (voir les avis concernant ces modes de rémunération ci-dessous);

- le secteur de dispensation :

- pour tout centre, sauf en CLSC, voir la section Description des codes des secteurs de dispensation *du* Guide de facturation – Honoraires forfaitaires et salariat *pour connaître les différents secteurs de dispensation,*

- pour la Lettre d'entente n° 241, *selon les circonstances décrites et les établissements (peut inclure des CLSC), voir les avis ci-dessous;*

- le nombre d'heures effectuées pour le service en respectant le maximum permis par plage horaire.

Pour plus d'information sur les modes de facturation, consultez la rubrique Modes de facturation*, sous l'onglet* Facturation et rémunération *de la section réservée à votre profession, sur le site Web de la RAMQ.*

Peu importe le mode de facturation (services en ligne, facturation informatisée ou papier), toutes les demandes de paiement doivent être contresignées par une personne autorisée de l'établissement. Pour ce faire, veuillez vous référer à la direction des services professionnels de votre établissement.

Pour informations complémentaires
Pour l'inscription au service en ligne pour le professionnel, avec votre numéro de référence, vous devez cliquer sur Information et inscription *de la zone d'accès aux services en ligne de la section réservée à votre profession, puis sur* Je veux m'inscrire aux services en ligne.

2. RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES POUR DES SERVICES DISPENSÉS DANS DES LIEUX DE PRATIQUE INHABITUELS

2.1 Le médecin spécialiste qui dispense des services médicaux dans les lieux où un médecin spécialiste ne pratique pas habituellement et cités à l'article 2.3 (ci-après, « lieux de pratique inhabituels ») peut se prévaloir d'une mesure de maintien (ci-après, la « Mesure dans les lieux de pratique inhabituels ») qui lui permet d'atteindre un équivalent horaire moyen de 211 $ pour l'ensemble des heures travaillées et complétées, à l'exception de la dernière heure qui s'applique au prorata, par période de 15 minutes complétées.
La Mesure dans les lieux de pratique inhabituels s'applique pour un minimum de 60 minutes continues et pour un maximum de 12 heures par jour.
Les modalités d'application de la Mesure dans les lieux de pratique inhabituels sont prévues en annexe de la présente entente et en font partie intégrante (les « **Modalités d'application** »).
Elles prévoient notamment :

- un suivi des activités médicales du médecin spécialiste par la facturation de son mode de rémunération habituel dans l'établissement auquel il est rattaché;
- les conditions d'application de la mesure;

AVIS **:** *Consulter l'annexe de la présente lettre d'entente pour la facturation de la mesure dans les lieux de pratique inhabituels .*

2.2 Lorsque le médecin spécialiste se prévaut de la Mesure dans les lieux de pratique inhabituels pour des services rendus entre 20 h et 8 h, il a droit à un supplément équivalent à 20 % par heure travaillée et complétée.

AVIS **:** *Consulter l'annexe de la présente lettre d'entente pour le code de facturation du supplément et les instructions de facturation.*

2.3 Les différents lieux de pratique inhabituels pour les médecins spécialistes sont les suivants :
- Site non traditionnel (SNT) ambulatoire ou non ambulatoire. Le SNT est une ressource de soins de santé, d'assistance et de services sociaux située dans un lieu de soins temporaires, en lien avec la pandémie de la COVID-19, mais qui est sous la responsabilité d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS). Par site non traditionnel, on entend :
  - un lieu qui n'était pas reconnu comme un établissement de soins de santé au 13 mars 2020; ou
  - un établissement hospitalier qui assure normalement un type ou niveau de soins différent.

AVIS : *Du 1er novembre 2022 au 31 mars 2023*

Médecin rémunéré à l'acte

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.

Utiliser l'élément de contexte selon la situation :

- **LE 241 – Service rendu dans un SNT non ambulatoire dans le cadre de la COVID-19***,*
- **LE 241 – Service rendu dans un SNT ambulatoire dans le cadre de la COVID-19.**

Pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché.
Si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine de l'article 13, consulter également l'avis de facturation de cet article.

Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743).*
Inscrire :
- le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement;
- l'emploi de temps selon la situation :

- ***XXX361*** *Services rendus dans un lieu de pratique inhabituel,*
- ***XXX377*** *Services à distance dans un lieu de pratique inhabituel.*

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est effectué dans un lieu de pratique inhabituel, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu de rattache où le médecin a facturé le per* diem.

Note : La nature de service ***291XXX*** *n'est pas permise avec ces emplois de temps.*

- Cliniques désignées de dépistage COVID-19 (CDD). Le déploiement des CDD se fait au niveau national et est commandé par le MSSS, qui déclenche le processus de désignation;
- Cliniques désignées d'évaluation COVID-19 (CDÉ). Le déploiement des CDÉ se fait au niveau national et est commandé par le MSSS, qui déclenche le processus de désignation.

- - Unités COVID : zones intrahospitalières, hors des soins intensifs, où sont présents et concentrés les patients atteints ou suspectés d'être atteints de la COVID. La zone désignée de l'urgence où les patients atteints ou suspectés d'être atteints de la COVID sont présents et concentrés est aussi considérée comme une unité COVID.

- Cliniques d'évaluation pédiatrique COVID-19 (CDP). Le déploiement des CDP se fait au niveau national et est commandé par le MSSS, qui déclenche le processus de désignation.

AVIS : *Du 1er novembre 2022 au 31 mars 2023*

Médecin rémunéré à l'acte

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.

Utiliser l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu dans une clinique d'évaluation pédiatrique (CDP) dans le cadre de la COVID-19**.

Pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché.

Si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine de l'article 13, consulter également l'avis de facturation de cet article.

Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*~~,~~ ~~*la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ *ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743)*.

Inscrire :

- le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- l'emploi de temps selon la situation :

- ***XXX361*** *Services rendus dans un lieu de pratique inhabituel,*
- ***XXX377*** *Services à distance dans un lieu de pratique inhabituel.*

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est effectué dans une clinique d'évaluation pédiatrique désignée, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu où le médecin a facturé le* per diem.

Note : La nature de service ***291XXX*** *n'est pas permise avec ces emplois de temps.*

2.4 Par ailleurs, les centres médicaux spécialisés (CMS), les centres d'hébergements et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), les centres jeunesse, les centres de détention, les centres de réadaptation et les soins à domicile ne sont pas reconnus comme lieux de pratique inhabituels.

2.5 Pour la dispensation des services médicaux en SNT, CDD, CDP, CDÉ et unités COVID, la rémunération des visites est établie selon la tarification applicable en hospitalisation pour les patients hospitalisés et en clinique externe pour la clientèle ambulatoire. Les services sont considérés comme étant rendus en établissement.

AVIS : *Du 1er novembre 2022 au 31 mars 2023*

Pour les visites effectuées dans un SNT non ambulatoire :

- utiliser une visite de la section Hospitalisation *de la spécialité du médecin et inscrire la date d'entrée en établissement;*

- inscrire le secteur d'activité Unité de soins généraux et spécialisés.

Pour les visites effectuées dans un SNT ambulatoire ou une CDP ***désignée*** *:*

- utiliser une visite de la section Externe *de la spécialité du médecin.*

- inscrire le secteur d'activité Clinique externe.

Les services rendus dans un lieu de pratique inhabituel sont considérés comme étant rendus dans l'établissement auquel le médecin est rattaché. Le médecin qui ne détient pas de poste au plan d'effectif d'un établissement (PEM) peut se voir octroyer des privilèges de pratique, à la discrétion de l'établissement concerné. Cependant, le médecin pédiatre qui n'est pas rattaché à un établissement et qui exerce dans une CDP en cabinet privé peut tout de même se prévaloir de la rémunération en clinique externe lorsqu'il est désigné.

AVIS **:** *D u 1er novembre 2022 au 31 mars 2023*

Médecin pédiatre qui n'est pas rattaché à un établissement et qui exerce dans une CDP en cabinet privé

Inscrire :

- le code de facturation d'une visitede la section Externe *de la spécialité du médecin;*

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu dans une clinique d'évaluation pédiatrique (CDP) dans le cadre de la COVID-19***;*

- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement fictif ***99131****;*

- le secteur d'activité Clinique externe.

Si le lieu où le service est rendu est situé dans un territoire donnant droit à un taux de majoration prévu à l'annexe 19, inscrire :

- le type de lieu en référence Lieu où le service est rendu par le professionnel*;*

- pour le lieu en référence, le code de localité où se trouve le cabinet.

2.6 Les médecins spécialistes en pédiatrie ont droit à la majoration prévue à l'article 2.2 de l'Annexe 10 pour les visites effectuées en CDP.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service.*

3. RÉAFFECTATION

3.1 En lien avec la pandémie de la COVID-19, un établissement de santé peut recourir à la réaffectation d'un médecin spécialiste en soutien à certaines activités cliniques qui diffèrent de sa pratique habituelle.
Le médecin spécialiste peut être réaffecté aux tâches prévues à l'article 3.3 par le coordonnateur local des réaffectations, le directeur des services professionnels, le chef de département ou le chef de service
(ci-après, la (les) « **Personne (s) autorisée (s)** »).

AVIS : *Du 7 décembre 2022 au 31 mars 2023*

Médecin rémunéré à l'acte

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19***;*

- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché. Si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine de l'article 13, consulter l'avis de facturation de cet article.

Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché pour ce mode de rémunération;

- l'emploi de temps selon la situation : ***XXX362*** *Services cliniques – Réaffectation.*

Note : La nature de service ***291****XXX n'est pas permise avec ces emplois de temps.*

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est effectué dans le cadre de la télémédecine en vertu de l'article 13, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu de rattache où le* per diem *est facturé.*

3.2 Le médecin spécialiste réaffecté peut se prévaloir d'une mesure de maintien (ci-après, la « Mesure pour réaffectation ») qui lui permet d'atteindre un équivalent horaire moyen de 211 $ pour l'ensemble des heures travaillées et complétées, à l'exception de la dernière heure qui s'applique au prorata, par période de 15 minutes complétées.
La Mesure pour réaffectation s'applique pour un minimum de 60 minutes continues et pour un maximum de 12 heures par jour.
Les modalités d'application de la Mesure pour réaffectation sont prévues aux Modalités d'application en annexe de la présente lettre d'entente.
Lorsque le médecin spécialiste se prévaut de la Mesure pour réaffectation pour des services rendus entre 20 h et 8 h, il a droit à un supplément équivalent à 20 % par heure travaillée et complétée.

AVIS : *Consulter l'annexe de la présente lettre d'entente pour le code de facturation de la mesure pour réaffectation, le code de facturation du supplément et les instructions de facturation.*

3.3 Les tâches décrites ci-dessous sont reconnues comme étant de la réaffectation selon la présente lettre d'entente :

- Réalisation d'enquêtes épidémiologiques en soutien à la santé publique pour le médecin spécialiste qui n'est pas médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail;
- Dispensation de tâches médicales dans les CHSLD, RPA, RI-RTF pour le médecin spécialiste qui n'est pas médecin spécialiste en gériatrie ou en psychiatrie, étant entendu que le médecin spécialiste qui ne dispense que des tâches non médicales n'est pas visé par la présente section;
- Dispensation de tâches médicales dans les centres jeunesse et centres de détention pour le médecin spécialiste qui n'est pas médecin spécialiste en psychiatrie;
- Dispensation de tâches médicales dans les centres de réadaptation pour le médecin spécialiste qui n'est pas médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, en neurologie, en pédiatrie ou en psychiatrie;
- Réalisation de tâches en soutien à la prévention des infections pour le médecin spécialiste qui n'est pas médecin spécialiste en microbiologie-infectiologie;

- Support à l'intensiviste responsable de la prise en charge d'une unité fermée de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 où il y a minimalement 2 lits de l'unité qui sont occupés par des patients confirmés ou suspectés d'être atteints de la COVID-19, uniquement lorsque l'intensiviste responsable est présent dans l'unité.

3.4 Aux fins de la présente Lettre, les parties confient au comité national des réaffectations des effectifs médicaux (ci-après, le « CNREM »), en sus de son mandat principal, les responsabilités suivantes :

• Appliquer les principes convenus entre les parties en tenant compte des réalités régionales et des circonstances du moment;
• Exercer une vigie des activités auxquelles les médecins spécialistes sont réaffectés, notamment via la plateforme *ReaffectMD*;
• Obtenir des explications de la Personne autorisée d'un établissement quant aux réaffectations actives dans son milieu et, le cas échéant, faire cesser les réaffectations devenues non pertinentes;
• Valider les demandes de réaffectation soumises par les Personnes autorisées en vertu de l'article 3.5;
• Faire rapport aux parties négociantes de toute situation qu'il estime nécessaire d'être portée à leur connaissance.

3.5 Dans le cas d'un besoin de réaffectation non énuméré à l'article 3.3, incluant en cas de réaffectation d'un médecin à l'intérieur de sa propre spécialité, mais en dehors de sa pratique habituelle, la Personne autorisée peut adresser une demande écrite au CNREM afin que le médecin spécialiste soit réaffecté à une tâche requise dans le contexte de la pandémie, en autant que la demande rencontre les critères suivants :

• Il doit s'agir d'une tâche médicale;
• La tâche médicale ne doit pas être relative à la pratique habituelle du médecin spécialiste réaffecté;
• La tâche médicale doit répondre à une demande des instances de l'établissement et être liée à la pandémie;
• La demande démontrant le respect des précédents critères doit être transmise par écrit au CNREM.

Le CNREM analysera les demandes en fonction de la pertinence clinique et des besoins dans le réseau. L'analyse ne peut se baser sur la possibilité ou sur le niveau de rémunération d'un médecin. Advenant l'acceptation unanime de cette demande par les représentants du MSSS et de la FMSQ au CNREM, l'activité visée par celle-ci sera admissible à la Mesure pour réaffectation prévue à l'article 3.2. En cas de dissidence parmi les représentants du MSSS et de la FMSQ, la présidente du CNREM transmettra la demande par écrit au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente. Le comité paritaire déterminera l'admissibilité de l'activité visée par la demande à la Mesure pour réaffectation prévue à l'article 3.2 et, dans la mesure du possible, transmettra par écrit sa décision au CNREM, dans un délai de 24 heures suivant la réception de la demande.

3.6 Le médecin spécialiste réaffecté doit conserver les documents qui lui sont remis par la Personne autorisée attestant de sa réaffectation ainsi que de la période visée.

3.7 Le médecin spécialiste qui se prévaut de la rémunération prévue au présent article a droit à la compensation de ses frais de cabinet à raison de 200 $ par jour de travail manqué en cabinet, du lundi au vendredi excluant les jours fériés.
Tout médecin spécialiste qui désire obtenir la compensation de ses frais de cabinet doit présenter une demande au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les 90 jours suivant le ou les jours manqués. À cette fin, il doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :

1. Une autorisation permettant au comité paritaire d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de la présente lettre d'entente;
2. La documentation attestant les frais de cabinet encourus pendant cette période;
3. Les documents qui confirment sa réaffectation, la période où il a été réaffecté et l'annulation d'une journée de cabinet qui en découle;
4. D'autres documents pourraient être demandés par le comité paritaire au besoin.

3.8 Si le médecin spécialiste est réaffecté dans une autre installation que celle où il pratique habituellement, les services rendus sont considérés comme étant rendus dans l'installation où il pratique habituellement.

AVIS : *Du 7 décembre 2022 au 31 mars 2023*

Médecin rémunéré à l'acte

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **LE 241 – Médecin réaffecté dans un autre lieu que l'établissement auquel il est rattaché dans le cadre de la COVID-19.**

- Pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché.

Si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine de l'article 13, consulter également l'avis de facturation de cet article.

Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire:*

- le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- l'emploi de temps selon la situation : ***XXX372*** *Services cliniques à distance – Réaffectation.*

Note : La nature de service ***291****XXX n'est pas permise avec cet emploi de temps.*

Pour le mode de rémunération mixte, le lieu de dispensation pour la facturation des services médicaux doit correspondre au lieu de rattache où le per diem *est facturé. Pour les services médicaux effectués dans le cadre de la télémédecine, consulter les instructions de facturation de l'article 13.*

4. MESURE DE MAINTIEN DES ACTIVITÉS MÉDICALES SPÉCIALISÉES DANS LES SECTEURS AFFECTÉS PAR UNE BAISSE SIGNIFICATIVE DU VOLUME RÉGULIER D'ACTIVITÉ AUX LIEUX DÉSIGNÉS

4.1 La présente mesure s'applique au médecin spécialiste dont les activités médicales sont limitées par les contraintes liées au contexte de la pandémie de la COVID-19.

Le contexte de la pandémie de la COVID-19 occasionne différentes contraintes qui impactent temporairement une portion de l'activité spécialisée. Le volume régulier d'activités médicales spécialisées peut, à certains moments de la pandémie, être affecté par les contraintes liées au contexte de la pandémie de la COVID-19. En effet, que ce soit pour des raisons de prévention et de contrôle des infections, de réduction de la capacité des salles d'attente dans les secteurs spécialisés, de déplacement partiel ou du manque de personnel en soutien aux activités spécialisés ou l'annulation de rendez-vous prévus en raison de période de quarantaine chez des patients, les parties sont conscientes que ces réalités vont de pair avec le contexte inhabituel actuel.
La présente modalité vient permettre le maintien de l'accès et une continuité des activités médicales spécialisées pour la population.

4.2 Le médecin spécialiste détenant des privilèges de pratique en établissement peut se prévaloir d'une mesure de maintien (ci-après, la « Mesure de maintien ») qui lui permet d'atteindre un équivalent horaire moyen de 211 $ pour l'ensemble des heures travaillées et complétées, à l'exception de la dernière heure qui s'applique au prorata, par période de 15 minutes complétées.
La Mesure de maintien s'applique pour un minimum de 60 minutes continues et pour un maximum de 10 heures par jour.
Les modalités d'application de la Mesure de maintien sont prévues aux Modalités d'application en annexe de la présente entente.

AVIS **:** *Consulter l'annexe de la présente lettre d'entente pour le code de facturation de la mesure de maintien et les instructions de facturation.*

4.3 Conformément à une directive ministérielle et à la demande d'un établissement, les parties négociantes peuvent désigner une installation ainsi que la spécialité dans lesquelles le médecin spécialiste qui se prévaut de la Mesure de maintien pour des services rendus entre 20 h et 8 h a droit à un supplément équivalent à 20 % par heure travaillée et complétée.

AVIS **:** *Consulter l'annexe de la présente lettre d'entente pour le code de facturation du supplément et les instructions de facturation.*

4.4 La Mesure de maintien s'applique lorsque le médecin spécialiste effectue des tâches médicales dans les lieux de pratiques suivants :

- Établissement;
- Centre médical spécialisé titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui a conclu une entente en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui est identifié à cette fin par le MSSS (ci-après, CMS 108).
- Cabinet privé qui a conclu une entente en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui est identifié à cette fin par le MSSS (ci-après, Cabinet 108).
- Laboratoire d'imagerie médicale titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui a conclu une entente en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui est identifié à cette fin par le MSSS (ci-aprés, LIM 108).

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire le numéro du CMS 108, du cabinet 108 ou du LIM 108 comme lieu de dispensation. Pour la facturation des services rendus dans ces lieux, consulter également l'avis de facturation de l'article 15.*
De plus, si le service est rendu dans le cadre de la télémédecine de l'article 13, inscrire l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** *et consulter l'avis de facturation de cet article.*

La liste des CMS 108, cabinets 108 et LIM 108 est disponible à la page Listes de désignations et listes de garde.

- RPA pour les médecins spécialistes en microbiologie seulement.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***

Pour la mesure de maintien et la quote-part, le médecin doit :

- pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro de l'établissement auquel il est rattaché;
- indiquer la même heure de début pour la quote-part que pour la mesure de maintien.

Pour la facturation des services en RPA, inscrire le code de localité et le type de lieu Domicile.

4.5 La Mesure de maintien s'applique également pour le médecin spécialiste en support médical qui assiste un collègue en remplacement d'un membre de l'équipe lors de la réalisation d'une chirurgie ou d'un procédé diagnostique et thérapeutique (ci-après, un « PDT »). Il faut cependant que la situation réponde aux critères suivants :

- Le manque de personnel de support doit être imprévisible, ponctuel et non récurrent;
- Toutes les démarches habituelles devront avoir été entreprises pour tenter de pallier au manque de personnel.

Le médecin spécialiste n'a pas l'obligation ou le devoir de remplacer un membre du personnel absent.

4.6 - *Abrogé en date du 24 mai 2021 par la* Modification 99

4.7 - *Abrogé en date du 24 mai 2021 par la* Modification 99

4.8 Le médecin spécialiste bénéficiant de la Mesure de maintien doit obtenir et conserver un document de la Personne autorisée attestant d'une baisse significative de volume d'activités en raison des contraintes liées au contexte de la pandémie de la COVID-19 ainsi que de la période visée.

5. MÉDECINS DONT LES ACTIVITÉS SONT ANNULÉES

5.1 Le médecin spécialiste détenant des privilèges de pratique en établissement dont les activités médicales sont annulées à moins de 24 heures de préavis en raison de contraintes liées à une pénurie de personnel dû au contexte de la pandémie de la COVID-19 peut se rendre disponible auprès d'une Personne autorisée pour :

- être réaffecté à d'autres activités médicales, pour autant que cette désignation soit effectuée pour une période minimale de 4 heures;

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte***

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement*;*
- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX366*** *Activités annulées – Réaffectation Autres activités médicales dans le champ* Code d'activité.
Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*

Note *: La nature de service 291XXX n'est pas permise avec cet emploi de temps.*

- pour rendre des services médicaux dans un lieu de pratique inhabituel, pour autant que cette désignation soit effectuée pour une période minimale de 4 heures; ou

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte***
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement*;*
- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX367*** *Activités annulées – Services médicaux dans un lieu de pratique inhabituel dans le champ* Code d'activité.
Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*
Note *: La nature de service 291XXX n'est pas permise avec cet emploi de temps.*

- pour seconder les activités médicales d'une installation située à moins de 70 km de l'installation à laquelle il est rattaché, pour autant que cette désignation soit effectuée pour une période minimale de 6 heures.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte***
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement*;*
- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec l'emploi de temps ***XXX368*** *Activités annulées – Seconder les activités médicales d'une installation à moins de 70 km dans le champ* Code d'activité.
Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*
Note *: La nature de service 291XXX n'est pas permise avec cet emploi de temps.*

Le médecin spécialiste qui est désigné à l'une des tâches médicales mentionnées au paragraphe précédent peut se prévaloir des modalités prévues aux articles 2, 3 et 4, selon le cas applicable.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***
Pour la facturation des activités et des services médicaux, y compris la facturation des mesures de maintien, rendus en remplacement des activités annulées, utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire l'élément de contexte* **LE 241 – Médecin dont les activités sont annulées**.

5.2 Le médecin spécialiste qui se rend disponible auprès d'une Personne autorisée mais qui n'est pas désigné à l'une des tâches médicales mentionnées à l'article 5.1 peut se prévaloir de la tarification forfaitaire suivante :
Le médecin spécialiste est rémunéré selon un montant forfaitaire de 372 $ par chaque demi-journée pour laquelle ses activités ont été annulées, du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.
Une demi-journée de disponibilité s'entend d'une période de disponibilité d'au moins trois heures et demie, entre 7 h et 12 h ou entre 12 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.
Le médecin qui bénéficie de ce mode de rémunération forfaitaire spécifique ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de cette même période. De plus, ce forfait n'est pas soumis aux dispositions de rémunération différentes prévues à l'Annexe 19.

5.3 Tout médecin spécialiste qui désire obtenir une compensation sous forme de montant forfaitaire en vertu de l'article 5.2 doit présenter une demande au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente accompagnée d'un formulaire signé par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités qui confirme que le médecin spécialiste n'a pu être désigné à l'une des tâches mentionnées à l'article 5.1. D'autres documents pourraient être demandés par le comité paritaire au besoin.

Sur approbation de la demande, le comité paritaire informe la Régie de l'assurance maladie du Québec (« Régie ») du montant forfaitaire à verser au médecin spécialiste.

6. VISITES EN LIEN AVEC LA COVID-19

6.1 Les actes de visite en lien avec la COVID-19 tels que libellés ci-dessous peuvent être réclamés par les médecins de chacune des spécialités.

Unité de soins cohortée, SNT non ambulatoire ou hospitalisation
15923 Visite principale en lien avec la COVID-19 95,00 $
Note : Maximum une par patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, par semaine.

15924 Visite de suivi en lien avec la COVID-19 35,00 $
Note : Maximum une par patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, par jour.

AVIS **:** *Pour la facturation de ces visites (codes de facturation **15923** et **15924**), utiliser l'élément de contexte s'appliquant à la situation du médecin, s'il y a lieu, parmi les suivants :*
- **LE 241 – Service rendu dans un SNT non ambulatoire ou une unité COVID dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19**.

Clinique de grippe, SNT ambulatoire ou clinique externe
15925 Visite principale en lien avec la COVID-19 70,00 $
Note : Maximum une par patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, par semaine.

15926 Visite de suivi en lien avec la COVID-19 31,00 $
Note : Maximum une par patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, par jour.

AVIS **:** *Pour la facturation de ces visites (codes de facturation **15925** et **15926**), inscrire l'élément de contexte s'appliquant à la situation du médecin, s'il y a lieu, parmi les suivants :*
- **LE 241 – Service rendu dans un SNT ambulatoire ou une clinique désignée de dépistage (CDD) ou d'évaluation (CDÉ) dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 241 – Service rendu par un médecin infecté dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 241 – Service rendu par un médecin faisant l'objet d'une mise en quarantaine dans le cadre de la COVID-19***;*
- **LE 241 – Service rendu par une médecin enceinte dans le cadre de la COVID-19**.

*Si la visite est effectuée dans le cadre de la télémédecine de l'article 13, utiliser le code de facturation **15925** ou **15926** et consulter l'avis de facturation de cet article.*

6.2 Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, cet acte est payable selon un supplément d'honoraires correspondant à 55 %.

7. MÉDECINS SPÉCIALISTES INFECTÉS PAR LE VIRUS DE LA COVID-19

7.1 Le présent article s’applique au médecin spécialiste infecté par le virus de la COVID-19 dans le cadre de ses activités.
Le médecin spécialiste qui contracte le virus de la COVID-19 alors qu’il a dispensé des services dans des lieux de pratique inhabituels visés à l’article 2.3, dans un établissement ou lors d’une réaffectation dans un CHSLD, un RPA ou une RI-RTF, est présumé avoir contracté le virus de la COVID-19 à l'occasion de son travail.
Le médecin spécialiste qui contracte le virus de la COVID-19 et qui devient incapable d'accomplir ses tâches alors qu'il exerçait dans tout secteur d’activité non énuméré ci-dessus doit, pour pouvoir bénéficier de la présente disposition, démontrer à la satisfaction du comité paritaire qu'il a probablement contracté le virus de la COVID-19 à l’occasion de son travail.

7.2 Le médecin spécialiste infecté qui n’est pas apte à rendre des services
Le médecin spécialiste infecté par la COVID-19 qui n’est pas apte à exercer ses activités est éligible à une compensation sous forme de montant forfaitaire durant la période d’attente qui s’applique à son contrat d’assurance maladie pour la perte de revenu occasionnée par sa maladie étant entendu que la période doit être continue et que la compensation ne peut excéder un maximum de 90 jours. La période d’invalidité doit aussi être continue.
De plus, ce médecin a droit à la compensation de ses frais de cabinet à raison de 200 $ par jour de travail manqué en cabinet, du lundi au vendredi excluant les jours fériés.
Tout médecin spécialiste qui désire obtenir une compensation sous forme de montant forfaitaire et pour ses frais de cabinet, le cas échéant, doit présenter une demande au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les vingt (20) semaines qui suivent la fin de sa maladie. À cette fin, le médecin spécialiste doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :
1. Une description sommaire des activités et du ou des lieux d'exercice au moment où il est devenu invalide;
2. Une note d'un médecin attestant qu'il a été atteint du virus de la COVID-19 précisant la période pour laquelle il a été incapable de travailler et qu’il a été hospitalisé, le cas échéant;
3. Une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de la présente lettre d’entente;
4. Les documents qui confirment l’annulation de journées de cabinet durant la période où il a été en maladie;
5. La documentation attestant les frais de cabinet encourus pendant cette période;
6. Une attestation du médecin spécialiste à l’effet qu’il ne reçoit aucun revenu d’assurance invalidité ou d’assurance maladie grave au cours de la période pour laquelle il demande une compensation;
7. D’autres documents pourraient être demandés par le comité paritaire au besoin.
Sur approbation de la demande, le comité paritaire informe la Régie du montant forfaitaire à verser au médecin spécialiste.
Lorsqu'un médecin spécialiste se prévaut des dispositions prévues ci-dessus pour une journée, il ne peut être rémunéré autrement dans le cadre du régime d'assurance maladie.

7.2.1 Montant forfaitaire en cas d’infection à la COVID-19 nécessitant une hospitalisation
Le médecin spécialiste infecté par le virus de la COVID-19 qui nécessite une hospitalisation recevra un montant forfaitaire représentant l’équivalent du revenu moyen journalier fédératif en établissement, déterminé par les parties négociantes, par journée d’hospitalisation, du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.

7.2.2 Montant forfaitaire en cas d’infection par le virus de la COVID-19 ne nécessitant pas une hospitalisation du médecin spécialiste, mais qui est dans l’incapacité de travailler
Le médecin spécialiste infecté par le virus de la COVID-19 qui ne nécessite pas une hospitalisation, mais qui est dans l’incapacité de travailler recevra un montant forfaitaire de 744 $ par jour pour lequel il est incapable de travailler, du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.

7.3 Le médecin spécialiste infecté qui est apte à rendre des services

7.3.1 Le médecin spécialiste infecté par le virus de la COVID-19 dans le cadre de son travail, mais qui est apte à poursuivre ses activités peut dispenser des services en télémédecine ou se rendre disponible auprès d'une Personne autorisée.

Le médecin spécialiste peut alors se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'article 13 lorsqu'il effectue les activités en télémédecine ou des modalités de rémunération prévues à l'article 3 s'il est réaffecté selon les conditions prévues à cet article

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire l'élément de contexte* **LE 241 – Service rendu par un médecin infecté dans le cadre de la COVID-19**.

1. Activité effectuée en télémédecine selon l'article 13
Consulter l'avis de facturation de cet article.

2. Médecin réaffecté selon l'article 3
Inscrire également l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19** *et consulter l'avis de facturation de cet article.*
De plus, si un service est rendu en télémédecine dans le cadre d'une réaffectation, consulter également l'avis de facturation de l'article 13.

AVIS : ***Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte***

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec un des emplois de temps suivants dans le champ Code d'activité *:*

- ***XXX369*** *Médecin infecté – Réaffectation services cliniques à distance,*
- ***XXX374*** *Médecin infecté – Services cliniques en télémédecine.*

Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*
Note *: La nature de service 291XXX n'est pas permise avec ces emplois de temps.*

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est effectué dans le cadre de la télémédecine en vertu de l'article 13, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu de rattache où vous avez facturé le per diem .*

7.3.2 Advenant l'impossibilité de dispenser des services en télémédecine et s'il ne peut être réaffecté, le médecin spécialiste doit demeurer disponible. Le médecin spécialiste doit pouvoir démontrer qu'il n'a pu effectuer aucune activité lors de cette période.

Durant cette période de disponibilité, le médecin spécialiste peut se prévaloir de la tarification forfaitaire pour un médecin spécialiste infecté qui est en disponibilité :

- Le médecin spécialiste est rémunéré selon un montant forfaitaire de 372 $ par chaque demi-journée pour laquelle il est disponible du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.

Une demi-journée de disponibilité s'entend d'une période de disponibilité d'au moins trois heures et demie, entre 7 h et 12 h ou entre 12 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement**;*
- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*
- le code ***291363*** *Forfait demi-journée – Médecin infecté disponible LE 241 dans le champ* Code d'activité.
Pour la plage horaire, cocher la case **AM** *ou* **PM** *et inscrire 1 heure dans le champ* Heures travaillées *(équivalent au tarif du forfait d'une demi-journée).*
***Note** : Maximum 2 heures par jour.*
** Le numéro d'établissement doit être différent d'un numéro de localité ainsi que d'un numéro de cabinet (5XXXX).*
***Note** : Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*

Le médecin qui bénéficie de ce mode de rémunération forfaitaire spécifique ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de cette même période. De plus, ce forfait n'est pas soumis aux dispositions de rémunération différentes prévues à l'Annexe 19.
Les demandes de paiement doivent être contresignées par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.

7.3.3 Le médecin spécialiste qui répond aux critères de l'article 7.3.2 a droit à la compensation de ses frais de cabinet à raison de 200 $ par jour de travail manqué en cabinet, du lundi au vendredi excluant les jours fériés.
Tout médecin spécialiste qui désire obtenir la compensation de ses frais de cabinet doit présenter une demande au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les 90 jours suivant le ou les jours manqués. À cette fin, il doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :

1. Une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de la présente lettre d'entente;
2. La documentation attestant les frais de cabinet encourus pendant cette période;
3. Les documents qui confirment l'annulation d'une journée de cabinet;
4. Une note d'un médecin attestant qu'il a été atteint du virus de la COVID-19 ainsi que la période pour laquelle il a été atteint;
5. D'autres documents pourraient être demandés par le comité paritaire au besoin.

7.4 Dès que le médecin spécialiste est en mesure de reprendre ses activités normales selon les directives de la Santé publique, le présent article cesse de s'appliquer.

8. MÉDECINS SPÉCIALISTES FAISANT L'OBJET D'UNE MISE EN QUARANTAINE POUR LA PROTECTION D'AUTRUI

8.1 Le présent article s'applique au médecin spécialiste qui fait objet d'une mise en quarantaine découlant des directives émises par la Santé publique afin de réduire les risques de propagation de la COVID-19, et non pour protéger le médecin spécialiste lui-même. Le médecin spécialiste mis en quarantaine doit informer une Personne autorisée de sa situation et fournir une attestation qui justifie de la nécessité d'isolement. L'attestation doit comprendre, notamment, la raison de la mesure d'isolement ainsi que la durée prévue. La période d'isolement est d'un maximum de 14 jours.
Lors de sa période d'isolement, le médecin spécialiste peut dispenser des services en télémédecine ou se rendre disponible auprès d'une Personne autorisée de son établissement.
Le médecin spécialiste en isolement peut alors se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'article 13 pour les activités réalisées en télémédecine ou des modalités de rémunération prévues à l'article 3 s'il est réaffecté selon les conditions prévues à cet article.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin faisant l'objet d'une mise en quarantaine dans le cadre de la COVID-19**.

Si vous êtes :

Médecin réaffecté (2020-12-07 au 2022-05-14; 2022-12-07 au 2023-06-30)

Inscrire également :

- *l'élément de contexte* **LE 241 - Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19**
- *le numéro de l'établissement auquel le médecin est réaffecté.*

De plus, si un service est rendu en télémédecine dans le cadre d'une réaffectation, consulter également l'avis de facturation de l'article 13.

Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte (3743) *et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché pour ce mode de rémunération;

- l'emploi de temps selon la situation :

- *XXX**375** Médecin en quarantaine – Réaffectation services cliniques à distance (2020-12-07 au 2022-05-14; 2022-12-07 au 2023-06-30)*
- *XXX**376** Médecin en quarantaine – Services cliniques en télémédecine.*

Note : Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.

*Note : La nature de service **291XXX** n'est pas permise avec ces emplois de temps.*

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est effectué dans le cadre de la télémédecine en vertu de l'article 13, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu de rattache où le* per diem *est facturé.*

8.2 Advenant l'impossibilité de dispenser des services en télémédecine et s'il ne peut être réaffecté, le médecin spécialiste doit demeurer disponible. Le médecin spécialiste doit pouvoir démontrer qu'il n'a pu effectuer aucune activité lors de cette période.

Durant cette période de disponibilité, le médecin spécialiste peut se prévaloir de la tarification forfaitaire pour un médecin spécialiste en isolement qui est en disponibilité :

- Le médecin spécialiste est rémunéré selon un montant forfaitaire de 372 $ par chaque demi-journée pour laquelle il est disponible du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.

Une demi-journée de disponibilité s'entend d'une période de disponibilité d'au moins trois heures et demie, entre 7 h et 12 h ou entre 12 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement**;*
- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*
- le code ***291364*** *Forfait demi-journée – Médecin en quarantaine disponible LE 241 dans le champ* Code d'activité.
Pour la plage horaire, cocher la case **AM** *ou* **PM** *et inscrire 1 heure dans le champ* Heures travaillées *(équivalent au tarif du forfait d'une demi-journée).*
Note : Maximum 2 heures par jour.
****** *Le numéro d'établissement doit être différent d'un numéro de localité ainsi que d'un numéro de cabinet (5XXXX).*
Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*

Le médecin qui bénéficie de ce mode de rémunération forfaitaire spécifique ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de cette même période. De plus, ce forfait n'est pas soumis aux dispositions de rémunération différentes prévues à l'Annexe 19.
Les demandes de paiement doivent être contresignées par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.
Cette modalité ne s'applique pas si le médecin spécialiste est mis en quarantaine pour avoir voyagé à l'étranger après le 16 mars 2020. Ce dernier doit respecter l'avis d'isolement, mais ne peut recevoir de compensation.
Le médecin spécialiste qui se prévaut de la rémunération prévue au présent article a droit à la compensation de ses frais de cabinet à raison de 200 $ par jour de travail manqué en cabinet, du lundi au vendredi excluant les jours fériés.
Tout médecin spécialiste qui désire obtenir la compensation de ses frais de cabinet doit présenter une demande au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les 90 jours suivant le ou les jours manqués. À cette fin, il doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :
1. Une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de la présente lettre d'entente;
2. La documentation attestant les frais de cabinet encourus pendant cette période;
3. Les documents qui confirment l'annulation d'une journée de cabinet;
4. Documents attestant que le médecin spécialiste a été en quarantaine pour la protection d'autrui ainsi que la période visée;
5. D'autres documents pourraient être demandés par le comité paritaire au besoin.

9. MESURES SPÉCIFIQUES POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES ENCEINTES

9.1 La médecin spécialiste enceinte qui exerce dans un lieu à risque pour sa grossesse, tel qu'identifié par la Santé publique, doit modifier ses activités de manière à éviter les risques identifiés. S'il s'avère impossible de ce faire, elle doit se rendre disponible auprès d'une Personne autorisée pour obtenir une affectation pour le même type d'activités, soit en télémédecine ou dans un milieu qui n'est pas à risque, ou encore pour une réaffectation dans un milieu sécuritaire.
Si elle est réaffectée, elle peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'article 3, et ce, selon les conditions prévues à cet article.
La médecin spécialiste peut dispenser des services en télémédecine. Elle peut alors se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'article 13 pour les activités réalisées en télémédecine.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire l'élément de contexte* **LE 241 – Service rendu par une médecin enceinte dans le cadre de la COVID-19**.

Vérifier si une des deux situations suivantes s'appliquent également :

1. Activité effectuée en télémédecine selon l'article 13
Consulter l'avis de facturation de cet article.

2. Médecin réaffecté selon l'article 3
Inscrire également l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu par un médecin réaffecté dans le cadre de la COVID-19** *et consulter l'avis de facturation de cet article.*
De plus, si un service est rendu en télémédecine dans le cadre d'une réaffectation, consulter également l'avis de facturation de l'article 13.

AVIS : ***Médecin rémunéré à tarif horaire~~, à salariat~~ ou selon le mode de rémunération mixte***
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)~~, la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)~~ ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec un des emplois de temps suivants dans le champ Code d'activité *:*

- ***XXX371*** *Médecin enceinte – Réaffectation services cliniques à distance,*
- ***XXX373*** *Médecin enceinte – Services cliniques en télémédecine,*
- ***XXX379*** *Médecin enceinte – Réaffectation services cliniques.*

Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*
Note *: La nature de service 291XXX n'est pas permise avec ces emplois de temps.*

Pour le mode de rémunération mixte, en plus du per diem*, si le service médical est effectué dans le cadre de la télémédecine en vertu de l'article 13, le lieu de dispensation doit correspondre au lieu de rattache où vous avez facturé le* per diem .

9.2 Advenant qu'il soit impossible pour la médecin spécialiste d'être en mesure de satisfaire aux énoncés de l'article 9.1 celle-ci pourra se prévaloir des dispositions suivantes, pour autant qu'elle transmette à son directeur des services professionnels et au comité paritaire un avis de retrait préventif émis par un médecin ainsi qu'une attestation de son chef de département qui justifie ce retrait et les démarches entreprises pour garder la médecin spécialiste enceinte active. Elle doit tout de même demeurer disponible.
Durant cette période de disponibilité, la médecin spécialiste peut se prévaloir de la tarification forfaitaire pour une médecin spécialiste enceinte qui est en disponibilité :

- La médecin spécialiste est rémunérée selon un montant forfaitaire de 372 $ par chaque demi-journée pour laquelle elle est disponible du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.
Une demi-journée de disponibilité s'entend d'une période de disponibilité d'au moins trois heures et demie, entre
7 h et 12 h ou entre 12 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement auquel vous êtes rattaché dans le champ Établissement;*
- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*
- le code ***291365*** *Forfait demi-journée – Médecin enceinte disponible LE 241 dans le champ* Code d'activité.

Pour la plage horaire, cocher la case **AM** *ou* **PM** *et inscrire 1 heure dans le champ* Heures travaillées *(équivalent au tarif du forfait d'une demi-journée).*
***Note** : Maximum 2 heures par jour.*
** Le numéro d'établissement doit être différent d'un numéro de localité ainsi que d'un numéro de cabinet (5XXXX).*
***Note** : Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*

La médecin qui bénéficie de ce mode de rémunération forfaitaire spécifique ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de cette même période.
De plus, ce forfait n'est pas soumis aux dispositions de rémunération différentes prévues à l'Annexe 19.
Les demandes de paiement doivent être contresignées par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.
Les dispositions du présent article s'appliquent à la médecin spécialiste enceinte qui est apte à travailler, selon les conditions suivantes :

- Pendant une période n'excédant pas 12 semaines
ou
- Jusqu'à la 16e semaine précédant la semaine où est prévu l'accouchement
ou
- La disposition prend fin lorsque la médecin spécialiste devient éligible à des prestations d'assurance-salaire.

Le médecin spécialiste qui se prévaut de la rémunération prévue au présent article a droit à la compensation de ses frais de cabinet à raison de 200 $ par jour de travail manqué en cabinet, du lundi au vendredi excluant les jours fériés.
Tout médecin spécialiste qui désire obtenir la compensation de ses frais de cabinet doit présenter une demande au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les 90 jours suivant le ou les jours manqués. À cette fin, il doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :
1. Une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de la présente lettre d'entente;
2. La documentation attestant les frais de cabinet encourus pendant cette période;
3. Les documents qui confirment l'annulation d'une journée de cabinet;
4. D'autres documents pourraient être demandés par le comité paritaire au besoin.

10. ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 ET ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT

10.1 Le médecin spécialiste qui participe, à la demande des instances de son établissement, à une réunion en lien avec la pandémie de la COVID-19 est rémunéré selon un tarif horaire de 211 $. La rémunération d'une heure d'activité nécessite une période d'activité continue de 60 minutes, à défaut de quoi elle n'est pas payable. Pour toute participation de plus d'une heure, le tarif horaire s'applique au prorata, par période de 15 minutes.

AVIS **:** *Du 1er novembre 2022 au 31 mars 2023*

Pour le temps consacré à une réunion en lien avec la pandémie

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est effectué à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu;

- le mode de rémunération ***TH****;*

- le code d'activité ***250380*** *Réunion en lien avec la pandémie LE 241.*

Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*

La préparation du médecin spécialiste pour une telle réunion ainsi que tout mandat découlant de cette réunion sont exclus. Les réunions doivent 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.
La participation d'un médecin spécialiste à une telle réunion peut être effectuée par une présence sur place, par le biais d'une vidéoconférence ou par conférence téléphonique.

10.2 Ce tarif horaire s'applique également pour le temps consacré à la réaffectation des effectifs médicaux dans le cadre de la pandémie de la COVID-19, jusqu'à un maximum de 4 heures par semaine, par médecin spécialiste. En cas de besoin, le nombre d'heures maximum consacrées à la réaffectation des effectifs médicaux pourra être augmenté de façon administrative par les parties négociantes. Le médecin spécialiste rémunéré pour la réaffectation des effectifs médicaux doit compléter les fichiers de données sur la plateforme ReaffectMD.

AVIS **:** *Du 1er novembre 2022 au 31 mars 2023*

Pour le temps consacré à la réaffectation des effectifs médicaux en lien avec la pandémie

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est effectué à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu;

- le mode de rémunération ***TH****;*

- le code d'activité ***250370*** *Réaffectation des effectifs médicaux LE 241.*

Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*

10.3 Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, ce tarif horaire est payable selon un supplément d'honoraires correspondant à 50 %.

AVIS **:** *Du 1er novembre 2022 au 31 mars 2023*

Pour le médecin rémunéré en mixte sur place ou en quarantaine

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est effectué à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu;

- le mode de rémunération ***TH****;*

- le code d'activité selon la situation :

- ***251380*** *Réunion en lien avec la pandémie LE 241 – Tarif 50 %,*
- ***251370*** *Réaffectation des effectifs médicaux LE 241 – Tarif 50 %.*

Pour le médecin à distance qui n'est pas en quarantaine

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service aurait normalement été rendu;

- le mode de rémunération ***TH****;*

- le code d'activité selon la situation :

- ***250389*** *Réunion effectuée à distance en lien avec la pandémie – Mode mixte 100 % LE 241,*
- ***250388*** *Réaffectation des effectifs médicaux effectuée à distance – Mode mixte 100 % LE 241.*

Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*

10.4 Le médecin qui se prévaut du présent article renonce alors à toute rémunération salariale qu'il pourrait recevoir d'autres sources pour ces activités.

10.5 Toute demande de paiement selon le présent article doit être contresignée par le chef de département clinique, le chef de service ou la personne qui en assume les responsabilités.

10.6 Pour les autres participations à des activités médico-administratives, le médecin spécialiste peut se prévaloir des modalités prévues au *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé*. Toutefois, nonobstant le troisième paragraphe de l'article 3 du protocole, la participation du médecin peut être effectuée par une plateforme de vidéoconférence autorisée par le MSSS ou par conférence téléphonique.

AVIS **:** *Du 1er novembre 2022 au 31 mars 2023*

Pour les activités médico-administratives

Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est effectué à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu;

- le mode de rémunération ***TH****;*

- le code ***51*** *Activité via vidéoconférence ou conférence téléphonique pour le champ* Secteur disp.

Voir les instructions de facturation dans le PA – Rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé *pour le champ* Code d'activité.

Note *: Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*

La rémunération prévue à ce protocole pour la participation au Comité pour l'achat d'équipements médicaux spécialisés et pour le Comité sur des projets cliniques immobiliers demeure suspendue.

10.7 Dans le cadre de la reprise de certaines activités d'enseignement, les activités visées à l'article 11 de la partie II du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes* peuvent être réalisées par une plateforme web.

AVIS **:** ***Pour les activités d'enseignement***
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement où le service est rendu ou, si le service est effectué à distance, le numéro de l'établissement où il aurait normalement été rendu dans le champ Établissement*;*
- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*
- le code **52** *Activité enseignement via plateforme web pour le champ* Secteur disp.
Voir les instructions de facturation dans le PA – Rémunération de certaines activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes pour le champ Code d'activité.
***Note** : Pour les instructions de facturation sur les plages horaires ou les instructions concernant les moyens de transmission, voir l'avis au début de la présente lettre d'entente.*

Les activités prévues aux articles 11.1.5 et 11.1.6 de de la partie II du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes* demeurent suspendues et non rémunérées.

11. WEBINAIRES FMSQ EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE DE LA COVID-19, DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

11.1 Le médecin spécialiste qui n'a pu assister en direct à une activité en ligne admissible à l' Annexe 19 en raison d'une situation liée à la pandémie de la COVID-19 (incluant une pénurie d'effectifs médicaux qui en résulte) est autorisé à assister en différé à ladite activité dans les 7 jours suivants la diffusion de celle-ci. Le médecin spécialiste utilise la rémunération prévue à l'Annexe 19, pourvu que l'activité soit en conformité avec les conditions prévues à cette entente.

11.2 Le médecin spécialiste participant à un webinaire organisé par la FMSQ en lien avec la pandémie de la
COVID-19 est rémunéré selon une rémunération horaire de 140 $.

42195 Webinaire de la FMSQ en lien avec la pandémie de la COVID-19, par heure complétée 140,00 $
Maximum 1 heure par semaine, du lundi au dimanche.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin du service;
- l'élément de contexte approprié, selon la situation :
- **Webinaire – Le médecin a assisté en direct**,
- **Webinaire – Le médecin a assisté en différé**;
- l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'un webinaire de la FMSQ (code de facturation ***42195****).*

11.3 Le médecin qui se prévaut de la modalité prévue à l'article 11.2 ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de cette même période.

11.4 La plateforme de webdiffusion doit être en mesure de confirmer et d'émettre une preuve de la présence en ligne du participant pendant la période de la formation. Le médecin spécialiste doit conserver les pièces justificatives et les fournir sur demande de la Régie.
Les webinaires prévus à l'article 11.2 peuvent être effectués en différé dans les 7 jours suivant la diffusion de ceux-ci.
Pour l'exception prévue à l'article 11.1, concernant la webdiffusion effectuée en différé, le médecin spécialiste doit aussi fournir l'attestation d'une Personne autorisée qui confirme qu'il n'a pu assister à l'activité en raison des conditions énumérées à l'article 11.1.
11.5 ***Abrogé*** *en date du 1er janvier 2022 par la* Modification 102
Nonobstant l'article 3.5 de l'Annexe 44, le médecin spécialiste qui participe à un webinaire de la FMSQ en lien avec la pandémie de la COVID-19 n'a pas à donner un préavis d'un mois à son chef de département ou de service. Toutefois, la participation à ce webinaire ne doit pas impacter l'organisation des services et la prestation de soins aux patients.

11.6 Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, le tarif horaire prévu à l'article 11.2 est payable selon un supplément d'honoraires correspondant à 50 %.

11.7 Le tarif horaire prévu à l'article 11.2 n'est pas sujet à la majoration de rémunération différente.

12. GARDE EN SUPPORT EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

12.1 Pour éviter la propagation du virus de la COVID-19, les parties négociantes conviennent qu'une garde en support peut être autorisée, en vertu de l'article 3.2 de l'Annexe 25, selon les conditions suivantes :
- S'applique uniquement en médecine interne, en anesthésiologie, en chirurgie générale et en obstétrique-gynécologie;
- S'applique aux centres hospitaliers désignés ou en vue d'être désignés par le MSSS pour la prise en charge hospitalière de patients confirmés ou soupçonnés d'être infectés par COVID19;
- S'applique aux centres hospitaliers pour lesquels une garde locale est déjà autorisée dans l'une des spécialités visées;
- S'applique si une liste de garde complète débutant le 16 mars et se terminant le 31 décembre 2020 est transmise au comité conjoint chargé de l'application de l'Annexe 25.
- Pour les autres spécialités et dans l'éventualité où une installation doit avoir recours en urgence à un collègue de la même spécialité et afin d'assurer un maintien d'activités, la Personne autorisée peut adresser une demande auprès du comité conjoint chargé de l'application de l'Annexe 25.

12.2 Le présent article ne s'applique pas :
- Pour les centres hospitaliers dont plus d'une garde locale est déjà autorisée dans cette spécialité;
- Pour les centres hospitaliers dont une garde en support est déjà autorisée dans cette spécialité.

13. SERVICES MÉDICAUX RENDUS PAR VOIE DE TÉLÉCOMMUNICATION

13.1 Dans le cadre de la pandémie de la COVID-19, les médecins spécialistes peuvent facturer les services médicaux effectués à distance en lien avec la pandémie de la COVID-19 par téléphone ou visio-consultation, et ce, conformément aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et au Guide de la télémédecine du Collège des médecins du Québec. Le médecin spécialiste et la personne assurée doivent être présents sur le territoire québécois lors de la prestation du service médical. Cependant, les services médicaux rendus par voie de télécommunication qui sont dispensés auprès de la clientèle qui réside au Québec sont aussi permis pour les médecins spécialistes qui pratiquent dans les régions limitrophes.

13.2 Le médecin spécialiste exerçant à l'aide de la télémédecine peut facturer les services médicaux selon les modalités des ententes visées ci-dessous. Les services réalisés en télémédecine peuvent s'effectuer à partir d'un établissement du réseau de la santé, d'un cabinet ou du domicile du médecin. Les services rendus auprès de la clientèle hospitalière ambulatoire, qu'ils soient effectués à partir d'un établissement du réseau de la santé ou à partir de tout lieu qui permet au médecin spécialiste de respecter ses obligations professionnelles, sont rémunérés selon la tarification applicable en clinique externe.
Les services rendus auprès de la clientèle du cabinet, qu'ils soient effectués à partir du cabinet, d'un établissement du réseau de la santé ou de tout lieu qui permet au médecin spécialiste de respecter ses obligations professionnelles, sont rémunérés selon la tarification applicable en cabinet. Toutefois, le médecin spécialiste doit pouvoir démontrer que ses frais de cabinet continuent de courir durant cette période.

AVIS : ***Médecin rémunéré à l'acte***

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.

1. ***Pour les services rendus auprès de la clientèle du cabinet****, inscrire :*

   - l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle du cabinet dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*

   - pour le lieu de dispensation, le numéro du cabinet, ou le code de localité et le type de lieu Cabinet*;*

   Si les frais de cabinet ne continuent pas de courir, inscrire :

   - pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement fictif ***99111;***

   - le secteur d'activité Clinique externe*;*

2. ***Pour les services rendus auprès de la clientèle hospitalière****, inscrire :*

   - l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*

   - pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché;

   - le secteur d'activité Clinique externe.

Pour les services rendus par un médecin faisant l'objet d'une mise en quarantaine, consulter également l'avis de facturation sous l'article 8.1.

AVIS : ***Médecin rémunéré selon le mode de tarif horaire ou rémunération mixte***

Pour la facturation du per diem *(Annexe 38), du montant forfaitaire (Annexe 40) et des codes d'activité :*

- utiliser la Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) ou la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215);*

- inscrire :

- le numéro de l'établissement dans le champ Établissement,

- le secteur de dispensation Activités par voie de télécommunication, code **53** *dans le champ* Secteur dispensation.

Pour la facturation d'un service médical effectué par voie de télécommunication à partir du lieu où le médecin détient un contrat selon le mode de rémunération mixte :

- utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes*;*

- inscrire :

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation,**

- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement où le médecin détient un contrat au mode mixte,

- le secteur d'activité Clinique externe,

- l'heure de début du service.

Si le médecin rend des services par voie de télécommunication ailleurs qu'à partir du lieu où il détient un contrat selon le mode de rémunération mixte, il doit facturer à l'acte uniquement. Aucun per diem *(Annexe 38) ni montant forfaitaire (Annexe 40) n'est permis.*

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*

- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement fictif ***99121****;*

- le secteur d'activité Clinique externe.

Les ententes visées sont :

- Annexe 4 – Tarif de la médecine et de la chirurgie;
- Annexe 6 – Tarif de la médecine et de la chirurgie;
- Annexe 11 – Lettres d'entente :
    - Lettre d'entente n° 5 - Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel;
    - Lettre d'entente n° 6 - Évaluation médico-psycho-sociale;
    - Lettre d'entente n° 64 - La rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes suivant la loi sur la protection de la jeunesse;
    - Lettre d'entente n° 161 A - Concernant la rémunération du médecin spécialiste en pédiatrie qui dispense des services à la clientèle dans un centre de pédiatrie sociale en communauté;

- ***AVIS*** **:** *Les parties négociantes ont convenu d'ajouter la* Lettre d'entente nº 161 C - Concernant la rémunération du médecin spécialiste qui dispense des services en soins palliatifs *à l'exception des codes de facturation 17000 à 17006 à compter du 1er novembre 2024.*

AVIS **:** *Aucun secteur d'activité ne doit être inscrit pour les services rendus par voie de télécommunication de la Lettre d'entente nº 161 A ni pour ceux rendus dans le cadre de la Lettre d'entente nº 161 C dans un établissement sans secteur d'activité.*

- Lettre d'entente nº 172 - La rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes;
- Lettre d'entente nº 241 - Concernant les modalités de rémunération des médecins spécialistes dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 (sars-cov-2) : Seule la tarification prévue à l'article 6 pour les cliniques de grippe, SNT ambulatoire ou cliniques externes.

- Annexe 14 — Entente auxiliaire concernant les services fournis par un médecin spécialiste dans le cadre du programme de santé publique;
- Annexe 15 — Entente auxiliaire relative aux honoraires forfaitaires;
- Annexe 24 — Rémunération des services médico-administratifs visés par la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la loi sur les accidents du travail et la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels;
- Annexe 38 — Concernant l'instauration du mode de rémunération mixte

Exceptionnellement, la facturation du mode de rémunération mixte en télémédecine à l'extérieur d'un établissement du réseau de santé ou du cabinet, est permise uniquement pour le médecin spécialiste apte à travailler qui est infecté par la COVID-19, le médecin spécialiste apte à travailler faisant l'objet d'une mise en quarantaine pour la protection d'autrui et la médecin spécialiste enceinte apte à travailler.

AVIS **:** ***Pour la facturation du* per diem *et des codes d'activité***
Utiliser la Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*
- le code d'activité selon la situation du médecin;
- le secteur de dispensation Activités par voie de télécommunication, code 53 *dans le champ* Secteur dispensation.

Pour la facturation des services médicaux
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*
- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement auquel le médecin est rattaché et dans lequel il détient un contrat au mode mixte;
- le secteur d'activité Clinique externe*;*
- l'heure de début du service.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte*** *et qui n'est pas visé par l'une des situations citées ci-dessus*
Si le médecin rend des services ailleurs que dans le lieu où il détient un contrat selon le mode de rémunération mixte, facturer à ***l'acte uniquement.*** *Aucun* per diem *n'est permis*.
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*
- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement fictif ***99121;***
- le secteur d'activité Clinique externe.

- Annexe 40 — Concernant l'instauration du mode de rémunération mixte en médecine d'urgence
Exceptionnellement, la facturation du mode de rémunération mixte en médecine d'urgence, en télémédecine, à l'extérieur d'un établissement du réseau de santé ou du cabinet, est permise uniquement pour le médecin spécialiste apte à travailler infecté par la COVID-19, le médecin spécialiste apte à travailler faisant l'objet d'une mise en quarantaine pour la protection d'autrui et la médecin spécialiste enceinte apte à travailler.

AVIS **:** ***Pour la facturation du montant forfaitaire et des codes d'activité***
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
- le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché pour ce mode de rémunération dans le champ Établissement*;*
- le code d'activité précisé selon la situation du médecin;
- le secteur de dispensation Activités par voie de télécommunication, code 53 *dans le champ* Secteur dispensation.

Pour la facturation des services médicaux
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation;**
- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement auquel le médecin est rattaché et dans lequel il détient un contrat au mode mixte;
- le secteur d'activité Clinique externe*;*
- l'heure de début du service.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte*** *et qui n'est pas visé l'une des situations ci-dessus*
Si le médecin rend des services ailleurs que dans le lieu où il détient un contrat selon le mode de rémunération mixte, facturer à ***l'acte uniquement****. Aucun montant forfaitaire n'est permis*.
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* ***Télémédecine par téléphone*** *ou* ***Télémédecine par visioconsultation;***
- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement fictif ***99121;***
- le secteur d'activité Clinique externe.

- Annexe 41 — Entente auxiliaire concernant la rémunération des médecins spécialistes dans les centres de traitement de la douleur chronique

AVIS : *Inscrire le secteur d'activité* Centre de douleur chronique.

- Annexe 48 - Visant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes qui agissent comme pédiatres répondants ou pédiatres consultants dans le cadre du programme Agir tôt
- Au besoin, les parties pourront convenir d'ajouter d'autres ententes à cette liste, de manière administrative.

13.3 Les limitations suivantes s'appliquent pour la télémédecine :

Un médecin spécialiste ne peut facturer plus de 300 $ par heure complétée de télémédecine. Pour la dernière heure, le médecin spécialiste ne peut facturer plus de 75 $ par quinze minutes complétées de télémédecine. L'heure du début et de fin de chaque service devra être inscrite. (***Abrogé en date du 1er janvier 2023 par la* Modification 106**)

Le médecin spécialiste rémunéré au mode de rémunération mixte ne peut facturer plus de 195 $ par heure complétée de télémédecine. Pour la dernière heure, le médecin spécialiste ne peut facturer plus de 48,75 $ par quinze minutes complétées de télémédecine. L'heure du début et de fin de chaque service devra être inscrite. (***Abrogé en date du 1er janvier 2023 par la* Modification 106**)

Dans le cadre de cette lettre d'entente et nonobstant les règles 5, 6 et 18 du préambule général, l'examen physique n'est pas nécessaire pour la facturation de la visite principale et de la consultation en télémédecine. Si un examen physique est jugé nécessaire, alors le patient devra être vu en personne.

13.4 *Abrogé en date du 1er janvier 2023 par la* Modification 106

Pour un même patient, le temps peut être cumulé même s'il est discontinu. Une note à cet effet doit être consignée.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Temps du service discontinu en télémédecine**.

Pour l'heure de fin, inscrire l'heure correspondant à l'heure de début du service plus le temps cumulé pour l'ensemble des périodes du service.

13.5 Les services dispensés en télémédecine ne peuvent être majorés selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.

13.6 Les services de téléinterprétation dispensés à distance par un médecin spécialiste ne sont pas sujets au présent article, mais sujets aux balises du Protocole d'accord concernant la télémédecine. Les services de téléinterprétation sont considérés comme étant l'interprétation d'images, d'examens ou de tests prévus à l'Accord-cadre et réalisés sans la présence du patient.

13.7 Le médecin spécialiste qui prend en charge, lors de sa pratique en établissement, des patients hospitalisés à domicile peut se prévaloir de la tarification applicable en hospitalisation pour les services rendus à distance. Les parties négociantes désignent les établissements visés par cette mesure.

AVIS **:** *La liste des établissements visés est disponible à la page* Listes de désignation et listes de garde.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialiste *et inscrire :*

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière à domicile dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation**;

- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement auquel le médecin est rattaché;

- le secteur d'activité Unité de soins généraux et spécialisés.

AVIS : ***Médecin rémunéré selon le mode de tarif horaire ou la rémunération mixte***

Pour la facturation du* per diem *(Annexe 38), du montant forfaitaire (Annexe 40) et des codes d'activité

Utiliser la Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) ou la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*.

Inscrire :

- *le numéro de l'établissement dans le champ* Établissement;

- le secteur de dispensation Activités par voie de télécommunication, code 53 *dans le champ* Secteur dispensation.

Pour la facturation du service médical effectué par voie de télécommunication

Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*

- l'élément de contexte **LE 241 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalière à domicile dans le cadre de la COVID-19** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation**;

- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement où le médecin détient un contrat au mode mixte;

- le secteur d'activité Unité de soins généraux et spécialisés;

- l'heure de début du service.

13.8 Les services rendus par téléphone sont payés à 90 %.

14. MODALITÉ DE RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

14.1 Pour les services réalisés à distance la rémunération différente de l'Annexe 19 est appliquée selon le lieu où le médecin aurait normalement dispensé ce service.

AVIS **:** *Si le lieu où le service aurait normalement été rendu est situé dans un territoire dont le taux de majoration en vertu de l'Annexe 19 est différent de celui du lieu de dispensation, inscrire :*
- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement auquel le médecin est rattaché;
- le secteur d'activité Clinique externe*;*
- pour le lieu en référence :
- le type Lieu où se trouve le patient (télémédecine),
- le numéro de l'établissement où le service serait normalement rendu.

Cependant, la rémunération différente ne s'applique pas pour les services rendus dans un lieu de pratique inhabituel (article 2), dans le cadre d'une réaffectation (article 3) ou dans un CMS (article 4).

15. RÉMUNÉRATION DANS LES ENDROITS DÉSIGNÉS

La rémunération des visites en CMS 108, en Cabinet 108 et en LIM 108 est établie, selon la tarification applicable en hospitalisation pour les cas de chirurgie et en clinique externe pour les cas associés à des PDT. Tous les services rendus dans ces endroits sont considérés comme étant rendus en établissement.
Le médecin spécialiste qui est appelé à dispenser des services dans un CMS 108, dans un cabinet 108 ou dans un LIM 108 est rémunéré selon son mode de rémunération actuel en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes).

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***
Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.
Pour ***les chirurgies et les visites associées à celles-ci*** *:*
- inscrire le secteur d'activité Unité de soins généraux et spécialisés*;*
- utiliser une visite de la section Hospitalisation *de la spécialité du médecin;*
- pour la date d'entrée en établissement, utiliser la date de la visite.

Pour ***les PDT et les visites associées à ceux-ci*** *:*
- inscrire le secteur d'activité Clinique externe*;*
- utiliser une visite de la section Externe *de la spécialité du médecin.*

Pour ***tout autre service****, inscrire le secteur d'activité* Clinique externe.

AVIS **:** *La liste des centres médicaux spécialisés (CMS), cabinets privés ou laboratoires d'imagerie médicale (LIM) ayant conclu une entente en vertu de l'article 108 de la LSSSS est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

AVIS : ***Médecin rémunéré à tarif horaire ou selon le mode de rémunération mixte***
Pour la facturation du ***per diem (Annexe 38)****, du* ***montant forfaitaire (Annexe 40)*** *et des codes d'activité, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*

- le numéro du CMS 108, du cabinet 108 ou du LIM 108 dans le champ Établissement;

- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec un des emplois de temps suivants dans le champ Code d'activité *:*

- ***XXX356*** *Services médicaux ou chirurgies dans un centre médical spécialisé 108 (CMS 108),*
- ***XXX378*** *Services à distance dans un centre médical spécialisé 108 (CMS 108),*
- ***XXX391*** *Services rendus dans un cabinet privé 108 (Cabinet 108),*
- ***XXX392*** *Services à distance rendus dans un cabinet privé 108 (Cabinet 108),*
- ***XXX393*** *Services rendus en laboratoires d'imagerie médicale (LIM108),*
- ***XXX394*** *Services à distance rendus en laboratoires d'imagerie médicale (LIM108).*

Note *: La nature de service* ***291XXX*** *n'est pas permise avec ces emplois de temps.*

Pour la facturation des services médicaux, suivre les instructions ci-dessus pour le ***médecin rémunéré à l'acte****.*

AVIS **:** *La liste du pool de service dans le cadre de la reprise des chirurgies en CMS 108, en cabinet 108 ou en LIM 108 est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

De plus, un responsable autorisé au plan de délégation de l'établissement doit nous transmettre les informations relatives à l'autorisation d'un membre en pool de service au moyen du formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en « pool de service » ou en urgence (Spécialistes) *(3121).*

Les prestations de soins dispensés en CMS 108, dans un cabinet 108 ou dans un LIM 108 ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés en urgence, mais donnent droit au remboursement des frais de déplacement en conformité avec l'annexe 23.

16. RATTRAPAGE DES ACTIVITÉS MÉDICALES

16.1 Dans le cadre du rattrapage des activités médicales occasionné par le délestage dû à la pandémie de la COVID-19, des modalités particulières de rémunérations ont été convenues pour les jours fériés et les fins de semaine.

AVIS **:** *Pour la facturation des activités médicales effectuées dans le cadre du rattrapage, utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire l'élément de contexte* **LE 241 – Service rendu dans le cadre du rattrapage des activités médicales**.

Le médecin spécialiste, qu'il soit rémunéré au mode mixte ou à l'acte, ne peut se prévaloir des modalités prévues aux articles 2 à 5 de la présente lettre d'entente lorsqu'il effectue des activités de rattrapage les jours fériés et les fins de semaine.

Pour le médecin spécialiste désigné au mode de rémunération mixte dans une installation où ce mode de rémunération est autorisé, la rémunération suivante s'applique le samedi, le dimanche ou un jour férié. De plus, dans un CMS108, un cabinet 108 ou dans un LIM108 où le mode de rémunération mixte est autorisé, la rémunération suivante s'applique le samedi, le dimanche ou un jour férié :

Le médecin spécialiste reçoit l'équivalent du demi-per diem qui est de 372 $ pour une période d'activité de trois heures et demie, entre 7 h et 17 h ou 7 h et 15 h pour le médecin spécialiste en anesthésiologie. Un maximum de deux demi-per diems est facturable par jour, par médecin spécialiste.

42080 Demi-per diem samedi, le dimanche ou un jour férié 372 $

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*

Les activités médicales effectuées dans la cadre du rattrapage le samedi, le dimanche ou un jour férié sont rémunérées selon les modalités prévues à l'article 3 de l'Annexe 38, qui font notamment référence aux suppléments d'honoraires et aux modalités particulières de l'anesthésiologie. Sont aussi rémunérées à pourcentage les activités réalisées qui sont prévues dans les différentes ententes où un supplément d'honoraires est applicable.

AVIS **:** *Pour tous les services facturés le même jour qu'un demi-*per diem*, inscrire l'heure de début du service.*

Pour les services facturés entre 7 h et 17 h ou entre 7 h et 21 h pour le médecin spécialiste en anesthésiologie, inscrire l'élément de contexte **Facturation d'un demi-per diem de la LE 241 au cours de la journée**.

16.2 Lorsqu'un médecin spécialiste effectue des activités dans le cadre du rattrapage un samedi, un dimanche ou un jour férié, et ce, peu importe qu'il soit rémunéré à l'acte ou au mode de rémunération mixte, il ne peut se prévaloir, des honoraires majorés en urgence pour ces activités de rattrapage.

Le médecin spécialiste qui se prévaut d'un supplément de garde prévu à l'Entente ne peut bénéficier de la modalité prévue au présent article et doit facturer toutes ses activités à l'acte (activités de rattrapage et activités dans le cadre de la garde)

Pour le médecin spécialiste en anesthésiologie, qu'il soit rémunéré au mode mixte ou à l'acte, il ne peut se prévaloir de la majoration prévue à l'article 12.2 de la Règle 12 de l'Addendum 8 durant les activités de rattrapage, mais il a toutefois droit à la majoration prévue à l'article 12.1 de cette même règle.

Le présent article ne peut s'appliquer au médecin spécialiste en médecine d'urgence.

Dans le cadre du rattrapage des activités médicales, si le médecin spécialiste effectue des activités dans une autre installation que celle où il exerce principalement, ce dernier doit se prévaloir du mode de rémunération qui s'applique à l'installation où il effectue les activités.

Les parties négociantes peuvent toutefois convenir d'une exception à cette règle, tel que le prévoie l'article 16.1 de l'Annexe 38.

17. PROTECTION DE LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

17.1 Dans le cadre de la pandémie de la COVID-19, un médecin spécialiste qui, à la demande d'un établissement ou
du MSSS, exerce des activités médicoadministratives liées directement à la pandémie bénéficie du régime de protection

ci-après décrit :
Sauf en cas de faute intentionnelle ou de faute lourde, le MSSS s'engage à prendre fait et cause pour le médecin spécialiste et à assurer sa défense dans le cadre de toute réclamation dirigée contre lui qui résulte de l'exercice d'une activité
médico-administrative ainsi qu'à le tenir quitte et indemne de tous dommages, frais et dépenses qui y sont reliés. Toutefois, cette protection ne s'applique pas si, à l'égard d'une réclamation donnée, le médecin spécialiste bénéficie de la protection offerte par l'Association canadienne de protection médicale, une compagnie d'assurance ou le Programme d'assurance responsabilité professionnelle des administrateurs et dirigeants du Réseau de la santé et des services sociaux.

18. COMITÉ PARITAIRE

18.1 Les parties négociantes forment un comité paritaire aux fins de l'application de la présente lettre d'entente. Les parties nomment chacune 2 représentants.

19. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

19.1 Les mesures entrent en vigueur le 7 décembre 2020.
Les parties déterminent les dates d'application de la présente lettre d'entente et en informent la Régie.

20. AVIS DES PARTIES NÉGOCIANTES

20.1 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et concernant toutes les mesures prévues à la présente.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2020

CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe - Modalités d'application de la rémunération à tarif horaire

AVIS **:** *D u 1er novembre 2022 au 31 mars 2023, la mesure est permise dans les cliniques d'évaluation pédiatrique (CDP) et les sites non traditionnels (SNT) désignés en vertu de l'article 2. Voir les instructions de facturation ci-dessous et utiliser le code de facturation* ***42187*** *ou* ***42190,*** *s'il y a lieu.*

Également, Du 7 décembre 2022 au 31 mars 2023, la mesure est permise pour un médecin réaffecté en vertu de l'article 3. Voir les instructions de facturation ci-dessous et utilser le code de facturation ***42188*** *ou* ***42191,*** *s'il y a lieu.*

Le médecin spécialiste visé aux articles 2, 3 et 4 de la présente Lettre d'entente peut se prévaloir des mesures dont les modalités sont prévues dans la présente annexe.
Le médecin spécialiste dont la rémunération n'atteint pas pour la période visée par l'une des Mesures, un équivalent horaire moyen de 211 $ pour l'ensemble des heures travaillées et complétées voit sa rémunération ajustée pour atteindre ce seuil.

Le médecin spécialiste facture les codes d'actes effectués pendant ses heures travaillées et complétées en une ou plusieurs périodes, comme il le ferait en temps normal, et indique le nombre d'heures complétées et travaillées pendant l'ensemble de ces périodes. La Régie ajuste ensuite la rémunération du médecin spécialiste lorsque cette dernière n'atteint pas le seuil déterminé par les Mesures. Le médecin spécialiste peut également soumettre lui-même sa demande de rémunération en vertu de l'une des Mesures, auquel cas la Régie la traite comme toute autre demande de rémunération.
Les parties reconnaissent que certains médecins spécialistes ne pourront facturer aucun code d'acte pendant les heures travaillées et complétées, particulièrement lorsqu'ils pratiquent en dehors de leur spécialité habituelle, auquel cas les Mesures s'appliqueront à partir d'une facturation quotidienne à 0 $.
Est incluse dans le calcul pour atteindre le seuil visé par les Mesures, la rémunération prévue aux ententes suivantes :

- Annexe 4 – Tarif de la médecine et de la chirurgie;
- Annexe 5 – Addendum 3 - Biochimie et Addendum 5 - Microbiologie-infectiologie;
- Annexe 6 – Tarif de la médecine et de la chirurgie, à l'exception des services médicaux codés 17000 à 17006;
- Annexe 11 – Lettre d'entente nº 241, article 6;
- Annexe 7 – Nomenclature et tableau d'honoraires en biochimie;
- Annexe 19 – Les dispositions de rémunération différentes;
- Annexe 38 – Le montant du per diem ou demi per diem;
- Annexe 40 – Le montant forfaitaire.

Pour la Mesure de maintien de l'article 4, la rémunération prévue aux ententes suivantes est également incluse dans le calcul pour atteindre le seuil visé :

- Annexe 11 – Lettre d'entente nº 5 - Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel;
- Annexe 11 – Lettre d'entente nº 6 - Évaluation médico-psycho-sociale;
- Annexe 11 – Lettre d'entente nº 102 - Concernant la prestation de soins au sein de certains centres hospitaliers en pénurie grave d'effectifs;
- Annexe 11 – Lettre d'entente nº 112 - Concernant la prestation de soins dans certaines disciplines et installations visées;
- Annexe 11 – Lettre d'entente nº 132 - Concernant la garde en disponibilité en chirurgie générale dans certains centres hospitaliers;
- Annexe 11 – Lettre d'entente nº 172 - La rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes;
- Annexe 11 – Lettre d'entente nº 233 - Concernant la prestation continue des services chirurgicaux en chirurgie générale dans les installations du Québec : Montants forfaitaires prévus aux articles 1.2.1 et 3.2.2;
- Annexe 11 – Lettre d'entente nº 234 - Concernant la prestation continue des services obstétricaux par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie : Montants forfaitaires prévus aux articles 1.2.1 et 3.2.2;
- Annexe 24 – Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la loi sur les accidents du travail et la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels;
- Annexe 41 – Entente auxiliaire concernant la rémunération des médecins spécialistes en anesthésiologie dans les centres de traitement de la douleur chronique;
- Annexe 45 – Concernant la mise en place d'un plan de remplacement provincial en anesthésiologie réanimation : Montants forfaitaires prévus aux articles 1.3 et 3.3 pour le médecin qui est déployé.

La rémunération prévue aux ententes suivantes n'est pas admissible aux Mesures et ne peut être facturée au cours de la même journée où le médecin spécialiste se prévaut de l'une de ces Mesures :

- Celles relatives aux activités de laboratoires visées par un mode de rémunération spécifique prévues au manuel Services de laboratoire en établissement (SLE), exception faite des activités prévues aux annexes suivantes :
  - Annexe 5 – Addendum 3 - Biochimie et Addendum 5 – Microbiologie-infectiologie;
  - Annexe 7 – Nomenclature et tableau d'honoraires en biochimie;
- Celles relatives à la pratique du médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

La rémunération spécifique prévue aux ententes suivantes n'est pas admissible aux Mesures et ne peut être facturée au cours de la même période où le médecin spécialiste se prévaut de l'une de ces Mesures :

- Annexe 38 - Le montant du per diem ou demi per diem lorsque facturé seul;
- Annexe 40 - Le montant forfaitaire lorsque facturé seul.

Toute autre modalité de rémunération prévue à l'Accord-Cadre n'est pas admissible à la Mesure, mais peut être facturée au cours de la même journée, pour autant que les activités soient réalisées au cours de périodes différentes.

42187	Mesure dans les lieux de pratique inhabituels, par unité monétaire	1 $
42188	Mesure pour réaffectation, par unité monétaire	1 $
42189	Mesure de maintien, par unité monétaire	1 $
42190	Supplément pour les services rendus entre 20 h et 8 h dans un lieu de pratique inhabituel, par heure travaillée et complétée	42,20 $
42191	Supplément pour les services rendus entre 20 h et 8 h lors d'une réaffectation, par heure travaillée et complétée	42,20 $
42192	Supplément pour les services rendus entre 20 h et 8 h dans une installation et une spécialité désignées, par heure travaillée et complétée	42,20 $

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***

Pour la facturation de la mesure, inscrire :

- l'heure de début et l'heure de fin de la période;

- un nombre d'unités monétaires égal à 0.

Lorsqu'une période chevauche minuit, diviser la période sur 2 lignes de facture, l'une ayant une heure de fin à minuit et l'autre ayant une heure de début à minuit.

Pour la facturation du supplément :

- inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période.

Lorsqu'une période chevauche minuit, diviser la période sur 2 lignes de facture, l'une ayant une heure de fin à minuit et l'autre ayant une heure de début à minuit. Toutefois, si la période terminant à minuit ne couvre pas une heure complète, l'heure de fin peut dépasser minuit du nombre de minutes nécessaires pour obtenir une heure complète. Dans ce cas, la seconde période doit avoir une heure de début égale à l'heure de fin de la première période. Au besoin, consulter l'annexe de l'infolettre 241 pour des exemples de facturation.

Si plusieurs périodes ou plus d'une mesure sont facturées pour une même journée, facturer tous les codes sur la même facture. Inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'une mesure.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte (annexes 38 et 40)***

Pour la facturation de la mesure et des services médicaux, utiliser la Facture de services médicaux –Médecins spécialistes *:*

- pour le lieu de dispensation, inscire le numéro d'établissement auquel le médecin est rattaché et dans lequel il détient un contrat au mode mixte;

- les périodes des mesures doivent être séparées selon les plages suivantes :

Pour l'Annexe 38 : de 0 h à 7 h, de 7 h à 17 h et de 17 h à 0 h,

Pour l'Annexe 40 : de 0 h à 8 h, de 8 h à 16 h et de 16 h à 0 h.

Le médecin doit nous informer de la rémunération reçue pour ces annexes à l'aide d'éléments de contexte.

Pour l'Annexe 8, inscrire l'un des éléments de contexte suivants lorsque la période facturée est entre 7 h et 17 h :

- Aucun per diem ou demi-per diem de l'Annexe 38 facturé au cours de la période*;*

- Demi-*per diem* de l'Annexe 38 facturé au cours de la période*;*

- *Per diem* de l'Annexe 38 facturé au cours de la période.

Pour l'Annexe 40, inscrire l'un des éléments de contexte suivants :

- **Aucun code d'activité de l'Annexe 40 ailleurs qu'à la salle d'urgence facturé au cours de la période*;***

- **1 heure d'activité de l'Annexe 40 facturée ailleurs qu'à la salle d'urgence au cours de la période;**

- **2 heures d'activité de l'Annexe 40 facturées ailleurs qu'à la salle d'urgence au cours de la période*;***

- **3 heures d'activité de l'Annexe 40 facturées ailleurs qu'à la salle d'urgence au cours de la période*;***

- **4 heures d'activité de l'Annexe 40 facturées ailleurs qu'à la salle d'urgence au cours de la période*;***

- **5 heures d'activité de l'Annexe 40 facturées ailleurs qu'à la salle d'urgence au cours de la période*;***

- **6 heures d'activité de l'Annexe 40 facturées ailleurs qu'à la salle d'urgence au cours de la période*;***

- **7 heures d'activité de l'Annexe 40 facturées ailleurs qu'à la salle d'urgence au cours de la période*;***

- **8 heures d'activité de l'Annexe 40 facturées ailleurs qu'à la salle d'urgence au cours de la période.**

Inscrire également l'un des éléments de contexte suivants :

- **Aucun code d'activité 077113 de l'Annexe 40 à la salle d'urgence facturé au cours de la période;**

- **1 heure d'activité (code 077113) de l'Annexe 40 facturée à la salle d'urgence au cours de la période*;***

- **2 heures d'activité (code 077113) de l'Annexe 40 facturées à la salle d'urgence au cours de la période*;***

- **3 heures d'activité (code 077113) de l'Annexe 40 facturées à la salle d'urgence au cours de la période*;***

- **4 heures d'activité (code 077113) de l'Annexe 40 facturées à la salle d'urgence au cours de la période***;*
- **5 heures d'activité (code 077113) de l'Annexe 40 facturées à la salle d'urgence au cours de la période***;*
- **6 heures d'activité (code 077113) de l'Annexe 40 facturées à la salle d'urgence au cours de la période***;*
- **7 heures d'activité (code 077113) de l'Annexe 40 facturées à la salle d'urgence au cours de la période***;*
- **8 heures d'activité (code 077113) de l'Annexe 40 facturées à la salle d'urgence au cours de la période**.

Ces montants ne sont pas sujets à la majoration de rémunération différente prévue à l'Annexe 19. Pour le médecin spécialiste qui est de garde, la mesure ne s'applique pas pendant l'horaire de garde ainsi que pour les activités effectuées dans le cadre de cette garde.

L'horaire de garde s'entend pour la présente lettre d'entente :

- en semaine, pour la période comprise entre 17h00 et 7h00;
- la fin de semaine et les jours fériés de 7h00 à 7h00.

AVIS **:** ***Si vous êtes de garde****, les codes de mesure ne peuvent être facturés pendant l'horaire de garde.*

De plus, si vous êtes rémunéré selon le mode mixte de l'Annexe 40*, la rémunération du montant forfaitaire de cette annexe pendant l'horaire de garde n'est pas incluse dans le calcul de la mesure. Seul le nombre d'heures d'activités de l'Annexe 40 effectué en dehors de l'horaire de garde doit être déclaré à l'aide des éléments de contexte appropriés.*

LETTRE D'ENTENTE N° 242

AVIS **:** La *Lettre d'entente n° 242* a pris fin le 14 mai 2022.

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION D'UN SUPPLÉMENT DE GARDE EN SUPPORT EN MÉDECINE D'URGENCE DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

CONSIDÉRANT les mesures et plans d'action mis en place par les gouvernements et les autorités de Santé publique afin de pallier les effets de la pandémie de la COVID-19 (SARS-CoV-2);

CONSIDÉRANT la communication du 25 mars 2020 à l'intention des PDG et DSP des établissements publics de santé et de services sociaux;

CONSIDÉRANT les critères d'application de l'Annexe 25 qui prévoit qu'une garde locale doit être autorisée dans une installation avant de permettre une garde en support;

CONSIDÉRANT qu'il n'y a pas de garde locale autorisée en vertu de l'Annexe 25 pour les salles d'urgence, car les urgentologues assurent une présence sur place 24 h/24.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un supplément de garde en support est payable au médecin spécialiste en médecine d'urgence qui est assigné de garde spécifiquement pour la COVID-19 dans le cadre du plan de couverture-maladie où une liste de garde pour remplacement, en cas d'absence liée à la COVID-19, a été demandée pour les salles d'urgence.

2. Le supplément de garde en support COVID-19 est de 95 $ par jour, du lundi au vendredi, et 190 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*
- ***42231*** *pour le forfait en semaine, du lundi au vendredi;*
- ***42232*** *pour le forfait le samedi, le dimanche ou un jour férié;*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Les installations où s'applique un supplément de garde en support COVID-19 en médecine d'urgence sont désignées par les parties négociantes.

AVIS **:** *La liste des établissements désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Un seul supplément de garde en support COVID-19 en médecine d'urgence est payable par jour, par installation, en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente des médecins omnipraticiens.

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

4. La Régie de l'assurance maladie du Québec donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

5. Les mesures entrent en vigueur le 25 mars 2020.

Les parties déterminent les dates d'application de la présente lettre d'entente et en informent la Régie.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE ____ JOUR DE _____2020

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 243

CONCERNANT L'UTILISATION DE SOMMES NON-RÉCURRENTES POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'INSTITUT DE LA PERTINENCE DES ACTES MÉDICAUX POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2020-2021

CONSIDÉRANT le protocole d'accord intervenu entre le Gouvernement du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) relatif à la modification du protocole d'accord intervenu entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la FMSQ signé le 14 mars 2018 concernant la réduction de l'enveloppe budgétaire globale dédiée à la rémunération des médecins spécialistes (ci-après Protocole 2019);

CONSIDÉRANT la création de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (ci-après l'IPAM) prévue au Protocole 2019;

CONSIDÉRANT qu'il est prévu au paragraphe 6.3 du Protocole 2019 que la valeur des économies récurrentes réalisées par les mesures de pertinence des actes médicaux pour l'année budgétaire 2020-2021 est de 70 M$;

CONSIDÉRANT les retards dans les travaux de l'IPAM qui ont été engendrés par le contexte de la pandémie de la
COVID-19;

CONSIDÉRANT que ces retards ont un impact quant à l'atteinte de la valeur des économies de 70 M$ réalisées par les mesures de pertinence pour l'année budgétaire 2020-2021;

CONSIDÉRANT que les discussions entourant la présente entente s'inscrivent dans le cadre du contexte de la pandémie de la COVID-19;

CONSIDÉRANT que des mesures récurrentes ont été adoptées par l'IPAM et que leur valeur pour l'année budgétaire
2020-2021 est de 6,8 M$.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'IPAM a identifié et adopté des mesures d'économies récurrentes provenant de l'enveloppe budgétaire globale dédiée à la rémunération des médecins spécialistes lesquelles se retrouvent dans la Modification n° 97.

2. Pour l'année budgétaire 2020-2021, le Gouvernement du Québec et la FMSQ conviennent de sommes non récurrentes additionnelles provenant de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée ainsi que de la somme prévue pour l'assurance responsabilité professionnelle afin de contribuer à l'atteinte de la cible de 70 M$.

3. Le total de ces sommes non récurrentes est de 55 M$ et se décline de la façon suivante :

a) 16,7 M$ provenant de la non-utilisation de la totalité de la somme prévue pour le remboursement des primes d'assurance responsabilité professionnelle de l'année 2020. Les parties négociantes effectueront un suivi des coûts de l'assurance-responsabilité pour l'année 2020 et ajusteront les estimations de la présente mesure sur la base des remboursements réels effectués par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

b) 1,5 M$ provenant de la suspension de la Lettre d'entente n° 203 pour la période du 1er octobre 2019 au 31 mars 2021;

c) 25 M$ provenant de la non-utilisation de la totalité de la somme prévue pour le financement des augmentations tarifaires introduites par la Modification n° 85 pour l'année budgétaire 2020-2021, tel que prévu à la Lettre d'entente n° 217;

d) 11,8 M$ provenant de sommes non utilisées pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021.

4. La présente lettre d'entente prend effet le 1er avril 2020.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 244

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SOINS DE VENTILATION MÉCANIQUE ASSISTÉE DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS

CONSIDÉRANT la rémunération prévue à l'article 6 de l'Annexe 29 pour les soins de ventilation mécanique assistée;

CONSIDÉRANT que le forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs requiert une présence sur place de 8 ou 10 heures consécutives entre 7 h 00 et 19 h 00;

CONSIDÉRANT l'implantation d'un contrôle par la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ) en lien avec la facturation de la majoration d'urgence prévue à la Règle 14 du Préambule général lors de la dispensation de soins de ventilation mécanique assistée la fin de semaine et les jours fériés entre 7 h et 19 h, et ce à compter du 28 juillet 2020;

CONSIDÉRANT l'intention de la RAMQ d'exercer ses pouvoirs découlant de la *Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q. chapitre A-29* en lien avec l'implantation de ce contrôle du 1er janvier 2018 au 28 juillet 2020.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour la période entre le 1er janvier 2018 au 27 juillet 2020, la RAMQ honore les services de soins de ventilation mécanique assistée (code 00900) qui ont été dispensés la fin de semaine et les jours fériés entre 7 h et 19 h et facturés avec la majoration d'urgence prévue à la Règle 14 du Préambule général ainsi qu'avec la majoration d'honoraires prévue à la Règle 8 de l'Addendum 11 Médecine d'urgence.
2. Un nouveau code est intégré à l'Annexe 29 pour la dispensation des soins de ventilation mécanique assistée la fin de semaine et les jours fériés entre 7 h et 19 h à compter du 28 juillet 2020.
3. Les sommes prévues dans la Modification 98 pour l'augmentation tarifaire des codes du forfait de prise en charge du patient lorsqu'il y a prise en charge de l'unité de l'Annexe 29 sont octroyées progressivement jusqu'au 1er avril 2024. Les tarifs sont prévus directement à l'Annexe 29.
4. La présente lettre d'entente prend effet le 28 juillet 2020.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____ CE ____ JOUR DE _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 245

CONCERNANT LE SUIVI DE CERTAINES MESURES IMPLANTÉES DANS LA MODIFICATION Nº 98

CONSIDÉRANT qu'il a été prévu à l'article 5.1 b) i) du Protocole d'accord intervenu entre le ministère de la Santé et de Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ayant trait au renouvellement de l'accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023 que les parties négociantes devait procéder à une nouvelle révision tarifaire afin de donner suite au processus interne de répartition de la FMSQ et d'apporter les correctifs qu'elle identifie pour assurer l'équité prévue :

CONSIDÉRANT que cette révision tarifaire est effectuée sans coût additionnel;

CONSIDÉRANT la conclusion de la Modification 98 à l'Accord-cadre afin de mettre en place les différents changements à l'Accord-cadre;

CONSIDÉRANT que l'implantation de certaines mesures a été déterminée par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses actuarielles;

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

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mesurer et d'évaluer, de façon périodique au cours des trois (3) années suivant la mise en vigueur de la Modification nº 98, les impacts et les coûts relatifs aux mesures suivantes :

    - Tous changements relatifs aux modalités de rémunération des médecins spécialistes en psychiatrie;
    - Les changements relatifs à la baisse de tarifs de l'acte 07331 en ophtalmologie, dont l'abolition de l'article 3 du plafonnement d'activités PA 17 et l'adoption de la règle d'application 38;
    - Les changements effectués à l'Annexe 1 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie;
    - L'ajout des actes 8352, 8353, 8354, 8355, 8356, 8358, 8359, 8360, 8388, 8390, 8391, 8392, 8393, 8394, 8395, 8396, 8397, 8398, 8399, 8426 et 8427 au supplément d'honoraires de 100 % à l'annexe de l'Annexe 38 du modèle de rémunération mixte de la chirurgie vasculaire;
    - L'abolition du code 15139 en gériatrie et le nouvel acte convenu :

    « Forfait quotidien, du lundi au vendredi, pour le suivi d'un patient hospitalisé sous les soins d'une autre spécialité ou en médecine familiale, incluant toutes les visites faites le jour (7 h à 9 h), excluant les jours fériés »;

    - Les nouveaux actes convenus en gastro-entérologie spécifiquement pour le médecin hépatologue désigné.

2. Dans l'éventualité où les coûts et l'implantation de certaines mesures dans le cadre de la modification nº 98 ne reflètent pas l'intention des parties, de discuter des mesures à prendre, notamment la possibilité de réviser la tarification applicable, le cas échéant.

3. La présente lettre d'entente prend effet le 1er octobre 2021.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À QUÉBEC, CE 24e JOUR DE MARS 2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 246

CONCERNANT LA COUVERTURE DES SOINS PSYCHIATRIQUES AU CISSS DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE POUR LA CLIENTELE ADULTE ET PEDOPSYCHIATRIQUE

CONSIDÉRANT que les Îles-de-la-Madeleine sont un archipel dont l'accès ne peut se faire que par voie maritime ou aérienne;

CONSIDÉRANT que le contexte de la pandémie de la COVID-19 rend difficiles les déplacements en transport aérien aux Îles-de-la-Madeleine;

CONSIDÉRANT le départ annoncé d'un médecin psychiatre sur deux actuellement en poste lequel départ sera effectif à compter du mois d'août 2021;

CONSIDÉRANT qu'un recrutement est prévu à compter de l'automne 2022 pour combler ce poste libéré au plan d'effectifs médicaux (PEM);

CONSIDÉRANT que le médecin psychiatre qui demeure en poste est en fin de carrière et n'assure pas un service de garde continue et une pleine charge de services réguliers;

CONSIDÉRANT l'urgence et la nécessité dans l'intérim d'assurer la continuité de la prestation de soins psychiatriques au sein du CISSS des Îles;

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'assurer la pérennité de ces services;

CONSIDÉRANT l'intention des parties de mettre éventuellement en place un plan de remplacement provincial en psychiatrie;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. GÉNÉRAL

1.1 La couverture des services en psychiatrie est assurée par le médecin établi et un groupe de médecins remplaçants ou en support.

1.2 Ce groupe et le médecin établi s'engagent à assurer la garde, l'accessibilité et la continuité des services psychiatriques réguliers afin d'éviter toute rupture de services dans cette installation.

1.3 Exceptionnellement, un médecin remplaçant ou en support qui est dans l'impossibilité de se rendre aux Îles-de-la-Madeleine en raison de contraintes hors de son contrôle qui empêchent son déplacement pourra assurer les services de base ou d'urgence à distance, par télémédecine le cas échéant, et ce, jusqu'à ce qu'il soit en mesure de se rendre aux Îles-de-la-Madeleine.

1.4 Tout remplacement doit être d'une durée minimum de 7 jours consécutifs. Toutefois, lorsqu'un remplacement est de moins de 7 jours, aucun autre frais ou temps de déplacement n'est payable à un autre psychiatre pour aller effectuer du remplacement dans la même installation lors de cette semaine. Toutefois, les parties négociantes pourront autoriser le remboursement des frais ou temps de déplacement si une situation particulière ou exceptionnelle le justifie.

2. SERVICES OFFERTS À DISTANCE

2.1 Départ du docteur Hugues Poirier

Suite au départ du docteur Poirier et en vue de maintenir la continuité des soins, celui-ci pourra exceptionnellement assurer le suivi à distance de sa clientèle connue, pour la durée de la présente lettre d'entente.

2.2 Rémunération pour des services réalisés à distance

En plus des modalités de rémunération prévue à l'Entente pour la télémédecine, le médecin spécialiste est rémunéré, aux tarifs en hospitalisation pour la clientèle hospitalisée et aux tarifs de salle d'urgence pour la clientèle de l'urgence.

AVIS **:** *Pour la* ***clientèle hospitalisée****, inscrire :*
- l'élément de contexte **LE 246 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle hospitalisée** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*
- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement d'où le médecin effectue la téléconsultation;
- le type de lieu en référence **Lieu où se trouve le patient (Télémédecine)**;
- pour le lieu en référence, le numéro de l'établissement du CISSS des Îles-de-la-Madeleine auquel il est rattaché;
- l'heure de début et l'heure de fin du service.

Pour la ***clientèle de l'urgence****, inscrire :*
- l'élément de contexte **LE 246 – Service rendu en télémédecine auprès de la clientèle de l'urgence** *ainsi que l'élément de contexte* **Télémédecine par téléphone** *ou* **Télémédecine par visioconsultation***;*
- pour le lieu de dispensation, le numéro de l'établissement d'où le médecin effectue la téléconsultation;
- le type de lieu en référence **Lieu où se trouve le patient (Télémédecine)**;
- pour le lieu en référence, le numéro de l'établissement du CISSS des Îles-de-la-Madeleine auquel il est rattaché;
- l'heure de début et l'heure de fin du service.

3. GARDE ET MESURES INCITATIVES

3.1 Une garde locale peut être autorisée, en vertu de l'article 3.1 de l'Annexe 25, et ce, même si elle est réalisée à distance en raison des conditions énumérées à l'article 1.3 de la présente lettre d'entente.
3.2 Le médecin spécialiste qui effectue la garde peut se prévaloir d'un forfait de mesure incitative prévue à la lettre d'entente n° 102 même s'il est à distance en raison des conditions énumérées à l'article 1.3 de la présente lettre d'entente.

4. MÉDECIN COORDONNATEUR

4.1 Un médecin coordonnateur provincial est désigné par les parties négociantes afin d'assurer l'établissement de la liste de garde et la coordination des soins dans l'installation ou dans le cadre des services offerts à distance.
4.2 Le coordonnateur reçoit un montant forfaitaire de 95,82 $ par semaine pour un maximum de 5 000,00 $ pour la durée de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***42060****.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le forfait du médecin coordonnateur peut être facturé une seule fois par semaine, du dimanche au samedi.

5. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

5.1 Les mesures entrent en vigueur le 1er juillet 2021.
Les parties déterminent les dates d'application de la présente lettre d'entente et en informent la Régie.

6. AVIS DES PARTIES NÉGOCIANTES

6.1 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et concernant toutes les mesures prévues à la présente.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 247

CONCERNANT LE SUIVI FINANCIER EN REGARD DES MODIFICATIONS APPORTÉES AU PAIEMENT DES SERVICES ASSURÉS EN PROCRÉATION ASSISTÉE À PARTIR DE L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA LOI MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

CONSIDÉRANT l'entente MSSS-FMSQ et les dispositions qui y sont prévues concernant la rémunération des services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT les modifications législatives apportées à la couverture des services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT les sommes allouées au paiement des services de procréation assistée prévues à la Lettre d'entente 212, laquelle est abrogée, et les évaluations des coûts du nouveau programme lors de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assisté;

CONSIDÉRANT la nécessité de réévaluer le montant de l'enveloppe budgétaire globale allouée à la rémunération des médecins spécialistes offrant des services de procréation assistée;

CONSIDÉRANT que les coûts associés aux frais techniques encourus lors de dispensation de services médicaux dans le cadre de ce nouveau programme seront assumés en dehors de l'enveloppe budgétaire globale.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Estimer comme suit le montant de la dépense annuelle de rémunération qui sera affectée aux services de procréation assistée, et ce, en tenant compte exclusivement de la révision du panier de services assurés :

a. Pour les années budgétaires 2016-2017 à 2020-2021 : 11,6 M $;
b. Pour l'année budgétaire 2021-2022 : 10,6 M $;
c. Pour l'année budgétaire 2022-2023 : 11,4 M $;
d. Pour l'année budgétaire 2023-2024 : 9,4 M $; e. Pour l'année budgétaire 2024-2025 et les années
subséquentes : 7,3 M $;

2. D'ajuster l'enveloppe budgétaire globale à compter de l'année 2021-2022 en fonction des estimations mentionnées à l'article 1, le tout sous réserve de l'article 3.

3. Lorsque les données budgétaires deviendront disponibles, de réviser l'ajustement apporté à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable afin de refléter à la fois la dépense réelle et observée des services de procréation assistée, mais également de l'évolution de pratique.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur de la Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,
CE _____JOUR DE _____ 2021.

_____
CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

_____
VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 248

AVIS **:** La *Lettre d'entente nº 248* a pris fin le 14 mai 2022.

CONCERNANT LA PARTICIPATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES À LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

CONSIDÉRANT la situation sanitaire actuelle et le besoin de rehausser la capacité vaccinale;

CONSIDÉRANT que des médecins spécialistes pourraient être appelés afin de participer à la vaccination contre la COVID-19.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin spécialiste qui participe à la vaccination contre la COVID-19 a droit au paiement d'honoraires de 31,25 $ par quart d'heure complété. La participation du médecin doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée.

42230 Participation à la vaccination contre la COVID-19 31,25 $

AVIS **:** *Pour le code de facturation **42230**, inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- l'heure de début de tous les services effectués le même jour.

Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement ou du cabinet. Si le lieu de dispensation n'est pas codifié, inscrire le code de localité ou le code postal.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2. Le médecin spécialiste qui participe à la formation afférente à la vaccination contre la COVID-19 exigée par le Collège des médecins du Québec, a droit au paiement d'honoraires de 31,25 $ par quart d'heure complété. La participation du médecin doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à defaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée.

42249 Participation à la formation afférente à la vaccination contre la COVID-19 exigée par le Collège des médecins du Québec 31,25 $

AVIS **:** *Pour le code de facturation **42249**, inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- l'heure de début de tous les services effectués le même jour.

Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement ou du cabinet. Si le lieu de dispensation n'est pas codifié, inscrire le code de localité ou le code postal.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Dans le cadre d'une séance de vaccination de masse contre la COVID-19, le médecin spécialiste qui agit à titre de médecin responsable clinique auprès des étudiants et des professionnels du domaine de la santé appelés, en vertu du décret 2020-099 du 3 décembre 2020, à administrer le vaccin contre la COVID-19 a droit au paiement d'honoraires de 46,55 $ par quart d'heure complété. La participation du médecin doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée.

42250 Participation à la vaccination contre la COVID-19 à titre de médecin responsable clinique 46,55 $

AVIS **:** *Pour le code de facturation **42250**, inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- l'heure de début de tous les services effectués le même jour.

Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement ou du cabinet. Si le lieu de dispensation n'est pas codifié, inscrire le code de localité ou le code postal.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4. La rémunération prévue à la présente lettre d'entente est sujette à la majoration de rémunération différente prévue à l'Annexe 19.

5. La rémunération prévue à la présente lettre d'entente n'est pas sujette aux majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 et à la Règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5, ni aux Mesures de la Lettre d'entente 241.

6. Le médecin qui se prévaut de la tarification prévue à la présente lettre d'entente, ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de la même période.

7. 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 de la présente lettre d'entente.

8. Les parties déterminent les dates d'application de la présente lettre d'entente et en informent la Régie.

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

CE _____ JOUR DE _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la santé et des services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 249

CONCERNANT LA PRATIQUE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN GMF-U

CONSIDÉRANT les nouveaux aménagements relatifs aux lieux de dispensation des services et des soins médicaux;

CONSIDÉRANT la cessation des activités médicales au sein de certaines cliniques externes en médecine spécialisée dans les installations;

CONSIDÉRANT que ces cliniques externes sont des milieux d'enseignement pour les étudiants et résidents et autres apprenants du milieu de la santé;

CONSIDÉRANT que certains médecins spécialistes se voient dirigés en GMF-U afin de dispenser des services médicaux spécialisés;

CONSIDÉRANT que ces médecins spécialistes combinent leurs activités d'enseignement à leurs activités médicales en GMF-U;

CONSIDÉRANT la nécessité de déterminer les modalités de rémunération pour les services médicaux rendus par les médecins spécialistes en GMF-U.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un médecin spécialiste qui est appelé par son établissement à travailler dans un GMF-U de cet établissement dans un contexte d'enseignement est autorisé à se prévaloir de sa modalité de rémunération habituelle en établissement.

AVIS **:** *La liste des GMF-U en établissement est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

2. Pour les activités offertes en GMF-U, la rémunération est établie selon la tarification applicable en clinique externe.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____ CE _____ JOUR DE _____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 250

CONCERNANT LA BONIFICATION DE LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EN ANESTHÉSIOLOGIE À L'HÔPITAL D'AMOS

CONSIDÉRANT les modalités particulières prévues à l'article 2 de l'Annexe 45;

CONSIDÉRANT que le plan des effectifs médicaux adopté en anesthésiologie à l'Hôpital d'Amos (0150X) est supérieur à cinq;

CONSIDÉRANT que l'Hôpital d'Amos (0150X) est le seul hôpital du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue n'étant pas désigné selon l'article 2 et ce, malgré sa situation géographique;

CONSIDÉRANT les demandes de l'Association des anesthésiologistes du Québec à la FMSQ afin que les anesthésiologistes de l'Hôpital d'Amos puissent bénéficier des mêmes modalités relatives à la garde locale que les autres médecins du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;

CONSIDÉRANT les risques, identifiés par la FMSQ, sur l'état des effectifs dans cet hôpital si la garde locale n'est pas majorée comme dans les autres installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;

CONSIDÉRANT les préoccupations du MSSS quant aux effets possibles de cette garde majorée dans les autres installations du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, ou encore dans d'autres installations dans des territoires éloignés.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin spécialiste en anesthésiologie qui assure la garde en disponibilité à l'Hôpital d'Amos a droit, en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25, aux montants prévus au premier paragraphe de l'article 2.1 de l'Annexe 45.

   Le médecin spécialiste en anesthésiologie doit détenir un PEM dans cette installation et être désigné par les parties négociantes.

2. Les montants payables en vertu de l'article 1 constituent une rémunération de base et sont sujets à la majoration prévue à l'Annexe 19 de l'Accord-cadre.

3. Les montants payables en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas pris en compte quant à l'application des plafonnements de gains de pratique.

4. La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2022 et prend fin le 30 juin 2023.

   Les parties conviennent toutefois qu'elles pourront y mettre fin par lettre administrative avant l'échéance du 30 juin 2023, advenant qu'elles constatent que cette garde majorée engendre des impacts négatifs sur d'autres installations.

   Les parties conviennent également qu'elles pourront renouveler cette Lettre d'entente par lettre administrative.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 251

CONCERNANT L'UTILISATION DE SOMMES NON-RÉCURRENTES POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'INSTITUT DE LA PERTINENCE DES ACTES MÉDICAUX POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2021-2022

CONSIDÉRANT la résolution RCG-0322-104 du 23 mars 2022 de l'Institut de pertinence des actes médicaux (IPAM).

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties ont effectués le suivi des lettres d'entente suivantes jusqu'au 31 mars 2021 :

a. Lettre d'entente n° 211 concernant le financement des services médicaux et médico-administratifs découlant de l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie;

b. Lettre d'entente n° 217 concernant le suivi et le financement des coûts de la Modification 85;

c. Lettre d'entente n° 220 concernant le financement des mesures introduites par la Modification 82;

d. Lettre d'entente n° 222 concernant la mise en application de la Lettre d'entente n° 221 sur la rémunération des médecins spécialistes pour les activités réalisées dans les centres de répartition des demandes de services (CRDS);

e. Lettre d'entente n° 231 concernant l'ensemble des modifications apportées aux modalités de rémunération des activités d'interprétation d'électroencéphalographie dans la Modification 91;

f. Lettre d'entente n° 236 concernant l'ensemble des modifications apportées aux modalités de rémunération en lien avec les plans provinciaux de remplacement en chirurgie générale et en obstétrique-gynécologie dans la Modification 93.

2. Les parties ont convenus d'un total non récurrent disponible pour l'ensemble de ces lettres de suivis de 46,922 M$.
3. L'IPAM a convenu d'utiliser ces sommes disponibles pour combler les déficits non-récurrent de réalisation des objectifs.
4. La présente lettre d'entente prend effet le 1er avril 2022.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistesdu Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 252

CONCERNANT L'ENSEMBLE DES MODIFICATIONS APPORTÉES AU MODE DE RÉMUNÉRATION EN HÉMATO-ONCOLOGIE EN VERTU DE LA MODIFICATION 107 ET 109

CONSIDÉRANT l'adoption des modifications 107 et 109 à l'Accord cadre et la volonté des parties négociantes de réviser le mode de rémunération des médecins qui ont une qualification de spécialiste en hématologie à coût nul ;
CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont notamment, convenu de la révision des modalités de l'Addendum 6 de l'Annexe 5 concernant la rémunération des médecins qui ont une qualification de spécialiste en hématologie pour les activités réalisées spécifiquement en laboratoire et du Protocole d'accord concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec (Protocole d'accord relatif à la médecine transfusionnelle);
CONSIDÉRANT la démarche de restructuration de la pratique en médecine transfusionnelle en privilégiant la création d'une masse critique d'expertise au sein de regroupements et la mise en place des postes dédiés en médecine transfusionnelle;
CONSIDÉRANT que le médecin qui a une qualification de spécialiste en hématologie doit participer à l'offre de services par une approche collaborative avec le personnel scientifique et technique de laboratoire;
CONSIDÉRANT la volonté de valoriser les activités cliniques en hémato-oncologie et en oncologie médicale ;
CONSIDÉRANT que les modalités de rémunération et la tarification visées par la présente lettre d'entente ont été déterminées par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses actuarielles ;
CONSIDÉRANT que les coûts réels afférents à l'introduction des nouvelles modalités de rémunération pour les activités réalisées par le médecin qui a une qualification de spécialiste en hématologie-oncologie médicale peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;
CONSIDÉRANT la nécessité d'effectuer un suivi approprié des coûts reliés à ces modifications

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le coût annuel des nouvelles modalités de rémunération des activités de laboratoire des médecins ayant une qualification de spécialiste en hématologie décrites à l'Addendum 6 de l'Annexe 5 et des activités des médecins ayant une qualification de spécialiste en hématologie décrites au Protocole d'accord relatif à la médecine transfusionnelle est de 12,37 M $.
2. Le coût annuel des nouvelles modalités de rémunération du médecin répondant à la salle de traitement ambulatoire du cancer (codes 15927, 15928, 15929, 15930 et 15931) est estimé à 5,9 M $.
3. Le coût annuel des modalités de rémunération des nouvelles visites en hématologie-oncologie médicale est estimé à 9,2 M $ et ce, en tenant compte des visites autrement payables n'eut été de la réforme oncologique, incluant le code 00734 (" Supervision de l'administration de chimiothérapie ") qui aurait pu résulter n'eut été son abolition le 1er Janvier 2024.
4. Les parties négociantes s'engagent à mesurer et évaluer à chaque année, lors de la réception des données, les coûts réels associés à la révision de l'Addendum 6 de l'Annexe 5, au Protocole d'accord relatif à la médecine transfusionnelle, et à la révision de la rémunération de l'hématologie-oncologie médicale relative aux paragraphes 2 et 3, au cours des trois premières années d'application.
5. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés étaient différents dans leur globalité de ceux prévus aux paragraphes 1, 2 et 3 de la présente lettre d'entente, les parties s'engagent à examiner à des fins explicatives les facteurs en cause et à discuter des mesures à prendre, le cas échéant.

6. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels globaux associés à la révision des modalités de rémunération des activités visées par les paragraphes 1, 2 et 3 de la présente lettre d'entente étaient différents des estimés prévus, les parties conviennent d'ajuster à la hausse ou à la baisse les sommes non récurrentes prévues à l'Accord-cadre.
7. Après les trois premières années, dans l'éventualité d'un coût global récurrent annuel inférieur au financement prévu, les parties conviennent, en tenant compte des facteurs identifiés à l'article 5 de la présente lettre d'entente, d'affecter tout solde récurrent à la mise en place d'autres mesures associatives pour l'Association des médecins hématologues et oncologues du Québec (AMHOQ) de la façon identifiée par les parties.
8. Dans l'éventualité d'un coût global récurrent annuel supérieur au financement prévu, les parties conviennent, en tenant compte des facteurs identifiés à l'article 5 de la présente lettre d'entente, d'un mécanisme de récupération du dépassement à même les sommes prévues à l'Accord-cadre ou, à défaut de sommes disponibles, les parties conviennent des mesures à prendre notamment la révision des tarifs de l'AMHOQ.
9. Dans l'éventualité où les objectifs poursuivis n'étaient pas atteints, les parties négociantes conviennent de discuter des mesures à prendre, le cas échéant.
10. La présente lettre d'entente prend effet le 1er janvier 2023.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE JOUR DE _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 253

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DE L'EXPERTISE EN CHIRURGIE DE RETRAIT DES BANDELETTES SOUS-URÉTRALES

CONSIDÉRANT les complications pouvant découler de la mise en place de bandelettes sous-urétrales;
CONSIDÉRANT le rapport d'enquête du Collège des médecins du Québec (CMQ) quant aux complications liées à la mise en place d'une bandelette sous-urétrale déposé le 16 juin 2020;
CONSIDÉRANT que le CMQ recommande dans son rapport d'assurer la formation complémentaire pour les urologues et urogynécologues qui devront acquérir une expertise pour la chirurgie de retrait des bandelettes;
CONSIDÉRANT le caractère particulier et temporaire de cette formation.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cette entente vient prévoir la rémunération des médecins spécialistes désignés par les parties négociantes pour l'enseignement des techniques de retrait des bandelettes sous-urétrales dans les centres désignés ainsi que celui des médecins spécialistes qui effectuent un stage pratique de formation ou de perfectionnement en chirurgie de retrait d'une bandelette sous-urétrale.

2. RÉMUNÉRATION

2.1 Les médecins spécialistes désignés reçoivent un montant forfaitaire de 250 $ pour chaque demi-journée de formation au cours de laquelle ils dispensent cette formation pratique offerte dans les centres désignés, du lundi au vendredi, excluant les jours fériés.

AVIS *: Utiliser le code de facturation* ***19737****.*
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la formation.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services effectués le même jour, inscrire l'heure de début.

2.2 Les médecins spécialistes en urologie ou en obstétrique-gynécologie désignés qui effectuent un stage pratique de formation ou de perfectionnement en chirurgie de retrait d'une bandelette sous-urétrale a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 500 $ pour chaque demi-journée au cours de laquelle ils effectuent un tel stage pratique.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19738****.*
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période de stage.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services effectués le même jour, inscrire l'heure de début.

2.3 Pour les médecins spécialistes rémunérés selon le mode de rémunération mixte, le forfait prévu à l'article 2.1 de cette lettre d'entente est sujet à un supplément d'honoraires de 50 %.

2.4 Les médecins spécialistes qui reçoivent les montants forfaitaires prévus au paragraphe 2.1 ont droit à la rémunération en rôle 1 prévue pour les chirurgies effectuées au cours de cette période de formation.

2.5 Les médecins spécialistes qui reçoivent les montants forfaitaires prévus aux paragraphes 2.2 ne peuvent recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de cette même période de formation.

2.6 Les forfaits prévus aux paragraphes 2.1 et 2.2 ne sont pas soumis aux dispositions de rémunération différentes prévues à l'Annexe 19.

2.7 Les médecins spécialistes qui reçoivent les montants forfaitaires prévus aux paragraphes 2.1 et 2.2 ont également droit au remboursement de leurs frais et de leur temps de déplacement en conformité avec l'Annexe 23.

AVIS **:** *Pour la facturation des frais et du temps de déplacement, se référer à l'Annexe 23.*

2.8 L'établissement a la charge d'assurer le logement ou rembourser les frais de logement du médecin spécialiste, le cas échéant.

3. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

3.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur au 1er janvier 2023 et se termine le 31 décembre 2025.

4. AVIS DES PARTIES NÉGOCIANTES

4.1 Les parties désignent les médecins spécialistes, les installations ainsi que les journées où cette formation est dispensée.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 254

CONCERNANT LA LECTURE ET L'INTERPRÉTATION D'ANALYSES MOLÉCULAIRES SPÉCIFIQUES À LA GÉNÉTIQUE MÉDICALE À DISTANCE AFIN D'ÉVITER UN BRIS DE SERVICE

CONSIDÉRANT la nécessité d'offrir la lecture et l'interprétation de certaines analyses moléculaires en temps optimal pour assurer la continuité des soins à la population ;

CONSIDÉRANT les bris de service potentiels en génétique médicale, dans certaines installations ;

CONSIDÉRANT la contribution nécessaire de médecins spécialistes en génétique afin d'assurer la continuité et le maintien des services de lecture et d'interprétation de certaines analyses moléculaires durant la période de ces bris de service.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. GÉNÉRAL

1.1 Cette entente établit les conditions de rémunération permettant à un médecin spécialiste en génétique de procéder à distance, via un système sécurisé, à la lecture et l'interprétation des analyses moléculaires effectuées dans une installation en bris de service, pendant tout ou partie de cette période.

2. DÉSIGNATION

2.1 Seuls les médecins spécialistes en génétique qui ont été désignés au préalable par les parties négociantes peuvent se prévaloir des modalités de rémunération prévues à la présente lettre.

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

3. RÉMUNÉRATION

3.1 Un médecin spécialiste en génétique désigné pourra se prévaloir de la tarification applicable en laboratoire de génétique pour les services rendus à distance.

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement à partir duquel le médecin effectue la lecture et l'interprétation de l'analyse moléculaire.*

Pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de référence du lieu **Lieu où se trouve le patient (télémédecine)***;*
- le numéro de l'établissement où le service d'interprétation serait normalement rendu pour le patient.

3.2 La rémunération différente de l'Annexe 19 est appliquée selon le lieu à partir duquel le médecin rend le service.

4. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

4.1 La présente lettre d'entente prend effet le 24 janvier 2023.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 255

CONCERNANT LE FINANCEMENT DU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT les lettres d'entente n^{os} 193, 209, 215, 226 et 230 :

CONSIDÉRANT le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après " le Programme d'aide ") pour la période postérieure au 31 mars 2023.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.
2. À cette fin, les parties négociantes conviennent d'affecter un montant à même l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins spécialistes, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec pour les périodes suivantes :

du 1er avril 2023 au 31 mars 2024 : 925,000 $;
du 1er avril 2024 au 31 mars 2025 : 1 385 000 $;
du 1er avril 2025 au 31 mars 2026 : 1 385 000 $.

3. Le maintien du financement du programme d'aide pour les années subséquentes fera l'objet de discussions entre les parties négociantes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'Accord-cadre.
4. La Régie donne suite à l'avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.
5. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er avril 2023.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 256

CONCERNANT LES MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES QUI PARTICIPENT AU RATTRAPAGE ACCRU DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES ÉLECTIVES

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT les besoins populationnels en soins chirurgicaux;

CONSIDÉRANT qu'en raison notamment de la pandémie de la COVID-19 et du manque de ressources humaines, la liste d'attente en chirurgies électives s'est détériorée entre autres par le délestage des activités chirurgicales et la priorisation des cas urgents, semi-urgents et oncologiques;

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de diminuer les délais et le nombre de patients en attente sur cette liste et de prioriser les chirurgies en attente hors délai en fonction des priorités cliniques;

CONSIDÉRANT l'Entente de principe intervenue entre les parties négociantes le 8 mai 2023;

CONSIDÉRANT que les parties négociantes se sont notamment entendues sur des modalités de rémunération applicables au plan de rattrapage accru des activités chirurgicales électives (ci-après le " **Plan** ");

CONSIDÉRANT que la participation des médecins au Plan est sur une base volontaire;

CONSIDÉRANT que la présente lettre d'entente ne vise que les activités exercées en centres hospitaliers et exclut celles réalisées dans les Centres médicaux spécialisés (CMS) visées par une entente conclue en vertu des articles 108 et 349.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) (ci-après, " **LSSSS** ");

CONSIDÉRANT l'engagement par le MSSS de maintenir la disponibilité des ressources actuelles à la programmation régulière des blocs opératoires dans le but de compléter les programmes opératoires électifs;

CONSIDÉRANT que le ministère s'engage à mettre en place le Plan en s'assurant notamment de la disponibilité ou de la contribution des effectifs requis et d'une programmation capacitaire des lits;

CONSIDÉRANT que la FMSQ s'engage à promouvoir ce Plan auprès des associations visées;

CONSIDÉRANT les cibles ministérielles de réduction des listes d'attente pour les établissements à 7 600 au 31 mars 2024 et à 2 500 au 31 décembre 2024;

CONSIDÉRANT la responsabilité partagée des parties afin de réduire le nombre de patients en attente de chirurgie hors délai et en fonction des priorités cliniques selon les cibles;

CONSIDÉRANT la nécessité d'adapter des modalités de rémunération pour les médecins spécialistes qui participent au Plan.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

Le préambule fait partie intégrante de la présente lettre d'entente.

1.1 Les parties conviennent de prévoir des modalités de rémunération particulières applicables aux médecins spécialistes qui rendent des services en centre hospitalier dans le cadre du Plan, et ce, auprès de patients en attente d'une chirurgie élective depuis plus d'un an ou auprès de patients en attente d'une chirurgie oncologique depuis plus de 56 jours en fonction de la priorisation des types d'interventions chirurgicales et des priorités cliniques (collectivement les " **Patients** ").

1.2 Ces modalités de rémunération s'appliquent pour les services rendus auprès des Patients dans le cadre de toute intervention chirurgicale débutée à partir de 15 h en semaine ainsi que les fins de semaine et les jours fériés, en sus des plages horaires habituelles et au-delà des cédules opératoires régulières.

2. MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

Les modalités suivantes s'appliquent aux activités chirurgicales de rattrapage accru auprès des Patients en fonction des spécialités des médecins spécialistes participant au Plan :

2.1 POUR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN ANESTHÉSIOLOGIE

AVIS **:** ***Pour la facturation des activités médicales effectuées dans le cadre du rattrapage accru des activités chirurgicales électives en semaine de 15 h à 23 h 59 ou la fin de semaine et les jours fériés de 8 h à 23 h 59***
Inscrire l'heure de début du service.
Utiliser l'élément de contexte s'appliquant à la situation :
- **Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie élective depuis plus d'un an – LE 256 et LE 257**;
- **Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie oncologique depuis plus de 56 jours – LE 256 et LE 257**.

2.1.1 Entre 15 h et 17 h en semaine, le médecin spécialiste en anesthésiologie reçoit un montant forfaitaire de 106,30 $ pour chaque heure complétée.

42267	Montant forfaitaire, par heure complétée	106,30 $

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période.*
Lorsque le service est rendu de façon discontinue entre 15 h et 17 h, au cours d'une même journée, utiliser l'élément de contexte **Temps du service discontinu**.
L'heure de fin doit correspondre à l'heure de début du forfait plus le temps cumulé pour l'ensemble des périodes discontinues du forfait.

Les activités médicales réalisées au cours de cette période sont rémunérées selon les modalités prévues à l'article 3 de l'Annexe 38, qui font notamment référence aux suppléments d'honoraires et aux modalités particulières de l'anesthésiologie. Ces suppléments d'honoraires sont majorés de 70 %. Pour déterminer la majoration, on retient l'heure de début de l'anesthésie.

2.1.2 Après 17 h en semaine, ainsi qu'à partir de 8 h les fins de semaine et les jours fériés, les activités médicales du médecin spécialiste en anesthésiologie sont rémunérées à l'acte et sont majorées de 70 %. Pour déterminer la majoration, on retient l'heure de début de l'anesthésie.

2.2 POUR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE CLASSÉ DANS L'UNE DES DISCIPLINES IDENTIFIÉES À LA RÈGLE 15 DE L'ADDENDUM 4 DE L'ANNEXE 4

AVIS **:** ***Pour la facturation des activités médicales effectuées dans le cadre du rattrapage accru des activités chirurgicales électives en semaine de 15 h à 23 h 59 ou la fin de semaine et les jours fériés de 8 h à 23 h 59***
Inscrire l'heure de début du service.
Utiliser l'élément de contexte s'appliquant à la situation :
- **Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie élective depuis plus d'un an – LE 256 et LE 257**;
- **Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie oncologique depuis plus de 56 jours – LE 256 et LE 257**.

2.2.1 Entre 15 h et 17 h en semaine, les activités médicales du médecin chirurgien sont majorées de 70 %. Pour le chirurgien rémunéré selon le mode de rémunération mixte, cette majoration s'applique uniquement aux codes d'actes consignés aux tableaux de suppléments d'honoraires. Pour déterminer la majoration, on retient l'heure de début de la chirurgie

2.2.2 Après 17 h en semaine, ainsi qu'à partir de 8 h les fins de semaine et les jours fériés, les activités médicales du médecin chirurgien sont rémunérées à l'acte et majorées de 70 %. Pour déterminer la majoration, on retient l'heure de début de la chirurgie.

2.3 POUR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN ANATOMOPATHOLOGIE

2.3.1 Nonobstant ce qui est prévu à l'article 2.12 de l'Addendum 2 Anatomo-Pathologie de l'Annexe 5, une exception est mise en place pour les activités effectuées par le médecin anatomopathologiste dans le cadre de la présente lettre d'entente et dont la charge professionnelle totale (incluant les activités effectuées dans le cadre de la présente lettre d'entente) excède le maximum prévu à l'alinéa iii) de l'article 2.12 de l'Addendum 2 Anatomo-Pathologie de l'Annexe 5. Ce médecin a alors droit à la rémunération attribuable à sa charge professionnelle excédentaire jusqu'à concurrence de la portion de sa charge professionnelle annuelle qui est attribuable aux activités effectuées dans le cadre de la présente lettre d'entente, à partir de 15 h en semaine ainsi qu'à partir de 8 h, les fins de semaine et les jours fériés.

AVIS **:** *Pour distinguer les activités de rattrapage, utiliser le modificateur* ***256 Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie élective depuis plus d'un an ou pour un patient en attente d'une chirurgie oncologique depuis plus de 56 jours – LE 256***.

2.3.2 Après 15 h en semaine, ainsi qu'à partir de 8 h les fins de semaine et les jours fériés, le médecin anatomopathologiste dont le déplacement en centre hospitalier est requis peut bénéficier du forfait prévu à l'article 4.3 du Préambule général de l'Annexe 5.

3. MODALITÉS PARTICULIÈRES

3.1 Limitations

Pour le médecin spécialiste en anesthésiologie, qu'il soit rémunéré au mode mixte ou à l'acte, les modalités prévues à la Règle 12 de l'Addendum 8 de l'Annexe 4 ne sont pas applicables aux activités réalisées dans le cadre de la présente lettre d'entente.

Pour le médecin spécialiste classé dans l'une des disciplines identifiées à la règle 15 de l'Addendum 4 de l'Annexe 4, les modalités prévues à cette Règle ne sont pas applicables aux activités réalisées dans le cadre de la présente lettre d'entente.

Les services rendus en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas assujettis aux majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4.

3.2 Plafonds

On ne tient pas compte de la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente aux fins de l'application des plafonnements de gains de pratique et d'activités prévus à l'Annexe 8, aux fins de l'application de la limitation prévue à l'article 1.4.6 de l'Annexe 19 ainsi qu'aux fins de l'application du plafonnement de gains de pratique prévu au Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers.

4. MISE EN VIGUEUR ET APPLICATION

La présente Lettre d'entente prend effet le 8 mai 2023 et se termine le 31 décembre 2024 à moins d'un renouvellement de celle-ci par les parties négociantes par l'entremise d'un avis administratif.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 257

CONCERNANT LES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES DANS LES ENDROITS DÉSIGNÉS ET VISÉS PAR UNE ENTENTE CONCLUE EN VERTU DE L'ARTICLE 108 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

CONSIDÉRANT les articles 108 et 349.3 et suivants de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) (ci-après, " **LSSSS** ");

CONSIDÉRANT la nécessité de favoriser le meilleur accès possible aux soins en médecine spécialisée pour la population;

CONSIDÉRANT la nécessité de préciser certaines modalités de rémunération pour les médecins spécialistes participant à la dispensation de soins dans des endroits désignés ayant conclu une entente en vertu des articles 108 et 349.3 de la LSSSS;

CONSIDÉRANT la Lettre d'entente nº 256.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

La présente lettre d'entente prévoit des modalités particulières de rémunération pour les médecins spécialistes qui dispensent des services dans les lieux désignés et visés par une entente conclue en vertu de l'article 108 et 349.3 de la LSSSS.

2. ENDROITS DÉSIGNÉS

Les modalités prévues à la présente lettre d'entente s'appliquent lorsque le médecin spécialiste dispense des services dans les lieux de pratique suivants :

- Centre médical spécialisé titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui a conclu une entente en vertu des articles 108 et 349.3 de la LSSSS et qui est identifié à cette fin par le MSSS (ci après, " **CMS 108** ").

- Cabinet privé qui a conclu une entente en vertu des articles 108 et 349.3 de la LSSSS et qui est identifié à cette fin par le MSSS (ci-après, " **Cabinet 108** ").

- Laboratoire d'imagerie médicale titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui a conclu une entente en vertu des articles 108 et 349.3 de la LSSSS et qui est identifié à cette fin par le MSSS (ci-après, " **LIM 108** ").

AVIS **:** *La liste des centres médicaux spécialisés (CMS), cabinets privés ou laboratoires d'imagerie médicale (LIM) ayant conclu une entente en vertu des articles 108 et 349.3 de la LSSSS est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

3. RÉMUNÉRATION DANS LES ENDROITS DÉSIGNÉS

Le médecin spécialiste qui est appelé à dispenser des services dans un CMS 108, dans un Cabinet 108 ou dans un LIM 108 est rémunéré selon son mode de rémunération habituel en établissement (mode de rémunération à l'acte, mode de rémunération mixte ou autres modes).

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à tarif horaire ou selon le mode de rémunération mixte***
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743) et inscrire :*
- le numéro du CMS 108, du cabinet 108 ou du LIM 108 dans le champ Établissement*;*
- la nature de service habituelle pour ce mode de rémunération avec un des emplois de temps suivants dans le champ Code d'activité *:*

- *XXX356 Services médicaux ou chirurgies dans un centre médical spécialisé 108 (CMS 108),*
- *XXX378 Services à distance dans un centre médical spécialisé 108 (CMS 108),*
- *XXX391 Services rendus dans un cabinet privé 108 (Cabinet 108),*
- *XXX392 Services à distance rendus dans un cabinet privé 108 (Cabinet 108),*
- *XXX393 Services rendus en laboratoires d'imagerie médicale (LIM108),*
- *XXX394 Services à distance rendus en laboratoires d'imagerie médicale (LIM108).*

Un responsable autorisé au plan de délégation de l'établissement doit contresigner la demande de paiement.

La liste du pool de service dans le cadre de la reprise des chirurgies en CMS 108, en cabinet 108 ou en LIM 108 est disponible à la page Listes de désignations et listes de garde.

De plus, un responsable autorisé au plan de délégation de l'établissement doit transmettre à la RAMQ les informations relatives à l'autorisation d'un membre en pool de service par le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support, en « pool de service » ou en urgence (Spécialistes) *(3121).*

Tous les services dispensés par un médecin spécialiste dans ces endroits, dans le cadre d'une entente conclue en vertu de l'article 349.3 de la LSSS sont réputés, aux seules fins de sa rémunération, rendus en établissement.
La rémunération des visites en CMS 108 et en Cabinet 108 est établie selon la tarification applicable en hospitalisation pour les cas de chirurgie et en clinique externe pour les cas associés à des PDT.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.
Pour ***les chirurgies et les visites associées à celles-ci*** **:**
- inscrire le secteur d'activité Unité de soins généraux et spécialisés*;*
- utiliser une visite de la section Hospitalisation *de la spécialité du médecin;*
- pour la date d'entrée en établissement, inscrire la date de la visite.

Pour ***les PDT et les visites associées à ceux-ci*** *:*
- inscrire le secteur d'activité Clinique externe*;*
- utiliser une visite de la section Externe *de la spécialité du médecin.*

Les prestations de soins dispensés en CMS 108, dans un Cabinet 108 ou dans un LIM 108 ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés en urgence, mais donnent droit au remboursement des frais de déplacement en conformité avec l'annexe 23.

4. MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION POUR LES ACTIVITÉS MÉDICALES DANS LES ENDROITS DÉSIGNÉS (ci-après, " les Activités ")

AVIS **:** ***Du 8 mai au 6 août 2023***
Les modalités de facturation des articles 15 et 16 de la Lettre d'entente nº 241 *s'appliquent*.

À compter du 7 août 2023
Les modalités de facturation des articles 2, 3 et 4 de la Lettre d'entente nº 257 *s'appliquent*.

4.1 Afin de de favoriser le meilleur accès possible aux soins en médecine spécialisée pour la population, des modalités particulières de rémunération sont convenues les jours fériés et les fins de semaine dans les CMS 108 ou Cabinet 108.
Pour le spécialiste rémunéré selon le mode mixte dans l'établissement ayant conclu l'entente visée, la rémunération suivante s'applique le samedi, le dimanche ou un jour férié :
Le médecin spécialiste reçoit l'équivalent du demi-per diem qui est de 372 $ pour une période d'activité de trois heures et demie, entre 7 h et 17 h ou 7 h et 15 h pour le médecin spécialiste en anesthésiologie. Un maximum de deux demi-per diem est facturable par jour, par médecin spécialiste.

42268 Demi-per diem le samedi, le dimanche ou un jour férié 372 $

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période associée au demi*-per diem.

Les Activités effectuées le samedi, le dimanche ou un jour férié sont rémunérées selon les modalités prévues à l'article 3 de l'Annexe 38, qui font notamment référence aux suppléments d'honoraires et aux modalités particulières de l'anesthésiologie. Sont aussi rémunérées à pourcentage les Activités effectuées qui sont prévues dans les différentes ententes où un supplément d'honoraires est applicable.
4.2 Lorsqu'un médecin spécialiste effectue des Activités un samedi, un dimanche ou un jour férié, et ce, peu importe qu'il soit rémunéré à l'acte ou au mode de rémunération mixte, il ne peut se prévaloir, des honoraires majorés en urgence pour ces activités.
Pour le médecin spécialiste en anesthésiologie, qu'il soit rémunéré au mode mixte ou à l'acte, il ne peut se prévaloir de la majoration prévue à l'article 12.2 de la Règle 12 de l'Addendum 8 de l'Annexe 4 lorsqu'il effectue des Activités, mais il a toutefois droit à la majoration prévue à l'article 12.1 de cette même règle.
Le présent article ne peut s'appliquer au médecin spécialiste en médecine d'urgence.

5. RATTRAPAGE ACCRU DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES DANS LES ENDROITS DÉSIGNÉS

5.1 Lorsque le médecin spécialiste effectue des activités chirurgicales de rattrapage dans le cadre du plan de rattrapage accru des activités chirurgicales électives décrites à l'article 1 de la lettre d'entente nº 256 dans les endroits désignés, les modalités particulières de rémunération suivantes s'appliquent en fonction des spécialités des médecins spécialistes participant à ce rattrapage accru :

5.1.1 POUR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN ANESTHÉSIOLOGIE

AVIS **:** ***Pour la facturation des activités médicales effectuées dans le cadre du rattrapage accru des activités chirurgicales électives en semaine de 15 h à 23 h 59 ou la fin de semaine et les jours fériés de 8 h à 23 h 59***

Inscrire l'heure de début du service.

Utiliser l'élément de contexte s'appliquant à la situation :

- **Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie élective depuis plus d'un an – LE 256 et LE 257**;

- **Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie oncologique depuis plus de 56 jours – LE 256 et LE 257**.

a) Entre 15 h et 17 h en semaine, le médecin spécialiste en anesthésiologie reçoit un montant forfaitaire de 106,30 $ pour chaque heure complétée.

42269 Montant forfaitaire, par heure complétée 106,30 $

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période.*
Lorsque le service est rendu de façon discontinue entre 15 h et 17 h, au cours d'une même journée, utiliser l'élément de contexte **Temps du service discontinu**.
L'heure de fin doit correspondre à l'heure de début du forfait plus le temps cumulé pour l'ensemble des périodes discontinues du forfait.

Les activités médicales effectuées au cours de cette période sont rémunérées selon les modalités prévues à l'article 3 de l'Annexe 38, qui font notamment référence aux suppléments d'honoraires et aux modalités particulières de l'anesthésiologie. Ces suppléments d'honoraires sont majorés de 70 %. Pour déterminer la majoration, on retient l'heure de début de l'anesthésie.

b) Après 17 h en semaine, ainsi qu'à partir de 8 h les fins de semaine et les jours fériés, les activités médicales du médecin spécialiste en anesthésiologie sont rémunérées à l'acte et sont majorées de 70 %. Pour déterminer la majoration, on retient l'heure de début de l'anesthésie.

c) Les modalités prévues à la Règle 12 de l'Addendum 8 de l'annexe 4 ne sont pas applicables aux activités réalisées dans le cadre de l'article 5.

5.1.2 POUR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE CLASSÉ DANS L'UNE DES DISCIPLINES IDENTIFIÉES À LA RÈGLE 15 DE L'ADDENDUM 4 DE L'ANNEXE 4 :

AVIS **:** ***Pour la facturation des activités médicales effectuées dans le cadre du rattrapage accru des activités chirurgicales électives en semaine de 15 h à 23 h 59 ou la fin de semaine et les jours fériés de 8 h à 23 h 59***
Inscrire l'heure de début du service.
Utiliser l'élément de contexte s'appliquant à la situation :
- **Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie élective depuis plus d'un an – LE 256 et LE 257**;
- **Service rendu pour un patient en attente d'une chirurgie oncologique depuis plus de 56 jours – LE 256 et LE 257**.

a) Entre 15 h et 17 h en semaine, les activités médicales du médecin chirurgien sont majorées de 70 %. Pour le chirurgien rémunéré selon le mode de rémunération mixte, cette majoration s'applique uniquement aux codes d'actes consignés aux tableaux de suppléments d'honoraires. Pour déterminer la majoration, on retient l'heure de début de la chirurgie.

b) À compter de 17 h la semaine et à partir de 8 h les fins de semaine et les jours fériés, les services médicaux sont rémunérés à l'acte et majorés de 70 %. Pour déterminer la majoration, on retient l'heure de début de la chirurgie.

c) Les modalités prévues à la Règle 15 de l'Addendum 4 ne sont pas applicables aux activités réalisées dans le cadre de la présente lettre d'entente.

5.2 On ne tient pas compte de la rémunération versée en vertu du présent article aux fins de l'application des plafonnements de gains de pratique et d'activités prévus à l'Annexe 8, aux fins de l'application de la limitation prévue à l'article 1.4.6 de l'Annexe 19 ainsi qu'aux fins de l'application du plafonnement de gains de pratique prévu au Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers.

6. MISE EN VIGUEUR ET APPLICATION

La présente Lettre d'entente prend effet au 8 mai 2023. Les articles 4 et 5 prennent fin au 31 décembre 2024 à moins d'un renouvellement de celle-ci par les parties négociantes par l'entremise d'un avis administratif.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 258

CONCERNANT L'UTILISATION DE SOMMES NON-RÉCURRENTES POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'INSTITUT DE LA PERTINENCE DES ACTES MÉDICAUX POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2022-2023

CONSIDÉRANT la résolution RCG-0323-167 du 29 mars 2023 de l'Institut de pertinence des actes médicaux (IPAM).

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties ont effectué le suivi des lettres d'entente suivantes pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022 :
   a. Lettre d'entente nº 211 concernant le financement des services médicaux et médico-administratifs découlant de l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie;
   b. Lettre d'entente nº 217 concernant le suivi et le financement des coûts de la Modification 85;
   c. Lettre d'entente nº 220 concernant le financement des mesures introduites par la Modification 82;
   d. Lettre d'entente nº 222 concernant la mise en application de la Lettre d'entente n° 221 sur la rémunération des médecins spécialistes pour les activités réalisées dans les centres de répartition des demandes de services (CRDS);
   e. Lettre d'entente nº 231 concernant l'ensemble des modifications apportées aux modalités de rémunération des activités d'interprétation d'électroencéphalographie dans la Modification 91;
   f. Lettre d'entente nº 236 concernant l'ensemble des modifications apportées aux modalités de rémunération en lien avec les plans provinciaux de remplacement en chirurgie générale et en obstétrique-gynécologie dans la Modification 93.

2. Les parties ont convenus d'un total non récurrent disponible pour l'ensemble de ces lettres de suivis de 14,888 M $.

3. L'IPAM a convenu d'utiliser ces sommes disponibles pour combler les déficits non-récurrent de réalisation des objectifs.

4. La présente lettre d'entente prend effet le 1er avril 2023.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____ CE _____ JOUR DE _____ 2023.

_____	_____
CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 259

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES RENDUS PAR CERTAINS MÉDECINS SPÉCIALISTES EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE EN LIEN AVEC L'INTERRUPTION DE GROSSESSE DE 22 SEMAINES ET PLUS

CONSIDÉRANT les travaux entrepris par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en vue de structurer et d'organiser l'offre de services d'interruption de grossesse de 22 semaines et plus (ci-après les " Services ") au Québec;

CONSIDÉRANT l'article 24 du Code de déontologie des médecins et que les soins et services décrits à la présente lettre d'entente sont prodigués sur une base volontaire;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place, dans les installations visées, des équipes soignantes en obstétrique-gynécologie afin d'offrir une disponibilité continue des Services;

CONSIDÉRANT les risques auxquels font face les médecins spécialistes et le personnel soignant choisissant de contribuer à cette offre de Services;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la sécurité des équipes soignantes en maintenant l'anonymat des professionnels qui prodiguent ces Services;

CONSIDÉRANT la nécessité de prévoir une coordination de ces Services ainsi qu'une garde continue à travers la province de Québec;

CONSIDÉRANT que ces services sont financés par le redressement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, et ce, de façon exceptionnelle et malgré l'article 2.6 de l'Annexe 2.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cette Lettre d'entente introduit des modalités particulières de rémunération du médecin spécialiste qui est assigné de garde en disponibilité pour un territoire donné afin d'assurer la dispensation des Services. Elle prévoit aussi en annexe la rémunération pour les actes posés dans le cadre des soins et services décrits à la présente.

1.2 Cette Lettre d'entente introduit également des modalités particulières de rémunération du médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie, désigné par les parties négociantes, pour son rôle de répondant médical provincial (ci-après " Médecin répondant ").

2. FORFAITS DE DISPONIBILITÉ

2.1 Pour les fins de la couverture des Services, une répartition géographique en quatre (4) territoires est introduite. On reconnaît un territoire pour chacun des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS).

2.2 Un forfait est payé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie qui est assigné en disponibilité pendant 24 heures, soit de 7h à 7h le lendemain dans son territoire pour assurer les Services.

2.3 Le médecin désirant se prévaloir de ce forfait doit se trouver sur la liste d'assignation du territoire applicable, préparée par le Médecin répondant.

2.4 Le forfait de disponibilité est de 126 $ par jour du lundi au vendredi, et 254 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié, et s'ajoute, le cas échéant, au supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25 de l'Accord-cadre.

2.5 Un seul forfait de disponibilité est payable par période de 24 heures par territoire.

AVIS **:** *Veuillez vous référer au tableau ci-dessous.*

Tableau des forfaits de disponibilité en lien avec l'interruption des grossesse de 22 semaines et plus

Territoires	**Lundi au vendredi 126$**	**Fin de semaine / Jour férié 254$**
RUISSS de l'Université Laval	42276	42277
RUISSS de l'Université McGill	42278	42279
RUISSS de l'Université de Montréal	42284	42285
RUISSS de l'Université de Sherbrooke	42286	42287

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et indiquer :*
- le code de facturation en fonction du territoire;
- le numéro de l'établissement où le médecin se trouve comme lieu de dispensation.
Le rôle 1 est obligatoire avec l'un de ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. MÉDECIN RÉPONDANT MÉDICAL PROVINCIAL

3.1 Une responsabilité de Médecin répondant est introduite par les parties négociantes aux fins du soutien aux médecins spécialistes.

3.2 Les parties négociantes désignent les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie qui assument cette fonction.

3.3 Dans le cadre de son rôle, le Médecin répondant doit offrir un soutien médical pour les médecins référents ou les médecins en charge des patientes. Lorsque requis, il doit également :

a) Assurer, semestriellement la production d'une liste des médecins disponibles prévue au paragraphe 2.3. Cette liste est produite en considération des effectifs médicaux des installations qui participent à l'offre de Services pour chaque territoire ;

b) Donner suite aux appels téléphoniques en lien avec la prise en charge des Services ou la logistique qui s'y rattache ;

c) Être avisé lorsqu'un problème survient en lien avec la disponibilité des Services et, le cas échéant, identifier les remplaçants lors de situations imprévues en prenant les moyens raisonnables afin d'assurer la couverture complète en temps opportun ;

d) Communiquer avec le ou la chef de département ou les directeurs des services professionnels concernés en cas de difficultés pour accepter un transfert à l'hôpital.

3.4 Le médecin qui agit à titre de Médecin répondant est rémunéré selon un montant forfaitaire de 300 $ par jour, lequel comprend l'ensemble des services prévus à l'article 3.3. 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, lorsque l'appel est en lien avec les services prévus à la présente lettre d'entente.

3.5 Compte tenu de la nature de ce travail, le médecin désigné qui réclame le montant forfaitaire prévu à l'article 3.4 ne peut réclamer le supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25.

3.6 Un seul forfait de Médecin répondant est payable par jour.

AVIS **:** *Pour le forfait de médecin répondant, utiliser le code 42288.*
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4. MESURES DE CONFIDENTIALITÉ

4.1 Les informations liées à l'identité des médecins se trouvant sur la liste d'assignation prévue à l'article 2.3 de la présente lettre d'entente sont à diffusion restreinte et sécurisée, notamment pour assurer leur sécurité. Ces informations sont communiquées par le Médecin répondant uniquement lorsque nécessaire aux effectifs médicaux et paracliniques.

4.2 Les informations liées à l'identité des médecins agissant à titre de Médecin répondant sont à diffusion restreinte et sécurisée, notamment pour assurer la sécurité des médecins participants. Ces informations sont communiquées par le Médecin répondant uniquement lorsque nécessaire aux effectifs médicaux et paracliniques.

4.3 Les activités prévues à l'article 3.3, à l'exception de l'activité prévue à 3.3 a), se feront par l'entremise d'appels logés au Centre de coordination pour la périnatalité et la pédiatrie au Québec (CCPPQ). Ces appels seront ensuite relayés au Médecin répondant.

4.4 Les parties conviennent qu'une vigie sur l'accès à la liste de garde et aux coordonnées des médecins est mise en place et toute situation problématique sera rapportée au Médecin répondant .

4.5 La Régie instaure une vigie sur l'interrogation de la facturation des codes liés à la présente Lettre d'entente.

5. ANALYSE

5.1 Les parties négociantes conviennent de mettre en place un comité de suivi composé de quatre membres du MSSS et de représentants du réseau, de deux membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et de deux membres de l'Association des obstétriciens-gynécologues du Québec. Il est entendu que chacun des membres du comité pourra être remplacé à tout moment par un représentant de l'organisation concernée.

5.2 Le comité de suivi a pour mandat d'évaluer les résultats liés à la mise en place des modalités de la présente Lettre d'entente.

5.3 Le comité de suivi pourra émettre des recommandations aux parties négociantes sur les modalités prévues à la présente Lettre d'entente lorsqu'il le jugera opportun.

5.4 Le comité de suivi fera part de ses conclusions aux parties négociantes au plus tard 24 mois après la signature par les parties de la présente Lettre d'entente. Toutefois, advenant que le temps requis pour l'évaluation ne soit pas suffisant, les parties négociantes pourront convenir d'accorder une prolongation .

6. MISE EN VIGUEUR ET APPLICATION

6.1 Les montants payables en vertu de la présente Lettre d'entente ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements d'activités ou des plafonnements de gains de pratique.

6.2 Les parties transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente Lettre d'entente.

6.3 La présente Lettre d'entente prend effet au 18 mars 2020, à l'exception des modalités prévues aux articles 2 et 3, lesquelles prennent effet au 1er novembre 2023.

6.4 Les parties peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente Lettre d'entente.

6.5 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE

RÉMUNÉRATION DES SOINS ET SERVICES

1. RÉMUNÉRATION

Le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie ou en anesthésiologie peut se prévaloir des présentes modalités pour les services qu'il rend.

= 2

06896	Intervention et/ou injection intra-utérine ou intra-foetale pour une interruption de grossesse de 22 semaines et plus, incluant le guidage échographique et la visite	633,30	
	1er foetus	158,33	5
	Par foetus additionnel		

AVIS **:** *Inscrire le nombre de foetus.*

06897	Prise en charge hospitalière d'une patiente pour une interruption de grossesse de 22 semaines et plus, incluant l'échographie fœtale et l'initiation du déclenchement du travail, le cas échéant.	363,60

AVIS **:** *Pour les codes **06896** et **0689**7, inscrire la date d'entrée en établissement, le cas échéant.*

	Ensemble des soins prodigués à une patiente pour une interruption de grossesse de 22 semaines et plus pendant la phase de latence et le travail actif, incluant notamment, le cas échéant, la stimulation du travail, la rupture des membranes et la visite.	
06898	Entre 7h - 19h	207,35
06899	Entre 19h - 7h	518,40

AVIS **:** *Pour les codes **06898** et **06899**, inscrire la date des dernières menstruations.*

*Pour les codes de facturation **06898** et **06899**, inscrire l'heure de début du service.*

*Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus à la même patiente le même jour que le service codé **06898**.*

*Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus à la même patiente le même jour que le service codé **06899** ainsi que le jour suivant.*

Le service médical codé **06933** ne peut être facturé lorsque l'un ou l'autre des codes **06898** et **06899** est facturé pour la même patiente.

Les services médicaux **06898** et **06899** ne sont pas sujets à la majoration prévue à la Règle 14 du Préambule général.

2. MODALITÉS PARTICULIÈRES :

2.1 Les services de l'onglet P - Gynécologie et de l'onglet Q - Obstétrique effectués par le médecin classé en obstétrique-gynécologie sont majorés de 30 % lorsque dispensés à une patiente pour une interruption de grossesse de 22 semaines et plus, à l'exception du code 06928.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service médical dispensé dans le cadre de la LE 259**.

2.2 Les codes 06896 et 06897 ne peuvent être facturés par le même médecin, pour la même admission.

2.3 Le code 06897 peut être facturé une seule fois, par patiente, pour la même admission.

2.4 Les codes **06898** et **06899** ne peuvent être facturés avec les codes d'accouchement ou de césarienne et **06929** dans la même période s'ils sont effectués par le même médecin pour la même patiente.

2.5 Un seul forfait pour l'ensemble des soins prodigués à une patiente 06898 ou 06899 est facturable par période de 12 heures, par patiente.

2.6 Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38, les services médicaux 06896, 06897 et 06898 sont rémunérés selon les suppléments d'honoraires suivant :

06896 = 95 %

06897 = 60 %

06898 = 75 %

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 260

CONCERNANT LES MODALITÉS TRANSITOIRES VISANT LA CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES DU PROGRAMME DE TRANSPLANTATION RÉNALE DU CHUM

CONSIDÉRANT la précarité du Programme de transplantation rénale du centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) ;

CONSIDÉRANT l'intention ferme du CHUM de procéder à la réorganisation de son programme de transplantation rénale d'ici le 31 décembre 2023 ;

CONSIDÉRANT que dans l'entretemps, il est nécessaire pour le CHUM de maintenir le Programme de transplantation rénale en ayant un médecin spécialiste en greffe rénale disponible en permanence via une liste de garde ;

CONSIDÉRANT que le nombre de médecins actuels participants au Programme de greffe rénale au CHUM ne permet pas une couverture complète de la garde ;

CONSIDÉRANT que l'ajout de médecins spécialistes en greffe rénale d'une autre installation est nécessaire pour assurer la garde continue ;

CONSIDÉRANT la nécessité de définir certaines modalités particulières de rémunération des médecins spécialistes au CHUM, et ce, jusqu'à la fin des différents travaux de réorganisation en lien avec le programme de transplantation rénale.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer des modalités de rémunération particulières afin d'assurer la continuité du programme de transplantation rénale du CHUM, et ce, par la disponibilité d'un médecin spécialiste ayant une expertise en greffe rénale.
2. Le forfait de garde en disponibilité visé par la présente lettre d'entente est offert pour la greffe rénale au CHUM.
3. Le médecin qui assume la garde en disponibilité au CHUM a alors droit, en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25 (greffe rein et pancréas), au paiement d'un montant de 750 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 1 200 $ par jour, le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire :*
- le code de facturation **42289** *pour le forfait de garde en disponibilité en semaine;*
- le code de facturation **42290** *pour le forfait de garde en disponibilité la fin de semaine et un jour férié.*
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4. De plus, le médecin qui se prévaut des modalités de rémunération prévues au paragraphe 3 peut uniquement facturer ses activités accomplies au CHUM pendant sa garde en disponibilité. Il peut également facturer ses frais de déplacement tel que prévu à l'article 1 de l'Annexe 23 de l'Accord cadre ainsi que ses services de prélèvement d'organe hors du CHUM.

AVIS **:** *Pour un déplacement en lien avec un service de prélèvement d'organe hors du CHUM, voir l'article 1 de l'Annexe 23.*

5. Un seul médecin peut se prévaloir de ces modalités de rémunération par période continue de vingt-quatre (24) heures se situant entre 8h et 8h le lendemain.
6. Le médecin spécialiste qui se prévaut de la rémunération prévue à la présente lettre d'entente ne peut réclamer, au cours de la même période , le paiement du supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de l'Annexe 25.
7. La présente lettre d'entente prend effet au 1er octobre 2022 et prendra fin à la première des dates suivantes, soit au terme des travaux de réorganisation du programme de transplantation rénale, soit au 31 décembre 2025, à moins d'avis contraire des parties à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2024.

_____	_____
CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 261

CONCERNANT LES CHANGEMENTS APPORTÉS À L'ARTICLE 1.12 DE LA LETTRE D'ENTENTE N^{O} 172 DANS LE CADRE DE LA MODIFICATION N^{O} 111

CONSIDÉRANT que la Lettre d'entente n^{o} 172 prévoit la rémunération pour le signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (" DPJ "), incluant la documentation de la situation à risque et les discussions à cet égard avec les personnes responsables à la DPJ;

CONSIDÉRANT que cette dernière ne prévoit la rémunération que pour les médecins spécialistes en psychiatrie et en médecine d'urgence;

CONSIDÉRANT l'importance de cette démarche dans un souci de maintien de la sécurité et afin de favoriser un bon développement de l'enfant;

CONSIDÉRANT l'article 39 du Code de déontologie des médecins;

CONSIDÉRANT l'équité recherchée par les parties négociantes quant à cette modalité de rémunération pour l'ensemble des médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT la difficulté pour les parties négociantes à déterminer le volume de services qui découlera de ce changement pour les autres spécialités, notamment pour la pédiatrie;

CONSIDÉRANT la nécessité d'effectuer un suivi approprié des coûts reliés à cette modification.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À compter du 1er novembre 2023, les parties négociantes s'engagent à mesurer et évaluer à chaque année, lors de la réception des données, les coûts réels générés par la facturation du service de signalement à la DPJ pour l'ensemble des spécialités, lesquels coûts réels doivent refléter les services autrement payables, le cas échéant, à l'exclusion de la psychiatrie et de la médecine d'urgence.
2. À compter de l'année 2023-2024 et ce, jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre, les coûts non récurrents de ce service sont financés à même les sommes disponibles prévues au Protocole d'accord signé le 14 mars 2018 entre le MSSS et la FMSQ ayant trait au renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023, et ce, à moins qu'il n'en soit convenu autrement dans le cadre du renouvellement.
3. Dans le cadre du renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023 qui a pris fin le 31mars 2023, les parties conviennent de discuter du financement des coûts récurrents découlant des changements apportés à l'article 1.12 de la Lettre d'entente n^{o} 172 dans le cadre de la Modification n^{o} 111.
4. La présente lettre d'entente prend effet le 1er novembre 2023.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2024.

_____

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

_____

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 262

CONCERNANT LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES OBSTÉTRICAUX PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE À L'HÔPITAL DE SEPT-ÎLES

CONSIDÉRANT les modalités particulières prévues à la Lettre d'entente 234 (" LE 234 ");

CONSIDÉRANT que le plan des effectifs médicaux adopté en obstétrique-gynécologie à l'Hôpital de Sept-Îles (0269X) est supérieur à trois;

CONSIDÉRANT que le nombre d'effectifs en place est de trois pour l'Hôpital de Sept-Îles en date de la présente Lettre d'entente;

CONSIDÉRANT que l'Hôpital de Sept-Îles ne peut dès lors bénéficier d'un groupe concerté, de la garde en disponibilité ainsi que de la mesure ciblée pour pallier les situations particulières de découverture aux termes de la LE 234;

CONSIDÉRANT le volume d'accouchements d'environ 500 par année à l'Hôpital de Sept-Îles;

CONSIDÉRANT la situation géographique de l'Hôpital de Sept-Îles;

CONSIDÉRANT les risques identifiés par les parties sur l'état des effectifs dans cet Hôpital;

CONSIDÉRANT la révision en cours par les parties des modalités de la LE 234;

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'éviter des bris de service et de mettre en place des mesures de façon exceptionnelle par l'entremise de cette lettre d'entente afin de permettre aux parties de mener à terme les travaux quant à la révision de la LE 234, ces mesures étant souscrites sans admission ni reconnaissance des parties relativement à l'application de l'Accord-cadre et de ses Lettres d'entente, notamment quant à l'avis de différend de la FMSQ du 22 décembre 2022.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En raison du nombre d'effectifs à l'hôpital de Sept-Îles en date de la signature de la présente, l'obstétricien-gynécologue remplaçant couvrira jusqu'à concurrence de 8 semaines de garde.

   Dans le cas d'une diminution des effectifs en place, les parties négociantes pourront, administrativement revoir à la hausse le nombre de semaines de garde.
2. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie remplaçant qui est désigné et qui assure la garde en disponibilité de l'Hôpital de Sept-Îles a droit, en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25, aux montants prévus à l'article 2.1 de la LE 234.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire :*
- le code de facturation **42291** *pour le forfait de garde en disponibilité en semaine (tarif quotidien de 750 $);*
- le code de facturation **42292** *pour le forfait de garde en disponibilité la fin de semaine et un jour férié (tarif quotidien de 1200 $).*
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Ce médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie remplaçant a également droit au montant forfaitaire prévu à l'article 1.2.1 a) de la LE 234.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* **42293** *(tarif quotidien de 1000 $).*
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4. Dans l'éventualité où ce médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie remplaçant ne pourrait se prévaloir de son per diem ou de son demi per diem en raison des modalités et conditions prévues à l'Annexe 38, il aurait alors droit à un forfait de 250 $ par demi-journée. Une demi-journée s'entend d'une période moyenne de trois heures et demie, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. Ce forfait remplace alors le demi per diem de l'Annexe 38.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* **42294**.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5. Exceptionnellement, les parties conviennent de mettre fin au 31 décembre 2023 aux désignations en vertu des Lettres d'entente 102 et 112 pour les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie remplaçant dans un contexte d'itinérance pour l'Hôpital de Sept-Îles. Les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie établis pourront continuer d'être désignés en vertu de la Lettre d'entente 102.

6. À l'exception des montants payables en vertu de l'article 4, les montants prévus à la présente lettre d'entente ne constituent pas une rémunération de base et ne sont pas sujets à la majoration prévue à l'Annexe 19 de l'Accord-cadre.

7. À l'exception des montants payables en vertu de l'article 4, les montants payables en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas pris en compte quant à l'application des plafonnements de gains de pratique.

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

9. La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2024 et prendra fin à la première occurrence parmi les deux éventualités suivantes, soit i) dès l'entrée en vigueur de la révision de la LE 234 par les parties; ou ii) lorsque le nombre d'effectifs en place sera de quatre sur quatre pour l'Hôpital de Sept-Îles.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2024.

_____	_____
CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 263

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES PARTICIPANT À LA CONCEPTION ET À LA CONSTRUCTION DE LA SOLUTION PROVINCIALE DU DOSSIER SANTÉ NUMÉRIQUE DANS LE CADRE DES PROJETS VITRINES

CONSIDÉRANT que la conception du Dossier santé numérique (DSN) sera d'abord entamée dans deux établissements, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal et le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, dans le cadre des Projets vitrines, afin de permettre une implantation complète d'ici la fin de l'année 2025 dans ces deux établissements ;

CONSIDÉRANT l'intérêt des parties d'assurer la participation et l'implication des médecins spécialistes au projet de déploiement du DSN ;

CONSIDÉRANT le besoin de définir les modalités de rémunération afin de permettre cette participation et implication des médecins spécialistes à ces travaux de construction et de conception ;

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre MSSS-FMSQ et les modalités applicables aux médecins spécialistes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cette Lettre d'entente a pour objet la rémunération du médecin spécialiste qui accomplit à titre de médecin spécialiste nommé comme membre d'un comité aviseur, d'un groupe de travail ou d'un groupe de consultation ad hoc, les activités professionnelles décrites à la présente Lettre d'entente.
1.2 Ces groupes et comités sont composés de professionnels de la santé, dont des médecins, et sont chargés de contribuer à l'élaboration, à la validation et à l'optimisation des fonctionnalités du DSN.
1.3 Les comités aviseurs élaborent des orientations tactiques et des priorités d'implantation du DSN, en prenant en compte les besoins des différents acteurs du système de santé.
1.4 Les groupes de travail sont chargés d'analyser, de discuter et de recommander les ajustements nécessaires pour adapter le DSN aux besoins spécifiques du Québec.
1.5 Les groupes de consultation ad hoc se réunissent lorsque requis pour préparer, revoir et intégrer les outils de travail plus spécifiques selon les différentes spécialités ou types de pratique médicale.

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 de la présente Lettre d'entente.
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 la présente Lettre d'entente constitue une rémunération de base.
2.3 On ne tient pas compte de la rémunération versée en vertu de la présente Lettre d'entente aux fins de l'application des plafonnements de gains de pratique et d'activités prévus à l'Annexe 8, aux fins de l'application de la limitation prévue à l'article 1.4.6 de l'Annexe 19 ainsi qu'au plafonnement de gains de pratique prévu au *Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers*.

2.4 Outre la Régie, les parties et le médecin, la présente Lettre d'entente lie le *Centre d'expertise - Dossier santé numérique* (le Centre d'expertise) et les établissements.

3. ACTIVITIÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

3.1 Pour le médecin qui est nommé comme membre d'un comité aviseur, d'un groupe de travail ou d'un groupe de consultation, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

a) l'exercice des responsabilités attribuées au comité ou groupe ;
b) la participation aux réunions du comité ou du groupe ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin.

3.2 Les réunions doivent 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. 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.

4. RÉMUNÉRATION

4.1 Pour les activités décrites à la présente Lettre d'entente, le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique au prorata, par période de 15 minutes continues et complétées.
Le tarif est de 211 $.

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à tarif horaire***
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

La demande de paiement doit contenir seulement les codes d'activité du Dossier santé numérique (DSN).

Dans la section Établissement*, inscrire le nom et le numéro de l'établissement :*
- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (94403);
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (94408).
Dans la section Activités*, inscrire :*
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH*;*
- le code d'activité ***330420****;*
- si l'activité est réalisée à distance, le secteur de dispensation ***60*** *(voir l'article 3.2);*
- les heures effectuées.
Sélectionner la plage horaire.

Pour une activité réalisée à distance, si le taux de rémunération de l'établissement pour lequel le service est rendu est différent de celui du lieu où le médecin se trouve, en plus du secteur d'activité 60, inscrire :
- la lettre A *dans le champ* C.S.*;*
- dans le champ Renseignements complémentaires *:*
- le numéro d'établissement ou de localité du lieu où le médecin se trouve,
- la date des services,
- la période de référence, s'il y a lieu (de 1 à 45).

4.2 Toute demande de paiement selon la présente Lettre d'entente doit être contresignée par le responsable du comité ou du groupe de travail ou par une personne autorisée de l'établissement.

4.3 Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir l'activité professionnelle visée à l'article 3.1 a également droit au paiement de ses frais selon les modalités de l'Annexe 23.

AVIS **:** *Pour les instructions de facturation, voir la section* Frais de déplacement et de séjour *du* Guide de facturation – Honoraires forfaitaires et salariat.

5. LIMITATIONS ET AUTRES MODALITÉS

5.1 Un médecin spécialiste ne peut tirer avantage des bénéfices prévus à la présente Lettre d'entente 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. En sus des montants versés pour les activités de la présente Lettre d'entente, et nonobstant toute mention ou obligation contraire, le médecin peut se prévaloir des montants forfaitaires suivants :

i. Annexe 25 concernant la rémunération de la garde en disponibilité ;
ii. Forfaits de prise en charge prévus à l'Annexe 29 ;
iii. Forfait quotidien d'une unité de grands brûlés prévu à l'Annexe 39 ;
iv. Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes ;
v. Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre du Centre antipoison du Québec (CAPQ) ou du Système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.) ;
vi. Forfait pour clinique de chimiothérapie ;
vii. Forfait pour médecin répondant en salle de traitement ambulatoire du cancer ;
viii. Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence ;
ix. Protocole 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.

Cette autorisation exceptionnelle découle de la nature particulière des Projets vitrines, de son état d'avancement actuel en date des présentes et des calendriers préétablis convenus avec les médecins participants. En ce sens, les parties reconnaissent que cette autorisation ne peut constituer un précédent.

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

5.2.1 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 Lettre d'entente 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 %.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **331420**.*

5.2.2 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 à la présente Lettre d'entente 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.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **331420**.*

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

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **331420**.*

6. BANQUE D'HEURES ET RÉPARTITION

6.1 Les parties négociantes déterminent une banque d'heures de 35 748 heures qui, selon le mode du tarif horaire, est allouée à la rémunération des médecins spécialistes accomplissant les activités professionnelles au sein des différents comités et groupes de travail dans le cadre des travaux relatifs à la mise en œuvre du DSN.
6.2 Cette banque d'heures peut être augmentée par avis administratif des parties négociantes à la RAMQ en fonction des besoins en lien avec la conception et la mise en œuvre du DSN
6.3 Au niveau d'un comité ou d'un groupe de travail ou de consultation, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des responsabilités du médecin visé par la présente Lettre d'entente relèvent du Centre d'expertise.
6.4 La Régie transmet trimestriellement aux parties négociantes un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de ces comités et groupes en vertu du présent protocole.

7. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.1 La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2024 et se termine le 29 novembre 2025, à moins d'avis administratif contraire des parties négociantes.
7.2 Les coûts des services prévus à la présente Lettre d'entente ne sont pas considérés dans l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable à chaque année.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2024.

_____	_____
CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 264

CONCERNANT LES MODIFICATIONS APPORTÉES AU PROGRAMME DE CONGÉ PARENTAL PRÉVU À L'ANNEXE 43 DANS LE CADRE DE LA MODIFICATION N^{O} 114

CONSIDÉRANT que des modifications ont été apportées au Programme de congé parental (" Annexe 43 ") afin notamment, de tenir compte des nouvelles modalités prévues au Régime québécois d'assurance parentale (" RQAP ") et également de permettre aux pères médecins spécialistes de pouvoir bénéficier des modalités de l'Annexe 43 ;

CONSIDÉRANT la difficulté pour les parties négociantes à déterminer le volume des allocations qui découlera de ces modifications, et le montant des sommes qui seront ainsi versées aux pères médecins spécialistes ;

CONSIDÉRANT la nécessité d'effectuer un suivi approprié des coûts reliés à ces modifications.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le coût annuel des modifications permettant aux pères médecins spécialistes de pouvoir bénéficier des nouvelles modalités de l'Annexe 43 est évalué à 3,9 M $ récurrent.
2. Le financement de ces changements est effectué à partir des sommes récurrentes dégagées à la Lettre d'entente n^{o} 217.
3. Considérant que les coûts relatifs aux nouvelles prestations de congé de paternité reposent sur différentes hypothèses actuarielles, les parties négociantes s'engagent à mesurer et évaluer à chaque année, lors de la réception des données, les coûts réels de ces allocations au cours des trois premières années d'application.
4. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels étaient différents des estimés prévus à l'article 1, les parties s'engagent à examiner à des fins explicatives les facteurs en cause, notamment l'évolution de pratique, et à discuter des mesures à prendre le cas échéant.
5. Ainsi, dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés à cette Lettre d'entente étaient supérieurs au financement prévu, les parties conviennent des mesures à prendre, notamment de réviser les modalités applicables ou de convenir d'un mécanisme de récupération des dépassements à même les sommes prévues au Protocole d'accord ayant trait au renouvellement de l'entente. Dans l'éventualité où les coûts étaient inférieurs au financement prévu au cours d'une année, les parties conviennent que le montant de la non-atteinte sera utilisé, sur une base non récurrente ou récurrente, le cas échéant, de la façon identifiée à la Lettre d'entente n^{o} 217.
6. La présente lettre d'entente prend effet le 1er avril 2024.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2024.

_____
CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

_____
VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *À compter du 25 octobre 2022, à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), la Lettre d'entente 265 suivante est adoptée.*
Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

LETTRE D'ENTENTE N° 265

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION APPLICABLE AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES PARTICIPANT À LA MISE EN PLACE DES PROJETS DE RÉINVESTISSEMENTS DE L'INSTITUT DE LA PERTINENCE DES ACTES MÉDICAUX

CONSIDÉRANT *la résolution RCG-0624-188-E de l'Institut de pertinence des actes médicaux (" l'**IPAM** ").*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 *Cette Lettre d'entente a pour objet la rémunération du médecin spécialiste qui accomplit, à titre de médecin spécialiste nommé comme membre d'un comité découlant de l'IPAM, les activités professionnelles décrites à l'article 3.*

2. CHAMP 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 de la présente Lettre d'entente constitue une rémunération de base.*
2.2 *On ne tient pas compte de la rémunération versée en vertu de la présente Lettre d'entente aux fins de l'application des plafonnements de gains de pratique et d'activités prévus à l'Annexe 8, aux fins de l'application de la limitation prévue à l'article 1.4.6 de l'Annexe 19, ainsi qu'aux fins de l'application du plafonnement de gains de pratique prévu au Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers.*

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

3.1 *Pour le médecin spécialiste qui est nommé membre d'un comité découlant de l'IPAM, l'activité professionnelle visée à la présente Lettre d'entente est celle reliée à la participation aux réunions dudit comité.*
3.2 *Les comités visés sont les suivants :*

Tarif : 52,75 par période de 15 minutes

42330 *Participation à un comité de travail de l'IPAM;*
42331 *Participation à un comité clinique opérationnel IPAM;*
42332 *Participation à un comité directeur des projets télésanté;*
42333 *Participation à un comité directeur des alternatives à l'hospitalisation;*
42334 *Participation à un comité directeur de la pertinence des consultations à l'urgence;*
42335 *Participation à un comité directeur des projets de santé mentale;*
42336 *Participation à un comité directeur des projets des unités d'intervention rapide à domicile et des soins de fin de vie;*
42337 *Participation à un comité directeur des projets CRDS et des prescripteurs électroniques;*
42338 *Participation à un comité directeur du projet du dossier médical électronique;*
42339 *Participation à un comité directeur du projet de coordination de l'investigation en cancérologie;*
42340 *Participation à un comité directeur du guichet d'accès en obésité;*
42341 *Participation à un comité directeur du rattrapage en pédiatrie;*

42342 *Participation à un comité directeur du MASM et rattrapage en santé mentale;*
42343 *Participation à un comité directeur du rattrapage en chirurgie;*
42344 *Participation à un comité directeur du projet de l'évaluation préopératoire;*
42345 *Participation à un comité directeur du projet du traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate;*
42346 *Participation à un comité directeur du projet des CMS en pédiatrie;*
42347 *Participation à un comité directeur du projet des grossesses à risque élevées;*
42348 *Participation à un comité directeur du projet des grossesses normales;*
42349 *Participation à un comité directeur du projet Écho réalité plus;*
42350 *Participation à un comité directeur du projet de l'informatisation des dossiers en obstétrique;*
42351 *Participation à un comité directeur du projet Cliniques musculosquelettiques;*
42352 *Participation à un comité directeur du projet Continuum douleur chronique;*
42353 *Participation à un comité directeur du projet Soutien à la pratique en rhumatologie;*
42354 *Participation à un comité directeur du projet de la consolidation et développement d'un programme de réadaptation cardiaque;*
42355 *Participation à un comité directeur du projet de la téléréadaptation pulmonaire;*
42356 *Participation à un comité directeur du projet de déploiement des cliniques d'évaluation de la fragilité en gériatrie;*
42357 *Participation à un comité directeur du projet de TAVI – Gériatrie;*
42358 *Participation à un comité directeur du projet de Gériatrie communautaire/Gériatre répondant;*
42359 *Participation à un comité directeur du projet des trajectoires des soins palliatifs et de fin de vie;*
42360 *Participation à un comité directeur du projet de la dialyse assistée en soutien à domicile;*
42361 *Participation à un comité directeur du projet de la Prise en charge des patients diabétiques;*
42362 *Participation à un comité directeur du projet du centre d'optimisation de l'occupation des lits de soins intégrés (COOLSIQ);*
42363 *Participation à un comité directeur du projet du Registre québécois d'endoscopie;*
42364 *Participation à un comité directeur du projet du fonds de soutien à l'implantation des innovations non pharmaceutiques dans le RSSS;*
42365 *Participation à un comité directeur du projet des greffes hépatiques;*
42366 *Participation à un comité directeur du projet des dons vivants de reins;*
42367 *Participation à un comité directeur du projet de la transplantation des Îlots de Langerhans;*
42368 *Participation à un comité directeur du projet des allogreffes composites vascularisées;*
42369 *Participation à un comité directeur du projet de la prise en charge spécialisée de l'incontinence urinaire;*
42370 *Participation à un comité directeur du projet impact direct sur les usagers en attente de niveaux de soins alternatifs*.

L'IPAM peut ajouter ou retirer des comités directeurs de projet sur simple avis à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- le code de facturation approprié (42330 à 42370);
- l'heure de début et l'heure de fin de votre participation.
- pour le lieu de dispensation, le lieu où l'activité est réalisée: code de localité, code postal ou numéro de l'établissement.
Si l'activité est réalisée dans les locaux de l'IPAM, inscrivez le numéro d'établissement 94849.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3.3 *La participation du médecin spécialiste peut être effectuée par une présence sur place ou à distance, mais non par conférence téléphonique.*

4. DÉSIGNATION

4.1 *Le médecin spécialiste qui peut se prévaloir des dispositions de la présente Lettre d'entente est celui dont le nom a été transmis à la Régie par le comité conjoint MSSS-FMSQ, après autorisation préalable de l'IPAM.*
4.2 *La Régie donne effet aux avis de désignation transmis.*
4.3 *La Régie transmet trimestriellement à l'IPAM et aux parties négociantes un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes en vertu de la présente lettre d'entente.*

5. RÉMUNÉRATION

5.1 *Pour les activités décrites à la présente Lettre d'entente, le médecin spécialiste désigné est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique au prorata, par période de 15 minutes continues et complétées, du lundi au dimanche.*
5.2 *Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir l'activité professionnelle visée à la présente Lettre d'entente 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.

6. LIMITATIONS ET AUTRES MODALITÉS

6.1 *L'application de certaines dispositions prévues à l'Accord-cadre s'effectue selon les modalités suivantes :*

i. Pour le médecin spécialiste 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 Lettre d'entente 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 %.

ii. 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.

6.2 *Un médecin spécialiste ne peut réclamer plus de 7 heures, par comité, par semaine, du lundi au dimanche.*
6.3 *Un médecin spécialiste ne peut réclamer, plus de 70 heures, par comité, par année civile.*
6.4 *Un médecin spécialiste ne peut tirer avantage des bénéfices prévus de la présente Lettre d'entente 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.*

7. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.1 *La présente lettre d'entente prend effet rétroactivement au 25 octobre 2022 et se termine le 31 octobre 2026.*

7.2 *Les coûts des activités prévues à la présente Lettre d'entente ne sont pas considérés dans l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable à chaque année.*

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2024.

_____	_____
CHRISTIAN DUBÉ	***VINCENT OLIVA, M.D.***
Ministre	*Président*
Ministère de la Santé et des Services sociaux	*Fédération des médecins spécialistes du Québec*

LETTRE D'ENTENTE Nº 266

CONCERNANT LE CLASSEMENT DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LES SPÉCIALITÉS MÉDICALES RECONNUES PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT que les Lettres d'entente nos 36, 181 et 192 sont abrogées;

CONSIDÉRANT la Règle 21 du Préambule général;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de clarifier l'application des lettres d'entente sur la classification dans les différentes spécialités et de simplifier l'Entente.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins n'étant certifiés que dans l'une des nouvelles spécialités reconnues ou dont le dernier certificat obtenu est l'une de celles-ci, et pour lesquelles aucune modalité spécifique de rémunération n'est convenue, sont classés dans les spécialités identifiées par les parties négociantes et transmises à la Régie.

AVIS **:** *Les médecins certifiés dans l'une des nouvelles spécialités reconnues par les parties négociantes, en vertu de l'article 1 de la* Lettre d'entente 266*, sont classés aux fins de rémunération dans les spécialités de classement suivantes :*

Nouvelle spécialité	Spécialité de classement
Chirurgie colorectale	Chirurgie générale
Chirurgie générale oncologique	Chirurgie générale
Chirurgie pédiatrique	Chirurgie générale
Chirurgie thoracique	Chirurgie générale
Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité	Obstétrique et gynécologie
Gérontopsychiatrie	Psychiatrie
Hématologie/oncologie pédiatrique	Hématologie
Maladies infectieuses	Microbiologie médicale et infectiologie
Médecine de l'adolescence	Pédiatrie
Médecine de soins intensifs	Médecine interne
Médecine d'urgence pédiatrique	Pédiatrie
Médecine du travail	Santé publique et médecine préventive ou du travail
Médecine interne générale	Médecine interne
Médecine maternelle et foetale	Obstétrique et gynécologie
Médecine néonatale et périnatale	Pédiatrie
Neuropathologie	Anatomo-pathologie
Oncologie gynécologique	Obstétrique et gynécologie
Pathologie générale	Anatomo-pathologie
Pathologie hématologique	Anatomo-pathologie
Pathologie judiciaire	Anatomo-pathologie
Pédiatrie du développement	Pédiatrie
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	Psychiatrie
Psychiatrie légale	Psychiatrie
Santé publique et médecine préventive	Santé publique et médecine préventive ou du travail

2. Le médecin qui détient la spécialité d'hématologie et d'oncologie est classé dans la spécialité de classement d'hématologie.

3. Le médecin qui détient la spécialité de pédiatre et de maladies infectieuses est classé dans la spécialité de classement de pédiatrie.

4. Les parties peuvent convenir de classements exceptionnels afin d'attribuer à un médecin spécialiste une spécialité de classement différente de la spécialité de certification qui lui a été attribué par le Collège des médecins, lorsqu'il est démontré que son activité professionnelle est effectuée au sein de cette spécialité de classement.

Les parties négociations avisent la Régie des classements exceptionnels dont elles conviennent. Ceux-ci s'appliquent nonobstant toutes dispositions au contraire prévues à l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2025.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº 267

CONCERNANT LES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES PSYCHIATRES

CONSIDÉRANT l'adoption de la Modification 116 à l'Accord cadre et la volonté de réviser les modalités de rémunération des psychiatres afin de favoriser l'accès aux soins en santé mentale, le tout à coût nul;

CONSIDÉRANT que certaines modalités de rémunération ont été déterminées par les parties négociantes sur la base d'hypothèses actuarielles;

CONSIDÉRANT que les économies réelles afférentes à la révision de ces modalités de rémunération des psychiatres peuvent différer des économies anticipées par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'effectuer un suivi approprié des économies reliées à ces modifications.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'économie nette annuelle des changements apportés aux codes **15554**, **15558**, **15567**, **15578**, **15590** et **15678** en psychiatrie dans le cadre de la Modification 116 est de 7,2 M$.
2. Les parties négociantes s'engagent à mesurer et évaluer à chaque année, lors de la réception des données, les économies réelles associées à ces modifications, au cours des trois premières années d'application.
3. Dans l'éventualité où les économies réelles annuelles associées étaient différentes dans leur globalité de ceux prévus au premier article de la présente lettre d'entente, les parties s'engagent à examiner à des fins explicatives les facteurs en cause, notamment l'évolution de pratique, et à discuter des mesures à prendre le cas échéant.
4. Dans l'éventualité où les économies réelles annuelles associées à la présente lettre d'entente étaient inférieures au financement prévu, les parties conviennent que le montant du dépassement sera récupéré, sur une base récurrente, en révisant les modalités de rémunération en psychiatrie et, sur une base non-récurrente, de la façon identifiée par les parties.
5. Dans l'éventualité où les économies réelles annuelles associées à la présente lettre d'entente étaient supérieures au financement prévu, les parties conviennent que le montant de la non-atteinte sera utilisé, sur une base récurrente, pour la mise en place de mesures tarifaires en psychiatrie et, sur une base non-récurrente, de la façon identifiée par les parties.
6. La présente lettre d'entente prend effet le 16 juin 2025.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2025.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe 11. B — Lettres d'entente numérotées

LETTRE D'ENTENTE A-18

CONCERNANT LES GRANDS HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Des émoluments de régie particuliers sont alloués aux chefs de service (ou directeurs de programme) des grands hôpitaux psychiatriques.

Sont visés les services des hôpitaux Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Institut universitaire en santé mentale de Québec et Hôpital Rivière-des-Prairies et les modules de l'Institut Douglas énumérés dans la liste annexée.

Celui qui est titulaire de l'une ou l'autre de ces fonctions, fournit des notes explicatives s'il demande paiement d'émoluments de régie pour 15 heures ou plus au cours d'une même semaine.

Pour le reste, les émoluments de régie sont sujets aux règles de l'Annexe 13, incluant les règles relatives aux avis à expédier à la Régie.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **001072** ou **002072** (Fonctions de régie - Chef de service en psychiatrie).*

MARC-YVAN CÔTÉ	**ROBERT MARIER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-20

CONCERNANT LA MODIFICATION 13

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les dispositions suivantes qui seront incorporées dans la Modification 13, prennent effet au 1er septembre 1989 :

1. À compter du 1er janvier 1990, les examens de médecine nucléaire in vivo sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

MARC-YVAN CÔTÉ	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-21

CONCERNANT L'ÉQUIPE DE MÉDECINS PSYCHIATRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ McGILL EN POSTE AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE BAIE-COMEAU

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins psychiatres de la faculté de médecine de l'Université McGill assignés au Centre hospitalier de Baie- Comeau, sont payés pour certaines vacations sur le campus.

Ces médecins psychiatres sont Denis Boisvert, Jean-Marc Guillé, Louis Gaborit-de-Montjou et Krystyna Zukowska.

2. Les heures de vacation sur le campus avant le 1er décembre 1989, sont payées au taux horaire par la Régie suivant la norme de 7 heures par mois d'assignation; les heures additionnelles sont prises sur le crédit des journées de ressourcement, en comptant 7 heures par jour.

MARC-YVAN CÔTÉ	**ROBERT MARIER, M.D.**
Ministr	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-28

CONCERNANT LA PRATIQUE HORS ÉTABLISSEMENT DE CERTAINS PSYCHIATRES SALARIÉS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À titre exceptionnel, certains médecins psychiatres salariés ont droit de se prévaloir de la tarification à l'acte ou de la tarification horaire pour leur pratique d'appoint dans les établissements suivants :

a. Les centres d'accueil pour enfants ou adolescents;

b. Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Montmagny;

c. Sanatorium Ross.

2. Ces honoraires sont comptés dans le plafond de 25 000 $ alloué comme gain de pratique d'appoint en sus du salariat.

3. Sont visés par la présente lettre d'entente, les pédo-psychiatres dont les noms suivent.

Jacques Thivierge

Guy Tremblay

André Kidd

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-33

CONCERNANT LES SERVICES DE RADIOLOGIE RENDUS DANS LES CLSC ET LES CENTRES DE RÉADAPTATION DOTÉS D'ÉQUIPEMENTS RADIOLOGIQUES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins radiologistes qui rendent des services dans les établissements énumérés dans la liste ci-jointe, sont rémunérés suivant le tarif de la pratique en centre hospitalier.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE *(Lettre d'entente A-33)*

LISTE DES CLSC ET DES CENTRES DE RÉADAPTATION DOTÉS D'ÉQUIPEMENTS RADIOLOGIQUES

Région 03

CLSC Saint-Marc-des-Carrières
Service de réadaptation aux adultes et aux ainés

Région 06 - Montréal

Clinique Communautaire Pointe Saint-Charles, Sainte-Anne
CLSC de Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est
Centre de réadaptation Lucie Bruneau

Région 07

CLSC et Centre d'hébergement la Petite Nation

Région 08

CLSC de Senneterre

Région 09

CSSS de la Haute-Côte-Nord (Pavillon Forestville)
Région 10 - Nord-du-Québec
Centre de santé René-Ricard

Région 11 – Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine

CLSC de Pasbébiac
CLSC de Grande-Vallée
CLSC Malauze, Matapédia
CLSC Val Rosiers, Rivière-au-Renard

Région 12 – Chaudière-Appalaches

CLSC de St-Pamphile

Région 13 – Laval

CLSC Sainte-Rose de Laval/Centre d’hébergement Rose-de-Lima

Région 14 - Lanaudière

CLSC Joli-Mont

Région 16 - Montérégie

CLSC Jardin du Québec, Saint-Rémi
CLSC Châteauguay, Châteauguay
CLSC de Farnham

LETTRE D'ENTENTE A-47

CONCERNANT LE DOCTEUR JACQUES PÉPIN

CONSIDÉRANT l'expertise en infectiologie de docteur Jacques Pépin (80-406);

CONSIDÉRANT sa spécialisation en médecine interne;

CONSIDÉRANT la Règle d'application n° 27.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins de l'application de l'article 3 de la Règle d'application n° 27, on ne considère également pas la visite principale du patient qui est effectuée en maladie infectieuse par le docteur Jacques Pépin.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Patient hospitalisé qui est vu pour une maladie infectieuse.**

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____ jour de _____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-51

CONCERNANT LA PRISE EN COMPTE DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS CNESST DANS LE CALCUL DE L'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE

CONSIDÉRANT qu'en vertu de l'article 2.8 de l'Annexe 36, afin de déterminer les gains de pratique moyens servant au calcul de l'allocation de fin de carrière, on ne tient pas compte de la rémunération du médecin pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

CONSIDÉRANT qu'en vertu de l'article 4.2 de l'Annexe 8, aux fins de l'application des plafonnements de gains de pratique, les parties négociantes ont convenu, à compter du 1er janvier 1999, de ne pas tenir compte de la rémuné-ration du médecin pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

CONSIDÉRANT qu'avant le 1er janvier 1999, il était donc tenu compte, aux fins de l'application des plafonnements de gains de pratique, de la rémunération du médecin pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

CONSIDÉRANT qu'il importe d'assurer un traitement similaire à la rémunération du médecin pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et ce, autant au niveau du calcul de l'allocation de fin de carrière que de l'application des plafonds de gains de pratique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Nonobstant l'article 2.8 de l'Annexe 36, la détermination des gains de pratique moyens servant au calcul de l'allocation de fin de carrière est effectuée, pour les gains de pratique antérieurs au 1er janvier 1999, en tenant compte de la rémunération du médecin pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

2. L'article 1 ne s'applique qu'à l'égard des médecins spécialistes dont la demande d'allocation de fin de carrière a été autorisée par les parties négociantes et qui ont signé un engagement à ne plus exercer dans le cadre du Régime d'assurance maladie du Québec.

3. Les parties négociantes procèdent à la révision du montant de l'allocation de fin de carrière payable en vertu de l'article 1 aux médecins visés et déterminent un montant forfaitaire à être versé à ces médecins, le cas échéant. Ce montant forfaitaire équivaut à la différence entre le montant de l'allocation de fin de carrière qui avait autrement été déterminé pour ces médecins et le montant de l'allocation de fin de carrière à être déterminé en vertu de l'article 1. Seuls les montants forfaitaires de plus de 250 $ sont versés.

4. Les parties négociantes avisent la Régie du montant forfaitaire à être versé à un médecin visé ou, dans l'éventualité du décès de ce médecin, à être versé à sa succession. Ce montant forfaitaire est payable en un seul versement, dans les 60 jours de la réception de l'avis des parties négociantes.

5. Les montants forfaitaires versés par la Régie en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas considérés aux fins de la détermination de tout dépassement ou non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour d'octobre 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE A-52

CONCERNANT L'ÉTUDE DE L'APNÉE NOCTURNE AU CLSC DE SHERBROOKE-KING EST

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les docteurs Robert Boileau, Nicole Bouchard, André Cantin, Bernard Coll, Julie Deschênes, Pierre Larivée et Yves Vézina sont rémunérés pour les services médicaux « Étude de l'apnée nocturne (mesure de la densité des apnées) » code 08472 et « Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne » code 08489, lorsque effectués auprès de patients du CLSC de Sherbrooke-King Est.

La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er mai 2007

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

LETTRE D'ENTENTE A-53

CONCERNANT LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ENDOCRINOLOGIE SE RENDANT DISPENSER DES SOINS AU CSSS DE CHICOUTIMI - PAVILLON SAINT-VALLIER

CONSIDÉRANT que les docteurs Patrice Perron, Ghislaine Houde, Jean-Luc Ardilouse, Jean-Patrice Baillargeon et André Carpentier, médecins spécialistes en endocrinologie, sont appelés à dispenser des soins dans leur discipline au CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier;

CONSIDÉRANT les frais de déplacement encourus par ces médecins lorsqu'ils se rendent dans cet établissement pour y dispenser des soins.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Lorsqu'un des médecins mentionnés ci-haut utilise un moyen de transport aérien pour se rendre dispenser des soins dans sa discipline au CSSS de Chicoutimi - Pavillon Saint-Vallier, la Régie lui verse un montant de 1 098 $ pour l'aller-retour (code 19899), et ce, en lieu et place de l'indemnité de déplacement prévue à l'annexe 23 de l'Accord-cadre.

2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er février 2005.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19899***.

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

LETTRE D'ENTENTE A-58

CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU GRAND-PORTAGE

CONSIDÉRANT que le Centre hospitalier régional de Rimouski n'est plus en mesure d'offrir les services de mammographies à la population qu'il dessert;

CONSIDÉRANT les démarches en cours pour réorganiser la prestation de ces services dans cet établissement;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer dans l'intervalle l'accessibilité à ces services;

CONSIDÉRANT que le CH régional du Grand-Portage est disposé à prendre en charge la prestation de ces services.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. En plus de la rémunération à laquelle ils ont droit en vertu des dispositions de l'entente, les médecins radiologistes du CH régional du Grand-Portage qui assurent la prise en charge des mammographies et autres services radiologiques y reliés pour la clientèle du CH régional de Rimouski, ont droit à un montant forfaitaire additionnel global de 500 $, par semaine.

2. Un seul montant forfaitaire peut être réclamé par semaine pour l'ensemble des médecins radiologistes du CH régional du Grand-Portage.

3. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er mars 2004. Les avantages qu'elle confère sont temporaires et sont réévalués régulièrement par les parties négociantes qui peuvent y mettre fin sur transmission d'un avis à la Régie.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de janvier 2005.

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

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

LETTRE D'ENTENTE A-61

CONCERNANT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Les docteurs Pierre L. Auger (68-069) et Odette Laplante (79-604), rémunérés selon le mode du salariat, sont autorisés à se prévaloir du supplément de garde en disponibilité prévu au mode de rémunération mixte de la santé communautaire, aux conditions qui y sont prévues, lorsqu'ils effectuent une garde en disponibilité en santé environnementale ou en maladie infectieuse pour une direction de santé publique.

2. Cette lettre d'entente s'applique à compter du 1er mai 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ jour de _____ 2005.

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

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

LETTRE D'ENTENTE A-63

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES CLASSÉS EN RADIO-ONCOLOGIE À L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

CONSIDÉRANT que le mode de rémunération mixte constitue désormais le mode de rémunération exclusif de tous les médecins radio-oncologues québécois, à l'exception de ceux exerçant à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ;

CONSIDÉRANT la situation prévalant au sein du département de radio-oncologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, laquelle ne permet pas l'adhésion du département au mode de rémunération mixte ;

CONSIDÉRANT la pertinence, dans ces circonstances, de permettre l'adhésion au mode de rémunération mixte pour les médecins du département qui sont favorables à cette adhésion.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'autoriser, compte tenu de son caractère quasi exclusif, l'application du mode de rémunération mixte en radio-oncologie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et ce, pour l'ensemble des médecins spécialistes en radio-oncologie qui ont demandé d'y adhérer.

2. De mettre fin à l'application du mode de rémunération spécifique mis en place pour le Docteur Philippe A. Coucke (05-046) et prévu à la lettre d'entente A-62.

3. La présente lettre d'entente prend effet le 1er avril 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de mai 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

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

CONSIDÉRANT la nécessité de déterminer des modalités particulières de rémunération pour les services médicaux rendus par le Dr Éric Notebaert à l'unité de soins intensifs de l'Hôpital Cité de la santé;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. De façon exceptionnelle, le Docteur Éric Notebaert, médecin spécialiste classé en médecine d'urgence, est autorisé à se prévaloir des modalités de rémunération suivantes pour sa pratique aux soins intensifs à l'Hôpital Cité de la santé.

2. Selon un choix quotidien, le Dr Notebaert opte d'être rémunéré selon la formule du mode de rémunération forfaitaire prévue à la présente entente ou selon la rémunération à l'acte prévue à l'Accord-cadre.

3. La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans l'unité des soins intensifs visée aux présentes est, au bénéfice du Dr Notebaert, lorsqu'il fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération forfaitaire prévoyant un forfait de 169 $ pour la première journée de séjour dans l'unité et de 127 $ pour les journées suivantes. Ce forfait est majoré de la façon prévue à l'Addendum 11, le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie *de la personne assurée;*
- le code d'acte ***19090*** pour la ***première*** journée de séjour dans l'unité;
- le code d'acte ***19092*** pour les journées ***suivantes*** de séjour dans l'unité;
- le code d'établissement spécifique (0XXX6);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES ;
- la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de cette unité de soins.

Le code 19090 peut être facturé uniquement à la date du début du séjour , soit la date à laquelle le patient est admis à l'unité ou réadmis à l'unité dans le cadre d'une même hospitalisation. Dans ce dernier cas, la date de début de séjour doit correspondre à la date de la réadmission.

4. Toutefois, ce forfait ne comprend pas la rémunération de la réanimation cardio-respiratoire (services codés 09403, 09404 et 09405). Il ne couvre pas non plus la prestation des services médicaux prévus à l'article 3.2 de l'Annexe 40.

5. Le Dr Notebaert ne peut être rémunéré selon la formule de rémunération forfaitaire prévue à la présente lettre d'entente pour un patient dont la prise en charge est assumée par un autre médecin.

6. Les parties négociantes peuvent autoriser l'application des bénéfices prévus à la présente lettre d'entente à tout autre médecin qu'elles désignent et qui exerce dans l'unité de soins intensifs de l'Hôpital Cité de la Santé. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

7. Cette lettre d'entente s'applique à compter du 1er juillet 2006. Toutefois, elle ne s'applique que pour une durée temporaire et les bénéfices qu'elle confère seront révisés par les parties négociantes en tenant compte notamment des mesures de rémunération prévues à l'Annexe 29 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ___e 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

LETTRE D'ENTENTE A-71

CONCERNANT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EN GÉRIATRIE EFFECTUÉE PAR LE DOCTEUR JEAN-PIERRE BEAUCHEMIN (83-266), GÉRIATRE, AU SEIN DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE FAMILIALE DE L'HÔPITAL LAVAL

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le Dr Jean-Pierre Beauchemin peut réclamer le paiement d'un supplément de garde en disponibilité au cours d'une journée où il assume la garde en gériatrie au sein du département de médecine familiale de l'Hôpital Laval.

2. Le montant du supplément de garde est de 126 $ par jour, du lundi au vendredi, et 254 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

3. Le Docteur Beauchemin ne peut réclamer le paiement de plus de 42 suppléments de garde par année civile.

4. Cette lettre d'entente s'applique à compter du 1er janvier 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de_____ 2008.

YVES BOLDUC, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes et inscrire:

- le code de facturation ***19624*** *(supplément de garde en semaine) ou le code de facturation* ***19625*** *(supplément de garde le week-end ou un jour férié).*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

LETTRE D'ENTENTE A-73

CONCERNANT LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES PAR CERTAINS MÉDECINS MICROBIOLOGISTES INFECTIOLOGUES AU SEIN DU LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (LSPQ)

CONSIDÉRANT les modalités de rémunération prévues à l'Entente pour la participation du médecin microbiologiste infectiologue aux activités de laboratoire en microbiologie;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de ces modalités de rémunération, le médecin microbiologiste infectiologue est rémunéré selon un concept de pleine charge professionnelle pour ses activités en laboratoire;

CONSIDÉRANT que la charge professionnelle annuelle du médecin microbiologiste infectiologue doit être effectuée en établissement;

CONSIDÉRANT les besoins exprimés par le Laboratoire de santé publique du Québec afin de profiter de l'expertise de médecins microbiologistes infectiologues;

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de convenir de modalités de rémunération pour ces médecins experts, étant toutefois entendu que ces modalités ne peuvent s’appliquer au médecin occupant la fonction de directeur du Laboratoire de santé publique du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes peuvent autoriser l'application des modalités de rémunération prévues à l'ADDENDUM 5 – MICROBIOLOGIE INFECTIOLOGIE au médecin microbiologiste infectiologue dont la charge professionnelle en laboratoire est accomplie en totalité au sein du LSPQ, et ce jusqu’à concurrence d’un maximum de deux médecins. Le LSPQ est alors considéré, selon le cas, comme l'établissement principal du médecin désigné et le poste occupé antérieurement par ce médecin au plan des effectifs médicaux d’un établissement peut alors être comblé par un autre médecin.

Une pleine charge professionnelle donne droit au montant forfaitaire équivalant à 1.36. Aucun montant supplémentaire, selon les paragraphes 2.3, 2.4 et 3.6 de l’Addendum 5. Microbiologie-Infectiologie, ne pourra être attribué au médecin qui détient un poste au plan des effectifs médicaux au sein du Laboratoire de santé publique du Québec.

Le médecin microbiologiste infectiologue pourra être rémunéré par la Régie de l’assurance maladie du Québec pour des tâches cliniques de soins directs aux patients qu’il exercera à l’extérieur du forfait annualisé prévu ci-haut, mais qui ne pourront s’exercer sur une période de plus de 35 jours au cours d’une année civile. Un maximum de 81 900 $ (quatre-vingt un mille neuf cents dollars) par année civile pourra être versé dans le cadre de ces activités cliniques. Toutes les activités cliniques supplémentaires ne seront pas rémunérées.

AVIS **:** *Utiliser :*
- le code de facturation ***09736****;*
- le numéro du lieu de dispensation du LSPQ ***94539****.*

Voir l'article 3.2 de l' Addendum 5 – Microbiologie-Infectiologie *du* Manuel des services de laboratoire en établissement.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2. Au LSPQ, la charge professionnelle du médecin comprend notamment les activités professionnelles suivantes :

L'évaluation et la détermination de l'offre de services de laboratoire au LSPQ

Le développement des protocoles de travail pour les services analytiques

La collaboration à la vigie scientifique en microbiologie infectiologie en santé publique

La participation à la formation en microbiologie médicale et clinique du personnel du LSPQ

L'organisation des programmes d'évaluation externe de la qualité en microbiologie

L'élaboration des programmes de surveillance en laboratoire

Le rôle de liaison avec le réseau des laboratoires hospitaliers

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

4. La présente lettre d'entente prend effet le 1er janvier 2016.

AVIS **:** *Les parties négociantes ont convenu de reporter la date de prise d'effet au 1er janvier 2016.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-75

CONCERNANT LES SERVICES DISPENSÉS AU CSSS DE LA BASSE CÔTE-NORD PAR LE

DOCTEUR JEAN-PIERRE DORAY, PÉDIATRE

1. Le Dr Jean-Pierre Doray (82-080) est autorisé à se prévaloir du mode de rémunération mixte lorsqu'il se rend au CSSS de la Basse Côte-Nord dans un contexte de remplacement ou de support afin d'y assurer la prise en charge des services dans sa discipline.

2. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, il peut également se prévaloir des bénéfices prévus à la Lettre d'entente n° 102 à titre de médecin en remplacement ou en support chaque jour où il assume la prestation des soins en pédiatrie dans cet établissement.

3. La présente lettre d'entente s'applique pour un maximum de 3 périodes de 5 jours consécutifs de remplacement ou de support par année.

4. La présente lettre d'entente prend effet le 1er avril 2010.

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

LETTRE D'ENTENTE A-80

CONCERNANT LES SOINS PRODIGUÉS PAR LE DOCTEUR CLAUDE POMERLEAU (73-429), MÉDECIN SPÉCIALISTE EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Nonobstant le libellé du service médical « Ensemble des soins prodigués pendant le travail par l'obstétricien, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement (réservé au détenteur d'un certificat en obstétrique seulement) » (code 06933), le docteur Claude Pomerleau, médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie, a également droit de réclamer les honoraires prévus à ce service médical.

2. La présente lettre d'entente prend effet le 18 juin 2008.

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

LETTRE D'ENTENTE A-86

CONCERNANT LES SERVICES DISPENSÉS PAR LE DOCTEUR MARC POLIQUIN, CMQ 86-494

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La Régie verse un montant additionnel de 66 090 $ au Docteur Marc Poliquin à titre de supplément au tarif des visites qu'il a réclamées et concernant des patients pour lesquels il a procédé à l'évaluation de la fibrose hépatique, et ce, pour la période du 5 mai 2010 au 17 décembre 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-87

CONCERNANT LES SERVICES DISPENSÉS PAR LE DOCTEUR DANIEL LEFRANÇOIS, CMQ 81-298

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La Régie verse un montant additionnel de 5 060 $ au Docteur Daniel Lefrançois, médecin spécialiste en médecine d'urgence à titre de modalités de rémunération particulière pour la disponibilité qu'il a assuré pour la période du 3 juillet au 9 juillet 2015 afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence confronté à une menace de rupture de services due à une pénurie d'effectifs.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____ jour de_____2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-88

CONCERNANT CERTAINS SERVICES DISPENSÉS PAR DES RADIOLOGISTES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

La Régie verse un montant additionnel aux radiologistes suivants à titre de modalités de rémunération particulière pour les services réalisés dans le cadre de traitements de chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale pour la période du 9 février 2012 au 18 novembre 2014 :

- François Belzile (00-341) 50 042,40 $
- Andrew James Benko (97-280) 44 721,80 $
- Gérald Gahide (10-487) 37 819,40 $

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____2016.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-89

CONCERNANT LE PROGRAMME DE CHERCHEURS NATIONAUX DU FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC -SANTÉ(FRQS)

CONSIDÉRANT le protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers (ci-après Protocole);

CONSIDÉRANT que le FRQS a modifié les conditions d'admissibilité du programme de chercheurs nationaux pour un programme de Chaires de recherche;

CONSIDÉRANT que ces changements ont fait en sorte que certains chercheurs n'ont pu se prévaloir des modalités du Protocole;

CONSIDÉRANT que le FRQS va procéder aux adaptations de son programme de bourses au plus tard le 1er juillet 2017.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'autoriser, exceptionnellement, selon les modalités prévues au Protocole, les chercheurs boursiers suivants :

Nada Jabado - 01021 : Du 1er juillet 2015 au 30 juin 2019;
Patrick Mathieu - 99218 : Du 1er juillet 2016 au 30 juin 2020;
Cara Tannenbaum - 99016 : Du 1er juillet 2016 au 30 juin 2020.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce_____ jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-90

CONCERNANT LES SERVICES DISPENSÉS PAR LE DOCTEUR ROBERT DUPUIS, CMQ 82-282

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Le Docteur Robert Dupuis, médecin spécialiste en médecine interne, a droit à la rémunération prévue à l'Entente pour les services d'épreuves de fonction respiratoire qu'il a exécutés au cours des années à l'Hôpital de Thetford Mines, et ce, jusqu'au 11 mai 2017.
La présente ne s'applique que pour les services pour lesquels il a déjà présenté une demande de paiement à la RAMQ.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2017.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-91

CONCERNANT LES SERVICES DISPENSÉS PAR LA DOCTEURE GENEVIÈVE GAUDREAU, CMQ 11-216

CONSIDÉRANT les services de chirurgie plastique pour la reconstruction du mamelon ou de l'aréole par lambeau rendus par la Docteure Geneviève Gaudreau depuis le 2 février 2015;

CONSIDÉRANT qu'aucun code ne permettait à la Régie de payer ces services de chirurgie plastique;

CONSIDÉRANT les limitations du système informatique de la Régie de permettre la rétroactivité des services réclamés et dès lors, compte tenu de cette situation exceptionnelle, il y a lieu de pourvoir au remboursement des médecins ayant fait l'objet d'une récupération.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La Régie verse un montant de 12 670,50 $ à la Docteure Geneviève Gaudreau à titre de supplément concernant des patientes pour lesquelles elle a procédé à la reconstruction du mamelon ou de l'aréole par lambeau, et ce, pour la période du 2 février 2015 au 19 septembre 2016.
Compte tenu que ces services ont été rendus en installation, le montant versé par la Régie n'est pas considéré aux fins de tout plafonnement.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de_____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-92

CONCERNANT LES SERVICES RENDUS PAR LE DR DAVID LANDRY (CMQ Nº 12-257), RADIOLOGISTE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'entente, la Régie verse un montant de 9 000 $ au Dr David Landry pour les services dispensés aux Îles-de-la-Madeleine du 30 novembre 2018 au 4 décembre 2018 afin d'assurer l'accessibilité auprès du CISSS des Îles-de-la-Madeleine confronté à une grave panne de télécommunication en raison d'une importante tempête.
Ce montant versé par la Régie n'est pas considéré aux fins de tout plafonnement et n'est pas exclusif pour cette période.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2019.

DANIELLE McCANN
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-93

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES DANS LE CADRE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

CONSIDÉRANT la situation exceptionnelle du Dr François Provost ainsi que la volonté des parties négociantes de revoir prochainement les modalités particulières de rémunération pour les services préhospitaliers d'urgence rendus à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et à la Corporation d'Urgences-Santé.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De façon exceptionnelle, le Docteur François Provost, médecin spécialiste en anesthésiologie, est autorisé à se prévaloir des modalités de rémunération suivantes pour sa pratique relative aux services préhospitaliers d'urgence à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et à la Corporation d'Urgences-Santé.

2. La garde en disponibilité, pour les services visés aux alinéas 3.2.1 b) et 3.3 b) du protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence rendus avant le 1er janvier 2020, est rémunérée selon les modalités de rémunération apparaissant au deuxième paragraphe de l'article 4.1 de ce même protocole.

3. La garde en disponibilité, pour les services visés à l'alinéa 3.2.1 b) du protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence rendus entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2020, est rémunérée selon les modalités de rémunération apparaissant au deuxième paragraphe de l'article 4.1 de ce même protocole, pour un maximum de 1180 heures. Cependant, dans le cas ou la garde en disponibilité est effectuée à distance, celle-ci est rémunérée à la moitié du taux horaire prévu au deuxième paragraphe de l'article 4.1.

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité suivants:*
- **205348** - *LE A-93 constat décès sur place tarif 100 %;*
- **205349** - *LE A-93 constat décès à distance tarif 50 %.*

Utiliser le n° d'établissement suivant:
- **99101**: *Corporation urgence santé.*

4. Malgré ce qui précède, la garde en disponibilité pour les services visés à l'alinéa 3.2.1 b) du protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence effectuée à distance en période de pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2), est rémunérée au taux horaire prévu au deuxième paragraphe de l'article 4.1 de ce même protocole. Cette mesure entre en vigueur le 13 mars 2020 et est valide tant que l'état d'urgence sanitaire prévu au décret 177-2020 du 13 mars 2020 est en vigueur, à moins d'avis administratif contraire des parties négociantes.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité suivant:*
- **205350** - *LE A-93 constat décès - COVID-19.*

Utiliser le n° d'établissement suivant:
- **99101**: *Corporation urgence santé.*

5. La garde en disponibilité, pour les services visés à l'alinéa 3.3 b) du protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence rendus entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2020, est rémunérée selon les modalités de rémunération apparaissant au deuxième paragraphe de l'article 4.1 de ce même protocole, pour un maximum de 1 560 heures.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité suivant:*
- **215351** - *LE A-93 support en ligne tarif 100 %*.

Utiliser le n° d'établissement suivant:
- **0027X**: *Sacré-Coeur de Montréal*.

6. La rémunération prévue à la présente lettre d'entente s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée. Ainsi, aucune autre rémunération ne peut être versée au médecin qui réclame le paiement d'une rémunération prévue à la présente lettre d'entente pour la période d'activité couverte par cette rémunération.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____ jour de _____2020.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-94

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES RENDUS PAR LA DOCTEURE HUONG CONG (12682)

CONSIDÉRANT que la docteure Huong Cong possède deux certifications du Collège Royal du Canada lui permettant d'exercer ses activités autant en anesthésiologie qu'en cardiologie;

CONSIDÉRANT que les dispositions de l'Entente prévoient que la rémunération d'un médecin spécialiste est déterminée en fonction de son certificat le plus récent;

CONSIDÉRANT la situation particulière de la docteure Cong, laquelle exerce à la fois en anesthésiologie et en cardiologie;

CONSIDÉRANT qu'il n'existe aucune disposition dans l'Entente pour la rémunération d'une telle pratique;

CONSIDÉRANT le mode de rémunération exclusif en anesthésiologie;

CONSIDÉRANT la nécessité d'établir des modalités de rémunération afin de tenir compte de la situation particulière de la docteure Cong et des besoins en effectif, et ce, tant en anesthésiologie qu'en cardiologie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Compte tenu des conditions relatives au mode de rémunération en anesthésiologie et que la cardiologie représentera un deuxième domaine d'activité pour la docteure Cong, celle-ci devra détenir un poste au plan d'effectif d'un établissement ou des privilèges de pratique en anesthésiologie.

2. Pour l'exercice de ses activités en anesthésiologie, la docteure Cong est rémunérée selon les modalités d'application du mode de rémunération en anesthésiologie, lesquelles varient selon le groupe ou l'endroit où elle pratique ainsi que selon les modalités applicables pour la rémunération mixte de l'anesthésiologie.

   Si la Dre Cong travaille aux soins intensifs, elle utilise la rémunération prévue en anesthésiologie.

3. Pour l'exercice de ses activités en cardiologie, comprenant ses activités dans l'unité coronarienne, et sous réserve de ce qui suit, la docteure Cong est rémunérée selon les modalités applicables pour la rémunération mixte de l'anesthésiologie. Elle utilise cependant les tableaux dédiés à la cardiologie pour appliquer les suppléments d'honoraires.

   AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu en tant que cardiologue**.

   En raison des conditions de facturation de certains services en cardiologie, les parties négociantes ont convenu de certaines exceptions qui sont nommées en Annexe et dont la docteure Cong pourra se prévaloir comme médecin spécialiste en anesthésiologie.

4. Au cours d'une même journée, la charge professionnelle et la facturation de la docteure Cong ne peuvent chevaucher deux spécialités.

5. En plus de la rémunération à laquelle la docteure Cong aura droit, celle-ci pourra se prévaloir de l'ensemble des bénéfices pouvant être rattachés à l'exercice de sa profession, soit 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. De plus, celle-ci pourra se prévaloir, dans le cadre de sa pratique, de l'ensemble des annexes ou lettres d'entente existantes concernant la rémunération de la garde en disponibilité et des ententes relatives aux spécialités précédemment identifiées pour des couvertures de bris de service. Finalement, toute autre disposition déterminée par les parties négociantes pourra être inscrite après qu'un avis aura été acheminé à la Régie.
6. Aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique, on tient compte de la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente.

   Pour l'application des plafonnements particuliers, les gains inclus dans le calcul, sont les gains effectués lors d'activités en anesthésiologie pour les plafonds en anesthésiologie et ceux effectués lors d'activités en cardiologie pour les plafonds en cardiologie.
   Les différentes règles d'application s'appliquent aussi selon la spécialité.
7. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 18 mai 2020 et pourra être révisée ou abrogée au besoin par les parties négociantes.
8. La Régie devra donner 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, énumérées en annexe, visant à permettre l'application de la présente lettre d'entente tout en tenant compte des particularités de l'environnement informatique de la Régie et de son système d'exploitation.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce _____jour de _____2020.

CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE (Lettre d'entente n° A-94)

CODES RÉSERVÉS AU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN CARDIOLOGIE PERMIS POUR LA DOCTEURE HUONG CONG (12682) LORS DE SA PRATIQUE EN CARDIOLOGIE

ANNEXE 4 - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Règle 5.2 : Visite de départ
Règle 15.1 : Tournée des malades le week-end : La majoration prévue aux honoraires du service médical Unité coronarienne apparaissant à la Tarification des visites, en cardiologie

ANNEXE 5 - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

RÈGLE 7 : SÉDATION- ANALGÉSIE
Code : 70003

ANNEXE 6 - TARIF DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE

ONGLET B : TARIFICATION DES VISITES :

Les visites prévues en CARDIOLOGIE

ONGLET C : PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES (PDT) :

Section Cardiologie dont le code 00780 et les sous-sections :

- cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques;
- interventions cardiologiques;
- stimulateur cardiaque;
- réanimation.

Section Électrophysiologie.
Section Cathétérisme veineux.

ONGLET V : RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE – PROTOCOLE I
Codes : 08449 et 08580 à 08589

ANNEXE 7 - TARIF DE LA MÉDECINE DE LABORATOIRE
ONGLET C – ADDENDUM 9 - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES
Les codes 30010, 30110, 30120 et 30140.

ONGLET H - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE – PROTOCOLE I
Codes : 8449 et 8580 à 8589

ANNEXE 10 : ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT L'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE EN PÉDIATRIE ET EN CARDIOLOGIE

LETTRE D'ENTENTE A-95

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES DANS LE CADRE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

CONSIDÉRANT les modalités prévues au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence (ci-après, le Protocole) de 2016.

CONSIDÉRANT la révision du Protocole de 2016 en date du 1er avril 2024 (ci-après, le Protocole de 2024)

CONSIDÉRANT la situation particulière du Docteur François Provost ainsi que la volonté des parties négociantes de revoir prochainement les modalités particulières de rémunération pour les services préhospitaliers d'urgence rendus à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et à la Corporation Urgences-Santé.

CONSIDÉRANT les activités effectuées par les médecins spécialistes en médecine d'urgence dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence à compter du 1er septembre 2023.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

AVIS **:** *Pour les activités réalisées à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Dans la section des activités et des heures effectuées, inscrire :
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH*;*
- le code d'activité et le secteur de dispensation, si requis;
- la durée de l'activité.

Sélectionner la plage horaire :
- Nuit : 0 h à 8 h;
- AM : 8 h à 12 h;
- PM : 12 h à 16 h;
- Soir : 16 h à 0 h.

1. De façon exceptionnelle, seul le Docteur François Provost, médecin spécialiste en anesthésiologie, est autorisé à se prévaloir des modalités de rémunération particulières suivantes uniquement pour sa pratique relative aux activités nommées aux articles 2, 4.1 et 4.2 de la présente lettre d'entente.

2. La garde en disponibilité réalisée par le Dr François Provost pour les services de constat de décès à distance visés aux Protocoles de 2016 et de 2024, effectuée à distance, qui est rendue entre le 1er janvier 2021 et le 30 septembre 2024, est rémunérée selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique pour une période de service continu de 60 minutes.

Le tarif applicable est de 130 $ du 1er janvier 2021 au 1er juin 2022 et de 65 $ l'heure à partir du 2 juin 2022.

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité suivants :*
*- **305348** – LE A-93/A-95 constat décès sur place tarif 100 % (jusqu'au 1er juin 2022);*
*- **305349** – Constat de décès (à partir du 2 juin 2022, date de fin de la période d'urgence sanitaire).*

Utiliser le numéro d'établissement suivant :
*- **99101** Corporation Urgences-santé (jusqu'au 31 mars 2024);*
- le numéro de l'hôpital de base pour lequel le médecin est désigné (à partir du 1er avril 2024).

Article abrogé par la Modification 114 en date du 1er juillet 2022
3. Malgré ce qui précède, la garde en disponibilité pour les services de constat de décès visés à l'alinéa 3.2.1 b) du Protocole effectuée à distance en période de pandémie de COVID-19 (SARS-CoV-2) est rémunérée au taux horaire prévu au deuxième paragraphe de l'article 4.1 de ce même protocole.

Cette mesure est valide tant que l'état d'urgence sanitaire prévue au décret 177-2020 du 13 mars 2020 est en vigueur, à moins d'avis administratif contraire des parties négociantes.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité suivant :*
*- **305350** - LE A-93/A-95 constat décès - COVID -19.*
*Utiiser le numéro d'établissement suivant : **99101** Corporation ugence santé.*

4. Garde en disponibilité réalisée pour les services de support en ligne

4.1 La garde en disponibilité réalisée par le Dr François Provost pour les services de support en ligne visés à l'alinéa 3.3 b) du Protocole de 2016, qui est rendue entre le 1er janvier 2021 et le 22 juin 2023, est rémunérée selon les modalités de rémunération apparaissant au deuxième paragraphe de l'article 4.1 de ce même protocole.

AVIS **:** *Utiliser :*
*- le code d'activité **315351** – Support en ligne;*
*- le numéro d'établissement **0027X** (Hôpital Sacré-Coeur de Montréal).*

4.2 La garde en disponibilité réalisée par le Dr François Provost entre le 23 juin 2023 et le 31 mars 2024 pour les services de support en ligne visés à l'alinéa 3.3 b) du Protocole de 2016, est rémunérée sous forme d'un montant forfaitaire de 294 $ pour une période de 8 heures de disponibilité, soit de 00h à 8h, de 8h à 16h et de 16h à 00h.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et le code de facturation approprié :*
*- **42321** Forfait support en ligne de 0 h à 8 h;*
*- **42322** Forfait support en ligne de 8 h à 16 h;*
*- **42323** Forfait support en ligne de 16 h à 0 h.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.3 La garde en disponibilité réalisée par le médecin spécialiste en médecine d'urgence désigné par les parties négociantes entre le 1er septembre 2023 et le 31 mars 2024 pour les services de support en ligne visés à l'alinéa 3.3 b) du Protocole de 2016 est rémunérée selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique pour un période de service continu de 60 minutes.

Le tarif applicable est de 130 $ l'heure.

AVIS **:** *Pour l'urgentologue désigné, utiliser le code d'activité **315351** – Support en ligne.*

5. La rémunération prévue à la présente lettre d'entente s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée. Ainsi, aucune autre rémunération ne peut être versée aux médecins qui réclament le paiement d'une rémunération prévue à la présente lettre d'entente, pour la période d'activité couverte par cette rémunération, à l'exception des codes 98102 réalisés pour les soins primaires, 09200 et 15249 qui peuvent être facturés en même temps que le forfait de l'article 4.2.

6. Les parties négociantes déterminent la banque maximale d'heures qui peuvent être réclamées par le Dr François Provost trimestriellement pour chacune des activités visées aux articles 2, 4.1 et 4.2 de la présente et en informent la Régie.

6.1 Elles identifient également les médecins spécialistes en médecine d'urgence autorisés à se prévaloir des modalités prévues à l'article 4.3 de la présente Lettre d'entente, déterminent la banque maximale d'heures qui peuvent être réclamées par chacun d'eux pour ces activités et en informent la Régie.

7. Le Ministère transmet aux établissements concernés le nombre d'heures déterminées par les parties négociantes.

La FMSQ transmet à son membre le nombre d'heures déterminées par les parties négociantes.

8. La présente lettre d'entente particulière lie les médecins concernés et les établissements concernés.

Ces derniers ont la responsabilité de s'assurer qu'en aucun temps les médecins ne soient appelés à travailler un nombre d'heures excédant celui déterminé par les parties négociantes pour les activités visées aux articles 2, 4, 4.1, 4.2 et 4.3 de la présente. Aucune heure travaillée en dépassement de celles déterminées par les parties ne peut être rémunérée à moins d'avoir été préalablement autorisée par les parties négociantes.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____ jour de _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-96

CONCERNANT LES MÉDECINS SPÉCIALISTES BÉNÉFICIAIRES DE CHAIRES DE RECHERCHE DU CANADA

CONSIDÉRANT le protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers (ci-après, Protocole);

CONSIDÉRANT que ce Protocole détermine les médecins spécialistes visés;

CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes détenteurs d'une Chaire de recherche du Canada (CRC) ne sont pas visés par ce Protocole;

CONSIDÉRANT que ces médecins spécialistes ne peuvent se prévaloir des modalités de rémunération du Protocole;

CONSIDÉRANT l'importance de valoriser la recherche en santé au Québec;

CONSIDÉRANT l'intention des parties négociantes de revoir les modalités du Protocole.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.Malgré que les médecins spécialistes visées par la présente lettre d'entente ne soient pas admissibles au Protocole en raison du fait qu'elles ont accepté une CRC, les parties négociantes conviennent d'appliquer, de façon exceptionnelle, les modalités dudit Protocole à ces médecins.

2.Toutefois, aux fins du calcul du versement, les parties négociantes prennent aussi en compte la rémunération et les avantages sociaux qui sont payés par l'université en vertu de la bourse d'une CRC, laquelle est versée directement à l'université. Les parties négociantes prennent également en compte la rémunération versée par l'université pour les activités de recherche.

3.La présente lettre d'entente s'applique pour les médecins spécialistes et les périodes suivantes :

a. Dre Caroline Xuan-P Quach Thanh : Du 1er novembre 2020 au 30 juin 2022;
b. Dre Elsa Rossignol : Du 1er août 2020 au 30 juin 2021 et du 1er juillet 2022 au 30 juin 2024.
c. Dre Emilia Liana Falcone : Du 1er juillet 2022 au 31 juillet 2024 et du 1er août 2024 au 31 juillet 2029.

Nonobstant l'article 4.2 du Protocole, le pourcentage applicable à cette médecin est de 90 %

4.La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er août 2020.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce____ jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE A-97

CONCERNANT LA LECTURE ET L'INTERPRÉTATION D'ANALYSES MOLÉCULAIRES SPÉCIFIQUES À LA GÉNÉTIQUE MÉDICALE DU CIUSSS DU SAGUENAY-LAC ST-JEAN PAR LA DOCTEURE TANIA CRUZ MARINO

CONSIDÉRANT la nécessité d'offrir la lecture et l'interprétation de certaines analyses moléculaires en temps optimal pour assurer la continuité des soins à la population;

CONSIDÉRANT qu'actuellement, le CHU de Québec - Université Laval (ci-après CHU) est en manque d'effectifs en génétique;

CONSIDÉRANT la contribution de la Dre Tania Cruz Marino aux services cliniques et de laboratoires du CHU pour la période du 8 février au 30 juin 2021.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. GÉNÉRAL

1.1 Cette entente établit les conditions de rémunération permettant à Dre Tania Cruz Marino de procéder à distance via un système sécurisé, à la lecture et interprétation des analyses moléculaires effectuées au CIUSSS du Saguenay-Lac St-Jean pendant qu'elle effectue un remplacement au CHU.

2. RÉMUNÉRATION

2.1 Dre Tania Cruz Marino pourra se prévaloir de la tarification applicable en laboratoire génétique au CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean pour les actes effectués à distance pour le CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean, à l'occasion des remplacements qu'elle effectue au CHU.

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement du CIUSSS du Saguenay–Lac-St-Jean d'où le médecin effectue la téléconsultation*.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- *le type de lieu en référence* **Lieu où se trouve le patient (télémédecine)**;
- *le numéro de l'établissement du Pavillon C. H. de l'Université Laval*.

3. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

3.1 La présente lettre d'entente prend effet le 8 février 2021.

3.2 La présente lettre d'entente prend fin le 30 juin 2021 ou à toute autre date ultérieure déterminée conjointement par les parties négociantes qui en avisent la Régie.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-98

CONCERNANT LES SERVICES DISPENSÉS PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE PLASTIQUE DANS LE CADRE DU CODE ORANGE SURVENU LE 20 SEPTEMBRE 2021

CONSIDÉRANT l'incendie majeur survenu dans un immeuble de Beauce le 20 septembre 2021;

CONSIDÉRANT l'urgence extrême et le code orange en découlant et la nécessité de recourir aux services de plusieurs médecins spécialistes en chirurgie plastiques à l'unité des grands brûlés de l'hôpital de l'Enfant-Jésus pour prendre en charge plusieurs patients blessés dans cet incendie;

CONSIDÉRANT que l'Annexe 39 concernant la rémunération des médecins spécialistes en chirurgie plastique dans les unités de grands brulés en centre hospitalier ne permet qu'un seul forfait quotidien d'activités professionnelles;

CONSIDÉRANT que seul le médecin qui reçoit le forfait quotidien d'activité professionnelle peut réclamer par la suite le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient;

CONSIDÉRANT qu'aucun autre médecin de la même discipline que celui qui reçoit le forfait quotidien d'activité professionnelle ne peut recevoir d'honoraires pour des services à l'égard de tous les patients d'une unité de grands brulés désignée, à l'exception d'une rémunération sur base horaire lorsqu'il est demandé en assistance pour un acte chirurgical;

CONSIDÉRANT que dans cette situation exceptionnelle il y a lieu d'accorder une rémunération aux médecins spécialistes en chirurgie plastique ayant prêté main forte à la suite de l'incendie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 Tel que prévu à l'article 2.3 de l'Annexe 39, l'assistance opératoire est rémunérée selon le tarif horaire prévu à l'article 1 de l'Annexe 15;

2.0 Les médecins suivants facturent à l'acte pour les autres soins médicaux ou chirurgicaux donnés aux patients de l'unité de grands brulés durant la période comprise entre le 20 septembre et le 8 octobre 2021 en raison des débordements causés par le code orange du 20 septembre 2021 :

- Dr Olivier Boa 11513
- Dre Sandrine Bouchard 19483
- Dre Arianne Bussière 15261
- Dre Amélie Dumas 10614
- Dre Catherine Lecours 11577
- Dr Étienne Lorquet 00901
- Dre Émilie Mailhot 10483
- Dr Sébastien Nguyen 05349

3.0 Le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient (codes 15016 et 15017) ne peut être facturé par le médecin qui réclame le forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité lorsque l'un des médecins nommés ci-haut a facturé des services médicaux pour ce patient, sauf les services médicaux prévus au dernier paragraphe de l'article 2.3 de l'Annexe 39.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-99

CONCERNANT LES SERVICES RENDUS PAR LE DR FRANÇOIS THIBOUTOT (CMQ Nº 07-301), ANESTHÉSIOLOGISTE À BAIE ST-PAUL DANS LE CADRE DE L'ANNEXE 45

CONSIDÉRANT que le Dr Thiboutot s'est rendu à Baie St-Paul, le 18 juillet 2020 à 19h00, à la demande du coordonnateur du jumelage afin d'éviter un bris de service et ainsi assurer la continuité des services dispensés en remplacement de l'anesthésiologiste sur place ayant quitté pour cause de maladie et ce, jusqu'à 13h00 le 19 juillet 2020;

CONSIDÉRANT que le mécanisme de soutien d'urgence a été déployé le 19 juillet 2020, au départ du Dr Thiboutot;

CONSIDÉRANT que l'article 6 de l'Annexe 45 prévoit qu'un seul des forfaits prévus pour le jumelage départemental, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure ciblée peut être versé par installation par jour;

CONSIDÉRANT que les parties négociantes reconnaissent qu'il s'agit d'une situation exceptionnelle et hors du contrôle de l'anesthésiologiste laquelle justifie le paiement de plus d'un forfait.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'entente, la Régie verse un montant forfaitaire de 500,00 $ au Dr François Thiboutot à titre de mesure incitative ciblée pour les services dispensés le 19 juillet 2020.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE_____JOUR DE _____2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° A-100

CONCERNANT LES SERVICES RENDUS PAR LE DR FADI HABBAB (CMQ N° 09109)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'autoriser, exceptionnellement, le Dr Fadi Habbab à facturer en plus de l'article 3 de la Lettre d'entente n° 241 pour les heures où il a travaillé en CHSLD les 14, 21 et 28 décembre 2020 ainsi que les 4 et 18 janvier 2021, ses actes prévus au manuel Services de laboratoire en établissement (SLE) effectuées pendant sa garde pour ces 5 journées.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____ CE _____ JOUR DE _____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-101

CONCERNANT LES SERVICES RENDUS PAR CERTAINS PATHOLOGISTES DU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'autoriser, exceptionnellement, les Drs Nadia Ekindi Ndongo (CMQ Nº 14-093), Sameh Geha (CMQ Nº 07-482), Maxime Richer (CMQ Nº 15-432) et Edmond Rizcallah (CMQ Nº 05-352) à facturer un tarif horaire de 211 $ de l'heure conformément aux désignations des parties négociantes pour les enquêtes épidémiologiques effectuées entre mai et octobre 2020.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-102

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SOINS EFFECTUÉS À DISTANCE PAR CERTAINS MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PSYCHIATRIE

CONSIDÉRANT la pandémie de la COVID-19 et la recrudescence des cas, entre autres, aux mois de décembre 2021 et avril 2022;

CONSIDÉRANT qu'en raison de la COVID-19, le département de psychiatrie du CISSS de la Côte-Nord était à risque de bris de service;

CONSIDÉRANT les démarches entreprises par le CISSS de la Côte-Nord afin d'assurer la continuité des soins dans son département de psychiatrie.

CONSIDÉRANT que le recours à la télémédecine sur les unités d'hospitalisation et d'urgence en psychiatrie a permis d'éviter les bris service anticipés;

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De manière exceptionnelle, les médecins spécialistes suivants sont autorisés à facturer les services rendus en télémédecine selon les articles 13 et 14 de la Lettre d'entente 241 pour la clientèle hospitalisée et pour la clientèle de l'urgence pour les périodes indiquées. En plus des modalités de rémunération prévue à l'Entente pour la télémédecine, ils sont rémunérés aux tarifs en hospitalisation pour la clientèle hospitalisée et aux tarifs de salle d'urgence pour la clientèle à l'urgence :
   - Docteur Isabelle Gingras (# 06391) aux installations de l'Hôpital de Sept-Îles et de l'Hôpital Le Royer du 22 au 27 décembre 2021;
   - Docteur Stéphane Kunicki (# 00306) à l'Hôpital Le Royer du 11 au 18 avril 2022 et les 26 et 27 décembre 2022 ;
   - Docteur Estelle Ouellet (# 20323) à l'Hôpital Le Royer du 1er au 8 août 2022;
   - Docteur Claire Gamache (# 98265) à l'Hôpital Le Royer les 28, 29 et 30 décembre 2022.
2. Les médecins spécialistes visés sont également autorisés à se prévaloir de la garde en disponibilité prévue à l'Annexe 25 (garde locale ou garde multi-établissements) ainsi que des modalités prévues à la règle 14 du Préambule général pour les services médicaux effectués à distance pendant ces périodes.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-103

CONCERNANT LES SERVICES RENDUS PAR LE DOCTEUR WOO YOUNG CHOI (19916)

CONSIDÉRANT que le docteur Woo Young Choi (CMQ 19916) est neurologue et neuro-otologiste;

CONSIDÉRANT que le docteur Choi détient une expertise en neuro-otologie / neurologie vestibulaire depuis la complétion d'un fellowship à l'université John Hopkins en 2019 dans cette surspécialité;

CONSIDÉRANT que le Dr Choi a l'expertise nécessaire à l'interprétation de tests en vestibulométrie et audiométrie prévus à l'Accord-cadre, et ce depuis la fin de son fellowship le 31 juillet 2019;

CONSIDÉRANT que le Dr Choi administre ces tests depuis le 11 décembre 2019;

CONSIDÉRANT que, selon l'Accord-cadre, les codes relatifs aux tests en vestibulométrie ne peuvent être facturés par un médecin classé en neurologie et que ceux relatifs aux tests en audiométrie ne sont payables qu'aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie;

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le Dr Choi peut facturer les codes suivants :
   Vestibulométrie (bilatérale) avec enregistrement et rapport :
   00738, 00739, 00740, 00405, 00741, 00743, 00742

   Audiométrie :
   00180, 00156, 00164 et 00796

   Lorsqu'il est rémunéré au mode de rémunération mixte de l'Annexe 38, ces services sont rémunérés selon un supplément d'honoraires de 62 %

2. La présente lettre d'entente s'applique à partir du 11 décembre 2019.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-104

CONCERNANT LES SERVICES RENDUS PAR LE DOCTEUR ALAIN WATIER (CMQ 76181)

CONSIDÉRANT que le docteur Alain Watier (CMQ 76181) est gastro-entérologue;
CONSIDÉRANT que le Dr Watier a développé une pratique en traitement de la douleur chronique.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le Dr Watier est rémunéré au tarif horaire de 130 $ de l'heure pour ses activités cliniques en traitement de la douleur chronique. Cette tarification horaire s'applique à la prestation des soins médicaux au malade ainsi que pour le suivi de ses malades.
2. Les activités cliniques du médecin doivent 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.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation 19728.*
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.
Inscrire la durée de l'intervention.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Le tarif horaire est applicable du lundi au vendredi, entre 7 h et 19 h, à l'exception des jours fériés. Le nombre d'heures payées au tarif horaire ne peut dépasser 10 h par jour et 50 h du lundi au vendredi.
4. Cette rémunération est exclusive pour les soins donnés le même jour.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-105

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES RENDUS PAR DRE CAROLINE DESJARDINS (94062)

CONSIDÉRANT la volonté des parties de favoriser à la fois la qualité, la stabilité et l'accessibilité des soins offerts à la population en obstétrique-gynécologie, incluant l'engagement de la Fédération à déployer les efforts nécessaires afin de maintenir de façon pérenne la couverture des césariennes dans l'ensemble des installations du Québec ;

CONSIDÉRANT que la Dre Caroline Desjardins (94062) (la **Dre Desjardins**) devait se rendre à l'Hôpital de Chandler (0327X) du 20 au 27 février 2023 inclusivement ;

CONSIDÉRANT qu'en raison de l'évolution positive des effectifs dans cette installation, Dre Desjardins n'a plus besoin de se rendre à l'Hôpital de Chandler ;

CONSIDÉRANT que de façon exceptionnelle, un besoin de couverture en obstétrique-gynécologie est requis pour cette même période à l'Hôpital de Sept-Îles (0269X) du fait qu'il y absence de médecins établis, soit du 18 février jusqu'au 24 février 2023 inclusivement ;

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'éviter un bris de service et de mettre en place des mesures de façon exceptionnelle par l'entremise de cette lettre d'entente, celles-ci étant souscrites sans admission ni reconnaissance des parties concernant l'application de l'Accord-cadre et de ses Lettres d'entente, notamment en relation avec l'avis de différend de la FMSQ du 22 décembre 2022 ;

CONSIDÉRANT la disponibilité de Dre Desjardins, sa volonté de se déplacer à l'Hôpital de Sept-Îles et des circonstances particulières de la présente situation ;

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT EXCEPTIONNELLEMENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle elle a droit en vertu de l'Accord-cadre, la Régie verse un montant forfaitaire compensatoire total et final de 13 400 $ à Dre Caroline Desjardins (94062) pour les fins de sa disponibilité de garde entre le 18 février et le 24 février 2023 à l'hôpital de Sept-Îles.
2. Toutefois, Dre Desjardins ne peut réclamer, au cours de cette période, le paiement des forfaits, suppléments ou honoraires prévus à l'Annexe 25 concernant la rémunération de la garde en disponibilité effectuée par les médecins spécialistes, la Lettre d'entente nº 102 concernant la prestation de soins au sein de certains centres hospitaliers en pénurie grave d'effectifs et la Lettre d'entente nº 234 concernant la prestation continue des services obstétricaux par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie.
3. Aucun autre médecin de la même discipline ne peut, au cours de la même période, se prévaloir des forfaits de garde en disponibilité prévue à l'Annexe 25.
4. Les montants payables en vertu de la présente Lettre d'entente ne sont pas sujets à la majoration de rémunération différente prévue à l'Annexe 19 de l'Accord-cadre.
5. Les montants payables en vertu de la présente Lettre d'entente ne sont pas pris en compte quant à l'application des plafonnements de gains de pratique.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-106

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS DE MENTORAT PAR LES DOCTEURS LUC MONETTE (98273), SAM JOSEPH DANIEL (01353), ET MIREILLE GERVAIS (02359) DANS LE CADRE DE L'IMPLANTATION DE LA TECHNIQUE D'AMYGDALECTOMIE INTRACAPSULAIRE AU QUÉBEC

CONSIDÉRANT qu'il existe une technique chirurgicale éprouvée comme alternative à l'amygdalectomie extracapsulaire traditionnelle;
CONSIDÉRANT que cette technique d'amygdalectomie intracapsulaire demande une formation particulière;
CONSIDÉRANT que les docteurs Luc Monette, Sam Joseph Daniel et Mireille Gervais (ci-après, les " Médecins ") possèdent déjà cette expertise et ont déjà offert des séances d'entraînement et de formation à certains de leurs collègues;
CONSIDÉRANT qu'une formation est nécessaire pour assurer l'utilisation adéquate de l'équipement et la réalisation sécuritaire de cette nouvelle technique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

Cette entente vient prévoir la rémunération des Médecins lors de l'enseignement et de l'implantation de la nouvelle technique d'amygdalectomie intracapsulaire sur le territoire québécois.

2. RÉMUNÉRATION

2.1 Les Médecins reçoivent un montant forfaitaire de 750 $ pour chaque demi-journée de formation offerte dans les établissements qui en font la demande.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- le code de facturation ***42320****;*
- l'heure de début et l'heure de fin du forfait.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

De plus, inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour que ce forfait.

2.2 Le médecin spécialiste visé par la présente lettre d'entente qui est appelé à se déplacer afin d'enseigner la nouvelle technique d'amygdalectomie a également droit au paiement de ses frais selon les modalités de l'Annexe 23.

AVIS **:** *Pour la facturation des frais de déplacement, se référer à l'Annexe 23.*

2.3 Le médecin spécialiste qui reçoit ce montant forfaitaire ne peut recevoir aucune autre rémunération prévue à l'Accord-cadre au cours de cette même période. De plus, ce forfait n'est pas soumis aux dispositions de rémunération différentes prévues à l'Annexe 19.

3. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

3.1 Les mesures entrent en vigueur le 1er juin 2021 et se terminent le 31 décembre 2024.

4. AVIS DES PARTIES NÉGOCIANTES

4.1 Les parties désignent les lieux reconnus pour la formation ainsi que le nombre de demi-journées octroyées.

4.2 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et concernant toutes les mesures prévues à la présente.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N^{O} A-107

CONCERNANT LA PRATIQUE DES DOCTEURS PRAMOD SHAILENDRA PULIGANDLA (03062) ET DAVINIA ELIZABETH WITHINGTON (91230)

CONSIDÉRANT que le Dr Puligandla est un médecin spécialiste classé en chirurgie générale qui pratique en chirurgie pédiatrique dans une unité de soins intensif du Site Glen du CUSM;
CONSIDÉRANT que la Dre Withington est une médecin spécialiste classée en anesthésiologie qui pratique dans une unité de soins intensif du Site Glen du CUSM;
CONSIDÉRANT les modalités d'application de l'Annexe 29;
CONSIDÉRANT les travaux de refonte de l'Annexe 29.
CONSIDÉRANT que l'unité des soins intensifs dans laquelle les docteurs Puligandla et Withington pratiquent n'est plus désignée à l'Annexe 29 depuis le 30 juin 2021;
CONSIDÉRANT que celle-ci demeure une unité fermée quant à son fonctionnement permettant ainsi la prise en charge de l'unité et la prise en charge du patient;
CONSIDÉRANT la situation particulière des médecins, les services médicaux rendus à l'unité de soins intensifs du Site Glen du CUSM.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De façon exceptionnelle, les docteurs Puligandla et Withington sont autorisés à se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'Annexe 29 en vigueur en date de la présente Lettre d'entente, lorsqu'ils prennent en charge un patient de l'unité des soins intensifs et, le cas échéant, l'unité des soins intensifs.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation à l'Annexe 29.*

2. Les docteurs Puligandla et Withington pourront également se prévaloir des modalités de rémunération de l'Annexe 29 qui remplacera celle présentement en vigueur.

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

4. Cette Lettre d'entente s'applique rétroactivement à partir du 1er juillet 2021 et prend fin automatiquement, soit au moment de l'entrée en vigueur des nouvelles modalités de l'Annexe 29, soit le 31 mars 2025, selon la première occurrence, à moins d'avis contraire des parties négociantes.

AVIS **:** *La présente lettre d'entente est prolongée jusqu'à l'entrée en vigueur des nouvelles modalités de l'Annexe 29.*

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE N^{O} A-108

CONCERNANT LE PROGRAMME DE CONGÉ PARENTAL POUR LA DRE MIREILLE SAYEGH (NO CMQ 16698)

CONSIDÉRANT le programme de congé parental pour les médecins spécialistes (ci-après **" Programme "**);
CONSIDÉRANT que pour se prévaloir des modalités de ce Programme, le médecin spécialiste doit avoir dispensé des services au Québec ;
CONSIDÉRANT que la Dre Sayegh exerce en Ontario et rend des services à des patients admissibles au régime d'assurance maladie du Québec ;
CONSIDÉRANT que la résidence principale de la Dre Sayegh est au Québec ;
CONSIDÉRANT qu'elle satisfait aux critères d'admissibilités énumérées à l'Annexe 43 pour avoir droit au programme de congé parental, sauf quant au fait que les services ont été offerts en Ontario.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'autoriser la Dre Mireille Sayegh à se prévaloir de l'allocation payable prévue à l'article 5.1 de l'Annexe 43 et selon les modalités prévues au Programme, pour le congé parental en lien avec cette naissance.

2. Le médecin qui exerce ses activités professionnelles en société par actions ne peut, au cours d'une semaine donnée, tirer à la fois avantage du Programme de congé parental prévu à l'Annexe 43 et de tout autre programme semblable, provincial ou fédéral. Dans cette éventualité, le montant de l'allocation hebdomadaire payable en vertu de la présente annexe est réduit, pour chaque semaine applicable, d'un montant équivalant à la prestation qu'il reçoit, pour cette semaine, en vertu de cet autre programme.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 25 décembre 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce_____ jour de_____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-109

CONCERNANT LA PRATIQUE PARTICULIÈRE EN HÉPATOLOGIE PAR LE DR JULIEN BISSONNETTE (CMQ 12526)

CONSIDÉRANT que le Dr Bissonnette est spécialiste de médecine interne (ci-après " interniste "), mais a une pratique exclusive en hépatologie;

CONSIDÉRANT que la pratique du Dr Bissonnette diffère de celle d'un interniste et s'apparente en tout à la pratique des hépatologues de l'équipe dans laquelle il pratique;

CONSIDÉRANT la règle 6.3 du Préambule général;

CONSIDÉRANT que certains services médicaux offerts par les médecins spécialistes en hépatologie ne peuvent être facturés par un interniste.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le Dr Bissonnette peut facturer une consultation provenant d'un interniste et il peut demander une consultation à des médecins internistes.
2. Le Dr Bissonnette peut facturer les codes d'actes énumérés à l'Annexe I.
3. La présente Lettre d'entente s'applique à partir du 24 mars 2025.

En foi de quoi, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____ 2025.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE I

Codes d'acte	Libellés	Tarif	% RMX
	Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue ou un interniste ou un pédiatre dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient		
	Honoraire global incluant les visites et les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents		
09377	1er jour (journée de la greffe)	1 000,00	100 %
09378	2e au 5e jour (par jour)	600,00	100 %
09379	6e au 10e jour (par jour)	400,00	100 %
09380	11e au 15e jour (par jour)	250,00	100 %
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale transcutanée, par voie jugulaire ou par voie sous-clavière	107,75	100 %
	Cathétérisme sus-hépatique par voie trans-jugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées		
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	79,15	100 %
	Biopsie (unique ou multiple)		
00181	foie (à l'aiguille, percutanée) (PG-28)	58,05	53 %

LETTRE D'ENTENTE A-110

CONCERNANT LES SERVICES RENDUS PAR LA DOCTEURE AUDREY VERMETTE (N° CMQ 08183)

CONSIDÉRANT que la Docteure Audrey Vermette (" Docteure Vermette ") détient une certification du Collège Royal du Canada lui permettant d'exercer ses activités en anesthésiologie;

CONSIDÉRANT que classement de la spécialité de la Docteure Vermette est l'anesthésiologie;

CONSIDÉRANT que la Docteure Vermette a réorienté sa carrière afin d'exercer en santé mentale;

CONSIDÉRANT que la Docteure Vermette est inscrite au Collège des médecins du Québec à la liste des médecins pratiquant la psychothérapie au sens du *Règlement sur le permis de psychothérapeute* (RLRQ, c. C-26, r. 222.1);

CONSIDÉRANT que la Docteure Vermette exerce actuellement en santé mentale en cabinet et ne pratique plus en tant qu'anesthésiologiste;

CONSIDÉRANT la nécessité d'établir des modalités de rémunération afin de permettre au Docteure Vermette d'être rémunérée pour des activités de psychothérapie et d'évaluation en santé mentale;

CONSIDÉRANT la Règle 1 de l'ADDENDUM 3 - Psychiatrie relative à la thérapie psychiatrique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Docteure Vermette est autorisée à se prévaloir des codes réservés aux médecins spécialistes en psychiatrie pour les services qu'elle dispense dans le cadre de ses activités de psychothérapie en cabinet, à savoir :
ADDENDUM 3 - Psychiatrie
Codes : 08828, 08829, 08830, 08831, 08908, 08910, 08911,08915, 08916, 08924, 15561,15562 et 15563.
Aux fins de l'application de l'Annexe 8, la médecin est considérée comme une psychiatre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce _____jour de _____2025.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE Nº A-111

CONCERNANT LES SERVICES RENDUS PAR LE DOCTEUR PHILIPPE DEMERS (nº CMQ 01262)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La Régie verse au docteur Philippe Demers (nº CMQ 01262) un montant de 129 310,05 $ pour les interventions de type procédure de Ross qu'il a effectuées entre le 14 août 2018 et le 14 octobre 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce _____jour de _____2025.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe 11. C — Autres lettres d'entente (mémoires ou lettres d'intention)

LETTRE D'ENTENTE

CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES SINISTRÉS DE ST-BASILE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Des honoraires particuliers sont payés aux médecins spécialistes en santé communautaire qui ont fait du surtemps pour coordonner le processus de prise en charge des sinistrés de Saint-Basile.

Ces honoraires sont ainsi établis :

BOILEAU LUC	(DSC/Hôpital Charles Lemoyne)	2500,00
COTÉ BRIGITTE	(DSC/Hôpital Maisonneuve-Rosemont)	1500,00
JACQUES LOUIS	(DSC/Hôpital Charles Lemoyne)	1500,00
LAJOIE PIERRE	(CHUL)	2000,00
MESSIER ALAIN	(CSST - Bedford)	1500,00
POIRIER ALAIN	(DSC/Hôpital Charles Lemoyne)	1500,00
PRONOVOST ROBERT	(DSC/Hôpital Charles Lemoyne)	1500,00

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE

CONCERNANT LE DÉPARTEMENT DE TOXICOMANIE DE L'HÔPITAL SAINT-FRANCOIS D'ASSISE *Abrogée Modification 116 au 1er avril 2024*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Le département de toxicomanie de l'Hôpital Saint-François d'Assise est considéré au même titre qu'un département de psychiatrie pour le paiement des fonctions de régie.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***002052*** *(Fonctions de régie - Chef de département en psychiatrie).*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Le département de toxicomanie de l'Hôpital Saint-François d'Assise est considéré au même titre qu'un département de psychiatrie pour le paiement des fonctions de régie.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE

CONCERNANT LES FONCTIONS DE RÉGIE EXERCÉES PAR LE DOCTEUR YVES LAMONTAGNE, MÉDECIN PSYCHIATRE, AU CENTRE HOSPITALIER LOUIS-H. LAFONTAINE *Abrogée au 1er avril 2024*.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le docteur Yves Lamontagne, médecin psychiatre, est payé pour ses fonctions de régie exercées au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, au même titre qu'un chef de département clinique.

La présente lettre d'entente a effet jusqu'au 31 décembre 1989.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le docteur Yves Lamontagne, médecin psychiatre, est payé pour ses fonctions de régie exercées au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, au même titre qu'un chef de département clinique.

La présente lettre d'entente a effet jusqu'au 31 décembre 1989.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le docteur Yves Lamontagne, médecin psychiatre, est payé pour ses fonctions de régie exercées au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, au même titre qu'un chef de département clinique.

La présente lettre d'entente a effet jusqu'au 31 décembre 1989.

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX	**PAUL DESJARDINS**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Pour la période du 11 octobre au 21 décembre 1988, le docteur Lilianne Filion-Laporte, médecin pédiatre, est payée au taux horaire de 55 $ pour ses activités au Centre hospitalier St. Mary et au CLSC Côte-des-Neiges - soit un total de 114 heures.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les paiements effectués par la Régie aux médecins spécialistes qui ont pratiqué des glycémies (code d'acte 00113) et des hémoglobines (code d'acte 00118) avant le 1er juin 1987 sont maintenus.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les médecins salariés qui ont pratiqué dans plus d'un établissement entre le 1er juin 1988 et le 28 février 1989, ont droit d'être payés à l'acte ou au tarif horaire pour les services qu'ils ont alors rendus, sauf les services aux patients de l'établissement dans lequel ils sont salariés.

La présente lettre d'entente n'affecte pas les droits acquis touchant la facturation des services rendus en externe.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'ENTENTE

CONCERNANT L'IMPACT DE LA RÉMUNÉRATION PROGRESSIVE

CONSIDÉRANT l'introduction de la rémunération progressive durant les premières années d'exercice comme médecin spécialiste dans le cadre du régime d'assurance maladie;

CONSIDÉRANT que cette nouvelle mesure s'applique sur une période de trois ans ou quatre ans selon le lieu d'exercice;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

D'analyser périodiquement les impacts de la rémunération progressive sur la répartition géographique des médecins spécialistes et, le cas échéant, de prendre les mesures nécessaires pour pallier à toute difficulté à cet égard.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

MÉMOIRE D'INTENTION

CONCERNANT L'IMPACT DE LA RÈGLE 5.5 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

1. Les parties ont établi comme suit leur évaluation prospective de l'impact des visites principales aux 3 mois en centre hospitalier de courte durée pour des soins de longue durée.

7 500 visites principales

2. Cette évaluation prospective sera vérifiée par les parties négociantes en regard des données observées pour la période du 1er mars 1990 au 31 août 1990.

3. Les parties négociantes corrigeront les tarifs, en hausse ou en baisse, en fonction de l'effet économique réel de la nouvelle tarification qui sera établi en regard des données observées pour la période témoin.

JEAN LAFLEUR
Porte-parole du MSSS

ROGER DAVID
Porte-parole de la FMSQ

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

CONSIDÉRANT que les parties évaluent cette modification à un coût de 50 000 $.

CONSIDÉRANT l'incertitude entourant cette évaluation.

Les parties conviennent d'analyser les données observées pour la période du 1er février 1991 au 31 juilet 1991.

Les parties corrigeront les tarifs, à la hausse ou à la baisse, en fonction de l'effet observé de cette modification et après avoir examiné l'évolution des coûts des primes d'urgence le soir, la nuit et le week-end. Les données devront être pondérées pour tenir compte de l'évolution des effectifs et du nombre de jours ouvrables.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'INTENTION

CONCERNANT LA PÉRIODE-TÉMOIN DU 1er JUIN 1989 AU 31 MAI 1990

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Advenant que l'application de l'objectif tarifaire de la période-témoin du 1er juin 1989 au 31 mai 1990 indique un dépassement, les parties négociantes apportent les correctifs tarifaires appropriés.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

MÉMOIRE D'INTENTION

CONCERNANT L'ULTRASONOGRAPHIE

VU la Modification nº 17 à l'Entente :

ATTENDU QUE la nouvelle tarification prévue en ultrasonographie pour la période du 1er juin 1991 au 31 mai 1992 et entrant en vigueur le 1er mars 1992 doit produire une baisse d'honoraires de 1,05 million en radiologie.

ATTENDU QUE pour atteindre cet objectif une hypothèse tarifaire a été convenue à l'effet qu'au plus 2 % des échographies pelviennes transvésicales seront effectuées en même temps qu'une échographie pelvienne endovaginale.

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Vérifier au 1er novembre 1992 avec les données de la période du 1er février 1992 au 31 juillet 1992 si l'hypothèse de 2 % ci-haut mentionnée s'est réalisée en radiologie diagnostique.

2. D'apporter des correctifs tarifaires à la baisse advenant que le pourcentage réel soit plus élevé que l'hypothèse ci-dessus.

Les correctifs tarifaires apportés doivent équivaloir à la différence entre les résultats réels annualisés et l'hypothèse convenue et s'appliqueront à compter du 1er décembre 1992 sur les tarifs des échographies transvésicales et endovaginales.

Fait à Québec, ce 1er jour du mois de mars 1992.

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

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

MÉMOIRE D'INTENTION

CONCERNANT LA MAMMOGRAPHIE

ATTENDU QUE le nombre d'examens de mammographie pratiqués par les médecins radiologistes en cabinet et en centre hospitalier a augmenté considérablement au cours des dernières années.

ATTENDU QUE la FMSQ estime qu'une partie importante de l'augmentation du nombre de mammographies est attribuable à des mammographies de dépistage.

ATTENDU QUE la mammographie de dépistage pratiquée en cabinet ne constitue pas un service assuré.

ATTENDU QUE telle augmentation du volume des mammographies de dépistage, si elle s'avère exacte et importante, a pour effet de causer un dépassement significatif de l'objectif tarifaire existant dans l'entente.

POUR CES MOTIFS, les parties négociantes conviennent **DE CE QUI SUIT** :

1. Analyser et mettre en oeuvre des moyens efficaces pour rationaliser l'utilisation de la mammographie de dépistage.

2. De privilégier comme moyen de rationalisation les hypothèses suivantes :

a) Agrément des cabinets en fonction de critères de qualité tels que :

type d'équipement;
qualification du personnel

- volume minimum de mammographies.

b) Application des mêmes critères de qualité en centre hospitalier.

c) Accessibilité en régime assuré à la mammographie de dépistage aux patientes d'un groupe d'âge pour lequel ce test est reconnu efficace et prioritairement nécessaire par la communauté scientifique (ex : 50 à 69 ans).

d) Limitation pour les personnes visées à un examen de dépistage aux 18 mois.

e) Abolition du tarif de la mammographie avec examen clinique payé au radiologiste dans le cas de dépistage.

f) Définition de façon rigoureuse de ce qu'est sur le plan médical la mammographie de dépistage et la mammographie diagnostique.

3. Mettre en application les règles d'utilisation de la mammographie qui auront pour résultat de diminuer les honoraires de mammographie d'un montant de 1,6 million, basé sur la période du 1er juin 1989 au 31 mai 1990, d'ici le 1er mai 1992.

4. Rechercher d'ici le 1er mai 1992 de nouveaux mécanismes pour tenir compte adéquatement des dépassements d'honoraires générés par l'augmentation de volume, le cas échéant, des mammographies de dépistage.

5. Mettre sur pied immédiatement un comité technique paritaire composé de 3 représentants de chacune des parties et dont le mandat est d'étudier les hypothèses mentionnées au paragraphe 2 ou toute autre hypothèse qu'il jugera utile et de faire des recommandations aux parties négociantes à cet effet, au plus tard le 15 février 1992.

Fait à Québec, ce 1er jour du mois de mars 1992.

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

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

MÉMOIRE D'INTENTION

CONCERNANT LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS ET DE SOINS CORONARIENS EN CENTRE HOSPITALIER DE COURTE DURÉE

VU la Modification nº 17 à l'Entente;

ATTENDU QUE l'augmentation tarifaire générale prévue pour la période du 1er juin 1991 au 31 mai 1992 entre en vigueur le 1er mars 1992;

LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De réserver à même l'augmentation tarifaire générale prévue pour la période du 1er juin 1991 au 31 mai 1992 un montant de 3 000 000 $ pour la tarification dans les unités de soins intensifs et de soins coronariens en centre hospitalier de courte durée;

2. De négocier et conclure une entente sur les soins intensifs et les soins coronariens d'ici le 1er mai 1992.

Fait à Québec, ce 1er jour du mois de mars 1992.

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

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

LETTRE D'INTENTION

CONCERNANT L'UTILISATION DE LA RÉSERVE AFFECTÉE AUX MESURES DE RÉPARTITION DES EFFECTIFS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS EN RÉGION

CONSIDÉRANT qu'aux termes de l'article 7A de l'Annexe 2 de l'Accord-cadre du 22 décembre 1986 intervenu entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, tel qu'amendé par la Modification 25, une réserve est instituée en vue de financer les nouvelles mesures de répartition des effectifs médicaux spécialisés dont les parties conviendront à l'égard des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé et des régions intermédiaires;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Tout solde de la réserve instituée par l'article 7A de l'Annexe 2 de l'Accord-cadre, non affecté aux mesures de répartition des effectifs médicaux spécialisés dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé et dans les régions intermédiaires, sert à ajuster les tarifs. Le Ministre consent à affecter un montant additionnel de un million de dollars (1 M $) aux fins de financer les nouvelles mesures de répartition des effectifs médicaux dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé et dans les régions intermédiaires.

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

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'INTENTION

RELATIVE À L'ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT QUE la Fédération des médecins spécialistes du Québec a déjà déclaré son intérêt pour l'instauration d'une mutuelle de protection des médecins à l'égard de la responsabilité professionnelle qu'ils peuvent encourir dans l'exercice de leur profession.

CONSIDÉRANT QUE, dans le but d'actualiser un tel projet, l'Assemblée des délégués de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, a autorisé ses officiers à procéder à une étude de faisabilité et de rentabilité d'un tel projet;

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

CONSIDÉRANT les études auxquelles ont procédé respectivement le Ministre et la Fédération des médecins spécialistes du Québec quant à la problématique de l'assurance responsabilité professionnelle des médecins.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De procéder conjointement dès la signature des présentes, à l'évaluation de la faisabilité et de la rentabilité de l'instauration d'un tel projet dans la perspective de son implantation pour le 1er janvier 1995.

2. Cette évaluation portera notamment sur l'instauration de modalités administratives qui détermineront à l'égard d'une réclamation ou d'un litige, les responsabilités respectives des établissements ou de la mutuelle de protection permettant ainsi de réduire les coûts du règlement de ces litiges.

3. Si le projet est implanté, il devra comprendre des modalités permettant le désengagement progressif de la participation du Ministre du paiement des primes d'assurance responsabilité professionnelle.

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

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'INTENTION Nº 1

RELATIVE À LA MODIFICATION 26

CONCERNANT L'IMPACT DU PLAFONNEMENT PRÉVU À LA LETTRE D'ENTENTE Nº 13

CONSIDÉRANT que les parties négociantes évaluent que l'effet du plafonnement de gains de pratique relatif aux traitents de physiothérapie en cabinet privé, associé à la hausse des tarifs de ces traitements de physiothérapie en cabinet privé, n'affectera pas les sommes d'argent attribuées au programme de traitements de physiothérapie pour les personnes âgées de 65 ans ou plus;

CONSIDÉRANT l'incertitude de cette évaluation.

Cette évaluation prospective est vérifiée par les parties négociantes, en fonction des données observées pour la péride du 1er janvier 1994 au 31 décembre 1994 par rapport à celles de la période précédente.

Les parties négociantes corrigent les tarifs des traitements de physiothérapie, à la hausse ou à la baisse, en fonction de l'effet économique réel de la nouvelle tarification, observé durant la période-témoin.

Signé à Montréal, ce 22e jour du mois de mars 1994.

Me JEAN LAFLEUR
Négociateur
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Me GILLES CORBEIL
Négociateur
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'INTENTION Nº 2

RELATIVE À LA MODIFICATION 26

CONCERNANT L'HYPOTHÈSE QUANT AU COÛT DE LA CONSULTATION POUR POLYTRAUMATISÉS EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

CONSIDÉRANT que les parties négociantes évaluent l'impact financier net de ce nouveau tarif à 212 500 $, compte tenu d'une fréquence annuelle de 2 500 et d'un effet de substitution des visites payées antérieurement à l'introduction de cet acte;

CONSIDÉRANT l'incertitude de cette évaluation.

Cette évaluation prospective est vérifiée par les parties négociantes, en fonction des données observées pour la péride du 1er mars 1994 au 28 février 1995, par rapport à celles de la période précédente.

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

Signé à Montréal, ce 22e jour du mois de mars 1994.

Me JEAN LAFLEUR
Négociateur
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Me GILLES CORBEIL
Négociateur
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'INTENTION N° 3

RELATIVE À LA MODIFICATION 26

CONCERNANT LES HYPOTHÈSES ÉCONOMIQUES QUANT À L'INTRODUCTION DE NOUVELLES RÈGLES OU DE NOUVEAUX LIBELLÉS EN OPHTALMOLOGIE

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

Acte médical	Évaluation
1. Examen du verre de contact (00576)	Diminution des actes de 20%;
2. Périmétrie statique (00538)	25% des actes ne seront plus payés sous ce code mais plutôt sous un autre code à taux réduit;
3. Bilan orthoptique Enregistrement des mesures de déviation du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotropie, d'ambliopie et du suivi postopératoire du strabisme	15% des actes ne seront plus payés suite à un libellé de l'acte plus restrictif.

CONSIDÉRANT l'incertitude de ces évaluations.

Ces évaluations prospectives sont vérifiées par les parties négociantes, en fonction des données observées pour la période du 1er mars 1994 au 28 février 1995, par rapport à celles de la période précédente.

Les parties négociantes corrigent, à la baisse ou à la hausse, les tarifs en ophtalmologie, en fonction de l'effet économique réel observé durant la période-témoin de la nouvelle tarification.

Signé à Montréal, ce 22e jour du mois de mars 1994.

Me JEAN LAFLEUR
Négociateur
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Me GILLES CORBEIL
Négociateur
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'INTENTION Nº 4

RELATIVE À LA MODIFICATION 26

CONCERNANT LES HYPOTHÈSES DE CERTAINS PLAFONNEMENTS DES GAINS DE PRATIQUE

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

1. PA-15 Cardiologie	558 000
2. PA-16 Pédiatrie	631 000
3. PA-17 Ophtalmologie	473 300
4. PA-20 Visites à domicile	111 000
5. PA-21 Radio-oncologie	161 000
6. PA-25 Médecine interne, rhumatologie et gériatrie	246 000

CONSIDÉRANT l'incertitude de ces évaluations;

Ces évaluations prospectives sont vérifiées par les parties négociantes, en fonction des données observées pour la période du 1er mars 1994 au 28 février 1995, par rapport à celles de la période précédente, en tenant compte des effets d'une modification de pratique du cabinet vers les établissements.

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

Signé à Montréal, ce 22e jour du mois de mars 1994.

Me JEAN LAFLEUR
Négociateur
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Me GILLES CORBEIL
Négociateur
Fédération des médecins spécialistes du Québec

LETTRE D'INTENTION N° 5

RELATIVE À LA MODIFICATION 26

CONCERNANT LES HYPOTHÈSES ÉCONOMIQUES QUANT AU COÛT DE L'ANNEXE 29
- SOINS INTENSIFS

CONSIDÉRANT que les parties négociantes évaluent l'impact financier annuel de cette nouvelle annexe à 4,1 millions de dollars, dont 1 353 000 $ pour le forfait de prise en charge du patient et à 2 723 000 $ pour le forfait de prise en charge de l'unité;

CONSIDÉRANT que le coût net du forfait de prise en charge du patient tient compte des récupérations provenant des actes dorénavant inclus dans ce forfait et des nouvelles limites de visites par jour, introduites dans la Modification n° 26;

CONSIDÉRANT que l'évaluation par discipline des coûts annuels de l'Annexe 29 est la suivante :

Discipline	Coût du forfait de prise en charge du patient (millions de $)	Coût du forfait de prise en charge de l'unité (millions de $)	Total
Allergie	0,02	------	0,02
Endocrinologie	0,02	0,005	0,025
Gastro-entérologie	0,04	0,01	0,05
Médecine interne	------	0,525	0,525
Néphrologie	0,09	0,01	0,1
Neurologie	0,04	0,01	0,05
Pédiatrie	0,2	0,525	0,725
Pneumologie	------	0,450	0,450
Psychiatrie	0,08	0,350	0,43
Anesthésie	0,10	0,25	0,350
Chirurgie générale	------	0,588	0,588
C.C.V.T.	0,347	------	0,347
Neurochirurgie	0,416	------	0,416
	1,353	2,723	4,076

CONSIDÉRANT que les parties négociantes s'entendent pour ne pas reconnaître des unités avec des forfaits de prise en charge de l'unité pour des montants excédant 2 723 000 $ annuellement;

CONSIDÉRANT qu'en chirurgie générale, les coûts du forfait de prise en charge du patient additionnés à ceux des visites effectuées aux soins intensifs, en vertu des dispositions de la Modification n° 18, sont évalués par les parties négociantes à 1,0 million;

CONSIDÉRANT l'incertitude de l'évaluation du forfait de prise en charge du patient et du coût des visites aux soins intensifs en chirurgie générale, en vertu de la Modification n° 18;

Cette évaluation prospective est vérifiée par les parties négociantes, en fonction des données observées pour la période du 1er mars 1994 au 28 février 1995 par rapport à celles de la période précédente;

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

Signé à Montréal, ce 22e jour du mois de mars 1994.

Me JEAN LAFLEUR
Négociateur
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Me GILLES CORBEIL
Négociateur
Fédération des médecins spécialistes du Québec

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

CONSIDÉRANT que les parties négociantes conviennent que le coût résultant des dispositions de l'Annexe 9 ne doit pas excéder 12 509 000 $ pour l'année civile 1994;

CONSIDÉRANT qu'actuellement on ne peut éliminer la possibilité d'un dépassement du coût maximal mentionné au paragraphe précédent;

Les parties négociantes conviennent de récupérer le cas échéant, les dépassements du coût maximal à même les montants forfaitaires compensatoires.

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

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

MÉMOIRE D'INTENTION

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

VU les dispositions déjà convenues dans la Lettre d'entente nº 71 de la Modification 25 concernant la réduction des dépenses du système de santé;

ATTENDU QUE les parties négociantes, par leur Modification 25 ont aussi convenu de l'établissement de paiements forfaitaires compensatoires pour la période du 1er juin 1993 jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'augmentation des tarifs;

ATTENDU QUE les parties négociantes, par leurs Modifications 26 et 27 ont fixé au 13 mars 1994 la date d'entrée en vigueur de l'augmentation des tarifs;

ATTENDU QUE les parties négociantes évaluent à environ 27 millions le total des forfaits compensatoires accumulés durant la période du 1er juin 1993 au 12 mars 1994;

PAR CES MOTIFS, les parties négociantes conviennent d'affecter une partie de la somme de ce 27 millions pour satisfaire à la réduction que prévoit l'article 31 de la « Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public et le secteur municipal » (1993, chapitre 37). L'appropriation par le Ministre de cette somme, pour la période du 1er décembre 1993 jusqu'au 30 novembre 1994, se fait mensuellement à raison de l'équivalent de 1 % des honoraires gagnés mensuellement par les médecins spécialistes, à même les montants des forfaits compensatoires accumulés depuis le 1er juin 1993, jusqu'à concurrence d'un maximum de douze millions de dollars (12 000 000 $) pour cette période.

Les parties négociantes conviennent également, à compter du 1er décembre 1994, d'affecter une partie des gains ou économies résultant de l'application de mesures concrètes de réduction des coûts du système de santé prévues à la Lettre d'entente # 71, à la réduction que prévoit l'article 31 de la « Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public et le secteur municipal » (1993, chapitre 37). La somme ainsi affectée est constituée à partir des montants résultant des mesures entrant en vigueur à compter du 1er décembre 1994, jusqu'à un maximum de douze millions de dollars (12 000 000 $).

Les parties négociantes se réservent le droit de mettre fin aux effets de ce mémoire d'intention et de le remplacer par toute autre entente aux mêmes fins.

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

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

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

CONSIDÉRANT que cette entente auxiliaire prévoit des avantages pour faciliter le remplacement en cas de congé, décès ou départ définitif d'un médecin exerçant au sein d'un groupe de médecins de certains centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT que les avantages de cette entente s'appliquent lorsque le remplacement s'effectue à l'intérieur d'un groupe de deux ou trois médecins qui exercent dans un même centre hospitalier et sont rémunérés à l'acte;

CONSIDÉRANT les incertitudes dans l'évaluation du coût réel du remplacement selon le mode de rémunération au *per diem* ;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'évaluer les mécanismes de remplacement prévus à l'entente.

LES PARTIES CONVIENNENT :

1. de mettre en réserve une somme annuelle de 150 000 $ pour couvrir les coûts réels du remplacement effectué dans le cadre de l'Annexe 33 de l'entente;

2. d'évaluer, sur la base des données de la période s'étendant du 1er janvier 1995 au 31 décembre 1995, les coûts du remplacement effectué dans le cadre de cette entente auxillaire. Dans le cas où les coûts réels sur une base annuelle s'avèrent différents des montants prévus, les parties apportent, à la hausse ou à la baisse, les ajustements requis;

3. d'évaluer les mécanismes de remplacement prévus à l'Annexe 33 de l'entente et de réviser, le cas échéant, les conditions d'application de ces mécanismes et les conditions de rémunération qui s'y rattachent.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 24e jour du mois d'avril 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'INTENTION

CONCERNANT L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE PRÉDÉTERMINÉE

CONSIDÉRANT les dispositions de l'Accord-cadre concernant la détermination d'une enveloppe budgétaire globale pour la durée de l'Entente;

CONSIDÉRANT la possibilité de difficultés financières majeures pouvant survenir pour le gouvernement au cours des deuxième et troisième périodes d'application de l'Entente.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

En cas de difficultés financières majeures devant survenir pour le gouvernement au cours des deuxième et troisième périodes d'application de l'Entente, les parties conviennent de discuter des mesures à prendre, selon l'évolution du budget global du MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX au cours de cette période, tel que déterminé par la politique budgétaire du gouvernement.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à québec, ce 1er octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'INTENTION

CONCERNANT LA MISE EN PLACE DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

CONSIDÉRANT l'entente intervenue entre les parties négociantes concernant la mise en place d'un mode de rémunération mixte pour les médecins spécialistes québécois;

CONSIDÉRANT que la mise en place du mode de rémunération mixte favorisera l'implantation de plans de pratique en milieu hospitalier universitaire;

CONSIDÉRANT la nécessité d'élaborer les conditions de faisabilité ainsi que les modalités d'application du mode de rémunération mixte;

CONSIDÉRANT que des discussions à cet effet se poursuivent depuis déjà plusieurs mois entre les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité de finaliser ces discussions dans les meilleurs délais afin de rendre le mode de rémunération mixte progressivement disponible à compter du 1er décembre 1998;

CONSIDÉRANT la situation particulière des médecins spécialistes exerçant à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal pour lesquels le mode de rémunération mixte s'avère essentiel au recrutement et à la rétention des effectifs médicaux nécessaires au maintien de la qualité et de l'accessibilité des soins à la population, et rencontre leur volonté de mise en place d'un plan de pratique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes s'engagent à finaliser, au plus tard au 1er août 1998, les conditions de faisabilité et modalités d'application du mode de rémunération mixte de façon à rendre ce mode de rémunération disponible progressivement à l'ensemble des médecins spécialistes québécois et, de façon prioritaire au plus tard le 1er décembre 1998, aux médecins spécialistes oeuvrant à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal.

2. Les parties négociantes reconnaissent que la mise en place du mode de rémunération mixte vise notamment à permettre, à l'égard des médecins spécialistes de toute spécialité exerçant en milieu pédiatrique, de corriger l'écart de rémunération avec leurs confrères de la même spécialité exerçant auprès d'une clientèle adulte et, à l'égard plus particulièrement des médecins spécialistes en pédiatrie, d'obtenir une rémunération comparable.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 30e, jour d'avril 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

MÉMOIRE D'INTENTION

CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT les dispositions du Protocole d'accord concernant l'assurance responsabilité professionnelle signé le 7 décembre 1998;

CONSIDÉRANT que la mise en place d'une solution permanente ne peut être complétée pour le 1er janvier 2000.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Avec l'appui de la Fédération dans la mise en place d'une solution permanente à être identifiée et conforme aux objectifs du Protocole d'accord concernant l'assurance responsabilité professionnelle, le ministère s'engage à proposer au Gouvernement les modifications législatives requises, s'il y a lieu, pour la mise en place d'une solution permanente au 1er janvier 2001.

2. Conformément à l'article 1 du Protocole d'accord concernant l'assurance responsabilité professionnelle signé le 7 décembre 1998, le remboursement au médecin spécialiste participant au régime d'assurance maladie d'une partie de sa prime d'assurance responsabilité professionnelle est effectué pour l'année 2000 selon les modalités apparaissant à l'annexe 9 jointe à la présente Modification.

3. Dans le cadre des dispositions de l'Accord-cadre du 1er octobre 1995 et du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS/FMSQ pour les années 1996-1997 à 2000-2001, les parties conviennent d'analyser, dans la recherche d'une plus grande équité, la contribution des médecins en fonction de certaines catégories de risque qu'établit l'Annexe 9 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 26 mai 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'INTENTION

CONCERNANT LA CRÉATION D'UN PROGRAMME D'ACCÈS

À L'IMAGERIE PAR RÉSONNANCE MAGNÉTIQUE ET À LA TOMODENSITOMÉTRIE

CONSIDÉRANT :
1. **QUE** le MSSS implantera un nouveau programme pour améliorer l'accès à l'Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM) et à la Tomodensitométrie (SCAN);

2. **QUE** ce programme aura comme objectif de rendre ces services dans les délais recommandés par les sociétés savantes;

3. **QUE** ce programme prévoira d'intensifier et d'optimiser l'utilisation des équipements du réseau public notamment, en étendant leur utilisation à 16 heures par jour;

4. **QUE** ce programme prévoira l'utilisation par les médecins d'un algorithme (ou protocole) décisionnel pour assurer la pertinence clinique de ces examens, tel que développé par l'INESSS;

5. **QUE** le MSSS recommandera au Collège des médecins du Québec d'adopter un tel algorithme comme règle de pratique auprès de ses membres;

6. **QUE** ce programme prévoira des orientations et des balises aux établissements permettant de recourir aux laboratoires privés, et ce, par le biais d'achat de services dans le but d'atteindre les objectifs du programme. À cet effet, les parties négociantes conviendront des tarifs applicables.

LES PARTIES CONVIENNENT :

1. À compter du 1er juillet 2018, de financer ce programme jusqu'à un maximum de 15 M$ à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, de la façon prévue au protocole d'accord.

2. Au 1er janvier 2020, les parties analyseront les résultats du programme. Le gouvernement pourra considérer d'assurer les services d'imagerie médicale et de tomodensitométrie si le programme ne donne pas les effets escomptés. Le cas échéant, la FMSQ pourra cesser son engagement de financement prévu au paragraphe précédent.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexes 12 à 48

ANNEXE 12.

PROTOCOLE D'ACCORD DU 16 JUILLET 1982 RELATIF AUX TERRITOIRES DÉSIGNÉS PAR LA MINISTRE COMME INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Considérant que les parties négociantes constatent la nécessité d'assurer l'accessibilité des services médicaux dans les territoires désignés par la Ministre, et par des effectifs médicaux permanents lorsque le volume des activités cliniques le justifie.

Considérant que les parties ont convenu de mesures incitatives pour favoriser la réalisation de cet objectif, lesquelles sont prévues aux annexes 9 et 10 de l'Entente du 16 juillet 1982.

Les parties négociantes conviennent de ce qui suit :

1. Lorsque la Ministre est d'avis, sur recommandation du comité consultatif sur la répartition, que l'accessibilité recherchée aux soins médicaux dans une discipline est atteinte, elle recommande au Gouvernement d'amender le décret du 2 juin 1982 (1293-82), en vue d'exclure de l'application de ce décret les médecins spécialistes de cette discipline.

LE 22 DÉCEMBRE 1986

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE 13.

ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS DE PSYCHIATRIE.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Dans la section des activités et des heures effectuées, inscrire :
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH*;*
- le code d'activité et le secteur de dispensation, si requis;
- la durée de l'activité.

Sélectionner la plage horaire :
- AM : de 7 h à 12 h;
- PM : de 12 h à 19 h.

Le médecin psychiatre est payé suivant le Tarif de la médecine et de la chirurgie.

Il peut, toutefois, être payé au tarif horaire pour sa pratique en établissement.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service :*
- ***001XXX*** *Centre hospitalier psychiatrique;*
- ***002XXX*** *Centre hospitalier avec département psychiatrique.*

Voir l'annexe A.

1. GAMME DES ACTIVITÉS

Le médecin psychiatre peut se prévaloir du tarif horaire pour la pratique de sa discipline dans un établissement hospitalier.

Sont ainsi visés :

1.1 PRESTATIONS DE SOINS

Au titre des prestations de soins, le médecin psychiatre est payé pour les visites et les thérapies des malades hospitalisés ou traités dans les unités de soins, les urgences ou les cliniques externes.

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps* ***XXX030*** *Services cliniques – Prestation de soins.*

1.2 SUIVI DES MALADES

Au titre du suivi des malades, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin de ses malades.

On inclut de même le temps des communications avec les proches.

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps* ***XXX055*** *Communications.*

1.3 PSYCHIATRIE D'ÉQUIPE

Au titre de la psychiatrie d'équipe, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux séances de travail de l'équipe de thérapeutes et aux rencontres avec les malades et leurs proches dont l'équipe a charge.

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps* ***XXX032*** *Rencontres multidisciplinaires.*

À l'égard d'équipes organisées dans le réseau para-hospitalier, il faut qu'il y ait protocole de services inter-établissements.

AVIS **:** *À l'égard de la psychiatrie d'équipe dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin doit s'assurer que la RAMQ est informée de l'existence d'un protocole de services inter-établissements.*

2. FONCTIONS DE RÉGIE

Chef du département hospitalier de psychiatrie *Abrogée par la Modification 116 du 1er avril 2024*

2.1 *Abrogée par la Modification 116 du 1er avril 2024*

Des émoluments sont payés au médecin-chef d'un département hospitalier de psychiatrie, pour le temps qu'il consacre aux fonctions de régie de son département.
Des émoluments de régie ne peuvent être demandés pour plus d'un département de psychiatrie, dans un établissement.

2.2 *Abrogée par la Modification 116 du 1er avril 2024*

Il incombe au médecin-chef d'un département hospitalier d'organiser les activités dont répond le département et d'en préparer le programme. Notamment :

- - Il établit le calendrier des assignations cliniques.
- - Il approuve l'horaire des séances de supervision du personnel médical en cours de formation.
- - Il détermine la grille de participation des médecins psychiatres, pour la psychiatrie d'équipe.
- - Il consigne ces données.

Remplacement ***Abrogée par la Modification 116 du 1er avril 2024***

2.3 *Abrogée par la modification 116 du 1er avril 2024*

À l'occasion d'un congé du médecin-chef d'un département hospitalier, des émoluments de régie sont payés au médecin psychiatre qui le remplace.

Chef d'un service hospitalier de psychiatrie

2.1 Psychiatrie adulte

En psychiatrie, des émoluments de régie sont accordés au médecin chef de service des grands départements hospitaliers.

Il s'agit des départements hospitaliers qui comptent dix médecins psychiatres ou plus - équivalents plein temps.

On s'en tient aux services identifiés au plan d'organisation de l'établissement.

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX072** Fonctions de régie – Chef de service en psychiatrie.*

Celui qui cumule les fonctions de médecin-chef de département et de chef de service ne peut se prévaloir que de la tarification prévue pour le chef de service pour ces activités.

2.2 Pédopsychiatrie

Des émoluments de Régie sont accordés au médecin chef de service de pédopsychiatrie organisé au sein d'un département hospitalier de psychiatrie.

2.3 Le médecin chef de service est payé pour le temps qu'il consacre aux fonctions de régie, maximum 7 heures du lundi au vendredi.

À titre exceptionnel, un médecin chef de service peut être payé pour un nombre d'heures plus élevé; il justifie alors sa demande en présentant des notes explicatives.

3. TARIF HORAIRE

3.1 Le tarif horaire est de 145,70 $.

À l'égard des prestations de soins, du suivi des malades et de la psychiatrie d'équipe, il est payé pour un temps de service, du lundi au vendredi, entre 7 et 19 heures - sauf les jours considérés fériés suivant la clause 14.5 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie.

À l'égard des fonctions de régie, ce tarif est payé pour des activités exercées en semaine.

Le maximum pour la combinaison des activités prévues aux articles 1.1, 1.2 et 1.3 est de 5 heures par semaine par médecin spécialiste en psychiatrie.
Le maximum pour la combinaison des activités prévues aux articles 2.1 et 2.2 est de 750 heures par année par médecin spécialiste en psychiatrie.

4. AVIS

4.1 Un établissement doit informer la Régie, par écrit, de la nomination d'un chef d'un service hospitalier de psychiatrie et de tout changement de titulaire qui survient.

L'établissement informe également la Régie, par écrit, du nom du médecin psychiatre qui remplace le médecin chef d'un service à l'occasion d'un congé.

4.2 Les émoluments de régie sont payés au médecin chef d'un service de psychiatrie à compter de la date de sa nomination.

4.3 L'avis peut néanmoins être expédié par le médecin chef de département de psychiatrie ou son remplaçant.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE A (ANNEXE 13)

CENTRES HOSPITALIERS PSYCHIATRIQUES

AVIS **:** *Utiliser la nature de service* ***001XXX****.*

Région 01
CSSS de la Mitis

Région 02
Hôpital de Chicoutimi

Région 03
Hôpital de Baie-Saint-Paul
Centre de pédopsychiatrie, Québec
Institut universitaire de santé mentale de Québec

Région 04
Centre régional de santé mentale

Région 06
Hôpital de Verdun

Institut universitaire de santé mentale de Montréal
Hôpital Rivière-des-Prairies
Institut Philippe-Pinel de Montréal

Région 07
Centre hospitalier Pierre Janet, Gatineau

Région 08
Hôpital psychiatrique de Malartic

Région 14
C. H. Régional de Lanaudière, Joliette

Région 15
Hôpital Mont-Laurier
Centre de services Rivière-Rouge

HÔPITAUX GÉNÉRAUX AVEC DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE

AVIS **:** *Utiliser la nature de service* ***002XXX****.*

Région 01
Hôpital régional de Rimouski
Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Région 02
Hôpital de Chicoutimi
Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval

Région 03
CHU de Québec
- Hôpital de L'Enfant-Jésus
- Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec
- Pavillon Saint-François d'Assise
- Hôpital du Saint-Sacrement
- Pavillon C. H. de l'Université Laval

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Région 04
CSSS du Haut-Saint-Maurice
Pavillon Sainte-Marie
Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
Hôtel-Dieu d'Arthabaska
Hôpital Sainte-Croix
Centre d'hébergement et Hôpital Christ-Roi

Région 05
Hôtel-Dieu de Sherbrooke
Hôpital Fleurimont
Hôpital et Centre d'hébergement d'Youville

Hôpital de Granby

Région 06
Hôpital Fleury
Hôtel-Dieu du CHUM
Hôpital Jean-Talon
Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
CUSM - Site Glen (pédiatrique et adulte)
Hôpital Général de Montréal
Hôpital Notre-Dame
Hôpital du Sacré Coeur de Montréal
Hôpital Saint-Luc du CHUM
Centre hospitalier de St. Mary's
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Hôpital Général du Lakeshore

Région 07
Hôpital de Gatineau

Région 08
Hôpital d'Amos
Hôpital de Rouyn-Noranda
Hôpital et CLSC de Val d'Or
Centre hospitalier La Sarre

Région 09
Hôpital et Centre d'hébergement de Sept-Îles
Hôpital Le Royer

Région 11
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts
Hôpital de Maria

Région 12
Hôpital de Thetford Mines
Hôtel-Dieu de Lévis
Hôpital de Montmagny

Région 13
Hôpital Cité de la Santé

Région 14
Hôpital Pierre-Le Gardeur

Région 15
Hôpital régional de Saint-Jérôme
Centre Multi Santé Services Sociaux Argenteuil

Région 16
Hôpital du Haut-Richelieu
Hôtel-Dieu de Sorel

Hôpital Honoré-Mercier
Hôpital Charles LeMoyne
Hôpital Pierre-Boucher
Hôpital du Suroît
Hôpital Anna-Laberge

ANNEXE 14.

ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT LES SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

AVIS **:** *Voir le* Guide de facturation - Honoraires forfaitaires et salariat.

Cette entente établit la tarification pour la pratique de la santé publique sous l'autorité du directeur régional de la santé publique ou d'un médecin désigné par lui dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (1991, c.42).

On ne peut s'en prévaloir pour le paiement d'autres activités professionnelles.

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité* ***005XXX****, sauf dans le cadre d'un programme contractuel de santé et de sécurité du travail où on doit utiliser les codes d'activité* ***007XXX****.*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

PARTIE 1.

TARIFICATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL

Le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est payé suivant le mode du tarif horaire pour la pratique de sa discipline dans le cadre de cette entente auxiliaire.

ARTICLE 1.

GAMME DES ACTIVITÉS

1.1 ORGANISATION DU PROGRAMME

Au titre de l'organisation du programme, le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est payé pour le temps qu'il consacre à la conception, la réalisation et l'évaluation du programme de santé publique. On reconnaît les activités de santé publique suivantes :

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité* ***005037*** *ou* ***007037*** *(Planification - programmation - évaluation),* ***005038*** *ou* ***007038*** *(Coordination),* ***005047*** *ou* ***007047*** *(Exécution).*

1.1.1 Connaissance et surveillance de la santé (épidémiologie).

1.1.2 Protection de la santé publique (maladies infectieuses, santé environnementale, maladies professionnelles, etc.).

1.1.3 Prévention et promotion (santé mentale, personnes âgées, santé cardiovasculaire, traumatismes routiers, enfance-jeunesse, santé en milieu agricole, villes et villages en santé, etc.).

1.1.4 Organisation des services préventifs et évaluation de l'impact des services de santé sur la santé de la population.

1.2 PLANIFICATION ET COORDINATION

Au titre de la planification et coordination, le médecin spécialiste est payé pour le temps qu'il consacre à la planification et à la coordination des activités des intervenants en santé publique.

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité* ***005037*** *ou* ***007037*** *(Planification - programmation - évaluation),* ***005038*** *ou* ***007038*** *(Coordination).*

1.3 SERVICES MÉDICAUX

1.3.1 Prestations de soins

Au titre des prestations de soins, le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est payé pour les visites des malades hospitalisés ou traités dans les unités de soins, les urgences ou les cliniques externes.

Sont également incluses dans la prestation de soins les interventions faites auprès de personnes, par un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, dans le cadre d'une enquête épidémiologique ou d'une activité du programme de santé publique.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***005030*** *(Services cliniques) ou* ***005032*** *(Rencontres multidisciplinaires).*

1.3.2 Avis médicaux

Le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est payé pour le temps consacré à la prestation d'avis médicaux auprès de :

1.3.2.1 Médecins
1.3.2.2 Professionnels de la santé
1.3.2.3 Ressources du milieu
1.3.2.4 Groupes de bénéficiaires
1.3.2.5 Autres

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***005091*** *(Avis médicaux).*

La prestation d'avis médicaux comprend les communications avec les intervenants et la rédaction de l'opinion.

ARTICLE 4.

LE TARIF HORAIRE

On peut se prévaloir du tarif horaire du lundi au vendredi, sauf entre 19 et 7 heures et les jours fériés.

4.1 Le tarif horaire est de 204 $.

Il comporte une période de service continu de 60 minutes.

4.2 On ne peut facturer plus de 7 heures par jour, sauf situation exceptionnelle; en ce dernier cas, le médecin présente des notes explicatives.

ARTICLE 5.

GARDE

Seuls sont payés, pendant l'horaire de garde, les honoraires établis au présent article, ainsi que le supplément prévu, la cas échéant, par l'Annexe 25.

L'horaire de garde s'entend de la période entre 19 et 7 heures, du week-end et des jours considérés comme fériés selon la clause 14.5 du Préambule général du Tarif de la médecine et de la chirurgie.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **005061** (Garde - intervention urgente de 0 h à 7 h) ou **005062** (Garde - intervention urgente pour les périodes autres que de minuit à 7 h).*

Voir l'avis sous l'article 14.5 du préambule général du Manuel des médecins spécialistes.

5.1 Celui qui doit se rendre dans un établissement de santé ou au site d'une mission pour une intervention urgente pendant l'horaire de garde, est payé suivant un tarif horaire particulier.

Ce tarif horaire est de 204 $ sauf pour un déplacement entre minuit et 7 heures; il est alors de 239 $.

La tarification d'une heure exige un temps de service continu de 60 minutes.

5.2 Les honoraires majorés de l'urgence sont payés au médecin de garde en santé publique.

Y a également droit le médecin spécialiste que le médecin de garde appelle en consultation et qui se rend dans un établissement de santé ou sur un site.

Le relevé d'honoraires doit être accompagné de notes explicatives.

PARTIE 2.

TARIFICATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE-CONSEIL

Un médecin spécialiste peut agir comme médecin-conseil pour l'élaboration ou l'exécution du programme de santé publique touchant le champ de sa discipline.

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité **005037** ou **007037** (Planification - programmation - évaluation), **005047** ou **007047** (Exécution).*

Il doit y avoir été préalablement invité par le directeur régional de santé publique, au moyen d'une demande écrite précisant la nature de sa participation et sa durée.

AVIS **:** *La copie de la demande écrite doit être transmise à la Régie à l'aide du formulaire* Invitation du directeur régional de la santé publique - Médecin spécialiste *(3234).*

6.1 Celui qui est appelé comme médecin-conseil est rémunéré au tarif de 204 $ l'heure. Il peut se prévaloir de cette rémunération du lundi au vendredi, (à l'exception des jours fériés) entre 7 h et 19 h, jusqu'à concurrence d'un maximum de 7 heures par jour, 35 heures du lundi au vendredi. Peuvent s'ajouter à ce maximum, les honoraires de consultation prévus au deuxième alinéa de l'article 5.2 de la partie 1.

L'approbation préalable des parties négociantes est requise pour toute participation aux activités auxquelles le médecin spécialiste est invité.

AVIS **:** *Toute facturation sera refusée à moins que l'approbation des parties négociantes n'ait été préalablement accordée.*

PARTIE 3.

RÈGLES COMMUNES

ARTICLE 7.

COMPUTATION DU TEMPS DE SERVICE

7.1 Seul est compté comme période de service continu, le temps de présence dans un établissement au site de mission indiqué par le directeur régional de la santé publique ou par le médecin désigné par lui dans un établissement.

ARTICLE 8.

AUTRES ACTIVITÉS

Certaines limitations régissent le paiement par la Régie des activités autres que celles reliées à la direction de la santé publique.

8.1 Celui qui est payé au tarif horaire peut cumuler cette rémunération avec une autre rémunération au tarif horaire prévue à l'Entente, en autant que ce cumul n'entraîne pas la rémunération de plus de 7 heures par jour, maximum 35 heures du lundi au vendredi. Toutefois, ne sont pas incluses, ni sujettes à ce maximum, les heures de surtemps qui ont été autorisées à titre exceptionnel en vertu des dispositions de l'Entente.

ARTICLE 9.

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

9.1 Les services rendus dans le cadre d'un programme contractuel de santé et sécurité du travail, sont compris dans la santé publique et ils sont sujets aux règles de tarification établies par la présente entente auxiliaire.

ARTICLE 10.

APPLICATION

La présente entente auxiliaire prend effet le 1er avril 1993.

Toutefois, elle ne s'applique pas au médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail régi par un contrat de travail selon le mode du salariat.

ARTICLE 11.

FICHE D'ACTIVITÉS

Le médecin spécialiste oeuvrant dans le cadre du programme de santé publique rédige une fiche d'activité pour chaque jour de son assignation à tarif horaire.

Il indique le temps qu'il a consacré à chacune des activités décrites à la présente annexe.

Il présente cette fiche avec son relevé d'honoraires.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ANNEXE 15.

ENTENTE AUXILIAIRE
RELATIVE AUX HONORAIRES FORFAITAIRES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Les honoraires forfaitaires sont le tarif horaire.

LA TARIFICATION HORAIRE

La tarification horaire est un mode optionnel de paiement pour certaines prestations de soins :

Sont visés :

- la clinique ou le laboratoire dans un établissement hospitalier désigné par la ministre;
- la clinique ou le laboratoire dans un établissement hospitalier pour malades mentaux;
- la pneumophtisiologie dans un centre de traitement des maladies pulmonaires chroniques;
- la clinique dans certaines unités de soins ou cliniques de médecine organisées pour la prise en charge de malades dont l'état est exceptionnel;
- la pratique de la médecine dans un CLSC, un centre d'accueil ou un établissement hospitalier de soins de longue durée.

On ne peut se prévaloir de la tarification horaire sans y être autorisé au préalable par les parties négociantes.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Dans la section des activités et des heures effectuées, inscrire :
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH*;*
- le code d'activité et le secteur de dispensation, si requis;
- la durée de l'activité.

Sélectionner la plage horaire :
- Nuit : de 0 h à 7 h;
- AM : de 7 h à 12 h;
- PM : de 12 h à 19 h;
- Soir : de 19 h à 0 h.

1. L'HONORAIRE

1.1 Le tarif horaire est de 130 $ l'heure.

Il est payé pour un temps de **service continu de 60 minutes**, du lundi au vendredi, sauf entre 19 et 7 heures et les jours fériés.

AVIS **:** *À titre exceptionnel, la tarification horaire la fin de semaine est permise dans les établissements concernés. Voir la* Lettre d'entente nº 40.

1.2 Seul est compté comme période de service continu, le temps consacré aux activités visées par l'avis d'autorisation.

À l'égard de la clinique et du laboratoire, seul est compté le temps de présence sur les étages, aux unités de soins, aux cliniques ou au laboratoire.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service :*
- ***002XXX*** *– Spécialité* ***différente de*** *psychiatrie;*
- ***022XXX*** *– Psychiatrie;*
- ***003XXX*** *– Pour les soins de pneumophtisiologie dans un centre de traitement des maladies pulmunaires chroniques.*

Selon la nature de l'activité, utiliser l'un des emplois de temps suivants :
- article 1 :
- ***XXX030*** *– Services cliniques;*
- ***XXX053*** *– Services de laboratoire.*

- article 3 (lié aux activités de l'article 1) :
- ***XXX060*** *– Heures supplémentaires à la demande du chef de département*

- article 7 :
- ***XXX032*** *– Communication avec le personnel clinique;*
- ***XXX055*** *– Communication avec les proches.*

2. LIMITATION

2.1 Celui qui est payé au tarif horaire, ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie pour des soins donnés le même jour dans l'établissement - sauf les soins d'urgence entre 19 et 7 heures.

Des dérogations peuvent être établies par entente, au bénéfice de médecins payés au tarif horaire pour le soin des malades traités dans les unités de soins ou les cliniques de médecine des centres hospitaliers.

Une dérogation ne s'applique pas à l'égard des malades pour lesquels le médecin est payé au tarif horaire.

AVIS **:** *Pour les dérogations déjà établies, voir la* Lettre d'entente nº 31.

3. PLAFONNEMENT DE LA GRILLE HORAIRE

3.1 Le nombre d'heures payées au tarif horaire, ne peut dépasser 7 par jour et 35 du lundi au vendredi.

Ne sont pas comptées les heures de surtemps du médecin spécialiste auquel le médecin-chef du département demande de prolonger son service pour répondre aux besoins.

À l'occasion d'un surtemps, le médecin spécialiste présente des notes explicatives.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer plus de 7 heures par jour, inscrire la lettre* A *dans le champ* C.S.
Dans la section Activités*, inscrire :*
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH*;*
- le code d'activité **XXX060***;*
- le nombre d'heures travaillées excédant le maximum permis.
Sélectionner la plage horaire.
Dans la section Renseignements complémentaires*, indiquer le nombre d'heures visé par le dépassement et l'autorisateur.*

3.2 Celui qui est payé au tarif horaire peut cumuler cette rémunération avec une autre rémunération au tarif horaire prévue à l'Entente, en autant que ce cumul n'entraîne pas la rémunération de plus de 7 heures par jour, maximum 35 heures du lundi au vendredi. Toutefois, ne sont incluses, ni sujettes à ce maximum, les heures de surtemps qui ont été autorisées à titre exceptionnel en vertu des dispositions de l'Entente.

4. AUTORISATION

4.1 Une autorisation de paiement suivant le mode de la tarification horaire est donnée pour une période d'un an. À son échéance, elle se renouvelle automatiquement d'année en année à moins d'avis contraire des parties négociantes ou du département, service ou secteur d'activités concernés.

Une autorisation est accordée pour les prestations de soins qui y sont visées.

Sont visés par une autorisation, les médecins spécialistes qui y sont nommés.

5. DÉSIGNATION DES ÉTABLISSEMENTS

5.1 Un établissement est désigné par la ministre, sur recommandation de la fédération.

L'avis de désignation détermine les effectifs médicaux susceptibles d'être payés suivant le mode des honoraires forfaitaires.

Il est du ressort de l'Administration d'un établissement d'en demander la désignation; elle indique alors les effectifs médicaux pour lesquels elle demande le paiement d'honoraires forfaitaires.

6. RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

6.1 S'ajoute au tarif horaire, la majoration de rémunération différente pour la pratique dans les régions désignées par la ministre.

7. AUTRES ACTIVITÉS

7.1 Les honoraires forfaitaires sont payés pour la prestation de soins médicaux au malade.

Ces honoraires sont également payés au médecin spécialiste pour le suivi de ses malades. À ce titre, lui est payé le temps qu'il consacre aux communications avec le personnel clinique et les proches.

On ne peut se prévaloir de la tarification forfaitaire pour le paiement d'autres activités. Des dérogations peuvent toutefois être apportées par entente entre les parties négociantes.

AVIS **:** *Pour les dérogations déjà établies, voir* la Lettre d'entente nº 35.

8. PROCÉDURE RELATIVE AUX AUTORISATIONS

8.1 Toute demande d'autorisation de paiement pour du tarif horaire, est soumise par l'Administration de l'établissement.

8.2 Est formé un comité conjoint de la tarification forfaitaire.

Y sont déférées, pour recommandation, toutes les demandes d'autorisation pour le paiement d'honoraires forfaitaires.

8.3 La Régie donne effet aux avis d'autorisation qui lui sont présentés par la ministre.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE 16.

ENTENTE AUXILIAIRE RELATIVE AU SALARIAT

IL EST AGRÉÉ :

Un médecin spécialiste qui, au 1er juin 1988, est rémunéré selon le mode du salariat, conserve ce mode de rémunération.

Il a droit au régime d'avantages sociaux prévu à l'Annexe 21.

ARTICLE 1.
TRAITEMENTS

1.1 Les échelles de traitement des médecins salariés sont celles établies en annexe.

ARTICLE 2.
SEMAINE DE TRAVAIL ET SURTEMPS

2.1 La semaine de travail est de 35 heures.

Le médecin spécialiste peut faire du temps supplémentaire. Il est alors payé au taux horaire auquel correspond son salaire.

AVIS **:** *Voir la Lettre d'entente nº 52.*

ARTICLE 3.
HONORAIRES

3.1 Celui qui est salarié, est payé suivant ce mode pour l'ensemble de sa pratique dans les établissements de santé.

Toutefois, il a droit au paiement des honoraires majorés pour les urgences auxquelles il répond pendant ses gardes, aux conditions établies au Tarif d'honoraires qui régit sa discipline. Il a également droit, le cas échéant, au supplément de garde prévu à l'Annexe 25.

Il peut se prévaloir de l'Annexe 28.

AVIS **:** *Voir la* Lettre d'entente nº 25 concernant les pratiques d'appoint des médecins spécialistes salariés.
Voir la description des codes d'activité dans la Brochure no 2.

ARTICLE 4.
CESSATION DE LA RÉMUNÉRATION SELON LE MODE DU SALARIAT

4.1 Le droit du médecin spécialiste d'être rémunéré selon le mode du salariat en vertu de la présente entente auxiliaire cesse à la date de réception par la Régie d'un avis écrit du médecin à l'effet qu'il désire abandonner ce mode de rémunération ou à toute autre date que le médecin indique dans cet avis, si cette date est postérieure à la date de réception de l'avis de la Régie.

La Régie expédie copie de cet avis du médecin aux parties négociantes.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE

1. Les traitements sont payés pour une période hebdomadaire de service de trente-cinq (35) heures.

Expérience *	**Toutes spécialités**
Moins d'un an	166 560 $
Plus d'un an	172 570 $
Deux ans et plus	178 170 $

***** Années de pratique depuis l'obtention du certificat de spécialiste.

ANNEXE 17.

FORMULAIRES DE DÉSENGAGEMENT, DE NON PARTICIPATION ET DE PARTICIPATION

19.....

Le Président-directeur général
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Monsieur,

Je, soussigné,

(nom et prénom en lettres moulées)

médecin exerçant ma profession à

(lettres moulées)

à titre de :

- médecin soumis à l'application d'une entente	(.....)
- médecin désengagé	(.....)
- médecin non-participant	(.....)
	(pointez (✓) la mention utile)

avise la Régie de l'assurance maladie du Québec que j'entends exercer ma profession à titre de :

- médecin soumis à l'application d'une entente	(.....)
- médecin désengagé	(.....)
- médecin non-participant	(.....)
	(pointez (✓) la mention utile)

le tout suivant la Loi sur l'assurance maladie.

.....
(signature)

AVIS **:** *Un médecin participant au régime d'assurance maladie du Québec peut opter pour le désengagement ou la non-participation en acheminant à la Régie le formulaire* Avis de modification de statut au régime d'assurance maladie du Québec – Réengagement – non-participation – désengagement *(1378) sous pli recommandé. Le changement de statut du professionnel prend effet au trentième (30e) jour suivant la date de la mise à la poste. La Régie achemine au médecin une lettre l'informant de la date de prise d'effet de son changement de statut professionnel.*
Un médecin désengagé ou non-participant peut devenir un médecin soumis à l'application de l'Entente. Cette option prend effet le huitième (8e) jour qui suit la date de la mise à la poste du formulaire 1378.

ANNEXE 18.

FORMULAIRE D'AVIS DE DIFFÉREND

19.....

À la ministre de la Santé et des Services sociaux

À la Régie de l'assurance maladie du Québec

À l'établissement (nom)

Nom du médecin spécialiste :

N° de facturation :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Nature du différend et exposé sommaire des faits :

Si le différend a pour objet un relevé d'honoraires :

Date :

Numéro de code :

Numéro du relevé :

Redressement demandé :

Signature du médecin spécialiste

Numéro de permis d'exercice

Copies : La ministre
La Fédération

ANNEXE 19.

LA RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

AVIS **:** *La rubrique* Rémunération différente (annexe 19) *vous présente des documents pour déterminer votre taux de majoration et de l'information supplémentaire pour remplir le formulaire* Déclaration de territoire de pratique principale – Rémunération différente.

1. RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE ET TERRITOIRES CONCERNÉS

1.1 Territoires isolés

1.1.1 Le médecin spécialiste reçoit une majoration de la rémunération de base prévue à l'entente, quel que soit son mode de rémunération, pour les services qu'il fournit dans les secteurs III, IV et V de l'Annexe 20 ainsi qu'au Centre de santé Chibougamau.

1.1.2 Cette majoration est de 45 % de la rémunération de base.

AVIS **:** *Le médecin qui exerce en territoires isolés n'est pas tenu de remplir le formulaire* Déclaration de territoire de pratique principale – Rémunération différente. *Toutefois, s'il prévoit se déplacer pour rendre des services dans un autre territoire et recevoir la rémunération applicable à ce territoire, il doit alors remplir le formulaire requis.*

Le formulaire Déclaration de territoire de pratique principale – Rémunération différente *est disponible dans le service en ligne* Déclaration de territoire de pratique principale.

1.2 Territoires éloignés

1.2.1 Le médecin spécialiste reçoit une majoration de la rémunération de base prévue à l'entente, quel que soit son mode de rémunération, pour les services qu'il fournit dans les territoires éloignés mentionnés à l'article 1.2.4.

Sous réserve de l'article 1.2.2, cette majoration est de 20 % de la rémunération de base.

1.2.2 Une majoration plus avantageuse de la rémunération de base est toutefois accordée en lieu et place de celle prévue à l'article 1.2.1 pour les services fournis par le médecin spécialiste qui, à l'égard d'un territoire mentionné à l'article 1.2.4, remplit les conditions suivantes :

i) Il exerce de façon principale dans ce territoire; et

ii) Il exerce dans un établissement de ce territoire de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services).

1.2.3 La majoration plus avantageuse s'applique dans tous les lieux où le médecin dispense des services dans le territoire où il remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2.

1.2.4 La majoration plus avantageuse est fixée aux pourcentages suivants selon le territoire où le médecin remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2 :

Territoire 5 : 45 %

Ce territoire correspond à :

1. Le territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue;

2. Le territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, à l'exception des localités de ce territoire qui sont comprises dans le secteur III de l'Annexe 20;

3. Le territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie ou le Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles; et

4. Les localités des secteurs I et II de l'Annexe 20 qui ne sont pas déjà comprises dans les territoires précédents, à l'exception du Centre de santé Chibougamau.

Territoire 4 : 30 %

Ce territoire correspond à :

1. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean incluant le territoire de CLSC Maria-Chapdelaine;

2. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas- St-Laurent incluant les territoires de CLSC de Cabano, Saint-Eleuthère, Rimouski-Neigette, La Mitis, Les Basques, Matane et La Matapédia;

3. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais incluant les territoires de CLSC Pontiac et Des Forestiers;

4. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides incluant le territoire de CLSC Antoine-Labelle; et

5. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec incluant le territoire de CLSC Haut-St-Maurice, à l'exception des localités de ce territoire qui sont comprises dans le secteur III de l'Annexe 20.

Territoire 3 : 25 %

Ce territoire correspond à :

1. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean incluant les territoires de CLSC Domaine-du-Roy et Lac-St-Jean-Est; et

2. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas- St-Laurent incluant les territoires de CLSC de Kamouraska et de Rivière-du-Loup.

1.3 Autres territoires

1.3.1 Une majoration de la rémunération de base prévue à l'entente est accordée, quel que soit le mode de rémunération applicable, pour les services fournis par le médecin spécialiste qui, à l'égard d'un territoire mentionné à l'article 1.3.3, remplit les conditions suivantes :

i) Il exerce de façon principale dans ce territoire; et

ii) Il exerce dans un établissement de ce territoire de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services).

1.3.2 La majoration s'applique dans tous les lieux où le médecin dispense des services dans le territoire où il remplit les conditions prévues à l'article 1.3.1;

1.3.3 La majoration est fixée aux pourcentages suivants, selon le territoire où le médecin remplit les conditions prévues à l'article 1.3.1.:

Territoire 2 : 15 %

Ce territoire correspond à la partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux du Saguenay/Lac-Saint-Jean incluant les territoires de CLSC Saguenay, Jonquière, Chicoutimi et Fjord.

Territoire 1 : 7 %

Ce territoire correspond à :

1. Le territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, à l'exception du territoire de CLSC Haut-St-Maurice;

2. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais incluant les territoires de CLSC Les Collines-de-l'Outaouais, Aylmer, Hull, Gatineau, Vallée-de-la-Lièvre et Petite-Nation;

3. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale incluant les territoires de CLSC Charlevoix-Ouest et Charlevoix-Est;

4. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches incluant les territoires de CLSC Montmagny, L'Islet, Lotbinière, L'Amiante, La Nouvelle-Beauce, Robert-Cliche, Beauce-Sartigan et Lac-Etchemin;

5. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie - Ouest incluant les territoires de CLSC Bas-Richelieu; et

6. La partie du territoire de la région pour laquelle est instituée le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - CHUS incluant le territoire CLSC Granit.

1.4 Dispositions générales

1.4.1 À chaque année, le médecin qui souhaite bénéficier d'une majoration de la rémunération de base prévue aux articles 1.2.2 et suivants ou 1.3 doit compléter une déclaration à la Régie où il fournit l'information permettant de confirmer le respect des conditions donnant droit à cette majoration.

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 381 300 $ 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 1er 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 1er jour du mois suivant le troisième (3e) 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 5 692 $ pour chacun des trimestres d'une année civile.

À compter du 1er jour du mois suivant le sixième (6e) 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 8 117 $ 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'installation principale est située à plus de quatre cents (400) kilomètres du plus près de Montréal ou de Québec. Pour la santé publique et médecine préventive, l'installation principale peut également être un établissement principal.

Par installation ou établissement principal, on entend le lieu 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 RAMQ par une lettre qui précise, pour la période de référence de 3 ou 6 ans, selon le cas, la localité de résidence ainsi que la date d'arrivée ou de départ. Ensuite, les autres versements seront effectués automatiquement. Cette lettre peut être transmise :*

Par la poste
Service de l'assurance-qualité et de l'intégration
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur
418 643-7585

3. FRAIS DE RESSOURCEMENT

AVIS **:** *La rubrique* Ressourcement, développement professionnel et maintien des compétences *présente un résumé des modalités du programme de ressourcement de l'annexe 19.*

3.1 Le médecin spécialiste qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les territoires déterminés par arrêté du Ministre conformément au 5e alinéa de l'article 19 de la loi bénéficie d'un maximum de trente (30) demi-journées de ressourcement après chaque période de douze (12) mois (entre le 1er 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 quinze (15) 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. Les activités de développement professionnel, de maintien des compétences et les stages de formation ou de perfectionnement peuvent être effectués par webdiffusion en direct, si celle-ci se fait à partir d'une plateforme en mesure de confirmer et d'émettre une preuve de la présence en ligne du participant pendant la période de la formation.

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 422 $ 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 au montant prévu 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 278 $ 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.

3.5 Le présent article tient lieu des congés de perfectionnement prévus à l'annexe 21 relative aux avantages sociaux pour les médecins rémunérés selon le mode du salariat.

3.6 Le cumul des demi-journées de ressourcement ne peut excéder cent vingt (120) demi-journées.

Le médecin spécialiste ne peut utiliser plus de trente (30) demi-journées de ressourcement par année, du 1er mai au 30 avril.

3.7 Les dispositions du présent article 3 ne s'appliquent pas au médecin spécialiste qui a sa résidence principale ou exerce sa profession sur une base régulière dans les municipalités régionales de comté d'Antoine Labelle, de Kamouraska et de Rivière-du-Loup (ne comprenant pas les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix).

3.8 Lorsque le médecin spécialiste quitte les territoires visés par le présent article ou cesse d'exercer sa profession sur une base régulière dans les territoires visés par le présent article, ses demi-journées de ressourcement accumulées peuvent être utilisées dans l'année qui suit la fin de sa pratique ou la date de son départ. S'il quitte les territoires visés par le présent article, il n'a droit qu'au remboursement prévu au paragraphe 3.4 i).

Par la suite, il ne peut bénéficier du solde de ses demi-journées de ressourcement accumulées que dans l'éventualité d'un retour dans les territoires visés par le présent article ou d'une reprise de l'exercice de sa profession sur une base régulière dans les territoires visés par le présent article.

Toutefois, lorsque des circonstances exceptionnelles le justifient, les parties négociantes peuvent convenir de prolonger la période durant laquelle un médecin peut utiliser ses demi-journées de ressourcement. La Régie donne alors suite aux avis transmis par les parties négociantes.

4. JUMELAGE

4.1 Tout centre hospitalier d'un territoire désigné qui a besoin de services d'appoint dans une discipline de soins spécialisés, peut les obtenir dans le cadre d'un contrat de jumelage, conclu avec les membres d'un département clinique d'un autre centre hospitalier.

Un contrat de jumelage détermine l'arrangement selon lequel les médecins spécialistes qui acceptent d'y être participants fournissent leurs services.

Le médecin spécialiste qui est participant au contrat de jumelage est rémunéré selon le tarif incitatif prévu à l'article 1 de la présente annexe, pour les soins qu'il dispense en territoire désigné, sauf si un mode différent de rémunération est établi par la Ministre et la Fédération pour sa discipline.

5. COMITÉ CONSULTATIF SUR LA RÉPARTITION

5.1 Les parties conviennent de former un comité consultatif de quatre (4) membres dont deux (2) sont désignés par la Ministre et deux (2) par la Fédération.

5.2 Ce comité a mandat de faire des recommandations à la Ministre quant à la désignation des territoires, pour les fins suivantes :

5.2.1 application des annexes 19 et 20 de l'Entente;

5.2.2 application de l'article 88 de la Loi sur l'assurance maladie concernant les bourses dans certains territoires;

5.2.3 application de l'article 77.2 de la Loi sur l'assurance maladie concernant les primes d'encouragement dans certains territoires.

Ce comité fait des recommandations au sujet des disciplines médicales qu'il y a lieu d'exclure du décret 1293-82 et des exceptions qu'il y a lieu d'y apporter, pour une même discipline.

5.3 La Ministre et la Fédération peuvent convenir, pour les fins de l'application de l'article 4.2.3, des conditions et des modalités d'octroi des primes d'encouragement.

5.4 Aux fins de l'exécution du mandat du comité, la Ministre et la Fédération fournissent au comité toutes les données utiles qui leur sont accessibles.

5.5 Le comité fixe les règles de régie interne nécessaires à son bon fonctionnement. Le comité fait rapport aux parties une fois l'an.

5.6 Un secrétaire est nommé par la Ministre. Ce secrétaire n'a pas droit de vote.

5.7 Les déboursés du comité sont assumés par la Régie.

7. ANESTHÉSIOLOGISTES RÉMUNÉRÉS À LA VACATION

7.1 Les dispositions de l'article 1 ne s'appliquent pas au médecin anesthésiologiste rémunéré à la vacation selon un contrat de services professionnels approuvé par les parties, sauf dans les établissements déterminés par la Ministre.

Liste des établissements désignés :

Région 01

Centre hospitalier de Matane
Centre hospitalier régional de Rimouski
Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (Maria)

Région 03

Centre hospitalier Notre-Dame-du-lac

Région 08

Centre hospitalier de Rouyn-Noranda
Centre hospitalier Saint-Sauveur (Val-d'Or)
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

Région 09

Centre hospitalier régional Baie-Comeau
Hôpital de Sept-Iles

ANNEXE 20.

MESURES INCITATIVES COMPLÉMENTAIRES

1. PRIMES D'ÉLOIGNEMENT OU D'ISOLEMENT

1.1 Les secteurs suivants sont considérés comme isolés aux fins du présent article :

Secteur V :
Comprend les localités suivantes : Tasiujak, Ivujivik, Kangigsualujjuaq, Aupaluk, Quaqtaq, Akulivik, Kangigsujuaq, Kangirsuk, Salluit, Tarpangajuk;

Secteur IV :
Comprend les localités suivantes : Wemindji, Eastmain, Waskaganish, Nemiscau, Inukjuak, Puvirnituk, Umiujaq;

Secteur III :
Comprend le territoire situé au nord du 51^{e} degré de latitude incluant Mistissini, Kuujjuak, Kuujjuarapik, Whapmagoostui, Chisasibi, Radisson, Schefferville, Kawawachikamach et Waswanipi à l'exception de Fermont et des localités spécifiées aux secteurs IV et V;

Comprend les localités de Parent, Sanmaur et Clova;

Comprend le territoire de la Côte-Nord, s'étendant à l'est de Havre St-Pierre, jusqu'à la limite du Labrador, y compris L'Ile d'Anticosti.

Secteur II :
Comprend la municipalité de Fermont;

Comprend le territoire de la Côte-Nord, situé à l'est de la Rivière Moisie et s'étendant jusqu'à Havre St-Pierre inclusivement;

Comprend les Iles-de-la-Madeleine.

Secteur I :
Comprend les localités de Chibougamau, Chapais, Matagami, Joutel, Lebel-sur-Quévillon, Témiscamingue et Ville-Marie.

1.2 Le médecin spécialiste qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans l'un ou l'autre des secteurs mentionnés ci-dessous durant une période continue d'au moins dix mois, reçoit la prime d'éloignement ou d'isolement suivante calculée sur une base annuelle :

	Secteurs	**Prime $**
Avec dépendant(s)	Secteur V	25 213
	Secteur IV	21 373
	Secteur III	16 436
	Secteur II	13 064
	Secteur I	10 556
Sans dépendant	Secteur V	14 298
	Secteur IV	12 129
	Secteur III	10 271
	Secteur II	8 705
	Secteur I	7 380

1.3 Aux fins de l'application du présent article, est considéré comme dépendant, le conjoint et, le cas échéant, l'enfant à charge tel que définis à l'article sur les régimes d'assurances et tout autre dépendant au sens de la Loi sur les impôts, à condition que celui-ci réside avec le médecin. Cependant, aux fins de la présente annexe, les revenus tirés d'un emploi par le conjoint du médecin n'ont pas pour effet de lui enlever son statut de dépendant. Le fait pour un enfant de fréquenter une école secondaire dans un autre endroit que le lieu de résidence du médecin ne lui enlève pas son statut de dépendant.

1.4 La prime prévue ci-dessus est payée trimestriellement au prorata de la durée du séjour dans chaque secteur donné.

AVIS **:** *Les trimestres sont les suivants :*

- 1er : mai, juin, juillet;
- 2e : août, septembre, octobre;
- 3e : novembre, décembre, janvier;
- 4e : février, mars, avril.

Le paiement de la prime est effectué au cours du mois qui suit la fin du trimestre. Le médecin qui s'installe en région doit faire une première demande de prime à la RAMQ en utilisant le formulaire Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336). Par la suite, les primes lui seront versées automatiquement.*

1.5 Sous réserve du paragraphe précédent, la Régie cesse de verser la prime d'isolement ou d'éloignement établie en vertu du présent article si le médecin et ses dépendants quittent délibérément le territoire lors d'un congé ou d'une absence rémunéré de plus de trente (30) jours, sauf s'il s'agit de congé annuel, de congé férié, de congé de maladie, de congé de maternité, d'un séjour de ressourcement, d'absence pour accident du travail, maladie professionnelle ou retrait préventif;

1.6 Lorsque les conjoints, au sens de l'article sur les régimes d'assurances sont deux médecins, un (1) seul des deux (2) peut, s'il y a un dépendant autre que le conjoint, se prévaloir de la prime applicable au médecin avec dépendant. S'il n'y a pas d'autre dépendant que le conjoint, chacun a droit à la prime sans dépendant».

2. FRAIS DE SORTIE

2.1 Le médecin spécialiste reçoit les frais inhérents aux sorties dans les cas suivants :

a) s'il a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les localités des secteurs III, IV et V et celle de Fermont : quatre (4) sorties par année pour les médecins sans dépendant et trois (3) sorties par année pour les médecins avec dépendant(s);

b) une (1) sortie par année (entre le 1er mai et le 30 avril) si le médecin spécialiste a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les localités de Parent, Sanmaur, Clova, Casey, Lac Cooper, Havre St-Pierre, Iles-de-la-Madeleine et les localités du secteur I et du secteur II non mentionnées au paragraphe a).

2.2 Ces frais sont remboursés au médecin spécialiste sur production de pièces justificatives pour lui-même et ses dépendants jusqu'à concurrence, pour chacun, de l'équivalent du prix par avion d'un passage aller-retour classe économique de la localité où il exerce ses fonctions jusqu'à Montréal.

2.3 Sous réserve du paragraphe 2.2, les frais de transport lui sont remboursés par la Régie, sur présentation de pièces justificatives, selon les dispositions prévues à l'Annexe 23 de l'Entente.

2.4 Le bénéfice de ces frais de sorties ne peut être reporté d'une année à l'autre.

3. FRAIS DE DÉMÉNAGEMENT

3.1 Le médecin spécialiste qui s'installe dans l'une des localités des secteurs, II, III, IV et V visées au paragraphe 1.1 de la présente annexe, pour y exercer sa profession sur une base régulière, a droit au remboursement des frais de déménagement.

3.2 Ces frais comprennent le coût du transport du médecin et de ses dépendants, le coût du transport de ses meubles meublants et effets personnels ainsi que ceux de ses dépendants, le coût d'entreposage et autres inhérents au déménagement. Ces frais doivent être autorisés au préalable par la Régie et sont remboursés sur présentation de pièces justificatives.

AVIS **:** *Pour avoir droit au paiement de ces frais, le médecin doit soumettre à la RAMQ les estimations ou évaluations des coûts de chacune de ces dépenses.*

Transmettre l'information :

Par la poste
Service du paiement et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur
418 643-7585

3.3 Le médecin spécialiste doit avoir sa résidence principale et exercer sa profession dans l'une des localités visées au paragraphe 1.1 pour une période d'au moins un (1) an; le cas échéant, il doit rembourser les frais de déménagement qu'il a reçus au prorata du nombre de mois qu'il n'a pas complétés.

3.4 Le médecin qui a complété une année de service dans les territoires indiqués au paragraphe 1.1 est remboursé selon les mêmes barèmes pour ses frais de déménagement ailleurs au Québec.

4. RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE ET FRAIS DE RESSOURCEMENT

Le médecin spécialiste qui pratique dans les territoires isolés au paragraphe 1.1, a également droit au paiement de la rémunération différente ainsi qu'aux frais de ressourcement prévus par l'annexe 19 de cette entente.

ANNEXE 21.

AVANTAGES SOCIAUX

I. Les avantages sociaux auxquels a droit le médecin spécialiste rémunéré selon le mode du salariat sont ceux établis par la Ministre.

II. La Régie précompte sur le salaire les contributions aux avantages sociaux, dues par le médecin spécialiste.

III. Cette annexe décrit les avantages sociaux établis par la Ministre au 1er novembre 1986.

Période de référence

Pour les fins de la présente annexe, l'année se définit comme la période de douze (12) mois s'étendant du 1er mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.

1.00 DROITS PARENTAUX

Section I : Dispositions générales

1.01 Les indemnités du congé de maternité prévues à la section II sont uniquement versées à titre de suppléments aux prestations d'assurance emploi ou, dans les cas prévus ci-après, à titre de paiements durant une période de chômage causée par une grossesse pour laquelle le régime d'assurance emploi ne prévoit rien.

1.02 Aux fins d'application du présent article, on entend par conjointe ou conjoint, la femme et l'homme :

a) qui sont mariés et cohabitent;

b) qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;

c) qui vivent maritalement depuis au moins un (1) an.

1.03 Si l'octroi d'un congé est restreint à un seul conjoint, cette restriction opère ses effets dès lors que l'autre conjoint est également un médecin salarié ou une personne salariée des secteurs public ou parapublic.

1.04 La Régie ne rembourse pas au médecin les sommes qui pourraient être exigées d'elle par Développement des ressources humaines Canada en vertu de la Loi sur l'assurance emploi, lorsque le revenu du médecin excède une fois et demie le maximum assurable.

1.05 À moins de stipulations expresses à l'effet contraire, le présent article ne peut avoir pour effet de conférer au médecin un avantage, monétaire ou non-monétaire, dont elle n'aurait pas bénéficié si elle était restée en fonction.

Section II : Congé de maternité

1.06 Le médecin a droit à un congé de maternité d'une durée de vingt (20) semaines qui, sous réserve du paragraphe 1.09, doivent être consécutives.

Le médecin qui devient enceinte alors qu'elle bénéficie d'un congé sans traitement ou d'un congé partiel sans traitement prévu par le présent article a aussi droit à ce congé de maternité et aux indemnités prévues aux paragraphes 1.11 et 1.14, selon le cas.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **01**.*

Le médecin dont la conjointe décède se voit transférer le résiduel des vingt (20) semaines du congé de maternité et bénéficie des droits et indemnités s'y rattachant.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **12**.*

1.07 Le médecin qui accouche d'un enfant mort-né après le début de la vingtième (20e) semaine précédant la date prévue de l'accouchement a également droit à ce congé de maternité.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **01**.*

1.08 La répartition du congé de maternité, avant et après l'accouchement, appartient au médecin et comprend le jour de l'accouchement.

1.09 L'orsqu'elle est suffisamment rétablie de son accouchement, et que son enfant n'est pas en mesure de quitter l'établissement de santé, le médecin peut suspendre son congé de maternité en reprenant ses activités professionnelles.

Le médecin dont l'enfant est hospitalisé dans les quinze (15) jours de sa naissance a également ce droit.

Le congé ne peut être suspendu qu'une fois. Il est complété lorsque l'enfant intègre la résidence familiale.

1.10 Pour obtenir le congé de maternité, le médecin doit donner un préavis écrit à l'établissement au moins deux (2) semaines avant la date du départ. Ce préavis doit être accompagné d'un certificat médical attestant de la grossesse et de la date prévue pour la naissance.

Le délai de présentation du préavis peut être moindre si un certificat médical atteste que le médecin doit cesser ses activités professionnelles plus tôt que prévu. En cas d'imprévu, le médecin est exempté de la formalité du préavis, sous réserve de la production à l'établissement d'un certificat médical attestant qu'elle devait cesser ses activités professionnelles sans délai.

Cas admissibles à l'assurance emploi

AVIS **:** Dans le but d'éviter les pénalités prévues, il est essentiel de se présenter au ministère du Développement des ressources humaines Canada ***dès le début du congé de maternité***, sans attendre d'avoir en main le relevé d'emploi.

1.11 Le médecin qui a accumulé vingt (20) semaines de service(1) et qui, suite à la présentation d'une demande de prestations en vertu du régime d'assurance emploi, reçoit de telles prestations (à l'exception des sous-alinéas a) et c) ci-dessous), a droit de recevoir durant son congé de maternité, sous réserve du paragraphe 1.16 :

a) pour chacune des semaines du délai de carence prévu au régime d'assurance emploi, une indemnité égale à 93 %(2) de son traitement de base(3) ;

(1) Le médecin absent accumule du service si son absence est autorisée, notamment pour invalidité, et comporte une prestation ou une rémunération.
(2) 93 % : Ce pourcentage a été fixé pour tenir compte du fait que le médecin bénéficie en pareille situation d'une exonération des cotisations aux régimes de retraite et d'assurance emploi, laquelle équivaut en moyenne à 7 % de son traitement.
(3) On entend par « traitement de base », le traitement versé au médecin pour une période régulière d'activités professionnelles.

b) pour chacune des semaines où elle reçoit des prestations d'assurance emploi, une indemnité complémentaire égale à la différence entre 93 % de son traitement de base et la prestation d'assurance emploi qu'elle reçoit.

Cette indemnité complémentaire se calcule à partir des prestations d'assurance emploi qu'un médecin a droit de recevoir sans tenir compte des montants soustraits de telles prestations en raison des remboursements de prestations, des intérêts, des pénalités et autres montants recouvrables en vertu du régime d'assurance emploi.

Si Développement des ressources humaines Canada reduit le nombre de semaines de prestations d'assurance emploi auquel le médecin aurait eu autrement droit si elle n'avait bénéficié de prestations d'assurance emploi avant son congé de maternité, le médecin continue de recevoir, pour une période équivalant aux semaines soustraites par Développement des ressources humaines Canada, l'indemnité complémentaire prévue au présent sous-alinéa comme si elle avait, durant cette période, bénéficié de prestations d'assurance emploi.

c) pour chacune des semaines qui suivent la période prévue au sous-alinéa b), une indemnité égale à 93 % de son traitement de base et ce, jusqu'à la fin de la vingtième (20e) semaine du congé de maternité.

(1) Le médecin absent accumule du service si son absence est autorisée, notamment pour invalidité, et comporte une prestation ou une rémunération.
(2) 93 % : Ce pourcentage a été fixé pour tenir compte du fait que le médecin bénéficie en pareille situation d'une exonération des cotisations aux régimes de retraite et d'assurance emploi, laquelle équivaut en moyenne à 7 % de son traitement.
(3) On entend par « traitement de base », le traitement versé au médecin pour une période régulière d'activités professionnelles.

1.12 Lors de la reprise du congé de maternité suspendu en vertu du paragraphe 1.09, la Régie verse au médecin l'indemnité à laquelle elle aurait alors eu droit si elle ne s'était pas prévalue d'une telle suspension.

1.13 La Régie ne peut compenser, par l'indemnité qu'elle verse au médecin en congé de maternité, la diminution des prestations d'assurance emploi attribuable au traitement gagné auprès d'un autre établissement.

Malgré les dispositions de l'alinéa précédent, la Régie effectue cette compensation si le médecin démontre que le traitement gagné est un traitement habituel. Si le médecin démontre qu'une partie seulement de ce traitement est habituelle, la compensation est limitée à cette partie.

Le total des montants reçus par le médecin durant son congé de maternité, en prestations d'assurance emploi, indemnité et traitement ne peut cependant excéder 93 % du traitement de base versé par la Régie.

Cas non admissibles à l'assurance emploi

1.14 Le médecin exclu du bénéfice des prestations d'assurance emploi ou déclaré inadmissible est également exclu du bénéfice de toute indemnité, sous réserve des dispositions prévues aux deux (2) alinéas qui suivent.

Le médecin plein temps qui a accumulé vingt (20) semaines de service a également droit à une indemnité égale à 93 % de son traitement de base et ce, durant dix (10) semaines, si elle ne reçoit pas de prestations d'assurance emploi parce qu'elle n'a pas occupé un emploi assurable pendant au moins vingt (20) semaines au cours de sa période de référence prévue par le régime d'assurance emploi.

Le médecin à demi-temps qui a accumulé vingt (20) semaines de service a droit à une indemnité égale à 95 % de son traitement de base et ce, durant dix (10) semaines, si elle ne reçoit pas de prestations d'assurance emploi pour l'un ou l'autre des deux motifs suivants :

i) elle n'a pas contribué au régime d'assurance emploi; ou

ii) elle a contribué mais n'a pas occupé un emploi assurable pendant au moins vingt (20) semaines au cours de sa période de référence.

Si le médecin à demi-temps est exonéré des cotisations aux régimes de retraite et d'assurance emploi, le pourcentage d'indemnité est fixé à 93 %.

1.15 Dans les cas prévus par les paragraphes 1.11 et 1.14 :

a) Aucune indemnité ne peut être versée durant la période de vacances au cours de laquelle le médecin est rémunéré.

b) Le traitement de base du médecin à demi-temps est le traitement de base moyen des vingt (20) dernières semaines précédant son congé de maternité. Si, pendant cette période, le médecin a reçu des prestations établies à un certain pourcentage de son traitement régulier, il est entendu qu'aux fins du calcul de son traitement de base durant son congé de maternité, on réfère au traitement de base à partir duquel telles prestations ont été établies.

Si la période des vingt (20) dernières semaines précédant le congé de maternité du médecin à demi-temps comprend la date de majoration des taux et échelles de salaire, le calcul du traitement de base est fait à partir du taux de salaire en vigueur à cette date. Si, par ailleurs, le congé de maternité comprend la date de majoration des taux et échelles de salaire, le traitement de base évolue à cette date selon la formule de redressement de l'échelle qui lui est applicable.

Les dispositions du présent sous-alinéa constituent une des stipulations expresses visées par le paragraphe 1.05.

AVIS **:** *Expédier à la Régie dans les meilleurs délais, la demande de paiement dûment signée dès le début du congé de maternité ainsi que le talon du premier chèque d'assurance emploi.*

1.16 L'allocation de congé de maternité(1) versée par le gouvernement du Québec est soustraite des indemnités à verser selon le paragraphe 1.11.

Dans le cas où les dispositions du troisième (3e) sous-paragraphe du sous-alinéa b) du paragraphe 1.11 s'appliquent, cette soustraction se fait en tenant compte des modalités de partage du montant à soustraire qui y sont énoncées.

(1) Il s'agit de l'allocation actuellement établie à 360,00 $.

1.17 Durant ce congé de maternité et les prolongations prévues au paragraphe 1.18 de la présente section, le médecin bénéficie, en autant qu'elle y ait normalement droit, des avantages suivants :

assurances, à condition qu'elle verse sa quote-part;

accumulation de vacances;

accumulation de l'expérience;

accumulation des années de service.

Le médecin peut reporter au maximum quatre (4) semaines de vacances annuelles si celles-ci se situent à l'intérieur du congé de maternité et si, au plus tard deux (2) semaines avant l'expiration dudit congé, elle avise par écrit l'établissement de la date du report.

1.18 Si la naissance a lieu après la date prévue, le médecin a droit à une prolongation de son congé de maternité égale à la période de retard, sauf si elle dispose déjà d'une période d'au moins deux (2) semaines de congé de maternité après la naissance.

Le médecin peut en outre bénéficier d'une prolongation du congé de maternité de six (6) semaines si l'état de santé de son enfant l'exige.

Durant ces prolongations, le médecin ne reçoit ni indemnité, ni traitement.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **27**.*

1.19 Le congé de maternité peut être d'une durée moindre que vingt (20) semaines. Si le médecin reprend ses activités professionnelles dans les deux (2) semaines suivant la naissance, elle produit, sur demande de l'établissement, un certificat médical attestant de son rétablissement suffisant pour reprendre ses activités professionnelles.

1.20 L'établissement doit faire parvenir au médecin, au cours de la quatrième (4e) semaine précédant l'expiration du congé de maternité, un avis indiquant la date prévue de l'expiration dudit congé.

Le médecin à qui l'établissement a fait parvenir l'avis ci-dessus doit reprendre ses activités professionnelles à l'expiration de son congé de maternité, à moins de prolonger celui-ci de la manière prévue au paragraphe 1.36.

Le médecin qui ne se conforme pas à l'alinéa précédent est réputé en congé sans traitement pour une période n'excédant pas quatre (4) semaines. Au terme de cette période, le médecin qui ne reprend pas ses activités professionnelles est présumé avoir démissionné.

1.21 Au retour du congé de maternité, le médecin reprend ses activités professionnelles.

1.22 Le médecin a droit à un congé spécial dans les cas suivants :

a) lorsqu'une complication de grossesse ou un danger d'interruption de grossesse exige un arrêt de travail pour une période dont la durée est prescrite par un certificat médical; ce congé spécial ne peut toutefois se prolonger au-delà du début de la huitième (8e) semaine précédant la date prévue d'accouchement;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **10** et joindre le certificat médical.*

b) sur présentation d'un certificat médical qui en prescrit la durée, lorsque survient une interruption de grossesse naturelle ou provoquée avant le début de la vingtième (20e) semaine précédant la date prévue d'accouchement;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **10** et joindre le certificat médical.*

c) pour les visites reliées à la grossesse effectuées chez un professionnel de la santé et attestées par un certificat médical.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **21** et joindre le certificat médical.*
Indiquer la date prévue de l'accouchement lors de la première visite.

1.23 Dans le cas des visites visées à l'alinéa c) du paragraphe 1.22, le médecin bénéficie d'un congé spécial avec traitement jusqu'à concurrence d'un maximum de quatre (4) jours. Ces congés spéciaux peuvent être pris par demi-journée.

Durant les congés spéciaux octroyés en vertu de la présente section, le médecin bénéficie des avantages prévus par le paragraphe 1.17, en autant qu'elle y ait normalement droit. Le médecin visé aux sous-alinéas a), b) et c) du paragraphe 1.22 peut également se prévaloir des bénéfices du régime d'assurance salaire. Cependant, dans le cas du sous-alinéa c), le médecin doit d'abord avoir épuisé les quatre (4) jours prévus ci-dessus.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **10** et joindre le certificat médical.*

AVIS **:** *Retrait préventif approuvé par la CNESST :*

*- utiliser le code de congé **22** et faire parvenir à la Régie une copie de l'attestation de la CNESST.*

Congé parental octroyé en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi :

*- utiliser le code de congé **60** et faire parvenir à la Régie une copie de l'avis du ministère de l'Emploi et du Développement social Canada, confirmant la durée et la date de début des prestations parentales.*

Section III : Autres congés parentaux

Congé de paternité

1.24 Le médecin dont la conjointe accouche a droit à un congé avec traitement d'une durée maximale de cinq (5) jours ouvrables. Ce congé peut être discontinu et doit se situer entre le début du processus d'accouchement et le quinzième (15e) jour suivant le retour de la mère ou de l'enfant à la maison.

Un des cinq (5) jours peut être utilisé pour le baptême ou l'enregistrement.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **23**.*

Congés pour adoption et congé sans traitement en vue d'une adoption

1.25 Le médecin qui adopte légalement un enfant autre qu'un enfant de son conjoint ou de sa conjointe a droit à un congé d'une durée maximale de dix (10) semaines consécutives pourvu que son conjoint ou sa conjointe n'en bénéficie pas également. Ce congé doit se situer après l'ordonnance de placement de l'enfant, conformément au régime d'adoption ou à un autre moment convenu avec l'établissement.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **25** et joindre les pièces justificatives.*

1.26 Le médecin qui adopte légalement un enfant et qui ne bénéficie pas du congé pour adoption de dix (10) semaines a droit à un congé d'une durée maximale de cinq (5) jours ouvrables dont seuls les deux (2) premiers sont avec traitement.

Ce congé peut être discontinu et ne peut être pris après l'expiration des quinze (15) jours suivant l'arrivée de l'enfant à la maison.

AVIS **:** *Utiliser les codes de congé **26** (2 premiers jours) et **28** (3 jours suivants).*

Toutefois, s'il s'agit d'un enfant de sa conjointe ou de son conjoint, le médecin n'a droit qu'à un congé sans traitement d'une durée maximale de deux (2) jours ouvrables.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **30**.*

1.27 Pour chaque semaine du congé prévu au paragraphe 1.25, le médecin reçoit une indemnité égale à son traitement de base.

Le traitement de base du médecin à demi-temps est établi selon les dispositions du sous-alinéa b) du paragraphe 1.15.

1.28 Le médecin bénéficie, en vue de l'adoption d'un enfant, d'un congé sans traitement d'une durée maximale de dix (10) semaines à compter de la prise en charge effective de cet enfant sauf s'il s'agit d'un enfant du conjoint ou de la conjointe. S'il en résulte une adoption, le médecin peut convertir ce congé sans traitement en un congé avec traitement s'il ne s'est pas prévalu du congé avec traitement prévu au paragraphe 1.25.

Le médecin qui se déplace hors du Québec en vue d'une adoption, sauf s'il s'agit d'un enfant du conjoint ou de la conjointe, obtient à cette fin, sur demande écrite adressée à l'établissement, si possible deux (2) semaines à l'avance, un congé sans traitement pour le temps nécessaire au déplacement. S'il en résulte une prise en charge effective de l'enfant, la durée maximale de ce congé sans traitement est de dix (10) semaines, conformément à l'alinéa qui précède.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **31**.*

1.29 Le congé pour adoption prévu au paragraphe 1.25 peut prendre effet à la date du début du congé sans traitement en vue d'une adoption, si la durée de ce dernier est de dix (10) semaines et si le médecin en décide ainsi après l'ordonnance de placement.

Durant le congé sans traitement en vue d'une adoption, le médecin bénéficie des mêmes avantages que ceux rattachés aux congés sans traitement et congés partiels sans traitement prévus au présent article.

Lorsque le congé pour adoption prend effet à la date du début du congé sans traitement, le médecin bénéficie exclusivement des avantages prévus pour le congé pour adoption.

Congé sans traitement et congé partiel sans traitement

Le médecin a droit à l'un des congés suivants :

1.30

a) un congé sans traitement d'une durée maximale de deux (2) ans est accordé au médecin en prolongation de son congé de maternité, au médecin en prolongation de son congé de paternité et à l'un ou l'autre en prolongation de son congé pour adoption de dix (10) semaines.

AVIS **:** *Lors d'un congé sans traitement, utiliser le code de congé **29** (Prolongation du congé de maternité), **35** (Prolongation du congé de paternité) ou **36** (Prolongation du congé pour adoption de 10 semaines) et informer la Régie de la période.*

Lors d'un congé partiel sans traitement, informer la Régie de la période et du nombre d'heures consacrées aux activités professionnelles durant ce congé.

Le médecin à temps plein qui ne se prévaut pas de ce congé sans traitement a droit à un congé partiel sans traitement établi sur une période maximale de deux (2) ans.

Pendant la durée de ce congé, le médecin est autorisé, suite à une demande écrite présentée au moins trente (30) jours à l'avance à l'établissement, à se prévaloir une (1) fois d'un des changements suivants :

i) d'un congé sans traitement à un congé partiel sans traitement ou l'inverse, selon le cas;

ii) d'un congé partiel sans traitement à un congé partiel sans traitement différent.

Le médecin à demi-temps a également droit à ce congé partiel sans traitement. Toutefois, il ne peut en aucun cas réduire sa période régulière d'activités professionnelles à moins de dix-sept heures et demie (17½) par semaine.

Le médecin qui ne se prévaut pas de son congé sans traitement ou partiel sans traitement peut, pour la portion du congé dont son conjoint ou sa conjointe ne s'est pas prévalu, bénéficier à son choix d'un congé sans traitement ou partiel sans traitement en suivant les formalités prévues.

AVIS **:** *Selon la situation, utiliser le code de congé de prolongation **29**, **35** ou **36**.*

Lorsque le conjoint ou la conjointe du médecin n'est pas une personne salariée du secteur public, le médecin peut se prévaloir d'un congé prévu ci-dessus au moment qu'elle choisit dans les deux (2) ans qui suivent la naissance ou l'adoption sans toutefois dépasser la date limite fixée à deux (2) ans de la naissance ou de l'adoption.

AVIS **:** *Selon la situation, utiliser le code de congé de prolongation **29**, **35** ou **36** en précisant les renseignements pertinents.*

b) Le médecin qui ne se prévaut pas du congé prévu au paragraphe 1.30 a) peut bénéficier après la naissance ou l'adoption de son enfant, d'un congé sans traitement d'au plus trente-quatre (34) semaines continues qui commence au moment décidé par le médecin et se termine au plus tard un (1) an après que l'enfant lui a été confié. Toutefois, le présent paragraphe ne s'applique pas au médecin qui adopte l'enfant de son conjoint ou de sa conjointe.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **37** en précisant les renseignements pertinents.*

1.31 Au cours du congé sans traitement prévu au paragraphe 1.30, le médecin conserve son expérience et peut continuer à participer aux régimes d'assurance qui lui sont applicables, en en faisant la demande au début du congé et en versant la totalité des primes.

Malgré les alinéas précédents, le médecin accumule son expérience, aux fins de la détermination de son traitement, jusqu'à concurrence des trente-quatre (34) premières semaines d'un congé sans traitement ou partiel sans traitement.

1.32 Le médecin peut prendre sa période de vacances annuelles reportées immédiatement avant son congé sans traitement ou partiel sans traitement pourvu qu'il n'y ait pas de discontinuité avec son congé de paternité, son congé de maternité ou son congé pour adoption, selon le cas.

Aux fins du présent paragraphe, les congés fériés ou mobiles accumulés avant le début du congé de maternité, de paternité ou pour adoption sont assimilés aux vacances annuelles reportées.

1.33 À l'expiration de ce congé sans traitement ou partiel sans traitement, le médecin peut reprendre ses activités professionnelles.

1.34 Sur présentation d'une pièce justificative, un congé sans traitement ou un congé partiel sans traitement d'une durée maximale d'un (1) an est accordé au médecin dont l'enfant mineur a des problèmes socio-affectifs ou est handicapé ou a une maladie prolongée et dont l'état nécessite la présence du médecin concerné. Les modalités relatives à ces congés sont celles prévues aux paragraphes 1.31, 1.36 et 1.38.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **38** et joindre les pièces justificatives.*

1.35 Sous réserve des autres dispositions de l'entente, le médecin peut, après en avoir avisé l'établissement le plus tôt possible, s'absenter de son travail jusqu'à concurrence de six (6) jours sans traitement par année lorsque sa présence est expressément requise auprès de son enfant mineur pour des raisons de santé, de sécurité ou d'éducation.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **39**.*

Dispositions diverses

AVIS **:** *Retrait préventif approuvé par la CNESST :*

*- utiliser le code de congé **22** et faire parvenir à la Régie une copie de l'attestation de la CNESST.*

Congé parental octroyé en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi :

*- utiliser le code de congé **60** et faire parvenir à la Régie une copie de l'avis du ministère de l'Emploi et du Développement social Canada, confirmant la durée et la date de début des prestations parentales.*

1.36 Les congés visés au paragraphe 1.25, au premier alinéa du paragraphe 1.28, au paragraphe 1.30 et au paragraphe 1.34 (congé sans traitement) sont accordés à la suite d'une demande écrite présentée au moins deux (2) semaines à l'avance.

Le congé partiel sans traitement est accordé à la suite d'une demande écrite présentée au moins trente (30) jours à l'avance.

Dans le cas du congé sans traitement ou partiel sans traitement, la demande doit préciser la date du retour.

La demande doit également préciser l'aménagement du congé.

Le médecin et l'établissement peuvent s'entendre en tout temps pour réaménager le congé sans traitement à temps partiel.

1.37 L'établissement doit faire parvenir au médecin, au cours de la quatrième (4e) semaine précédant l'expiration du congé pour adoption de dix (10) semaines, un avis indiquant la date prévue de l'expiration dudit congé.

Le médecin à qui l'établissement a fait parvenir l'avis ci-dessus doit reprendre ses activités professionnelles à l'expiration de son congé pour adoption, à moins que celui-ci ne soit prolongé de la manière prévue par le paragraphe 1.36.

Le médecin qui ne se conforme pas à l'alinéa précédent est réputé en congé sans traitement pour une période n'excédant pas quatre (4) semaines. Au terme de cette période, le médecin qui ne reprend pas ses activités professionnelles est présumé avoir démissionné.

1.38 Le médecin à qui l'établissement a fait parvenir quatre (4) semaines à l'avance un avis indiquant la date d'expiration du congé sans traitement doit donner un préavis de son retour au moins deux (2) semaines avant l'expiration dudit congé. À défaut de quoi il est considéré comme ayant démissionné.

Le médecin qui veut mettre fin à son congé sans traitement ou partiel sans traitement avant la date prévue doit donner un préavis écrit de son intention au moins vingt et un (21) jours avant son retour. Dans le cas d'un congé sans traitement excédant trente-quatre (34) semaines, tel préavis est d'au moins trente (30) jours.

1.39 Le médecin qui prend le congé pour adoption prévu au paragraphe 1.25 de la présente section bénéficie des avantages prévus au paragraphe 1.17, en autant qu'il y ait normalement droit, et au paragraphe 1.21 de la section II.

1.40 Sous réserve des modifications apportées par le présent article, les avantages supérieurs prévus à cet article dans la dernière entente sont reconduits pour la durée de la présente entente.

Toutefois, l'alinéa qui précède ne s'applique pas dans le cas des paragraphes 1.11 et 1.13.

1.41 Le médecin qui bénéficie d'une prime d'éloignement ou d'isolement en vertu de la présente entente reçoit cette prime durant son congé de maternité prévu à la section II.

Malgré ce qui précède, le total des montants reçus par le médecin, en prestations d'assurance emploi, indemnité et primes, ne peut excéder 95 % de la somme constituée par son traitement de base et la prime d'éloignement ou d'isolement.

Le médecin qui bénéficie du congé pour adoption prévu au paragraphe 1.25 a droit à 100 % de la prime d'éloignement ou d'isolement durant son congé pour adoption.

2.00 CONGÉ ANNUEL

2.01 La période de service donnant droit aux vacances annuelles s'établit du 1er mai d'une année au 30 avril de l'année subséquente.

2.02 Sous réserve du paragraphe 4.13, le médecin a droit, à compter du 1er mai de chaque année, à des vacances annuelles dont la durée est déterminée sur la base du service accumulé selon le tableau suivant :

Service ou service continu au 1er mai	**Accumulation de jours de vacances du 1er mai au 30 avril (jours ouvrables)**
moins de 1 an	1 2/3 jour par mois de service ou de service continu
1 an et moins de 17 ans	20 jours
17 et 18 ans	21 jours
19 et 20 ans	22 jours
21 et 22 ans	23 jours
23 et 24 ans	24 jours
25 ans et plus	25 jours

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***02****.*

Voir la Partie 7 *de la section 1.1.2 sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement *de la* Brochure no 2.

2.03 La période de vacances est fixée de l'accord conjoint du médecin et de son chef de département ou du médecin qui remplace ce dernier.

2.04 Toute période d'invalidité continue de plus de douze (12) mois interrompt l'accumulation des jours de vacances et ce, indépendamment de la période de référence prévue au paragraphe 2.01.

3.00 CONGÉS FÉRIÉS

3.01 Le médecin a droit à treize (13) jours de congés fériés, par année, sans perte de rémunération.

Sous réserve du paragraphe 3.02, les congés fériés sont les suivants : le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi saint, le lundi de Pâques, la Journée nationale des Patriotes, la fête Nationale, le jour du Canada, la fête du Travail, la fête de l'Action de grâces, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du jour de l'An.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***40.***

Voir la Partie 7 *de la section 1.1.2 sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement *de la* Brochure no 2.

En plus des congés fériés prévus au présent paragraphe, tout médecin oeuvrant en milieu psychiatrique a droit à cinq (5) jours additionnels de congé sans perte de rémunération.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **41**.*

3.02 Les congés fériés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement à moins d'accord à ce contraire entre le médecin et son chef de département.

Toute modification aux dates de congés fériés ne peut, même si les périodes de référence ne sont pas les mêmes pour le personnel professionnel et pour le médecin spécialiste, donner à ce dernier le droit à plus de treize (13) congés fériés par période de référence.

3.03 Lorsqu'un ou plusieurs jours fériés coïncident avec une période pendant laquelle le médecin ne reçoit pas de traitement régulier, ce ou ces jours fériés ne sont pas rémunérés.

4.00 CONGÉS SPÉCIAUX

4.01 Le médecin a droit à :

a) cinq (5) jours de calendrier de congé à l'occasion du décès de son conjoint ou d'un enfant à charge au sens du paragraphe 6.02 b) de la présente annexe;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **50**.*

b) trois (3) jours de calendrier de congé à l'occasion du décès des membres suivants de sa famille : père, mère, frère, soeur, enfant (à l'exception de ceux prévus à l'alinéa précédent), beau-père, belle-mère, bru et gendre;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **51**.*

c) un (1) jour de calendrier de congé à l'occasion du décès de sa belle-soeur, de son beau-frère et de ses grands-parents.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **05**.*

Lors de décès mentionnés aux alinéas précédents, le médecin a droit à une journée additionnelle pour fins de transport si le lieu des funérailles se situe à deux cent quarante kilomètres (240 km) ou plus du lieu de résidence.

4.02 Les congés mentionnés au paragraphe 4.01 a) se prennent à compter de la date du décès. Ceux prévus au paragraphe b) se prennent de façon continue entre la date du décès et celle des funérailles inclusivement. Le congé prévu au paragraphe 4.01 c) se prend le jour des funérailles.

4.03 Le médecin ne subit aucune perte de rémunération lors de ces congés spéciaux. Cependant seuls les jours pendant lesquels le médecin devait travailler pendant cette période sont payés en vertu de la présente section.

4.04 Dans tous les cas, le médecin prévient son chef de département ou le médecin qui le remplace et produit, à la demande de l'établissement, la preuve ou l'attestation de l'événement.

4.05 Le médecin candidat à l'exercice d'une fonction de député, de maire, d'échevin ou de commissaire d'école, a droit à un congé sans rémunération de trente (30) jours précédant la date de l'élection. S'il est élu audit poste, il a droit à un congé sans rémunération pour la durée de son mandat, s'il s'agit d'un mandat exigeant une pleine disponibilité de sa part.

Au terme de son mandat, le médecin doit aviser l'établissement au moins trente (30) jours à l'avance de son désir de reprendre l'exercice de ses fonctions.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **54**.*

4.06 Le médecin appelé à agir comme juré ou témoin dans une cause où il n'est pas une des parties intéressées, reçoit, pendant la période où il est appelé à agir comme juré ou témoin, la différence entre sa rémunération normale et l'indemnité versée à ce titre par la cour. Toutefois, il ne reçoit aucune rémunération s'il agit comme témoin-expert autrement que dans l'exercice de ses fonctions auprès de l'établissement.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **08** et, le cas échéant, inscrire dans la case appropriée le montant de l'indemnité reçue.*

Joindre les pièces justificatives et les documents complémentaires pertinents.

4.07 Le médecin a droit, sur demande signifiée à l'établissement au moins un (1) mois à l'avance, à deux (2) semaines de congé sans rémunération, lors de son mariage.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **55**.*

4.08 Un médecin oeuvrant à salaire dans un établissement du réseau des Affaires sociales peut, une fois par année, avec l'accord de son chef de département ou du médecin qui remplace ce dernier, obtenir un congé sans solde déterminé selon les modalités suivantes :

ANNÉES DE SERVICE	PÉRIODE
Moins de 2 ans	1 semaine
2 ans et plus mais moins de 5 ans de service	2 semaines
5 ans et plus mais moins de 10 ans de service	3 semaines
10 années de service et plus	4 semaines

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **56**.*

4.09 L'attribution d'un congé au sens du paragraphe 4.08 requiert, au préalable, qu'il y ait dans l'établissement visé, maintien d'une dispensation adéquate des soins médicaux et implique, pour les médecins qui demeurent en fonction, l'obligation d'assurer le fonctionnement normal de l'établissement.

4.10 Après cinq (5) ans de service, le médecin a droit, après entente avec le chef du département, ou le médecin qui remplace ce dernier, et une fois par période d'au moins cinq (5) ans, à un congé sans traitement d'une durée minimale de vingt-six (26) semaines et maximale de cinquante-deux (52) semaines. Ce congé inclut le congé prévu au paragraphe 4.08.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **57**.*

4.11 Le médecin obligé de suivre un cours de formation requis par la Corporation professionnelle des médecins du Québec ou le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de son établissement peut prendre un congé sans traitement à cette fin.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **58**.*

4.12 Le médecin, après entente avec l'établissement, peut prendre un congé sans traitement dont la durée est à déterminer par les parties.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **20**.*

4.13 Les modalités suivantes s'appliquent à tout congé sans traitement prévu dans la présente annexe dont la durée excède quatre (4) semaines :

a) Vacances et congés fériés :

L'accumulation de vacances et le paiement des congés fériés sont interrompus pendant toute la durée du congé sans traitement mais non l'accumulation du service.

b) Régime de retraite :

Le médecin, durant son congé, ne contribue pas au régime de retraite, mais il peut, dans certains cas, racheter certains congés sans rémunération selon les modalités prévues à la Loi sur le régime de retraite des employés du Gouvernement et des organismes publics (RREGOP); toutefois, il ne peut retirer ses contributions avant son départ définitif.

4.14 Au retour de son congé sans traitement, le médecin reprend ses activités professionnelles.

5.00 PERFECTIONNEMENT

5.01 Le médecin a droit à un congé de dix (10) jours de calendrier par année, afin de perfectionner sa formation professionnelle.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***09***.

5.02 Le médecin doit, pour telle absence, obtenir au préalable la permission écrite de son chef de département ou du médecin qui le remplace et fournir à son retour la justification de son absence.

5.03 Le médecin ne subit aucune perte de rémunération lors de ces congés de perfectionnement.

5.04 Si, dans le cadre de l'article 5.01, le médecin participe à un congrès à titre de représentant de l'établissement et à la demande expresse de l'établissement, il a droit au remboursement des frais afférents à sa participation selon les normes en vigueur dans le secteur des Affaires sociales.

6.00 DISPOSITIONS GÉNÉRALES SUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE

6.01 Le médecin bénéficie, en cas de décès, maladie ou accident, des avantages prévus aux sections suivantes, à compter de la date indiquée ci-après :

a) Médecin à plein temps (35 heures/semaine) après un (1) mois de service continu;

AVIS **:** *Un mois de service continu et une facturation équivalant à 4 semaines, selon le contrat*.

b) Médecin à demi-temps (171/2 heures/semaine) après trois (3) mois de service continu.

AVIS **:** *Trois mois de service continu et une facturation équivalant à 13 semaines, selon le contrat*.

6.02 Aux fins des présentes, on entend par personne à charge, le conjoint ou l'enfant à charge d'un médecin tel que défini ci-après de même que le terme « traitement » doit être utilisé suivant la définition qui suit :

a) **Conjoint:** personne admissible qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

i) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ;

ii) vit maritalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union ;

iii) vit maritalement avec l'adhérent et a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, toutefois, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

i) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la présente police ;

ii) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage.

b) **Enfant à charge :** personne admissible qui réside au Canada et qui :

i) a moins de 18 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité ;

ii) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure ;

iii) est majeure, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en i) ou ii), dans la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si celle-ci était mineure.

c) **Traitement annuel :** le taux de rémunération annuelle de base du médecin en période normale d'activités professionnelles augmenté de la rémunération additionnelle reçue au cours des douze derniers mois en période supplémentaire d'activités professionnelles, mais excluant la rémunération pour garde sur place, les bonis, les primes et toute rémunération à l'acte.

d) **Date de la retraite :** la date à laquelle la pension devient payable à un médecin spécialiste en vertu du régime de retraite prévu à l'article 9.01.

6.03 Par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une complication grave d'une grossesse, nécessitant des soins médicaux et qui rend le médecin totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de ses fonctions ou de fonctions analogues et comportant une rémunération similaire.

6.04 Une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de quinze (15) jours d'activités professionnelles à moins que le médecin n'établisse à la satisfaction de l'établissement ou de son mandataire qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

AVIS **:** *Toute nouvelle période d'invalidité est considérée comme une seule période si elle est séparée par moins de 15 jours d'activités professionnelles (trois semaines de calendrier), à moins que le médecin avise la Régie que cette nouvelle période d'invalidité est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.*

6.05 Une période d'invalidité n'est pas reconnue comme une période d'invalidité aux fins des présentes, si elle résulte:

a) de la participation à un voyage aérien par l'exercice de toute fonction s'y rattachant notamment en tant que membre de l'équipage de l'appareil;

b) d'une guerre déclarée ou non ou de service dans les Forces armées;

c) de participation active à une émeute, une insurrection ou à des actes criminels;

d) d'alcoolisme ou autre toxicomanie.

Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle le médecin est sous traitement dans un centre hospitalier ou établissement pour alcooliques ou toxicomanes est reconnue comme une période d'invalidité; de même est reconnue comme une période d'invalidité, une cure ouverte résultant d'une ordonnance médicale et d'une durée maximale totale de 3 semaines au cours d'une période de 12 mois consécutifs.

Alcoolisme et toxicomanie désignent l'intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents, ou encore l'habitude qui fait qu'une personne ne peut plus se dispenser d'alcool ou de la drogue sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non pas le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues de temps à autre.

6.06 En contrepartie de la contribution de la Régie aux prestations d'assurance prévues ci-après, la totalité du rabais consenti par Développement des ressources humaines Canada dans le cas d'un régime enregistré est acquise à la Régie.

6.07 Les parties conviennent de former avec diligence un comité paritaire de quatre (4) personnes dont deux (2) représentants sont désignés par la Fédération des médecins spécialistes du Québec et deux (2) représentants par la Ministre. Ce comité se met à l'oeuvre dès sa formation et est responsable de l'implantation et de l'application des régimes complémentaires d'assurance prévus aux présentes.

6.08 Les représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et ceux de la Ministre disposent chacun d'un vote. En cas d'égalité des votes, la mésentente est entendue par un arbitre seul désigné par les parties parmi la liste prévue à l'article 1 de la Lettre d'entente n° 8 apparaissant à l'Annexe 11 du présent Accord-cadre.

6.09 L'arbitre prévu au paragraphe précédent procède par voie sommaire.

L'audition de la mésentente soumise à cette procédure devrait se limiter à une journée.

L'arbitre doit entendre le litige au fond avant de rendre une décision sur une objection préliminaire, à moins qu'il ne puisse disposer de cette objection sur le champ; il doit ultérieurement sur demande de l'une ou l'autre des parties, motiver sa décision par écrit. Aucun document ne peut être déposé après la fin de l'audition, sauf la jurisprudence et ceci, dans un délai maximum de cinq (5) jours.

L'arbitre doit tenir l'audition dans les quinze (15) jours de la date où il a accepté d'agir et doit rendre sa décision par écrit dans les quinze (15) jours suivant l'audition.

La décision de l'arbitre constitue un cas d'espèce.

La décision de l'arbitre est finale et elle lie les parties.

6.10 La Ministre et la Régie participent à la mise en place et à l'application des régimes complémentaires d'assurance ci-après, notamment en effectuant la retenue des cotisations requises.

6.11 Deux (2) ou plusieurs comités paritaires peuvent choisir de se regrouper et d'opérer comme un seul comité paritaire. En ce cas, les médecins et autres personnes couverts par ces comités constituent un seul groupe pour fins d'assurance. Un comité paritaire qui a choisi de se regrouper ne peut se retirer du groupe qu'à un anniversaire du contrat d'assurance subordonnément à un préavis écrit de quatre-vingt-dix (90) jours aux autres comités paritaires. En cas de désaccord entre les parties sur le fait de se regrouper, le statu quo est maintenu.

6.12 Le comité doit déterminer les dispositions des régimes complémentaires d'assurance, préparer un cahier des charges et obtenir un ou des contrats d'assurance groupe couvrant l'ensemble des participants aux régimes. À cette fin, le comité peut procéder par appel d'offres ou selon toute autre méthode qu'il détermine; à défaut d'unanimité à cette fin au sein du comité, il y a appel d'offres à toutes les compagnies d'assurance ayant leur siège social au Québec.

6.13 Le comité doit procéder à une analyse comparative des soumissions reçues, le cas échéant, et après avoir arrêté son choix, transmettre à chacune des parties tant le rapport de l'analyse que l'exposé des motifs qui militent en faveur de son choix. L'assureur choisi peut être un assureur seul ou un groupe d'assureurs agissant comme un assureur seul.

Le cahier des charges doit stipuler que le comité peut obtenir de l'assureur un état détaillé des opérations effectuées en vertu du contrat, diverses compilations statistiques et tous les renseignements nécessaires à la vérification du calcul de la rétention.

Le comité doit aussi pouvoir obtenir de l'assureur, moyennant des frais raisonnables qui s'ajoutent à ceux prévus par la formule de rétention, tout état ou compilation statistique additionnel utile et pertinent que peut lui demander une partie. Le comité fournit à chaque partie une copie des renseignements ainsi obtenus.

6.14 De plus, advenant qu'un assureur choisi par le comité modifie en tout temps les bases de calcul de sa rétention, le comité peut décider de procéder à un nouveau choix; si l'assureur cesse de se conformer au cahier des charges ou encore modifie substantiellement son tarif ou les bases de calcul de sa rétention, le comité est tenu de procéder à un nouveau choix. Une modification est substantielle si elle modifie la position relative de l'assureur choisi par rapport aux soumissions fournies par les autres assureurs.

6.15 Tout contrat doit être émis conjointement au nom des parties et comporter entre autres les stipulations suivantes:

a) Une garantie que ni les facteurs de la formule de rétention, ni le tarif selon lesquels les primes sont calculées, peuvent être majorés avant le 1er janvier qui suit la fin de la première année complète d'assurance, ni plus fréquemment qu'à tous les douze (12) mois par la suite;

b) L'excédent des primes sur les indemnités ou remboursement payés aux assureurs doit être remboursé par l'assureur à titre de dividendes ou de ristournes, après déduction des montants convenus suivant la formule de rétention préétablie pour contingence, administration, réserves, taxes et profit;

c) La prime pour une période est établie selon le tarif qui est applicable au participant au premier jour de la période;

d) Aucune prime n'est payable pour une période au premier jour de laquelle le médecin n'est pas un participant; de même, la pleine prime est payable pour une période au cours de laquelle le médecin cesse d'être un participant.

6.16 Le comité paritaire confie à la Ministre l'exécution des travaux requis pour la mise en marche et l'application des régimes complémentaires d'assurance; ces travaux sont effectués selon la directive du comité. La Ministre a droit au remboursement des coûts encourus comme prévu ci-après.

6.17 Les dividendes ou ristournes payables résultant de l'expérience favorable des régimes complémentaires constituent des fonds confiés à la gestion du comité. Les honoraires, frais ou déboursés encourus pour la mise en marche et l'application des régimes complémentaires constituent une première charge sur ces fonds étant précisé que les frais remboursables ne comprennent pas les frais normaux d'opération de l'établissement. Dès que le solde des fonds des régimes atteint ou dépasse une période de cotisation, les participants à ces régimes se voient accorder un congé de prime pour une période.

6.18 Les membres du comité paritaire n'ont droit à aucun remboursement de dépenses ni à aucune rémunération pour leurs services à ce titre, mais ils ont droit, s'ils sont médecins à salaire dans un établissement, à leur rémunération normale.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***70***.

6.19 Les prestations d'invalidité sont indexées annuellement selon les mêmes modalités que les rentes payables présentement en vertu du régime de rentes du Québec.

La prestation d'invalidité après la retraite, telle que prévue à l'article 8.04, est basée sur le traitement que recevait le médecin spécialiste au moment où il est devenu invalide, indexé jusqu'à la date de la retraite de la même façon que les prestations d'invalidité.

6.20 Le médecin bénéficie, après les trois (3) premières semaines d'invalidité et pendant la continuation de ladite invalidité de l'exonération des cotisations aux présents régimes complémentaires d'assurance et au régime de retraite auquel il participe sans perte de droit et ce, jusqu'à la date de la retraite.

6.21 Lorsque le médecin cesse ses activités professionnelles par suite d'un congé sans rémunération, les présents régimes d'assurance demeurent en vigueur pourvu que la totalité du coût soit versée par le médecin mensuellement à l'avance.

Si l'assurance d'un médecin qui bénéficie d'un congé sans rémunération demeure en vigueur, le montant d'assurance vie, le montant de la rente en cas d'invalidité et le coût de ces assurances sont établis sur le traitement annuel du médecin au moment de son départ. Aucune prestation d'assurance salaire n'est versée avant la date prévue de la terminaison du congé sans rémunération.

6.22 Le coût du régime uniforme d'assurance vie et d'assurance salaire de base est à la charge de la Régie. En outre, la Régie contribue jusqu'à un maximum de 3 % du traitement du médecin pour les régimes d'assurance complémentaires obligatoires. Le solde du coût est à la charge du médecin.

6.23 Les avantages prévus aux régimes complémentaires obligatoires et optionnels d'assurances de la présente annexe sont applicables à la condition que le Comité paritaire puisse choisir un assureur acceptant d'offrir ces avantages à des conditions jugées raisonnables par le Comité. Dans le cas contraire, les avantages de ces régimes complémentaires sont ceux convenus entre le Comité paritaire et l'assureur choisi.

7.00 DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE SUR LA VIE

7.01 Régime uniforme d'assurance vie

Le médecin à temps plein bénéficie d'un montant de 6 400 $ d'assurance vie après un mois de service continu.

Le médecin à demi-temps bénéficie d'un montant de 3 200 $ d'assurance vie après trois (3) mois de service continu.

Un médecin ne peut toutefois en aucun cas bénéficier d'une assurance vie de plus de 6 400$.

7.02 Régime complémentaire obligatoire

a) Le médecin bénéficie également, à titre de régime complémentaire obligatoire d'assurance sur la vie, d'une prestation, constituant un capital assuré payable au décès, égale à deux fois son traitement annuel lors de son décès.

b) Le médecin jouit du privilège de conversion pendant les trente et un (31) jours qui suivent la terminaison de ses fonctions pour toute cause autre que l'invalidité, aucune preuve d'assurabilité n'étant requise à ce moment. Le capital assuré en vertu de ce privilège ne peut excéder une somme égale à deux fois le traitement du médecin sujet aux conditions exigées par l'assureur et au maximum accordé par l'assureur, cette conversion peut être effectuée en assurance permanente ou temporaire à soixante-cinq (65) ans;

c) L'assurance d'un médecin sous le présent régime complémentaire se termine à la première des dates suivantes:

i) Trente et un (31) jours suivant la terminaison de ses fonctions sauf pour invalidité tel que prévu à l'article 6.20;
ii) La date de la retraite.

7.03 Régime complémentaire optionnel

a) Sous réserve des exigences des assureurs, le médecin peut obtenir à ses frais un montant supplémentaire d'assurance, de façon facultative, lequel s'ajoute à l'assurance obligatoire précédemment décrite, de la façon suivante :

Pour le médecin : une ou deux fois son traitement annuel;

Pour la famille :

le conjoint : un montant d'assurance vie variant entre une (1) et cinq (5) tranches de 10 000$ jusqu'à concurrence de 50 000 $;
chaque enfant à charge : un montant d'assurance vie de 5 000 $.

AVIS **:** *Aviser la Régie en retournant le formulaire prescrit par l'assureur.*

b) L'assurance vie supplémentaire du médecin se termine à la première des dates suivantes;

i) La date de terminaison de ses fonctions;
ii) La date de la retraite.

L'assurance pour la famille se termine à la date de terminaison de l'assurance vie supplémentaire du médecin. Le médecin pourra toutefois convertir son assurance et celle de sa famille en assurance permanente aux conditions de l'assureur.

7.04 Les contrats d'assurance relatifs aux régimes complémentaires obligatoires d'assurance vie doivent contenir entre autres les dispositions suivantes;

a) Aucune exclusion n'est applicable à ces prestations;

b) Si le contrat d'assurance se termine, l'assurance vie d'un médecin spécialiste dont la prime est exonérée est maintenue en vigueur pendant la durée de son invalidité mais non après la date de la retraite;

c) Dans le cas où les fonctions du médecin sont suspendues temporairement par suite d'un congé, d'un retrait de services ou d'une mise à pied, grève ou lock-out l'affectant, l'assurance demeure en vigueur pourvu que la totalité du coût soit versée par le médecin.

8.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ

8.01 Système de congés de maladie

a) L'accumulation de jours de congé-maladie se termine à la mise en vigueur des nouveaux régimes d'assurance en faveur des médecins.

b) Le nombre de jours ainsi accumulés est arrêté au moment de l'implantation des nouveaux régimes et la valeur de ces jours ainsi accumulés est déterminée en fonction du traitement du médecin lors de leur utilisation, de la façon suivante :

i) Pour fins de rachat d'années antérieures, en vertu du régime de retraite ou pour fins de pré-retraite : les soixante premiers jours sont utilisables à 100 % de leur valeur. Les jours excédant les soixante premiers jours sont utilisables à 50 % de leur valeur;

AVIS **:** *La banque de congés de maladie est utilisable au complet en inscrivant :*
- le code de congé ***15*** *pour les 60 premiers jours à leur pleine valeur;*
- le code de congé ***16*** *pour l'excédent de 60 jours.*

ii) Lors de la terminaison des fonctions et lors du décès : les jours sont remboursables selon les modalités déjà reconnues dans ces cas.

8.02 Régime d'assurance salaire de base

a) Sous réserve des présentes dispositions, un médecin spécialiste a droit pour toute période d'invalidité durant laquelle il s'absente de ses fonctions : à une indemnité égale à 100 % de son traitement pendant les trois premières semaines d'invalidité; par la suite, le médecin spécialiste reçoit 80 % de son traitement durant les cent une semaines suivantes; le paiement de cette indemnisation cesse à la date de la retraite. Toutefois aucune indemnité n'est payable pour les deux (2) premiers jours de toute période d'invalidité au-delà de la deuxième au cours d'une même année;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***10****.*

Lorsqu'il y a facturation d'activité, inscrire 1.00 dans la colonne Durée *de la section* Congés.
La Régie calculera l'ajustement approprié.

b) Le montant de la prestation se fractionne, le cas échéant, à raison de 1/5 du montant prévu pour une semaine complète par jour ouvrable d'invalidité au cours de la semaine normale d'activités professionnelles. Aucune prestation n'est payable durant un retrait de services sauf pour une invalidité ayant commencé antérieurement;

c) Le versement des prestations payables est effectué directement par l'établissement, mais sujet à la présentation par le médecin des pièces justificatives raisonnablement exigibles;

d) Quelle que soit la durée de l'absence, qu'elle soit indemnisée ou non et qu'un contrat d'assurance soit souscrit ou non aux fins de garantir le risque, l'établissement, son mandataire ou l'assureur peut vérifier le motif de l'absence et contrôler tant la nature que la durée de l'invalidité;

e) De façon à permettre cette vérification, le médecin doit aviser sans délai l'établissement lorsqu'il ne peut se présenter au travail en raison de maladie et lui soumettre promptement les pièces justificatives requises visées à l'alinéa c);l'établissement ou son mandataire peut exiger une déclaration du médecin traitant sauf dans les cas où, en raison des circonstances, aucun médecin n'a été consulté; il peut également faire examiner le médecin relativement à toute absence, le coût de l'examen n'étant pas à la charge de ce dernier;

AVIS **:** *Toute facturation d'une invalidité de 5 jours et plus doit être accompagnée d'une pièce justificative.*

f) La vérification peut être faite sur base d'échantillonnage de même qu'au besoin lorsque, compte tenu de l'accumulation des absences, l'établissement ou son mandataire le juge à propos. Advenant que le médecin ait fait une fausse déclaration ou que le motif de l'absence soit autre que la maladie, le médecin perd le bénéfice de l'assurance salaire quant à cette réclamation;

g) Si, en raison de ses maladies ou de ses blessures, le médecin n'a pu aviser l'établissement dans les délais ou lui soumettre promptement les preuves requises, il doit le faire dès que possible;

h) S'il y a refus de paiement en raison de l'inexistence ou de la cessation présumée de l'invalidité, le médecin peut en appeler de la décision selon la procédure normale de grief.

8.03 Le régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée prévu ci-après bénéficie au médecin :

a) Lorsqu'un médecin spécialiste devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit, après l'expiration d'une période d'attente de deux ans d'invalidité, à une rente mensuelle payable jusqu'à la date de la retraite tant que dure la période d'invalidité totale;

b) Le montant initial de cette rente est égal à 70 % du traitement mensuel du médecin au début de son invalidité totale, indexé le 1er janvier de chaque année durant les deux années de délai de carence conformément à l'article 6.19.

Cette rente est par la suite indexée annuellement conformément à l'article 6.19.

c) En plus de la rente précitée, l'assureur verse au régime de retraite auquel le médecin participe la cotisation mensuelle qu'il devrait normalement y verser. Toutefois, aucun versement n'est effectué après la date de la retraite.

8.04 À compter de la date normale de la retraite d'un médecin spécialiste invalide, la rente d'invalidité prévue au régime d'assurance salaire de base ou, le cas échéant, au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée, est égale au montant obtenu en multipliant le nombre d'années de service et d'invalidité que le médecin a complétées, par 2 % du traitement du médecin au début de son invalidité, indexé conformément à l'article 6.19. Ce montant ne peut toutefois excéder celui payable immédiatement avant la date de la retraite.

8.05 Le contrat d'assurance relatif au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité doit contenir entre autres les dispositions suivantes :

a) Les réclamations dues à des causes antérieures à la date d'entrée en vigueur du régime ne doivent pas être exclues de ce seul fait;

b) Si un médecin reçoit un revenu parce qu'il vaque à une occupation qui constitue un traitement normal de rééducation, la rente alors payable en vertu du présent régime sera réduite de 50 % du revenu ainsi reçu;

AVIS **:** *Le médecin qui revient au travail après une absence pour invalidité de plus de 104 semaines doit informer la Régie qu'il est en période de rééducation ou non. Si oui, il doit informer la Régie des dates de cette période.*

c) La terminaison de l'assurance, y compris la terminaison par suite de la terminaison du contrat d'assurance, doit se faire sans préjudice quant aux droits d'un médecin alors invalide;

d) Dans le cas où les fonctions du médecin sont suspendues temporairement par suite d'un congé, d'un retrait de services ou d'une mise à pied, grève ou lockout l'affectant, l'assurance demeure en vigueur pourvu que la totalité du coût soit versée par le médecin.

8.06 Les prestations d'invalidité sont réduites de la rente d'invalidité ou de retraite que peut recevoir le médecin spécialiste et qui provient du Régime de rentes du Québec, de la Loi des accidents du travail ou de la Loi sur l'assurance automobile, du régime de retraite et de tout autre régime auquel a contribué la Régie.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **10** pour la facturation d'une période d'invalidité où le médecin reçoit une rente d'invalidité ou de retraite qui provient d'autres organismes gouvernementaux, en indiquant le nom de l'organisme et le montant de la rente reçue.*

8.07 L'assurance d'un médecin se termine à la première des dates suivantes :

i) La date de terminaison de ses fonctions;

ii) la date de la retraite.

8.08 La rente d'invalidité de longue durée payable en vertu du régime complémentaire d'assurance invalidité de longue durée et déterminée selon les articles 8.03 et 8.04, se termine au 65^{e} anniversaire de naissance du médecin spécialiste invalide.

9.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU RÉGIME DE RETRAITE

9.01 Les médecins admissibles aux régimes d'avantages sociaux précédemment décrits participent au régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics selon les conditions qui y sont fixées.

ANNEXE 22.

MODALITÉS DE FACTURATION RELATIVES À LA MÉDECINE DE LABORATOIRE ET AUX MODES DE L'HONORAIRE FORFAITAIRE EST MODIFIÉE COMME SUIT :

1. Les modalités de facturation relatives à la radiologie et la médecine de laboratoire et aux modes de l'honoraire forfaitaire sont révisées au 1er octobre 1987.

À compter du 1er septembre 1987, on utilise le formulaire général prévu pour la médecine, pour la présentation des demandes de paiement relatives aux examens d'ultrasonographie et de scanographie.

2. Les demandes de paiement d'honoraires forfaitaires sont contresignées par la direction de l'établissement qui a conclu le contrat de services, sujet aux dérogations établies par les parties négociantes.

ANNEXE 23.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

En vertu de l'*Accord-cadre* du 1er octobre 1995, les dispositions relatives au déplacement sont regroupées à l'*annexe 23* de l'Entente.

AVIS **:** *Voir la rubrique* Frais de déplacement *de l'onglet* Facturation et rémunération *sur le site Web de la RAMQ*.

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***
Pour facturer les frais de déplacement, utiliser la Facture de frais de déplacement. *Pour les instructions de facturation, voir la section* Facture de frais de déplacement *du* Guide de facturation – Rémunération à l'acte.

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à tarif horaire***
Pour facturer les frais de déplacement, utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de remboursement des frais de déplacement (1988). *Pour les instructions de facturation, voir la section* Frais de déplacement et de séjour *du* Guide de facturation – Honoraires forfaitaires.

AVIS **:** ***Pour le médecin qui rend des services de laboratoire en établissement***
Pour facturer les frais de déplacement, utiliser la Demande de remboursement des frais de déplacement *(1988). Pour les instructions de facturation, voir la section* Frais de déplacement et de séjour *du* Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement (SLE).

Aux fins de l'application de la présente annexe, une installation réfère également, dans le cas de la santé publique et médecine préventive, à un site de mission. De plus, toujours aux fins de l'application de la présente annexe, l'installation de pratique principale du médecin réfère à celle où il tire la majorité de ses gains de pratique, lorsque considérés selon la rémunération de base.

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***
Lorsqu'il s'agit d'un site de mission, utiliser l'élément de contexte **Dans le cadre d'une mission**.

ARTICLE 1.
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***
Indiquer le contexte de votre déplacement.
Utiliser l'élément de contexte **Aller** *ou* **Retour** *qui s'applique à l'ensemble de la facture*.

1.1 Un médecin appelé à rendre des services dans une autre installation que son installation de pratique principale est remboursé par la Régie pour ses frais de déplacement lorsqu'il parcourt plus de 40 km.

L'indemnité est de 0,93 $ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On calcule la distance du point de départ situé au Québec d'où le déplacement est entrepris jusqu'à l'installation où le médecin est appelé à rendre des services.

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***
Pour l'indemnité par kilomètre avec un véhicule personnel, utiliser le code de facturation ***09991***.

1.2 Les frais de séjour du médecin appelé à rendre des services sont remboursés par l'établissement duquel relève l'installation qui fait appel à ses services.

1.3 S'ajoute une indemnité de 115 $ l'heure pour le temps de déplacement s'il s'agit :

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***
Pour le temps de déplacement, utiliser le code de facturation ***09992****.*

a) d'un médecin psychiatre qui est appelé à rendre des services dans une installation mentionnée en annexe ;

AVIS **:** *Voir la* Liste des installations (médecins psychiatres) *à l'annexe 1.1 de l'Annexe 23.*

b) d'un médecin spécialiste qui doit se déplacer pour faire un prélèvement d'organes, en préparation d'une greffe.

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***
Utiliser l'élément de contexte **Déplacement pour prélèvement d'organes**.
Il est possible de facturer uniquement du temps de déplacement, lorsque par exemple le transport est effectué en ambulance ou assuré par Transplant Québec.

c) d'un médecin spécialiste qui se déplace pour dispenser des soins dans une discipline et un établissement visés aux lettres d'entente n^{os} 102 ou 112, à moins que cet établissement ne soit déjà visé par l'article 2.

AVIS **:** *Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui exerce auprès d'un établissement visé par le mécanisme de remplacement et de support a également droit à l'indemnité prévue pour le temps de déplacement,* ***peu importe le territoire où est situé cet établissement****. Voir la Lettre d'entente n^{o} 157.*

AVIS **:** *Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'exercer des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle a droit à l'indemnité prévue pour le temps de déplacement. Voir le* Protocole d'Accord – Activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec.

d) d'un médecin spécialiste qui se déplace à Québec afin d'agir à titre de médecin-escorte lors du transport de patients dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale.

AVIS : ***Pour le médecin rémunéré à tarif horaire seulement***
Le temps de déplacement est remboursable uniquement pour les codes d'activité ***078127*** *ou* ***078128.***

e) d'un médecin spécialiste qui doit dispenser des soins dans le cadre d'un poste réseau.

AVIS **:** *La liste des établissements liés par un poste réseau est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

f) d'un médecin spécialiste en anesthésiologie qui se déplace dans le cadre de l'annexe 45, à l'exception de la mesure prévue aux deuxième et troisième paragraphes de l'article 1.5.

g) d'un médecin spécialiste en chirurgie générale qui se déplace dans le cadre de la lettre d'entente n^{o} 233, à l'exception de la mesure prévue à l'article 1.6.1.

h) d'un médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie qui se déplace dans le cadre de la lettre d'entente n^{o} 234 et n^{o} 262.

ARTICLE 2.
TERRITOIRES DÉSIGNÉS

2.1 Celui qui se rend donner des services dans une installation d'un territoire désigné par le ministre est remboursé comme suit :

a. La Régie lui paie ses frais réels de déplacement (avion, train, taxi ou location de voiture); on lui accorde 0,93 $ par kilomètre (distance unidirectionnelle), pour l'usage de son automobile.

Il présente les pièces justificatives.

L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination.

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***

Pour les frais de transport, utiliser le code de facturation ***09991****. Consulter le tableau* Types de frais de déplacement et informations à fournir *du* Guide de facturation – Rémunération à l'acte *pour connaître les informations à fournir selon le moyen de transport utilisé.*

Pour la facturation de frais de poste de péage avec un véhicule personnel ou loué, utiliser l'élément de contexte **Frais de poste de péage**.

Pour la recharge de la batterie d'un véhicule électrique avec :

- *un véhicule personnel, le coût est inclus dans l'indemnité par kilomètre;*
- *un véhicule loué, utiliser le type de frais* **Frais d'essence**.

Lors d'un déplacement en covoiturage, le covoitureur n'a pas droit aux frais de transport, il peut uniquement facturer du temps de déplacement.

Si plusieurs moyens de transport sont utlisés pour le déplacement, utiliser une ligne de facture pour chacun des moyens de transport.

Conserver pour une période de 60 mois les documents concernant les frais de déplacement aux fins de référence ultérieure.

b. L'établissement duquel relève l'installation paie ses frais de séjour.

2.2 S'ajoute une indemnité de 115 $ l'heure pour le temps de déplacement du médecin spécialiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures pour l'aller et de 9 heures pour le retour.

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***
Pour le temps de déplacement, utiliser le code de facturation ***09992****.*

Pour facturer du temps de déplacement sans facturer de frais de transport pour ce même moyen de transport à la même date, utiliser selon la situation l'un des éléments de contexte suivants :

- **Demande de remboursement des frais de transport déjà transmise***;*
- **Déplacement pour prélèvement d'organes***;*
- **Frais de transport pris en charge par l'installation***;*
- **Transport effectué avec un véhicule d'urgence***;*
- **Traversier gratuit**.

Pour toute autre situation, communiquer avec le Centre de relations avec les professionnels et, si la situation le justifie, la RAMQ mettra cet avis à jour.

2.3 On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé par le médecin spécialiste :

a) Transport aérien ou ferroviaire

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par hélicoptère ou avion personnel ou nolisé de moins de 35 sièges, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et à l'installation est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b).

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***
Lorsqu'il s'agit d'un vol nolisé de 35 sièges et plus, utiliser l'élément de contexte **Vol nolisé de 35 sièges et plus**.

b) Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué ou taxi) ou d'un autobus

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Kilométrage total (aller-retour)}}{\text{80 km/hre}} = \text{durée de déplacement}$$

et les distances sont établies selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.

AVIS **:** *L'outil déterminé par les parties négociantes est Google Maps Canada.*

2.4 Celui qui se rend donner des services dans une installation d'un territoire désigné est compensé pour un temps d'attente imprévu (exemples : une intempérie ou un retard de son envolée).

On lui accorde alors une indemnité de 115 $ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement). Cette indemnité est applicable entre 7 h et 21 h pour l'aller ainsi que pour le retour.

AVIS **:** ***Pour le médecin rémunéré à l'acte***

Utiliser l'élément de contexte **Temps d'attente imprévu entre 7 h et 21 h**.

*Lorsque le médecin utilise cet élément de contexte, il peut facturer du temps de déplacement (code de facturation **09992**) comportant uniquement du temps d'attente imprévu sans facturer de frais de transport pour le même moyen de transport à la même date.*

AVIS **:** ***Pour les autres modes de rémunération que l'acte :***

Utiliser la section Renseignements complémentaires *pour indiquer :*

- *la raison du temps d'attente imprévu;*
- *la date;*
- *l'heure de début et l'heure de fin.*

ARTICLE 3.
FRAIS MAXIMAUX

3.1 Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander de frais de déplacement (transport et temps de déplacement) qu'une seule fois pour une même installation, au cours d'une semaine, du dimanche au samedi.

1.1 LISTE DES INSTALLATIONS (médecins psychiatres)

Région 01

- CPEJ de Rivière-du-Loup
- Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- Hôpital régional de Rimouski
- CSSS de la Mitis

Région 02

- Hôpital d'Alma
- Hôpital de Chicoutimi
- Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval

Région 03

- Hôpital de Baie-Saint-Paul
- Hôpital de la Malbaie

Région 04

- CSSS du Haut-Saint-Maurice
- Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
- Centre régional de santé mentale

Région 05

- CSSS du Granit

Région 07

- Hôpital de Maniwaki
- Hôpital de Pontiac
- CLSC et centre d'hébergement de la Petite-Nation

Région 08

- Pavillon Sainte-Famille
- Hôpital et centre de réadaptation en dépendance de Val-d'Or
- Hôpital d'Amos
- Hôpital psychiatrique de Malartic
- Hôpital de Rouyn-Noranda
- Centre de soins de courte durée La Sarre

Région 09

- Hôpital Le Royer
- Hôpital et centre d'hébergement de Sept-Iles

Région 11

- Hôpital de Maria
- Hôpital de Chandler
- Centre hospitalier de l'Archipel
- Centre d'hébergement Mgr Ross
- Hôpital de Sainte-Anne-des Monts

Région 12

- Hôpital de Saint-Georges
- Hôpital de Thetford Mines
- Hôpital de Montmagny
- Centre Multi. SSS de Lac-Etchemin

Région 14

- Centre hospitalier régional de Lanaudière

Région 15

- Hôpital Laurentien
- Centre de services de Rivière-Rouge

ANNEXE 24.

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

VOIR SOUS L'ONGLET *B - TARIFICATION DES VISITES* DU MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES, RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

ANNEXE 25.

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EFFECTUÉE PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

AVIS **:** *Consulter la rubrique* Facturation de la garde en disponibilité (Annexe 25).

AVIS : *Les listes des établissements et secteurs d'activité pour la garde locale et en support et la garde multi-établissements ainsi que les listes des codes et des tarifs des Annexes 25 et 38 sont disponibles à la page* Listes de désignations et listes de garde.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Sont instaurés des suppléments pour la garde en disponibilité accomplie par les médecins spécialistes, afin de favoriser la continuité des services médicaux spécialisés dans les établissements hospitaliers.

2. APPLICATION

2.1 Un supplément de garde en disponibilité est payable au médecin spécialiste qui, au cours d'une journée, en vertu de la liste de garde préparée par le chef de département ou de service, est assigné de garde en établissement, dans une discipline ou un secteur d'activité désignés conformément à l'article 4.1.

2.2 Le montant du supplément de garde en disponibilité peut varier :

selon la discipline, le secteur d'activité et le territoire où est situé l'établissement;

selon qu'il s'agisse d'une garde locale, d'une garde en support, d'une garde multi-établissements ou d'une garde régionale;

selon que la garde soit effectuée en semaine, du lundi au vendredi, ou le samedi, le dimanche ou un jour férié.

3. DÉFINITIONS

3.1 La garde locale correspond à la garde en disponibilité effectuée par un médecin spécialiste qui est assigné de garde dans un établissement ou une installation d'un établissement.

3.2 La garde en support correspond à la garde en disponibilité effectuée dans un établissement ou une installation d'un établissement par un deuxième médecin spécialiste d'une même discipline ou secteur d'activité qui est assigné de garde en support.

3.3 La garde multi-établissements correspond à la garde en disponibilité effectuée par un médecin spécialiste qui est assigné de garde dans un établissement afin de couvrir, à partir de cet établissement, la garde en disponibilité d'un ou de plusieurs autres établissements où un supplément de garde locale s'applique. Cette couverture peut impliquer un déplacement du médecin ou du patient.

3.4 La garde régionale correspond à la garde en disponibilité effectuée par un médecin spécialiste qui est assigné de garde dans un établissement afin de couvrir, à partir de cet établissement, une partie ou l'ensemble des établissements d'une région où aucun supplément de garde locale ne s'applique.

4. ÉTABLISSEMENTS, DISCIPLINES ET SECTEURS D'ACTIVITÉ VISÉS

4.1 Les établissements, disciplines et secteurs d'activité où s'applique un supplément de garde en disponibilité sont désignés par les parties négociantes.

4.2 En plus des désignations mentionnées à l'article 4.1, les suppléments de garde en disponibilité prévus à l'article 5.2 a) sont payés au médecin qui est assigné de garde en anesthésiologie, en chirurgie générale, en médecine interne, en obstétrique-gynécologie, en pédiatrie ou en psychiatrie au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava ou au Centre de santé Inuulitsivik.

5. RÉMUNÉRATION

Supplément de garde locale ou en support

5.1 À moins qu'il ne soit stipulé autrement, le montant du supplément de garde en disponibilité payable au médecin spécialiste qui est assigné de garde dans un établissement, une discipline ou un secteur d'activité désignés est :

- pour une garde locale : 126 $ par jour, du lundi au vendredi, et 254 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.
- pour une garde en support : 63 $ par jour, du lundi au vendredi, et 126 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

5.2 Toutefois, dans les disciplines de l'anesthésiologie, de la chirurgie générale, de l'obstétrique-gynécologie, de la médecine interne, de la psychiatrie et de la pédiatrie, le montant du supplément de garde en disponibilité payable au médecin spécialiste qui est assigné de garde est le suivant :

a) dans un établissement situé dans les territoires isolés ou éloignés de l'annexe 19, le montant pour une garde locale est de 254 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 698 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

b) dans tous les établissements situés dans les autres territoires, le montant pour une garde locale est de 190 $ par jour du lundi au vendredi et de 380 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *Le tarif de ces disciplines s'applique également aux établissements désignés à la Lettre d'entente nº 122.*

De plus, le montant pour une garde en support dans ces disciplines est, peu importe le territoire où est situé l'établissement, de 95 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 190 $ par jour, le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Supplément pour la garde multi-établissements

5.3 Le montant du supplément de garde en disponibilité payable au médecin spécialiste qui est assigné de garde multi-établissements est de 150 % du montant qui serait autrement payable à ce médecin pour une garde locale dans l'établissement à partir duquel il effectue cette garde et ce, peu importe le nombre d'établissements visé par la garde multi-établissements.

5.4 Toutefois, aux fins de l'application de l'article 5.3 dans les disciplines et territoires isolés ou éloignées visés à l'article 5.2, le montant du supplément de garde multi-établissements est déterminé en fonction du montant payable pour une garde locale dans ces disciplines et territoires seulement lorsque tous les établissements visés par la garde multi-établissements sont situés dans ces territoires.

AVIS **:** *Lors de la garde multi-établissements, pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement à partir duquel le médecin effectue la garde multi-établissements.*

Pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de référence du lieu **Établissement pris en charge lors d'une garde multi-établissements (Annexe 25)**;
- le numéro du ou des établissements pour lesquels une garde en disponibilité est effectuée.

Supplément pour la récurrence de la garde dans certains établissements et disciplines

5.5 En plus du supplément de garde en disponibilité auquel il a droit en vertu des articles 5.1 à 5.4 ou de la Lettre d'entente n° 122, le médecin qui est assigné de garde locale en anesthésiologie ou en chirurgie générale, a également droit aux bénéfices suivants :

- Lorsqu'il a déjà assumé 182 jours de garde en disponibilité au cours de l'année civile, il a droit à un supplément additionnel de 32 $ pour chacune des gardes en disponibilité qu'il assume en surplus du lundi au vendredi et de 63 $ pour chacune des gardes en disponibilité qu'il assume en surplus le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *L'information relative aux suppléments pour la récurrence de la garde dans les disciplines de l'anesthésiologie et de la chirurgie générale est disponible dans la* Liste des codes et des tarifs.

Supplément pour la garde régionale

5.6 Les parties conviennent de poursuivre leurs travaux afin de répertorier la liste des disciplines et établissements visés par une garde régionale et de déterminer les modalités de rémunération applicables dans ces circonstances.

Supplément particulier

5.7 À l'Hôpital Sainte-Justine et au CUSM – Site Glen (pédiatrique), le supplément de garde locale en disponibilité en microbiologie-infectiologie est de 190 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 443 $ le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *L'information relative au supplément particulier pour la garde locale dans certains établissements et disciplines visés par l'annexe 25 est disponible dans la* Liste des codes et des tarifs.

6. RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

6.1 Les montants payables en vertu de la présente annexe sont majorés selon les dispositions de l'Annexe 19.

7. RÈGLES D'APPLICATION ET LIMITATIONS

7.1 Le supplément de garde en disponibilité est payable, pour une discipline ou un secteur d'activité visés, au médecin qui est assigné de garde dans cette discipline ou secteur d'activité, sans égard à la spécialité pour laquelle ce médecin détient une certification.

7.2 Sous réserve des exceptions agréées par les parties négociantes, un seul supplément de garde locale et, le cas échéant, de garde en support est payable par jour, par discipline ou secteur d'activité, par établissement.

Il en est de même pour la garde multi-établissements ou régionale, où un seul supplément est payable par jour, par discipline ou secteur d'activité, pour le groupe d'établissements ou la région concernés.

7.3 Un supplément de garde locale ne peut être réclamé, au cours d'une journée, pour une discipline et un établissement donnés, lorsqu'un supplément de garde multi-établissements est réclamé pour cette discipline et cet établissement au cours de cette journée.

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

7.5 Le supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de la présente Annexe ne peut être réclamé pour une discipline, un secteur d'activité et un établissement donnés lorsqu'un supplément de garde en disponibilité est déjà payable pour cette discipline, secteur d'activité et établissement en vertu de toute autre disposition de l'Accord-cadre.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début de la garde*.

8. AVIS

8.1 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente Annexe.

9. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS ET DE GAINS DE PRATIQUE

9.1 Les suppléments de garde en disponibilité payables en vertu de la présente annexe ou de toutes autres dispositions de l'Accord-cadre ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements d'activités ou des plafonnements de gains de pratique.

10. DISPOSITION TRANSITOIRE

10.1 Aux fins de l'application de l'article 5.5 et compte tenu de la date d'entrée en vigueur de la présente Annexe, le supplément prévu pour la récurrence de la garde s'applique, pour l'année civile 2007, à compter du moment où le médecin a déjà assumé 137 jours de garde.

11. ENTRÉE EN VIGUEUR

11.1 La présente Annexe entre en vigueur le 1er avril 2007.

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

ANNEXE 26.

ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT LE REMPLACEMENT POUR CONGÉ D'UN MÉDECIN SEUL DE SA DISCIPLINE OEUVRANT DANS UN CENTRE HOSPITALIER DÉSIGNÉ PAR LE MINISTRE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La présente entente auxiliaire prévoit des avantages pour faciliter le remplacement en cas de congé, décès ou départ définitif d'un médecin seul de sa discipline qui exerce dans un centre hospitalier désigné par le ministre.

1. Application

1.1 La présente annexe s'applique lorsque le médecin seul de sa discipline qui exerce dans un centre hospitalier est rémunéré à l'acte.

1.2 Le terme congé s'entend de toute absence du médecin, notamment en raison d'invalidité, maternité, vacances ou ressourcement.

Le décès ou départ définitif d'un médecin donne également ouverture aux avantages de la présente Annexe afin de faciliter le remplacement du médecin dans l'attente du recrutement d'un nouveau médecin.

2. Rémunération

2.1 À l'occasion d'un congé, d'un départ définitif ou d'un décès, le médecin remplaçant peut, s'il exerce dans une spécialité visée par l'Annexe 38, se prévaloir du mode de rémunération mixte prévu à l'Annexe 38 pour sa spécialité plutôt que d'être rémunéré selon la tarification à l'acte, selon les conditions qui y sont énoncées.

AVIS **:** *Voir les modalités de l'Annexe 38.*

2.2 Le médecin remplaçant a droit au supplément de garde prévus à l'Annexe 25 selon les conditions qui y sont énoncées.

AVIS : *Les listes de garde en disponibilité ainsi que les codes de facturation de l'Annexe 25 et de l'Annexe 38 sont disponibles à la page* Liste de désignations et listes de garde.

2.3 Le mode de rémunération dont se prévaut le médecin remplaçant en vertu de l'article 2.1 s'applique durant toute la période de remplacement.

2.4 Celui qui est en congé ne peut toucher d'honoraires de la Régie pendant la période de remplacement, sous réserve du droit pour ce médecin de recevoir des frais de ressourcement selon les conditions prévues à l'Entente. Cette règle ne s'applique pas dans le cas d'un départ définitif du centre hospitalier.

3. Conditions

Les avantages prévus par la présente annexe sont sujets aux conditions suivantes :

3.1 Quant au médecin remplacé :

3.1.1 ce médecin détient des privilèges de pratique dans l'une des disciplines suivantes : l'anesthésiologie, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'obstétrique-gynécologie, la médecine interne, la cardiologie, la psychiatrie ou la pédiatrie et

3.1.2 ce médecin pratique plein temps dans le centre hospitalier désigné et il y est le seul médecin de sa discipline;

3.2 Quant au médecin remplaçant :

3.2.1 ce médecin ne pratique pas dans un centre hospitalier auquel s'applique la présente entente auxiliaire (sauf si en raison du nombre de médecins de sa discipline, il ne peut bénéficier de l'avantage de remplacement prévu par la présente annexe lorsqu'il prend congé);

3.2.2 ce médecin est spécialiste dans la discipline du médecin qu'il remplace (sauf en ce qui a trait au remplacement en médecine interne ou en cardiologie, lequel pourra être effectué par un médecin spécialiste de l'une ou l'autre de ces disciplines); et

3.2.3 ce médecin accepte d'assumer la charge clinique du médecin qu'il remplace, incluant la prise en charge de la garde.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ANNEXE

LISTE DES CENTRES HOSPITALIERS

Région 01
Hôpital de Matane
Hôpital régional de Rimouski
Centre hospitalier régional du Grand Portage
Hôpital d'Amqui
CSSS de la Mitis
Hôpital Notre-Dame de Fatima
Hôpital Notre-Dame-du-Lac

Région 02
Hôpital de Dolbeau-Mistassini
Hôpital d'Alma
Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval

Région 03
Hôpital de Baie-Saint-Paul
Hôpital de La Malbaie

Région 04
Centre d'hébergement et Hôpital du Christ-Roi
CSSS du Haut-Saint-Maurice
Hôpital Sainte-Croix

Région 05
CSSS du Granit
CSSS de Memphremagog

Région 07
Hôpital de Papineau

Hôpital de Maniwaki
Hôpital du Pontiac

Région 08
Pavillon Sainte-Famille
Hôpital d'Amos
Hôpital de Rouyn-Noranda
Centre hospitalier La Sarre
Hôpital et CLSC de Val-d'Or

Région 09
Hôpital Le Royer
Hôpital et Centre d'hébergement de Sept-Îles

Région 10
Centre de santé de Chibougamau

Région 11
Hôpital de Maria
Hôpital de Chandler
Hôpital de l'Archipel
Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé
Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts

Région 12
Hôpital de Montmagny
Hôpital de Thetford Mines

Région 15
Centre Multi Santé Services Sociaux Argenteuil
Hôpital Laurentien
Hôpital de Mont-Laurier

ANNEXE 27.

ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT LA GARDE SUR PLACE AUX URGENCES EN CHIRURGIE POUR LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La présente entente auxiliaire établit certains avantages au bénéfice du chirurgien qui est de garde sur place aux urgences en chirurgie.

ARTICLE 1.

TARIFICATION GÉNÉRALE

1.1 Le chirurgien est payé suivant la tarification de base pour ses soins.

ARTICLE 2.

MAJORATION D'HONORAIRE

2.1 S'ajoute aux honoraires, le paiement d'une majoration de 70 % du tarif pour l'horaire de soir, le week-end et les jours fériés.

L'horaire de soir s'entend de la période comprise entre 19 heures et minuit.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 21 h et 24 h.*
Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure n° 5.

Pour le week-end et les jours fériés, la majoration s'applique entre 8 heures et minuit.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 7 h et 24 h.*
Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure n° 5.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde aux urgences** *et indiquer l'heure de début du service.*

ARTICLE 3.

PRIME DE GARDE POUR LA NUIT

3.1 On accorde une prime de 254 $ pour une assignation de garde sur place aux urgences, la nuit.

Une assignation de nuit s'entend de la période comprise entre minuit et 8 heures.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 0 h et 7 h.*
Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure n° 5.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***09278*** *et l'élément de contexte* **Garde aux urgences**.

Indiquer l'heure de début de la période de garde.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

La prime de garde de 254 $ n'est payable qu'une seule fois par période de garde, pour chaque professionnel.

(**) Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte, la période s'étend entre 7 h et 24 h
(voir l'article 15.2 i) à l'annexe 38 de la Brochure n° 5*).*

ARTICLE 4.

APPLICATION

4.1 Cette entente auxiliaire s'applique dans les centres hospitaliers désignés en annexe.

4.1.1 Le médecin qui réclame le paiement du supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25 ne peut réclamer, au cours de la même période, le paiement de la prime de garde prévue à l'article 3.1.

4.2 Cette entente auxiliaire prend effet le 1er janvier 1989.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE

CUSM – Site Glen (pédiatrique)
CHU Sainte-Justine

ANNEXE 28.

ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT LA GARDE SUR PLACE AUX URGENCES EN PSYCHIATRIE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La présente entente auxiliaire établit certains avantages au bénéfice du médecin psychiatre qui est de garde sur place aux urgences en psychiatrie.

ARTICLE 1.
TARIFICATION GÉNÉRALE

1.1 Le médecin psychiatre est payé suivant la tarification de base pour ses soins.

ARTICLE 2.
MAJORATION D'HONORAIRE

2.1 S'ajoute aux honoraires, le paiement d'une majoration de 70 % du tarif pour l'horaire de soir, le week-end et les jours fériés.

L'horaire de soir s'entend de la période comprise entre 19 heures et minuit.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 21 h et 24 h.*
Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure nº 5.

Pour le week-end et les jours fériés, la majoration s'applique entre 8 heures et minuit.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 7 h et 24 h.*
Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure nº 5.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde aux urgences** *et indiquer l'heure de début du service.*

ARTICLE 3.
PRIME DE GARDE POUR LA NUIT

3.1 On accorde une prime de 443 $ pour une assignation de garde sur place aux urgences, la nuit.

Une assignation de nuit s'entend de la période comprise entre minuit et 8 heures.

AVIS **:** *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre 0 h et 7 h.*
Voir l'article 15.2 i) de l'annexe 38 à la Brochure nº 5.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***09280****.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

La prime de garde de 443 $ n'est payable qu'une seule fois par période de garde, pour chaque professionnel.

ARTICLE 4.
APPLICATION

4.1 Cette entente auxiliaire s'applique dans les centres hospitaliers désignés en annexe.

4.1.1 Le médecin qui réclame le paiement du supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25 ne peut réclamer, au cours de la même période, le paiement de la prime de garde prévue à l'article 3.1.

4.2 Cette entente auxiliaire prend effet le 1er avril 1989.

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

PAUL DESJARDINS
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE

Hôpital Douglas
Institut universitaire en santé mentale de Montréal

ANNEXE 29.

ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS EN CENTRE HOSPITALIER.

Cette entente établit la tarification pour la pratique médicale dans certaines unités de soins intensifs.

On ne peut s'en prévaloir pour le paiement d'autres activités professionnelles.

Toutefois, elle ne s'applique pas dans une unité de soins de néonatologie ou dans une unité de soins coronariens. Elle ne s'applique pas non plus, au médecin d'une discipline pour laquelle aucun tarif n'est indiqué à la nomenclature des visites à l'Annexe 6 au titre du forfait de prise en charge d'un patient.

1. TARIFICATION FORFAITAIRE

Tout médecin spécialiste qui a charge d'un patient dans une unité de soins intensifs reconnue selon les dispositions de la présente annexe, est payé suivant une tarification forfaitaire:

le forfait de prise en charge d'un patient, et, le cas échéant,

le forfait de prise en charge d'une unité.

Cette tarification forfaitaire exclut tout autre mode de rémunération sauf si autrement prévu à la présente annexe.

2. DÉFINITION DE L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS

Par unité de soins intensifs, on entend un lieu de dispensation de soins situé dans un centre hospitalier de courte durée et aménagé spécifiquement pour traiter des malades dont l'état de santé est critique.

En pédiatrie, dans un centre hospitalier où il n'existe pas d'unités de soins intensifs pédiatriques, on entend comme unité de soins intensifs le lieu physique où séjourne le patient dont l'état de santé est critique et requiert un ratio infirmière-patient plus élevé que dans une autre unité de soins.

Ne sont pas considérées, pour les fins de la présente annexe, comme unités de soins intensifs, les unités de soins intermédiaires.

3. RECONNAISSANCE DES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS

3.1 Toute demande de reconnaissance d'une unité de soins intensifs est soumise au ministre par l'Administration de l'établissement, sur recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Est constitué un comité paritaire sur les soins intensifs, composé de représentants du Ministre et de la Fédération, auquel sont déférées, pour recommandation, toutes les demandes de reconnaissance d'une unité de soins intensifs aux fins du paiement selon le forfait de prise en charge d'un patient ou le forfait de prise en charge d'une unité.

3.2 Forfait de prise en charge d'un patient :

Pour qu'un médecin ait droit à l'honoraire de prise en charge d'un patient, il faut que l'unité dans laquelle séjourne ce patient soit reconnue à cette fin par le Ministre.

Le comité examine la demande de reconnaissance de l'unité de soins intensifs en considérant l'existence d'un ratio infirmière-patient plus élevé que dans une autre unité de soins, la disponibilité d'équipements spécialisés de « monitoring » des fonctions vitales et la présence d'autres critères généralement acceptés à cette fin. Le comité doit également tenir compte des services rendus par des omnipraticiens dans l'unité.

Le comité fait ensuite recommandation au Ministre.

La Régie donne effet aux avis de reconnaissance d'unités de soins intensifs autorisant l'utilisation de la tarification selon le mode du forfait de prise en charge d'un patient.

3.3 Forfait de prise en charge d'une unité :

Pour qu'un médecin ait droit à l'honoraire de prise en charge d'une unité, il faut que ce médecin ainsi que l'unité dont il a la charge, soit reconnus à cette fin par les parties négociantes.

Le comité examine la demande de reconnaissance de l'unité de soins intensifs en considérant le nombre de lits que comporterait l'unité visée, les qualifications du ou des médecins qui prendraient charge de l'unité, le nombre d'effectifs devant assumer une présence dans l'unité, le type d'organisation des soins intensifs, le taux d'occupation des lits de l'unité et tout autre critère qu'il estime devoir prendre en considération.

Chaque unité doit compter un minimum de sept (7) lits et un maximum de douze (12) lits.

Le comité fait ensuite une recommandation aux parties négociantes.

Chaque unité est agréée par les parties négociantes.

La Régie donne effet aux avis de reconnaissance d'unités de soins intensifs autorisant l'utilisation de la tarification selon le mode du forfait de prise en charge d'une unité.

AVIS **:** *Voir la* liste des établissements reconnus à l'annexe 29.

4. LIMITATIONS DU FORFAIT DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT

4.1 Le forfait de prise en charge d'un patient remplace, pour partie ou totalité d'une période de vingt-quatre (24) heures consécutives, soit de 07h00 à 07h00, les honoraires de visites, de thérapie de communication et de surveillance du patient, qui seraient autrement exigibles pendant cette période ou partie de période par le médecin qui en prend charge.

Les honoraires globaux pour les soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue, un interniste ou un pédiatre dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique ne sont pas inclus. Il en est de même des soins neuro-chirurgicaux pour traumatismes crânio-encéphaliques.

Malgré l'article 2.3 de l'« Addendum 4. Chirurgie », le forfait de prise en charge du patient est payable dans les disciplines chirurgicales où un tel forfait est prévu à la nomenclature.

Le forfait est payable dès lors que le patient séjourne à un moment quelconque dans l'unité de soins intensifs entre 07h00 et 19h00, quel que soit le jour visé. Lorsque le séjour aux soins intensifs débute après 19h00, le forfait ne s'applique qu'à compter du début de la prochaine période de vingt-quatre (24) heures.

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.*
Pour l'heure de début du service, inscrire l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs et, s'il y a lieu, l'heure de sortie de l'unité pour l'heure de fin du service.

4.2 Toutefois, le médecin qui reçoit le forfait de prise en charge d'un patient a droit au paiement des honoraires prévus au Tarif de sa discipline, majorés des pourcentages prévus à la Règle 14 du Préambule général, pour les urgences auxquelles il répond, après déplacement, pour la période située entre 19h00 et 07h00, quel que soit le jour visé.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service*.
S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG ou la règle 4 du PG du Manuel SLE**.

4.3 Durant le séjour d'un patient dans une unité de soins intensifs pour lequel le forfait de prise en charge d'un patient s'applique, aucun autre médecin de la même discipline que celui qui reçoit le forfait ne peut recevoir d'honoraire de visite à l'égard de ce patient.

Si, durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs, un autre médecin de la même discipline que celui qui reçoit le forfait de prise en charge d'un patient est consulté à l'égard de ce même patient, il n'a droit à aucun honoraire de visite, sauf dans des circonstances exceptionnelles en raison de la complexité du cas ou de la nécessité d'obtenir une expertise particulière.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Visite rendue à l'unité de soins intensifs dans des circonstances exceptionnelles**.

4.4 Le forfait de prise en charge d'un patient comprend les procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) suivants, lorsqu'ils sont accomplis sur les lieux de l'unité visée :

00148 Aspiration duodénale ou intestinale
00149 Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage
00302 Cathétérisme vésical d'urgence
00336 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : artérielle (périphérique)
00337 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : veineuse
08458 Analyse de saturation en oxygène
00432 Injection de médicament par intubation trachéobronchique
00639 Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire
00647 Exsanguino-transfusion (chacune)
00777 Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence
00585 Ponction artérielle pour prélèvement sanguin
00654 Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie
00751 Drainage veine fémorale ou jugulaire
00901 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant
09304 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz

Aucun médecin autre que celui qui reçoit le forfait de prise en charge d'un patient ne peut recevoir une rémunération pour la dispensation de ces PDT à l'égard de ce patient, sauf à l'égard des procédés diagnostiques et thérapeutiques suivants, lorsqu'ils sont rendus dans une unité de soins intensifs pédiatriques :

00901 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant
09304 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz
00336 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : artérielle (périphérique)
00337 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : veineuse

AVIS **:** *Préciser le secteur d'activité* **Unité de soins intensifs**.

Le forfait de prise en charge d'un patient comprend l'honoraire que le médecin pourrait autrement réclamer pour une réanimation cardio-respiratoire, sauf lorsqu'elle est faite durant la période située entre 19 h 00 et 07 h 00, quel que soit le jour visé.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début de la réanimation cardio-respiratoire*.

Les autres médecins peuvent, en tout temps, réclamer le paiement de l'honoraire prévu pour la réanimation cardio-respiratoire.

4.5 Le forfait de prise en charge du patient ne peut être facturé qu'une fois par jour, par patient, par installation.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service.*

4.6 Le forfait de prise en charge d'un patient ne comprend pas les soins de ventilation.

4.7 Le montant du forfait de prise en charge d'un patient est celui indiqué au Tableau de la tarification des forfaits dans les unités de soins intensifs. Il varie selon le nombre de jours de séjours du patient dans l'unité, sauf lorsqu'un forfait de prise en charge d'une unité s'applique, auquel cas il ne varie pas.

4.8 En pédiatrie, le forfait de prise en charge du patient rémunère la première heure de présence immédiate; chaque quart d'heure additionnel est rémunéré au taux de la surveillance de 34 $. L'honoraire de surveillance inclut tous les services rendus au patient, tant que dure la surveillance, le médecin ne dispense aucun service à un autre patient.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***00010*** (Surveillance à l'unité des soins intensifs) *à la section* Pédiatrie *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Cet article ne s'applique pas au pédiatre le jour pour lequel il a réclamé le forfait de prise en charge de l'unité.

4.9 Si un patient a quitté l'unité depuis plus de quarante-huit heures et y est réadmis, le taux du forfait du premier jour s'applique au jour de la réadmission.

5. LIMITATIONS DU FORFAIT DE PRISE EN CHARGE D'UNE UNITÉ

5.1 Le médecin qui assume la prise en charge d'une unité reconnue à cette fin selon le paragraphe 3.3, a droit, dans la mesure où il assure une présence sur place, à un forfait de prise en charge d'une unité auquel s'ajoute le forfait de prise en charge du patient. Seul le médecin facturant le forfait de prise en charge d'une unité a droit au forfait de prise en charge du patient pour tous les patients hospitalisés dans cette unité. Le forfait de prise en charge d'une unité est de 669 $ pour huit heures consécutives de présence ou de 833 $ pour dix heures consécutives de présence. Si aucun médecin ne facture le forfait de prise en charge d'une unité, les dispositions relatives au paiement selon le mode du forfait de prise en charge d'un patient s'appliquent.

La présence du médecin doit être assurée dans la période se situant entre 7 h 00 et 19 h 00.

Dans tous les cas, un seul forfait de prise en charge d'une unité peut être payé par période de vingt-quatre heures, soit 07 h à 07 h.

5.2 Rémunération exclusive :

Le forfait de prise en charge d'une unité constitue un mode de rémunération exclusif.

Aussi, le médecin qui reçoit un tel forfait ne peut exiger d'autres honoraires de la Régie pour les services qu'il rend à tout patient de l'établissement au cours de la période se situant entre 07 h 00 et 19 h 00.

Toutefois, le médecin qui reçoit le forfait de prise en charge d'une unité a droit au paiement des honoraires prévus au tarif de sa discipline, majorés des pourcentages prévus à la Règle 14 du Préambule général, pour les urgences auxquelles il répond, après déplacement, à l'égard de tout patient de l'établissement, qu'il séjourne ou non dans l'unité de soins intensifs, en dehors des périodes mentionnées précédemment, que ces périodes se situent durant la semaine, les week-ends ou les jours fériés. Il a également droit, en tout temps, aux honoraires prévus pour les soins de réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (codes 09403, 09404 et 09405) lorsque dispensés à l'égard de tout patient de l'établissement, à l'extérieur de l'unité des soins intensifs.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'un forfait de prise en charge d'une unité.*

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG ou la règle 4 du PG du Manuel SLE**.

5.3 Le forfait de prise en charge de l'unité comprend l'honoraire prévu pour l'évaluation des patients en vue de leur admission aux soins intensifs.

5.4 Le forfait de prise en charge de l'unité comprend les honoraires des procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) énumérés en annexe lorsque ces procédés sont faits sur les lieux de l'unité. Aucun médecin autre que celui qui reçoit le forfait de prise en charge de l'unité ne peut recevoir une rémunération pour la dispensation de ces PDT à l'égard de tout patient séjournant dans l'unité de soins intensifs visée, sauf à l'égard des procédés diagnostiques et thérapeutiques suivants lorsqu'ils sont rendus dans une unité de soins pédiatriques :

00276 Drainage thoracique fermé par pleurotomie
00277 pleurodèse, supplément

AVIS **:** *Préciser le secteur d'activité* **Unité de soins intensifs**.

6. RÉMUNÉRATION POUR LES SOINS DE VENTILATION MÉCANIQUE ASSISTÉE

Les soins de ventilation mécanique réalisée dans les unités de soins intensifs désignées en vertu de l'article 3.3 sont rémunérés selon les modalités suivantes.

La rémunération s'applique à celui qui rend le service et s'ajoute, le cas échéant, aux autres forfaits prévus à la présente annexe.
Seul le médecin spécialiste qui prend en charge l'unité de soins intensifs désignés en vertu de l'article 3.3 peut se prévaloir de la rémunération prévue au présent article.
Le maximum est de 1 par jour, par patient, par installation.

00900	Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, tous les jours, sauf le samedi, dimanche et jours fériés entre 7h et 19h	78,00 $
00929	Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, le samedi, dimanche et jours fériés entre 7h et 19h	103,74 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***00900*** *et* ***00929****, inscrire l'heure de début du service.*

7. MAJORATION LA FIN DE SEMAINE ET LES JOURS FÉRIÉS

Le forfait de prise en charge du patient et le forfait de prise en charge de l'unité sont majorés du tiers le samedi, le dimanche et un jour férié.

TABLEAU DE LA TARIFICATION DES FORFAITS
DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS

1. FORFAIT QUOTIDIEN DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT

1.1 Dans une unité de soins intensifs :

a) **Sans prise en charge de l'unité**

Forfait de prise en charge d'un patient	Rémunération des soins de ventilation mécanique assistée
Tarif indiqué dans la nomenclature des visites à l'Annexe 6 lorsque prévu	Tarif prévu à l'Annexe 6 pour les soins de ventilation

AVIS **:** *Pour la facturation du forfait de prise en charge du patient sans prise en charge de l'unité, voir les codes de facturation* ***00053****,* ***00054****,* ***08918****,* ***08919****,* ***09095****,* ***09096****,* ***15014*** *ou* ***15015*** *sous l'onglet* B – Tarification des visites *du* Manuel des médecins spécialistes.

Pour la facturation des soins de ventilation mécanique assistée, ***lorsqu'il n'y a pas prise en charge de l'unité****, voir les codes de facturation* ***00927****,* ***00928****,* ***00990****,* ***00991****,* ***41029*** *ou* ***41030*** *sous l'onglet* D – Anesthésiologie du Manuel des médecins spécialistes, *peu importe le médecin spécialiste qui rend les services*.

b) **Avec prise en charge de l'unité**

		Au 1er oct. 2021	Au 1er avril 2022	Au 1er avril 2023	Au 1er avril 2024
09097	Forfait de prise en charge du patient, par jour	120,00 $	123,20 $	126,45 $	129,65 $
09098	Forfait de prise en charge du patient, par jour subséquent	120,00 $	123,20 $	126,45 $	129,65 $

AVIS **:** *Pour la facturation du forfait de prise en charge du patient avec prise en charge de l'unité, voir les codes de facturation* ***09097*** *ou* ***09098*** *sous l'onglet* B – Tarification des visites *du* Manuel des médecins spécialistes.

Pour la facturation des soins de ventilation mécanique assistée, ***lorsqu'il y a prise en charge de l'unité****, voir l'article 6 de l'Annexe 29. Lorsque ce service est effectué en urgence, après déplacement, voir la règle 14 du préambule général et l'article 5.2 de l'Annexe 29.*

2. FORFAIT QUOTIDIEN DE PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ

Forfait de 8 heures : 669 $

Forfait de 10 heures : 833 $

AVIS **:** Utiliser les codes de facturation suivants:

-Code ***09294*** (forfait de 8 heures);

- Code ***09295*** (forfait de 10 heures).

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Le médecin spécialiste qui est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte dans l'établissement où il prend en charge l'unité de soins intensifs, doit utiliser l'élément de contexte* **Assume ou a assumé la prise en charge d'une unité de soins intensifs au cours de la journée** *pour tous les services facturés le jour de cette prise en charge.*

Voir l'article 15.2 iii de l'annexe 38 ou l'article 11.2 de l'annexe 40 de la Brochure nº 5.

ANNEXE
Tarification des actes inclus dans le forfait
de prise en charge de l'unité

Actes inclus

00301 Cathétérisme veine ombilicale, incluant le prélèvement

00307 Cathétérisme artère ombilicale : mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement

00276 Drainage thoracique fermé par pleurotomie

00277 Drainage thoracique fermé par pleurotomie, pleurodèse, supplément

00489 Cardioversion électrique ou défibrillation

00530 Cathéter électrode de stimulation intracardiaque temporaire

00573 Tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon

00574 Tamponnade oesophago-gastrique : supervision par jour

00582 Ponction abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques

00597 Ponction péricardique

00611 Ponction : vessie

00615 Traitement de pneumothorax : ponction évacuatrice

00616 Traitement de pneumothorax : aiguille et drainage continu

00350 ECG dynamique (bande de 24 heures)

*** Insertion d'un cathéter dans la veine-cave : patient de + de 16 ans
*** (voir actes codés **00903**, **00994**, **09306**)

*** Insertion d'un cathéter dans la veine-cave : patient de - de 16 ans
*** (voir actes codés **00902**, **00993**, **09305**)

00343 Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables, initiation ou vérification du traitement, par patient, maximum 4 par patient, par période de 12 mois

09334 Mise en place d'un cathéter péricardique

09335 Administration de médicaments dans un cathéter péricardique

09418 pleurale, sous guidage, le cas échéant (PG-28)

ANNEXE 31.

ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS DE GÉRIATRIE

Le médecin gériatre est payé suivant le Tarif de la médecine et de la chirurgie.

Il peut, toutefois, être payé au tarif horaire pour sa pratique en établissement.

À titre exceptionnel, un interniste peut être payé suivant cette tarification, lorsqu'il justifie d'une formation complémentaire spécifique à la gériatrie et qu'il est habilité à pratiquer la gériatrie par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques. Cette dérogation exige l'approbation préalable des parties négociantes.

1. GAMME DES ACTIVITÉS

Le médecin gériatre peut se prévaloir du tarif horaire pour la pratique de sa discipline dans un établissement.

Sont ainsi visés :

1.1 Prestation de soins

Au titre des prestations de soins, le médecin gériatre est payé pour les visites et les thérapies des malades hospitalisés, résidants ou traités dans les unités de soins, les urgences ou les cliniques externes et autres services ambulatoires.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***029030*** *(Services cliniques).*

1.2 Suivi des malades

Au titre de suivi des malades, on paie le médecin gériatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin de ses malades. On inclut de même le temps des communications avec les proches.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***029055*** *(Communications).*

1.3 Équipe interdisciplinaire

On paie le médecin gériatre pour le temps qu'il consacre aux séances de travail de l'équipe interdisciplinaire et aux rencontres avec les malades et leurs proches dont l'équipe a charge.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***029032*** *(Rencontres multidisciplinaires).*

1.4 Organisation des programmes

On paie le médecin gériatre pour le temps qu'il consacre à l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de programmes de soins spécifiques à la clientèle âgée et qui sont demandés par son chef de service ou de département.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***029037*** *(Planification - programmation - évaluation).*

On ne peut se prévaloir de la tarification horaire pour le paiement d'autres activités.

2. LA GARDE

2.1 À l'occasion d'une garde, le gériatre touche pour les urgences auxquelles il répond, les honoraires majorés prévus au Tarif de la médecine et de la chirurgie.

3. TARIF HORAIRE

3.1 Le tarif horaire est de 130 $.

À l'égard des prestations de soins, du suivi des malades et de l'équipe multidisciplinaire, le médecin gériatre est payé pour un temps de service en semaine entre 7 h et 19 h, sauf les jours considérés fériés.

3.2 Limitation

Celui qui est payé au tarif horaire, ne peut toucher d'autres honoraires de la régie pour des soins donnés le même jour dans l'établissement - sauf les soins d'urgence entre 19 h et 7 h.

3.3 Plafonnement de la grille horaire

Le nombre d'heures payées au taux horaire, ne peut dépasser 7 par jour et 35 par semaine.

Ne sont pas comptées les heures de surtemps du médecin spécialiste auquel le médecin-chef du département demande de prolonger son service pour répondre aux besoins.

À l'occasion d'un surtemps, le médecin spécialiste présente des notes explicatives.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***029060*** *(Heures supplémentaires).*

4. FICHE D'ACTIVITÉS

4.1 Le gériatre de service dans une unité de gériatrie rédige une fiche d'activité pour chaque jour de son assignation à tarif horaire.

Il indique le temps qu'il a consacré dans chacune des activités décrites à l'article 1.

Il présente cette fiche avec son relevé d'honoraires.

ANNEXE 32.

MESURES SUPPLÉMENTAIRES EN VUE D'AMÉLIORER LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

1. PRIME DE REVALORISATION DE LA RÉMUNÉRATION DE BASE

AVIS **:** *Il appartient au médecin de faire la première demande de prime à la RAMQ par lettre. Ensuite, les autres versements seront effectués automatiquement, tant que les conditions demeureront inchangées.Cette lettre peut être transmise :*

Par la poste
Service de l'assurance-qualité de de l'intégration
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur
418 643-7585

1.1 Pour avoir droit à cette prime, pour une année civile, le médecin spécialiste doit répondre aux exigences suivantes dans cette même année :

a) tenir feu et lieu dans une région désignée;

b) exercer dans un établissement et être classé dans une spécialité visée à l'article 1.2;

c) avoir gagné, dans l'année civile, des gains de pratique d'au moins 105 550 $, dans un ou plusieurs établissement(s) en régions désignées.

Toutefois, pour les disciplines de la pédiatrie, de l'obstétrique-gynécologie et de la dermatologie, on prend en compte également 70 % des gains de pratique du médecin en cabinet en régions désignées, si ses gains de pratique sont d'au moins 31 670 $ dans un ou plusieurs établissements en régions désignées.

1.2 Classification des établissements selon les spécialités reconnues

1.2.1 Les spécialités reconnues au sein des établissements situés en territoires insuffisamment pourvus de professionnels sont les suivantes :

01 - BAS-SAINT-LAURENT	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
Hôpital régional de Rimouski	Toutes les spécialités
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	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 publique et médecine préventive et urologie.
Hôpital de Matane	Anesthésiologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne et radiologie diagnostique.
Hôpital d'Amqui	Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et radiologie diagnostique.
CSSS de la Mitis	Physiatrie
Hôpital Notre-Dame de Fatima	Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et radiologie diagnostique.
Hôpital Notre-Dame-du-Lac	Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et radiologie diagnostique.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	Santé publique et médecine préventive
02 - SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
Hôpital d'Alma	Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.
Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement Roberval	Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.
Hôpital de Dolbeau-Mistassini	Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne et pédiatrie.
04 - MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
CSSS du Haut-Saint-Maurice	Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.
07 - OUTAOUAIS	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
Hôpital de Maniwaki	Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.
Hôpital du Pontiac	Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.
08- ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
Hôpital de Rouyn-Noranda	Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, hémato-oncologie, médecine interne, obstétrique-gynécologie, neurologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie, radiologie diagnostique, santé publique et médecine préventive et urologie.

Hôpital et centre de réadaptation en dépendance de Val-d'Or	Allergie-immunologie, anesthésiologie, anatomo-pathologie, cardiologie, chirurgie générale, dermatologie, gastro-entérologie, médecine interne, médecine nucléaire, néphrologie, obstétrique-gynécologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie, radiologie diagnostique et urologie.
Hôpital d'Amos	Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie thoracique et vasculaire, médecine interne, neurologie, obstétrique-gynécologie, oncologie médicale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, psychiatrie, radiologie diagnostique et rhumatologie.
Centre de soins de courte durée La Sarre	Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, dermatologie, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, physiatrie, psychiatrie, radiologie diagnostique et rhumatologie.
Pavillon Sainte-Famille	Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.
Hôpital psychiatrique de Malartic	Psychiatrie
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Santé publique et médecine préventive

Les spécialités de la microbiologie, l'hématologie, la biochimie, la gériatrie, l'endocrinologie et l'allergie peuvent également être reconnues par les parties négociantes au sein d'un établissement de cette région.

AVIS **:** *À compter du 15 février 2021, la gériatrie est reconnue à l'Hôpital de Val-d'Or*

09 - CÔTE-NORD	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
Hôpital et Centre d'hébergement de Sept-Îles	Toutes les spécialités
Hôpital Le Royer	Toutes les spécialités
CISSS de la Côte-Nord	Santé publique et médecine préventive
10 - NORD-DU-QUÉBEC	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
Centre de santé de Chibougamau	Chirurgie générale, médecine interne, psychiatrie.
Centre de santé de Radisson	Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.
11 - GASPÉSIE / ÎLES-DE-LA-MADELEINE	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé	Toutes les spécialités
Hôpital de Chandler	Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, gériatrie, médecine interne, médecine nucléaire, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.
Hôpital de Maria	Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, dermatologie, gériatrie, médecine interne, obstétrique-gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.

Hôpital de l'Archipel	Anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne, obstétrique-gynécologie, psychiatrie et radiologie diagnostique.
Hôpital Sainte-Anne-des-Monts	Anesthésiologie, chirurgie générale, gériatrie, médecine interne, psychiatrie et radiologie diagnostique.
Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé	Psychiatrie
CISSS de la Gaspésie	Santé publique et médecine préventive
15 - LAURENTIDES	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
Centre de services de Rivière-Rouge	Anesthésiologie, chirurgie générale et médecine interne.
17 - NUNAVIK	**SPÉCIALITÉS RECONNUES**
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	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 :

33 560 $, pour des gains de pratique de moins de 258 910 $;
26 700 $, pour des gains de pratique entre 258 910 $ et 284 880 $;
19 950 $, pour des gains de pratique entre 284 880 $ et 311 060 $;
13 400 $, pour des gains de pratique entre 311 060 $ et 336 700 $;
6 650 $, pour des gains de pratique entre 336 700 $ et 363 200 $.

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 363 200 $.

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 1er janvier au 31 décembre de chaque année et est payable le 15 mai de l'année suivante.

2. RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

2.1 Dans les régions désignées, s'ajoute à la prime de revalorisation de la rémunération de base, la majoration de rémunération différente.

ANNEXE 33.

ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT LE REMPLACEMENT DE CERTAINS MÉDECINS EXERÇANT DANS UN CENTRE HOSPITALIER SITUÉ DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

La présente entente auxiliaire prévoit des avantages pour faciliter le remplacement en cas de congé, décès ou départ définitif d'un médecin au sein d'un groupe de médecins exerçant dans un centre hospitalier situé dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

1. Application

1.1 La présente annexe s'applique lorsque le remplacement s'effectue à l'intérieur d'un groupe de deux (2) ou trois (3) médecins de la même discipline qui exercent dans un même centre hospitalier et sont rémunérés à l'acte.

1.2 Le terme congé s'entend de toute absence du médecin, notamment en raison d'invalidité, maternité, vacances ou ressourcement.

Le décès ou départ définitif d'un médecin donne également ouverture aux avantages de la présente annexe afin de faciliter le remplacement du médecin dans l'attente du recrutement d'un nouveau médecin.

1.3 Le remplacement effectué au sein d'un groupe de deux (2) médecins se fait sans limite de durée mais est toutefois sujet à une réévaluation annuelle par le Comité conjoint prévu à l'Annexe 15, lequel transmet ses recommandations aux parties négociantes quant au maintien du remplacement. En ce qui a trait à un congé de vacances ou de ressourcement, le remplacement ne doit cependant pas excéder quatre (4) mois par année civile pour le groupe.

1.4 Dans le cas d'un remplacement effectué au sein d'un groupe de 3 médecins, le remplacement ne peut pas excéder 4 mois par année pour chaque absence.

2. Rémunération

2.1 À l'occasion d'un congé, d'un départ définitif ou d'un décès, le médecin remplaçant peut, s'il exerce dans une spécialité visée par l'Annexe 38, se prévaloir, du mode de rémunération mixte prévu à l'Annexe 38 pour sa spécialité plutôt que d'être rémunéré selon la tarification à l'acte, selon les conditions qui y sont énoncées.

AVIS **:** *Voir les modalités de l'Annexe 38.*

2.2 Au surplus, le médecin remplaçant a droit aux suppléments de garde prévus à l'Annexe 25 selon les conditions qui y sont énoncées.

AVIS **:** *Les listes de garde en disponibilité ainsi que les codes de facturation de l'Annexe 25 et de l'Annexe 38 sont disponibles à la page* Liste de désignations et listes de garde.

2.3 Le mode de rémunération dont se prévaut le médecin remplaçant en vertu de l'article 2.1 s'applique durant toute la période de remplacement.

2.4 Celui qui est en congé ne peut toucher d'honoraires de la Régie pendant la période de remplacement, sous réserve du droit pour ce médecin de recevoir des frais de ressourcement selon les conditions prévues à l'Entente. Cette règle ne s'applique pas dans le cas d'un départ définitif de l'établissement hospitalier.

3. Conditions

Les avantages prévus par la présente annexe sont sujets aux conditions suivantes :

3.1 Quant au médecin remplacé :

3.1.1 ce médecin détient des privilèges de pratique dans l'une des disciplines suivantes : l'anesthésiologie, la chirurgie générale, l'obstétrique-gynécologie, la médecine interne, la psychiatrie ou la pédiatrie; et

3.1.2 ce médecin pratique plein temps dans un centre hospitalier où l'on ne retrouve qu'un ou deux autres médecins plein temps de la même discipline.

3.2 Quant au médecin remplaçant :

3.2.1 l'absence de ce médecin au sein de son propre établissement ne doit pas donner ouverture à un remplacement au sens de la présente annexe;

3.2.2 ce médecin est spécialiste dans la discipline du médecin qu'il remplace (sauf en ce qui a trait au remplacement en médecine interne, lequel pourra être effectué par un médecin spécialiste en médecine interne ou en cardiologie); et

3.2.3 ce médecin accepte d'assumer la charge clinique du médecin qu'il remplace, incluant la prise en charge de la garde.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ANNEXE 35.

CONCERNANT LA DIMINUTION VOLONTAIRE DU NIVEAU D'ACTIVITÉ POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES ET L'ACCESSIBILITÉ À LA PRATIQUE POUR LES NOUVEAUX MÉDECINS SPÉCIALISTES

1. OBJECTIFS

1.1 La présente annexe vise à faciliter la diminution volontaire du niveau d'activité pour un médecin spécialiste et l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins spécialistes.

2. ADMISSIBILITÉ

2.1 Est admissible aux mesures prévues à la présente annexe, le médecin spécialiste qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

i) ce médecin est membre actif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement et il détient un poste au plan d'organisation de l'établissement ; ou

ii) ce médecin est nouvellement certifié et débute l'exercice de sa spécialité.

3. NOTION DE DEMI-POSTE

3.1 En accord avec la reconnaissance par le Ministre de la notion de demi-poste aux fins de l'élaboration et de l'application des plans des effectifs médicaux des régions, le médecin spécialiste peut se faire reconnaître comme n'occupant qu'un demi-poste au plan d'organisation d'un établissement.

4. PLAFONNEMENT DES GAINS DE PRATIQUE

4.1 Le médecin qui s'est fait reconnaître comme n'occupant qu'un demi-poste au plan d'organisation d'un établissement est assujetti à un plafonnement global des gains de pratique équivalant à la somme des montants suivants :

i) la moitié de ses gains de pratique moyens au cours des trois années précédentes, déterminée selon les données disponibles, jusqu'à concurrence de la moitié du plafonnement de gains de pratique applicable à ce médecin; et

ii) la part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle assumée par ce médecin.

4.2 Dans l'éventualité où le médecin a récemment débuté l'exercice de sa spécialité et qu'il est ainsi difficile de déterminer ses gains de pratique moyens, le montant prévu au paragraphe 4.1 (i) ci-dessus correspond à la moitié du revenu moyen net déterminée par la Fédération pour la spécialité dans laquelle ce médecin est classé.

4.3 Tout surplus est rémunéré à 5 % du tarif.

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

5. AUTRES MODALITÉS

5.1 Les parties négociantes conviennent également d'examiner les autres modalités d'application de la notion de demi-poste et d'effectuer les adaptations nécessaires.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ANNEXE 36.

CONCERNANT LA CESSATION DE CARRIÈRE DU MÉDECIN SPÉCIALISTE ET L'ACCESSIBILITÉ À LA PRATIQUE POUR LES NOUVEAUX MÉDECINS SPÉCIALISTES

AVIS **:** *Le programme d'allocation de fin de carrière prévu à l'annexe 36* ***a pris fin le 31 mars 2002*** *par l'article 3 du* Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-Cadre MSSS-FMSQ pour les années 1999-2000 à 2003-2004.

1. OBJECTIFS

1.1 Les mesures prévues à la présente annexe visent à faciliter la cessation de carrière du médecin spécialiste de même que l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins spécialistes.

2. DEMANDES D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE

2.1 Le médecin spécialiste qui désire cesser d'exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec peut présenter une demande d'allocation de fin de carrière aux parties négociantes.

2.2 Est admissible au paiement d'une allocation de fin de carrière, le médecin spécialiste qui, à la date de la demande, satisfait aux conditions suivantes :

i) il exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec;

ii) ses gains de pratique au cours des deux (2) trimestres précédents sont d'au moins 5,000 $ par trimestre.

2.3 La demande d'allocation de fin de carrière doit être présentée par le médecin spécialiste entre le douzième et le sixième mois précédant la date de son 65ième anniversaire de naissance, à défaut de quoi cette demande ne peut être considérée.

2.4 Les parties négociantes forment un comité conjoint aux fins de recevoir et d'analyser les demandes d'allocation de fin de carrière présentées par les médecins spécialistes et de déterminer, le cas échéant, le montant de l'allocation à être versé.

2.5 Le comité conjoint soumet à l'analyse du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés créé par la Lettre d'entente nº 129 les demandes d'allocation de fin de carrière présentées par les médecins spécialistes. Le comité de gestion donne son avis sur ces demandes en considérant, notamment, la pratique hospitalière du médecin, la possibilité de combler ce poste dans le plan d'organisation du centre hospitalier, les effectifs médicaux dans la spécialité, l'effet du programme sur le nombre d'effectifs dans certaines spécialités, l'effet sur l'accessibilité des services à la population et le budget global qui est alloué au paiement d'allocation de fin de carrière.

2.6 Le comité conjoint recommande aux parties négociantes l'acceptation ou le refus de la demande présentée par le médecin spécialiste.

2.7 Le médecin spécialiste dont la demande a été autorisée est admissible à recevoir une allocation de fin de carrière annuelle, payable sur une période de 5 ans, correspondant au pourcentage suivant de ses gains de pratique moyens au cours des trois années précédant la demande d'allocation de fin de carrière.

Première année	45 %	Quatrième année	45 %
Deuxième année	45 %	Cinquième année	20 %
Troisième année	45 %		

Les parties négociantes peuvent toutefois, dans certaines circonstances qu'elles déterminent, convenir avec le médecin d'un mode de versement différent.

Le montant payable au cours d'une année est réparti sur 26 périodes de deux semaines.

2.8 Les gains de pratique moyens du médecin spécialiste sont déterminés sur la base des données disponibles.

Afin de déterminer les gains de pratique moyens, on ne tient pas compte de la rémunération du médecin pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. De plus, les gains de pratique en cabinet privé sont réduits d'un pourcentage reflétant la composante technique. Ce pourcentage est de 30 % pour l'ensemble des médecins spécialistes, à l'exception des médecins spécialistes en radiologie et à l'égard des services de physiothérapie rendus par le médecin spécialiste en physiatrie, pour lesquels le pourcentage applicable est de 65 %.

On ne tient également pas compte de la part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle assumée par le médecin spécialiste de même que de l'indemnité de remplacement de revenu reçue par le médecin en vertu de l'Annexe 37. De plus, les gains de pratique moyens sont déterminés sans égard à l'application de l'Annexe 35.

On tient compte d'un maximum de gains de pratique de 150 000 $ par année.

2.9 Le médecin spécialiste dont la demande d'allocation de fin de carrière est autorisée doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminée par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage, notamment, à ne plus exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec ou d'un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, sous réserve des exceptions agréées par les parties négociantes.

Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, l'obligation pour le médecin de rembourser à la Régie le montant de l'allocation de fin de carrière qu'il a reçu et, également, de payer une pénalité équivalente à ce montant. Le montant de cette pénalité est versé au budget alloué pour le paiement d'allocation de fin de carrière.

2.10 L'allocation de fin de carrière prévue à la présente annexe est payable à compter de la date du 65ième anniversaire de naissance du médecin spécialiste, à moins que les parties négociantes et le médecin conviennent d'une date différente.

2.11 L'allocation de fin de carrière n'est pas payable au médecin spécialiste qui bénéficie d'une indemnité de remplacement de revenu ou d'une indemnité similaire en vertu d'une police d'assurance ou d'un programme quelconque.

2.12 L'allocation de fin de carrière n'est payable qu'au médecin spécialiste et cesse dans l'éventualité de son décès.

2.13 La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes comportant les informations appropriées pour procéder au versement de l'allocation de fin de carrière ou à sa cessation.

3. MESURES TRANSITOIRES

3.1 Afin de favoriser davantage l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins spécialistes, des mesures transitoires sont établies pour le médecin spécialiste qui satisfait aux conditions suivantes :

i) il est âgé de 65 ans ou plus au 1er juillet 1997;

ii) il exerce à cette date dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec; et

iii) ses gains de pratique au cours des deux trimestres précédant cette date sont d'au moins 5 000 $ par trimestre;

3.2 Ce médecin peut avoir droit au paiement d'une allocation de fin de carrière, selon les dispositions de l'article 2, dans la mesure où elle ne sont pas incompatibles avec les présentes.

3.3 La demande d'allocation de fin de carrière doit être présentée par le médecin spécialiste entre le 1er juillet et le 31 octobre 1997, à défaut de quoi cette demande ne peut être considérée.

3.4 Le pourcentage des gains de pratique moyens que peut recevoir ce médecin à titre d'allocation de fin de carrière de même que la période de versement de cette allocation varient selon l'âge du médecin à la date où l'allocation commence à être payable, tel que déterminé par le tableau suivant :

ÂGE	POURCENTAGE	PÉRIODE DE VERSEMENT				
		1re année	2e année	3e année	4e année	5e année
65	200 %	45 %	45 %	45 %	45 %	20 %
66	200 %	45 %	45 %	45 %	45 %	20 %
67	200 %	45 %	45 %	45 %	45 %	20 %
68	180 %	45 %	45 %	45 %	45 %	
69	160 %	45 %	45 %	45 %	25 %	
70 et plus	140 %	45 %	45 %	45 %	5 %	

3.5 L'allocation de fin de carrière payable au cours d'une année est répartie sur 26 périodes de deux semaines.

3.6 Le versement de l'allocation de fin de carrière débutera le 1er novembre 1997 à moins que les parties négociantes et le médecin conviennent d'une date différente.

4. MESURES EXCEPTIONNELLES

4.1 À titre exceptionnel, le médecin spécialiste admissible au paiement d'une indemnité de remplacement de revenu en vertu de l'annexe 37 et qui, à la date de son admissibilité, est âgé de 60 à 64 ans, peut demander le paiement d'une allocation de fin de carrière, aux conditions et selon les modalités prévues à l'article 2, non incompatibles avec les présentes.

4.2 La demande d'allocation de fin de carrière doit être présentée par le médecin spécialiste dans les trois mois suivant le changement d'oeuvre, la fusion ou la fermeture du centre hospitalier, du département ou du service dans lequel il exerçait.

4.3 L'allocation de fin de carrière commence à être payable un (1) mois après la date de remise au médecin, aux fins de signature, de l'engagement prévu à l'article 2.9.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

AVIS **:** *Dès que le comité conjoint informe la Régie qu'un médecin spécialiste a droit à l'allocation de fin de carrière, celle-ci est automatiquement versée au médecin aux deux semaines.*

ANNEXE 37.

CONCERNANT LES MESURES DE COMPENSATIONS MONÉTAIRES EN CAS DE CHANGEMENT D'OEUVRE, FUSION OU FERMETURE D'UN CENTRE HOSPITALIER, D'UN DÉPARTEMENT OU D'UN SERVICE.

1. APPLICATION ET ADMISSIBILITÉ

1.1 La présente annexe prévoit le paiement d'une indemnité de remplacement de revenu pour le médecin spécialiste affecté par le changement d'oeuvre, la fusion ou la fermeture du centre hospitalier, du département ou du service où il exerce.

1.2 Est admissible au paiement de l'indemnité prévue à la présente annexe, le médecin spécialiste qui, à la date du changement d'oeuvre, de la fusion ou de la fermeture du ou des centres hospitaliers où il exerce, satisfait aux conditions suivantes :

i) les gains de pratique de ce médecin, tirés de sa pratique hospitalière, au cours de l'année précédant le changement d'oeuvre, la fusion ou la fermeture d'un ou de plusieurs centres hospitaliers, proviennent principalement de sa pratique dans ce ou ces centres hospitaliers;

ii) les gains de pratique de ce médecin, tirés de sa pratique hospitalière dans ce ou ces centres hospitaliers, représentent, au cours de l'année précédant le changement d'oeuvre, la fusion ou la fermeture, plus de vingt pour cent (20 %) de l'ensemble de ses gains de pratique;

iii) ce médecin exerçait depuis plus d'un (1) an, dans ce ou ces centres hospitaliers;

iv) ce médecin ne peut obtenir une nomination dans un autre centre hospitalier.

2. DEMANDE D'INDEMNISATION

2.1 Le médecin spécialiste admissible peut présenter une demande d'indemnisation aux parties négociantes.

Cette demande doit être présentée au plus tard un (1) an après le changement d'oeuvre, la fusion ou la fermeture du centre hospitalier du département ou du service où il exerçait, à défaut de quoi cette demande ne sera pas considérée.

2.2 Les parties négociantes forment un comité conjoint aux fins de recevoir et d'analyser les demandes d'indemnisation présentées par les médecins spécialistes et de déterminer, le cas échéant, le montant de l'indemnité à être versé.

2.3 Le comité conjoint examine les demandes d'indemnisation en considérant, notamment, le budget global qui sera alloué au paiement d'indemnités de remplacement de revenus.

2.4 Le comité conjoint recommande aux parties négociantes l'acceptation ou le refus de la demande d'indemnisation présentée par le médecin spécialiste.

2.5 Le médecin spécialiste dont la demande d'indemnisation a été autorisée est admissible au paiement d'une indemnité de remplacement de revenu payable sous la forme d'un forfait quotidien pour chaque jour de disponibilité du médecin spécialiste depuis le changement d'oeuvre, la fusion ou la fermeture du centre hospitalier, du département ou du service où il exerçait jusqu'à concurrence de deux cent vingt-cinq (225) jours par année.

Le forfait quotidien est payable du lundi au vendredi seulement, à l'exception des jours fériés, au sens de la Règle 14.5 du Préambule général de l'Annexe 4.

2.6 Le montant du forfait quotidien pour un médecin spécialiste est déterminé de la façon suivante :

i) On détermine d'abord, sur la base des données alors disponibles, les gains de pratique moyens du médecin au cours des trois (3) années se terminant un an avant la date du changement d'oeuvre, de la fusion ou de la fermeture du centre hospitalier, du département ou du service où il exerçait.

On ne tient pas compte de la rémunération du médecin pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. De plus, les gains de pratique en cabinet privé sont réduits d'un pourcentage reflétant la composante technique. Ce pourcentage est de 30 % pour l'ensemble des médecins spécialistes, à l'exception des médecins spécialistes en radiologie et à l'égard des services de physiothérapie rendus par le médecin spécialiste en physiatrie, pour lesquels le pourcentage applicable est de 65 %.

On tient compte d'un maximum de gains de pratique de 150 000 $ par année.

ii) On détermine ensuite l'indemnité de remplacement de revenu selon un pourcentage des gains de pratique moyens variant en fonction de la date de mise en disponibilité du médecin spécialiste :

1re année	70 %	3e année	50 %
2e année	60 %	4e année	40 %

iii) On établit ensuite le montant du forfait quotidien en divisant l'indemnité déterminée au paragraphe ii) par 225.

2.7 Afin de recevoir le paiement du forfait quotidien, le médecin spécialiste doit également satisfaire aux conditions suivantes :

i) il doit être inscrit à la banque de remplacement établie par la Fédération pour sa spécialité et assurer une disponibilité pour effectuer du remplacement dans sa discipline sur le territoire québécois; ou

ii) Il doit suivre un programme de perfectionnement lorsque ce perfectionnement est requis pour assurer sa nomination dans un autre centre hospitalier. Le centre hospitalier fournit une attestation à cet effet au comité conjoint.

2.8 Le médecin qui réclame le paiement d'honoraires à la Régie au cours d'une journée ne peut demander le paiement du forfait quotidien pour cette journée.

De plus, le montant maximal payable à titre d'indemnité de remplacement de revenu au cours d'une année est modulé, de façon décroissante en fonction des gains de pratique du médecin spécialiste. Ainsi, les gains de pratique du médecin spécialiste au cours de l'année, ajustés, pour les gains de pratique en cabinets privés, de la façon prévue à l'article 3.2.3 de la partie 2 de l'Annexe 8 et, le cas échéant, par le premier alinéa de l'article 2 de la Lettre d'entente no 13, viennent réduire l'indemnité de remplacement de revenu maximale payable à ce médecin, pour cette année, d'un pourcentage équivalant à celui applicable pour cette année selon le paragraphe 2.6 (ii).

2.9 L'indemnité de remplacement de revenu cesse d'être payable dans les circonstances suivantes :

i) lorsqu'au cours des deux (2) premières années de paiement de l'indemnité, un poste devient disponible dans la spécialité du médecin spécialiste, dans un rayon de 100 km du centre hospitalier où ce médecin spécialiste tirait auparavant la majorité de ses gains de pratique hospitalière et que ce poste peut, de l'avis des parties négociantes, être comblé par ce médecin;

ii) lorsqu'au cours de la troisième ou quatrième année de paiement de l'indemnité, un poste devient disponible dans la spécialité du médecin spécialiste, dans l'ensemble du territoire québécois et que ce poste peut, de l'avis des parties négociantes, être comblé par ce médecin qui compte moins de 25 années de pratique;

iii) lorsque ce médecin obtient une nomination dans un autre centre hospitalier et commence à exercer dans ce centre hospitalier, sous réserve de l'application de l'article 3.1;

iv) lorsque quatre (4) années se sont écoulées depuis le changement d'oeuvre, la fusion ou la fermeture du centre hospitalier, du département ou du service où il exerçait;

v) lorsque ce médecin tire avantage des mesures prévues à l'annexe 36 de l'entente;

vi) lorsque ce médecin bénéficie d'une indemnité de remplacement de revenu ou d'une indemnité similaire en vertu d'une police d'assurance ou d'un programme quelconque; ou

vii) lors du décès du médecin.

2.10 La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes comportant les informations appropriées pour procéder au versement de l'indemnité ou à sa cessation.

3. INDEMNITÉS PROVISOIRES

3.1 Une indemnité de remplacement de revenu peut également être payable au médecin spécialiste qui, malgré qu'il ait obtenu une nomination dans un autre centre hospitalier, subit toujours, au cours des 6 mois suivant la date où il a commencé à exercer dans ce centre hospitalier, une diminution de ses gains de pratique.

3.2 La demande d'indemnisation doit être présentée par le médecin spécialiste dans les 4 mois après la fin de la période de 6 mois suivant la date où il a commencé à exercer dans ce centre hospitalier.

3.3 Le comité conjoint examine la demande d'indemnisation du médecin spécialiste en considérant, notamment, les gains de pratique du médecin au cours de cette première période de 6 mois, le niveau d'activités du médecin spécialiste et les gains de pratique probables du médecin pour le reste de l'année.

3.4 Le comité conjoint recommande aux parties négociantes l'acceptation ou le refus de la demande d'indemnisation présentée par le médecin spécialiste.

3.5 Le médecin spécialiste dont la demande est autorisée reçoit le paiement d'une indemnité de remplacement de revenu équivalant à la somme nécessaire afin que ses gains de pratique, pour la période de 6 mois suivant la date où il a commencé à exercer dans un nouveau centre hospitalier, équivalent à l'indemnité de remplacement de revenu à laquelle il aurait eu droit pour cette période de 6 mois, s'il n'avait pas obtenu une nomination dans ce centre hospitalier.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ANNEXE 38.

CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

Voir la Brochure nº 5 du Manuel des médecins spécialistes.

ANNEXE 39.

ENTENTE AUXILIAIRE
CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE PLASTIQUE DANS LES UNITÉS DE GRANDS BRULÉS EN CENTRE HOSPITALIER.

Cette entente établit la tarification pour les soins dispensés par le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique dans une unité de grands brûlés désignée par les parties négociantes. Elle est applicable du lundi au dimanche incluant les jours fériés.

On ne peut s'en prévaloir pour le paiement d'autres activités professionnelles.

Toutefois, elle ne s'applique pas aux urgences auxquelles le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique répond à l'égard de tout patient de l'établissement pour une raison autre qu'une brûlure. Elle ne s'applique pas non plus aux prélèvements de peau sur cadavre.

1. DÉFINITION DE L'UNITÉ DE GRANDS BRÛLÉS

Par unité de grands brûlés, on inclut tous les lieux de prestation de soins (clinique externe, urgence, salle d'opération, etc.) situés dans un centre hospitalier désigné pour traiter des brûlés selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.

2. TARIFICATION FORFAITAIRE

Tout médecin spécialiste classé en chirurgie plastique qui est responsable des soins chirurgicaux de tous les patients dans une unité de grands brûlés est payé suivant une tarification forfaitaire comprenant :

le forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité;

le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient.

Ce médecin doit toutefois être désigné par les parties négociantes.

Est constitué un comité paritaire composé de représentants du Ministre et de la Fédération, auquel sont déférées pour recommandation toutes les demandes de désignation.

Le comité examine la demande de désignation en considérant les qualifications du ou des médecins qui prendraient charge de l'unité, le nombre d'effectifs devant assumer une présence dans l'unité, le type d'organisation de l'unité, le taux d'occupation des lits de l'unité et tout autre critère qu'il estime approprié compte tenu des dispositions du Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves

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

2.1 Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité

Ce forfait rémunère toutes les activités professionnelles du médecin spécialiste classé en chirurgie plastique assurant un continuum de soins et de services aux personnes victimes de brûlures graves.

Ce forfait comprend la disponibilité immédiate du médecin au cours de la période se situant entre 7 h et 7 h le lendemain, dont une présence de huit heures entre 7 h et 17 h.

Un seul forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité peut être payé par période de 24 heures, soit de 7 h à 7 h.

2.2 Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient

Ce forfait s'applique à chaque patient vu dans le cadre des activités professionnelles de l'unité. Il rémunère les activités reliées à l'admission d'un patient dans l'unité de grands brûlés, le suivi décisionnel quotidien et la visite concernant le congé de l'hospitalisation.

Seul le médecin qui réclame le forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité peut réclamer le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient.

Un seul forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient est payable par période de 24 heures.

Le forfait est payable dès lors que le patient séjourne à un moment quelconque dans l'unité de grands brûlés entre 7 h et 7 h le lendemain.

2.3 Limitation

La tarification forfaitaire prévue en vertu des présentes exclut tout autre mode de rémunération, sauf si autrement prévu à la présente annexe. Le médecin qui réclame le paiement de ce forfait au cours d'une journée ne peut toucher aucune autre rémunération de la Régie au cours de cette journée, à l'exception des urgences auxquelles il répond pour une raison autre qu'une brûlure et des services médico-administratifs suivants visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail : codes **09907**, **09908**, **09914**, **09915**, **09916**, **09926**, **09927**, **09928**, **09929**, **09930** et **09971**.

AVIS : *Pour le médecin spécialiste rémunéré au mode mixte, utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé pendant la période où un forfait dans une unité de grands brûlés est réclamé** *pour tous les services facturés le même jour.*

Voir l'article 15.2 v. de l'Annexe 38.

Si requis, utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence pour une raison autre qu'une brûlure**.

Par ailleurs, durant le séjour d'un patient dans une unité de soins de grands brûlés pour lequel le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient s'applique, aucun autre médecin de la même discipline que celui qui reçoit le forfait ne peut recevoir d'honoraires pour des services à l'égard de ce patient.

Toutefois, si durant le séjour d'un patient à l'unité de soins de grands brûlés, un autre médecin de la même discipline que celui qui reçoit le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient est demandé en assistance pour un acte chirurgical, il est alors rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 1 de l'Annexe 15.

AVIS : *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire* :

*- le code de facturation **01022**;*

- la durée d'assistance.

Le rôle 1 est obligatoire.

Le tarif de l'assistance est de 130 $ de l'heure.

2.4 Tarifs anesthésiologiques

Le médecin anesthésiologiste qui effectue une intervention auprès d'un patient d'une unité de grands brûlés demeure rémunéré selon les dispositions applicables de l'Entente, à l'exception des unités de base, lesquelles sont établies selon la durée de l'intervention, tel que déterminé au tableau en annexe.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27e jour de septembre 2004.

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

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

ANNEXE

TABLEAU DE LA TARIFICATION DES FORFAITS DANS LES UNITÉS DE GRANDS BRÛLÉS

1. FORFAIT QUOTIDIEN D'ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE L'UNITÉ		**$**
19053	Forfait de 24 heures	1 267

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.
Inscrire l'heure de début du service.
Le rôle 1 est obligatoire.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2. FORFAIT QUOTIDIEN DE RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE D'UN PATIENT		
15016	Par patient hospitalisé ou vu à la salle d'urgence	106
15017	Par patient vu à la clinique externe	53

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.
Inscrire l'heure de début du service.
Le rôle 1 est obligatoire.

3. TARIFS ANESTHÉSIOLOGIQUES		
18007	1 heure et moins	10 unités
18008	1 heure à 2 heures	15 unités
18009	2 heures à 4 heures	18 unités
18010	4 heures et plus	21 unités

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.
Le rôle 2 est obligatoire.

ANNEXE 40.

CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE EN MÉDECINE D'URGENCE

Voir la Brochure nº 5 du Manuel des médecins spécialistes.

ANNEXE 41

ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LES CENTRES DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

1. OBJET

1.1 Cette entente vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales accomplies dans un centre de douleur chronique par le médecin spécialiste détenant des privilèges et obligations en médecine de la douleur dans une installation. Les centres de douleur chronique sont désignés par les parties négociantes qui en avisent la Régie. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

AVIS **:** *Pour chaque médecin spécialiste concerné, l'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire* Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique - Médecins spécialistes *(4575) en précisant la période couverte.*

AVIS **:** *La liste des établissements désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Les activités médicales comprennent les activités cliniques, le travail en équipe multidisciplinaire et les activités d'enseignement. Les activités d'enseignement excluent celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.
Lorsque les circonstances déterminées par les parties négociantes le justifient, les parties peuvent permettre la désignation dans un milieu ayant conclu une entente en vertu de l'article 108 de la LSSSS. Alors seuls les PDT prévus à l'article 2.2.2, le forfait d'activités professionnelles prévu à l'article 2.1 et les visites de suivi 09259 et 09260 sont payables.

2. RÉMUNÉRATION

2.1 Forfait d'activités professionnelles

Le médecin visé à la présente Annexe est rémunéré selon un mode forfaitaire exclusif.
Ce mode forfaitaire s'applique pour chaque période d'activités minimale de trois heures et demie consécutives, entre 7h et 17h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. Le médecin qui réclame le paiement du forfait prévu à la présente annexe ne peut toucher aucune autre rémunération pendant ces périodes, sauf les services et activités prévus à l'article 2.2. Il ne peut également toucher aucune autre rémunération à l'égard des patients pour lesquels il réclame un des actes visés à l'article 2.2 pour toute la période entre 7h et 17h :

42295 Forfait de participation à la clinique de douleur chronique
Maximum de 2 montants forfaitaires d'activités professionnelles, par médecin, par jour, par installation 372 $

AVIS **:** *Pour le code de facturation **42295** à la clinique de douleur chronique, utiliser :*
*-une seule ligne de facture lorsque la participation du médecin est effectuée **en continu** au cours de la journée;*
*-des lignes de facture distinctes lorsque la participation du médecin est effectuée **en discontinu** au cours de la journée.*
Le rôle 1 est obligatoire pour ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de tous les services et activités prévus à l'Annexe 41.*
*Préciser le secteur d'activité **Centre de douleur chronique** pour tous les services et activités prévus à l'Annexe 41.*
Inscrire l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée que ceux de l'Annexe 41.

2.2 Autres modalités de rémunération

2.2.1 En plus de la rémunération prévue à l'article 2.1, le médecin visé à la présente Annexe peut également facturer les services suivants pendant la plage horaire visée par le forfait de participation :

Rencontre et prise en charge initiale d'un patient avec douleur chronique

09257	Durée minimale de 45 jusqu'à 90 minutes	210 $
09258	Durée de plus de 90 minutes	280 $

Visite de suivi d'un patient à la clinique de douleur chronique

09259	Durée minimale de 15 jusqu'à 45 minutes	70 $
09260	Durée de plus de 45 minutes	140 $

Le médecin ne peut facturer une rencontre de prise en charge et une visite de suivi le même jour pour un même patient.

Le code 09257 ne peut être facturé moins de 24 mois suivant la dernière visite d'un patient pour un même problème, par le même médecin, à la même clinique.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Prise en charge d'un patient avec douleur chronique en raison d'un problème différent**.

Le code 09258 ne peut être facturé moins de 24 mois suivant la dernière visite d'un patient pour un même problème à la même clinique.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Prise en charge d'un patient avec douleur chronique en raison d'un problème différent**.

Lorsque l'avis d'un autre médecin est requis dans un cas complexe ou demandant une expertise particulière le code suivant s'applique :

09261	Consultation à la demande d'un autre médecin de la clinique pour un cas complexe ou demandant une expertise particulière	210 $

AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, indiquer :*
- le type de référence du professionnel en référence **Professionnel référent***;*
- son numéro de professionnel ou son prénom, son nom et sa profession.

La durée prévue pour les actes 09259 et 09257, n'inclut pas le temps de réalisation des actes de l'article 2.2.2 ni la surveillance réalisée par le personnel de la clinique autre que le médecin traitant auprès d'un patient. Le temps cumulé des actes 09259, 09260, 09257, 09258, 09261 et des PDT prévus à l'article 2.2.2 ne peut dépasser le temps total inscrit pour les actes 42295. De plus aucun chevauchement des temps n'est permis entre les codes 09259, 09260, 09257, 09258, 09261 et les PDT de l'article 2.2.2.

2.2.2 Les procédés diagnostiques et thérapeutiques suivants peuvent être facturés en sus des codes d'acte 09257 et 09259 :

20031	**Bloc nerf splanchnique, plexus coeliaque ou plexus hypogastrique**	
	Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique sous fluoroscopie, tomodensitométrie ou échographie	210 $
	20282 - avec neurolyse supplément	140 $
20032	**Bloc chaîne sympathique thoracique ou lombaire**	
	Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique sous fluoroscopie ou tomodensitométrie d'une chaîne sympathique thoracique ou lombaire par approche paravertébrale (unilatéral ou bilatéral)	140 $
	20283 - avec neurolyse supplément	140 $
20284	**Bloc ganglion Impar**	
	Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique sous fluoroscopie, tomodensitométrie ou échographie	70 $
	20285 - avec neurolyse supplément	140 $
20033	**Épidurale foraminale lombaire ou sacrée**	
	Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique : infiltration dans le foramen sous fluoroscopie, tomodensitométrie ou échographie	
	Une racine ou plus	70 $
20034	**Épidurale foraminale cervicale ou thoracique**	
	Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique : infiltration dans le foramen sous fluoroscopie ou tomodensitométrie	
	Une racine ou plus	210 $
20286	**Bloc racine nerveuse thoracique ou cervicale**	
	Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique : infiltration à l'extérieur du foramen (latérale au foramen) sous fluoroscopie, tomodensitométrie ou échographie	
	Une racine ou plus	140 $
20035	**Cyphoplastie ou Vertébroplastie**	
	Sous fluoroscopie ou tomodensitométrie, vertébroplastie percutanée, incluant l'injection de substance de contraste et l'injection de ciment	
	Un ou plusieurs niveaux	280 $
20077	**Épidurale cervicale**	
	Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique; infiltration péridurale cervicale par approche interlaminaire, médiane ou paramédiane, sous fluoroscopie ou tomodensitométrie	140 $
20287	**Rhizotomie percutanée branche médiane cervicale**	
	Neurolyse par radiofréquence* de branche médiane cervicale sous fluoroscopie, un ou plusieurs niveau(x), unilatéral ou bilatéral	
	Toutes voies d'approche	280 $
07101	**Rhizotomie percutanée branche médiane thoracique ou lombaire**	
	Neurolyse par radiofréquence* de branche médiane thoracique ou lombaire sous fluoroscopie, un ou plusieurs niveau(x) , unilatéral ou bilatéral	
	Toutes voies d'approche	210 $
20288	**Rhizotomie percutanée pour dénervation de l'articulation sacro-iliaque**	
	Neurolyse par radiofréquence* multiniveaux de branches médianes lombaires et sacrées, sous fluoroscopie, pour dénervation de l'articulation sacro-iliaque, unilatéral ou bilatéral	
	Toutes voies d'approche	280 $
07102	**Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion**	
	Implantation d'électrodes percutanées ou cathéter intrathécal	280 $

07103	**Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion**	
	Implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	350 $
20078	**Neurostimulateur ou pompe à perfusion implantée**	
	Changement de pile	280 $
20079	**Neurostimulateur ou pompe à perfusion implantée**	
	Retrait d'un neurostimulateur ou d'une pompe à perfusion implantée, incluant les électrodes	280 $
20289	**Lyse d'adhérence épidurale lombaire**	
	Sous fluoroscopie, insertion d'un cathéter péridural par approche caudale et positionnement de ce cathéter dans la zone d'adhérence péridurale ou foraminale lombaire, incluant les injections (solutions de contraste, solutions de cortisone, solutions analgésiques et solutions lytiques)	210 $
20290	**Dénervation sensitive du genou**	
	Sous fluoroscopie ou échographie, neurolyse par radiofréquence *, des branches nerveuses terminales sensitives du genou (nerf géniculaire) dans les 3 quadrants suivants : supéro-latéral, supéro-médial et inféro-médial	210 $
20291	**Neurolyse d'un nerf périphérique**	
	Sous fluoroscopie, échographie ou tomodensitométrie, destruction nerveuse par alcoolisation, phénolisation ou thermofréquence* d'un nerf majeur. Les nerfs majeurs sont les suivants : grand occipital, médian, radial, cubital, musculo-cutané, intercostal, obturateur, ilio-inguinal, ilio-hypogastrique, génito-fémoral, sciatique , sciatique poplité externe, fémoral, fémoro-cutané, saphène, tibial postérieur, sural	140 $

**** Lorsque la radiofréquence ou thermofréquence est appliquée pour effectuer la neurolyse, la température doit être supérieure à 44 degrés Celsius pendant un minimum de 5 minutes ou supérieure à 48 degrés Celsius pendant un minimum de 80 secondes*.**

2.2.3 Le médecin a droit, en plus des modalités visées à la présente annexe, aux suppléments d'honoraires pour les services médicaux suivants :

2.2.3.1 à **100 % :**

- les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (Annexe 24 de l'Entente).

2.2.3.2 à **50 % :**

- les activités médico-administratives accomplies en vertu du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé.

AVIS **:** *Pour les activités réalisées pendant la période où le forfait de participation à la clinique de douleur chronique s'applique, utiliser:*

- *la nature de service **251**XXX;*
- *le secteur de dispensation **12***

- les activités accomplies en vertu du Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins spécialiste participant au conseil numérique.
- les réunions cliniques multidisciplinaires.
- les activités d'enseignement accomplies en vertu de la partie II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation du Protocole relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement.

AVIS **:** *Pour les activités réalisées pendant la période où le forfait de participation à la clinique de douleur chronique s'applique, utiliser:*

- *la nature de service* ***253XXX;***
- *le secteur de dispensation* ***12***

3. Entrée en vigueur

3.1 La présente entente remplace l'Annexe 41 signée en 2008 et ses amendements, le cas échéant.

3.2 La Régie de l'assurance maladie du Québec donne suite aux avis transmis par les parties négociantes en permettant l'application des mesures prévues à la présente annexe.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____2024.

_____	_____
CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE 42.

ENTENTE CONCERNANT L'INSTAURATION DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION PARTICULIÈRES AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES RÉPONDANTS EN PSYCHIATRIE

Cette entente établit les modalités de rémunération du médecin qui assume la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie pour le territoire d'un établissement désigné.

Elle établit également des modalités de rémunération pour les médecins psychiatres du territoire qui participent à l'offre de service en santé mentale et en psychiatrie dans ce territoire.

On ne peut se prévaloir de la présente entente pour la rémunération d'autres activités professionnelles.

1. MÉDECIN SPÉCIALISTE RÉPONDANT EN PSYCHIATRIE

1.1 La fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie est celle qui, dans le cadre d'une organisation structurée des services en santé mentale et en psychiatrie établie localement ou régionalement dans le territoire d'un établissement, consiste à soutenir les services de 1re ligne en santé mentale et en psychiatrie de façon à répondre aux besoins de la population de ce territoire. Elle s'applique soit pour la clientèle adulte, soit pour la clientèle jeunesse.

2. ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

2.1 On distingue les activités du médecin spécialiste répondant en psychiatrie selon les fonctions assumées par celui-ci dans le territoire.

2.1.1 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien à l'équipe de santé mentale pour adultes

Le médecin qui agit à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie pour la clientèle adulte d'un établissement assume les fonctions suivantes au cours de la période de 8 h à 17 h, du lundi au vendredi :

- Son rôle consiste principalement à soutenir les membres de l'équipe de santé mentale par des discussions de cas. Le médecin spécialiste répondant en psychiatrie peut décider de la nécessité d'évaluer le patient avec les membres de l'équipe après sa rencontre avec l'équipe de santé mentale.

Le soutien auprès de l'équipe de l'établissement ou les équipes des points de service de l'établissement s'effectue par la présence sur place du médecin spécialiste en psychiatrie. Cette présence doit être d'un minimum de 120 minutes.

Par point de service, on entend chaque centre d'un établissement où il y a une équipe de santé mentale en place.

Quand il n'est pas sur place, son rôle consiste à donner suite aux demandes de consultation provenant des membres de l'équipe de santé mentale ou de l'intervenant du guichet d'accès, tout en maintenant ses activités cliniques, et ce, selon la modalité prévue à l'article 4.2 de la présente annexe.

2.1.2 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien à l'équipe de santé mentale pour les jeunes

Le médecin qui agit à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie pour la clientèle jeunesse d'un établissement ou d'un Centre jeunesse assume les fonctions suivantes au cours de la période de 8 h à 17 h, du lundi au vendredi :

- Son rôle consiste principalement à soutenir les membres de l'équipe de santé mentale par des discussions de cas. Le médecin spécialiste répondant en psychiatrie peut décider de la nécessité d'évaluer le patient avec les membres de l'équipe à la suite de sa rencontre avec l'équipe.

Le soutien auprès de l'équipe de l'établissement ou du Centre jeunesse s'effectue par la présence sur place du médecin spécialiste en psychiatrie. Cette présence doit être d'un minimum de 120 minutes.
Quand il n'est pas sur place son rôle consiste aussi à donner suite aux demandes de consultation pour la clientèle jeunesse et provenant des membres de l'équipe de santé mentale ou de l'intervenant du guichet d'accès, tout en maintenant ses activités cliniques, et ce, selon la modalité prévue à l'article 4.2 de la présente annexe.

2.1.3 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique pour les adultes

***Abrogé en date du 1er octobre 2021 par la* Modification 98**

Si l'organisation des services en santé mentale du territoire le prévoit, le médecin qui agit à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique pour les adultes assume les fonctions suivantes au cours de la période de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi :

• Il assure une disponibilité de garde téléphonique pour les médecins du territoire de l'établissement;

• Il donne suite à leur demande de consultation téléphonique, tout en maintenant des activités cliniques.

2.1.4 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique pour les jeunes

***Abrogé en date du 1er octobre 2021 par la* Modification 98**

Si l'organisation des services en santé mentale du territoire le prévoit, le médecin qui agit à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique pour les jeunes assume les fonctions suivantes au cours de la période de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi :

• Il assure une disponibilité de garde téléphonique pour les médecins du territoire de l'établissement;

• Il donne suite à leur demande de consultation téléphonique, tout en maintenant des activités cliniques.

2.1.5 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien aux cabinets de médecins du territoire

Dans certains territoires, les activités de soutien prévues aux articles 2.1.1 et 2.1.2 peuvent également s'étendre à une présence sur place auprès des médecins des cabinets, groupes de médecins de famille et cliniques réseau du territoire desservi par l'établissement visé, lorsque l'organisation des services dans ce territoire le prévoit et que l'établissement et les médecins psychiatres impliqués le demandent.

Le soutien au cabinet s'effectue par la présence sur place du médecin spécialiste en psychiatrie. Cette présence doit être d'un minimum de 120 minutes continues. Une autorisation spécifique des parties négociantes est toutefois requise.

2.1.6 Médecins psychiatres consultants

En plus des activités offertes par le médecin spécialiste répondant en psychiatrie, tout médecin psychiatre du territoire de l'établissement visé peut être appelé à répondre à une demande de consultation provenant d'un médecin de l'équipe de santé mentale de l'établissement, de l'intervenant du guichet d'accès ou de tout autre médecin, et ce, selon la modalité prévue à l'article 4.2. de la présente annexe.

2.1.7 Le nombre de médecins agissant à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie pour un territoire et un établissement donnés est déterminé par les parties négociantes en fonction notamment du volume d'activités en santé mentale et en psychiatrie et du nombre d'habitants du territoire desservi par l'établissement visé.

3. DÉSIGNATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES RÉPONDANTS EN PSYCHIATRIE

3.1 Toute demande d'autorisation de paiement en vertu de la présente entente est transmise par l'administration de l'établissement à la demande du département de psychiatrie. La demande indique si elle vise le milieu adulte ou jeunesse. Elle fait état des médecins exerçant dans le département et souhaitant être reconnus à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie ainsi que du nombre d'heures global annuel à leur être attribué pour la rémunération des activités visées à la présente entente.

3.2 Les parties négociantes forment un comité conjoint aux fins de recevoir et d'analyser les demandes d'autorisation de paiement suivant le mode de rémunération prévu à la présente entente.

3.3 Le comité analyse les demandes d'autorisation de paiement en considérant notamment l'établissement visé, le cadre d'organisation des services en santé mentale et en psychiatrie dans le territoire de l'établissement, les besoins exprimés par les médecins de 1re ligne, les médecins qui souhaitent agir à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie, le nombre d'heures global demandé et tous autres critères pouvant être déterminés par les parties négociantes.

3.4 Le comité prend également en considération si l'organisation des services en santé mentale et en psychiatrie du territoire de l'établissement prévoit un guichet d'accès aux services en santé mentale (GASM), la constitution d'une équipe de santé mentale pour adultes et, le cas échéant, pour les jeunes, la présence d'un module d'évaluation liaison et de services de liaison et la reconnaissance et le soutien de la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie, tel que prévu à la présente entente.

3.5 Le comité recommande aux parties négociantes l'acceptation ou le refus de la demande d'autorisation de paiement suivant le mode de rémunération prévu à la présente entente.

L'avis d'autorisation comporte l'information nécessaire à l'application de la présente entente dont l'identification de l'établissement et du territoire visés, la date du début d'application, le nom des médecins psychiatres désignés, les fonctions visées ainsi que le nombre d'heures global payable.

3.6 L'autorisation de paiement est valide pour une période d'un an et est renouvelée à son échéance.

AVIS **:** *La période d'un an est calculée du 1er juillet au 30 juin de l'année suivante.*

3.7 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente entente.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.1 Pour les activités de soutien visées aux articles 2.1.1, 2.1.2 et, le cas échéant à l'article 2.1.5, le médecin spécialiste en psychiatrie est rémunéré selon une tarification horaire, laquelle s'applique du lundi au vendredi pour une période de service continu de 120 minutes et pour un maximum de 7 heures par jour. La dernière heure s'applique au prorata, par période de 15 minutes continues et complétées.

Le tarif applicable est de 300 $ l'heure.
Des frais de déplacements ne peuvent être facturés en sus et le temps de déplacement, le cas échéant, est rémunéré selon les modalités et conditions de l'Annexe 23.
Le médecin qui réclame le paiement de la tarification horaire ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires de la Régie au cours de la même période.

Les heures d'activités effectuées au cours d'une demi-journée ne peuvent être considérées pour les fins du calcul des *per diem* ou demi- *per diem* payables en vertu du mode de rémunération mixte.

Pour le reste de la journée où il n'est pas présent au sein de l'équipe de santé mentale, le médecin psychiatre conserve son mode de rémunération habituel. Il a aussi droit à la consultation prévue à l'article 4.2, le cas échéant.

98013	Soutien à l'équipe de santé mentale pour les adultes, par heure	300,00 $
98014	Soutien à l'équipe de santé mentale pour les jeunes, par heure	300,00 $
98018	Soutien aux cabinets de médecins du territoire pour les adultes, par heure	300,00 $
98019	Soutien aux cabinets de médecins du territoire pour les jeunes, par heure	300,00 $

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.
Le rôle 1 est obligatoire pour ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Inscrire :
- l'heure de début et de fin du forfait d'activité de soutien;
- le numéro d'établissement ou du cabinet désigné où le forfait de soutien est effectué.
Inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'un forfait d'activité de soutien.

AVIS : *La liste des établissements désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

AVIS **:** *Le médecin psychiatre autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte doit utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé pendant la période où un forfait de soutien en psychiatrie est réclamé** *pour tous les services facturés au cours de la période pour laquelle un montant forfaitaire est réclamé (Brochure 5 - Annexe 38, voir l'article 15.2 vii).*

4.2 Pour les activités de consultations visées aux articles 2.1.1 à 2.1.6, le médecin psychiatre a droit à une rémunération de 125 $ par consultation..

Le médecin qui réclame ce tarif doit toutefois remettre un rapport de consultation au médecin qui a demandé la consultation ou à l'intervenant du guichet d'accès. Cette consultation implique une recommandation pour un cas soumis au médecin, sans contact direct avec le patient concerné.

98017	Consultation et rapport	125 $

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel répondant ou son prénom, son nom et sa profession.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement ou du cabinet à partir duquel le médecin psychiatre pratique.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu duquel origine la consultation à distance***;*

- le numéro de l'établissement ou du cabinet pour lequel la consultation est requise.

4.3 Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, la rémunération prévue à l'article 4.2 est payable selon un supplément d'honoraires de 60 %.

5. LIMITATION

5.1 Aux fins de la rémunération des activités de soutien visées aux articles 2.1.1, 2.1.2 et, le cas échéant, à l'article 2.1.5, un nombre global d'heures annuel est autorisé pour chaque territoire desservi par un établissement désigné. Ce nombre est établi en fonction de la population desservie par l'établissement:

- 4 heures de service en soutien pour la population adulte par 57 000 habitants
- 4 heures de service en soutien pour la population âgée de moins de 18 ans et ce, par 57 000 personnes âgées de moins de 18 ans.

Ces heures sont ensuite distribuées en fonction du plan d'organisation clinique pour prévoir les différentes trajectoires en santé mentale du volume d'activités en santé mentale et en psychiatrie et du nombre de médecins psychiatres présents sur ce territoire. La direction de santé mentale du territoire répartit en collaboration avec le chef de département du territoire de l'établissement visé, les heures de travail dans les milieux touchés par les articles 2.1.1, 2.1.2 et 2.1.5.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce___jour de _____ 2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE 43.

CONCERNANT L'INSTAURATION D'UN PROGRAMME DE CONGÉ PARENTAL POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

1. OBJET

La présente entente a pour objet la mise en place d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes admissibles qui exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec.

Le programme de congé parental des médecins spécialistes comprend un congé de maternité, un congé de paternité ou congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant, un congé d'adoption et un congé pour projet de grossesse pour autrui.

Le programme de congé parental ne s'applique pas au médecin spécialiste qui est rémunéré en vertu de l'Annexe 16 de l'Accord-cadre. Également, il ne s'applique pas au médecin détenant une carte de stage valide de niveau R5 ou plus.

2. ADMISSIBILITÉ

Le programme de congé parental s'applique au médecin spécialiste qui, au cours des douze (12) mois qui précèdent le début du congé, a exercé pendant une période minimale de dix (10) semaines comme médecin spécialiste dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, pour des services dispensés au Québec.

3. LE CONGÉ DE MATERNITÉ

3.1 Le congé de maternité s'applique au médecin qui a accouché ou prévoit accoucher d'un enfant au cours de la période d'application du présent programme.

Le médecin qui subit une interruption de grossesse, incluant l'interruption de grossesse spontanée, volontaire ou médicale ainsi que la situation de mortinaissance ou d'un enfant mort-né, postérieure à la dix-neuvième (19^{e}) semaine de grossesse a également droit au congé de maternité.

3.2 La durée du congé de maternité est d'un maximum de douze (12) semaines qui, sous réserve de l'article 3.3, doivent être consécutives.

La répartition du congé de maternité, avant ou après l'accouchement, appartient au médecin. Cette répartition doit, toutefois, débuter un dimanche et se terminer un samedi, comprendre le jour de l'accouchement ou, exceptionnellement, commencer le dimanche suivant l'accouchement. De plus, dans le cas d'une interruption de grossesse, la période de 12 semaines doit se terminer au plus tard 20 semaines après la semaine où survient l'interruption de grossesse.

3.3 Le médecin qui est suffisamment rétabli de son accouchement a droit à un congé de maternité discontinu lorsque son enfant n'est pas en mesure de quitter l'établissement de santé ou lorsqu'il est hospitalisé dans les quinze (15) jours de sa naissance. Le congé ne peut être discontinué qu'une (1) seule fois et il doit être complété lorsque l'enfant intègre la résidence familiale.

4. CONGÉ DE PATERNITÉ OU CONGÉ EXCLUSIF AU PARENT QUI N'A PAS DONNÉ NAISSANCE À L'ENFANT

4.1 Le congé de paternité ou le congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant s'applique au médecin qui est le parent d'un enfant né au cours de la période d'application du présent programme et n'a pas donné naissance à cet enfant.

Le congé de paternité ou le congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant ne s'applique pas au médecin qui bénéficie du congé d'adoption prévu à l'article 5 ou du congé pour projet de grossesse pour autrui prévu à l'article 6.
Il ne s'applique pas non plus au médecin qui a accepté de fournir son matériel reproductif à titre de tiers sans être partie à un projet parental.
4.2 Le congé de paternité ou le congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant est d'une durée de six (6) semaines.

5. LE CONGÉ D'ADOPTION

5.1 Le congé d'adoption s'applique au médecin qui a adopté ou prévoit adopter un enfant au cours de la période d'application du présent programme. Il ne s'applique toutefois pas à l'égard de l'adoption de l'enfant du conjoint du médecin.

On entend par conjoint, les personnes :

a) qui sont mariées ou unies civilement et cohabitent;

b) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;

c) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement depuis au moins un (1) an.

5.2 La durée du congé pour adoption est d'un maximum de six (6) semaines qui doivent être consécutives.

La répartition du congé, avant ou après la prise en charge effective de l'enfant, appartient au médecin. Cette répartition doit, toutefois, débuter un dimanche et se terminer un samedi, comprendre le jour de la prise en charge effective ou, exceptionnellement, commencer le dimanche suivant la prise en charge.

5.3 Dans le cas d'un congé d'adoption, lorsque les deux parents peuvent bénéficier des dispositions prévues à la présente annexe, chaque parent peut prendre la période de congé mentionné à l'article 5.2, et la somme des deux périodes peut être répartie entre eux selon les modalités qu'ils fixent. Ils en informent toutefois le comité conjoint.

6. CONGÉ POUR PROJET DE GROSSESSE POUR AUTRUI

6.1 Un projet de grossesse pour autrui se définit comme étant un projet parental qui se forme dès lors qu'un médecin seul ou des parents, dont l'un ou les deux sont médecins spécialistes et domiciliés au Québec, ont décidé, afin d'avoir un enfant, de recourir à une femme ou à une personne qui n'est pas partie au projet parental pour donner naissance à cet enfant.
6.2 Le congé pour projet de grossesse pour autrui s'applique au médecin partie à un projet de grossesse pour autrui dont l'enfant naît ou est prévu naître au cours de la période d'application du présent programme.
6.3 La durée du congé pour projet de grossesse pour autrui est d'un maximum de six (6) semaines qui doivent être consécutives.
La répartition du congé, avant ou après la prise en charge effective de l'enfant, appartient au médecin. Cette répartition doit, toutefois, débuter un dimanche et se terminer un samedi, comprendre le jour de la prise en charge effective ou, exceptionnellement, commencer le dimanche suivant la prise en charge.
6.4 Dans le cas d'un congé pour projet de grossesse pour autrui, lorsque les deux parents peuvent bénéficier des dispositions prévues à la présente annexe, chaque parent peut prendre la période de congé mentionnée à l'article 6.3, et la somme des deux périodes peut être répartie entre eux selon les modalités qu'ils fixent. Ils en informent toutefois le comité conjoint.

6.5 Les parties conviennent que les modalités prévues à l'article 6 ne s'appliquent qu'à l'égard d'une naissance issue d'un projet de grossesse pour autrui survenue à compter du 6 mars 2024, sauf s'il est démontré que la grossesse a débuté après le 5 juin 2023.

7. ALLOCATION PAYABLE DURANT LE CONGÉ

7.1 Pendant la période du congé de maternité, de paternité ou de congé exclusif au parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant, d'adoption ou de projet de grossesse pour autui, le médecin a droit à une allocation hebdomadaire de base équivalente à soixante-sept pour cent (67 %) de ses gains de pratique moyens hebdomadaires.

L'allocation hebdomadaire maximale est de 3 000 $.

7.2 Pour le médecin spécialiste ayant une pratique active en cabinet privé, s'ajoute également une allocation hebdomadaire additionnelle équivalente à trente-trois pour cent (33 %) de ses gains de pratique moyens hebdomadaires en cabinet. Un médecin n'est considéré en pratique active en cabinet privé que s'il satisfait aux critères de gains de pratique minimums déterminés de temps à autre par les parties négociantes aux fins de l'application de ce programme.

L'allocation hebdomadaire maximale est de 1 500 $.

7.3 Les gains de pratique moyens hebdomadaires sont calculés en tenant compte des gains de pratique du médecin sur la période des douze (12) derniers mois pour lesquels les données sont disponibles. Les gains de pratique sont déterminés selon la définition prévue à l'Annexe 8. On ne tient toutefois pas compte de la rémunération du médecin pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les gains de pratique moyens hebdomadaires sont déterminés en divisant par quarante-quatre (44) les gains de pratique du médecin de ces douze (12) mois. Pour le médecin n'ayant pas de gains de pratique sur toute une période de douze (12) mois, ses gains de pratique hebdomadaire moyens sont déterminés de la façon prévue par le comité conjoint.

7.4 Durant une suspension du congé de maternité en vertu de l'article 3.3, le médecin spécialiste n'a droit à aucune allocation. Lors de la reprise du congé, la Régie ne verse au médecin spécialiste que l'allocation à laquelle elle aurait droit si elle n'avait pas discontinué son congé.

7.5 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 l'allocation hebdomadaire versée à un médecin spécialiste en vertu de la présente annexe.

8. MAINTIEN DE CERTAINES PRIMES ET AVANTAGES

8.1 Durant la période pendant laquelle il reçoit une allocation en vertu du programme de congé parental, le médecin continue de bénéficier, selon le cas, des avantages prévus aux Annexes 9, 19 (à l'exception de l'article 3.4), 20 et 32 de l'Accord-cadre.

De plus, le montant de l'allocation versée en vertu du programme de congé parental est considéré aux fins de l'application des avantages prévus à ces annexes.

8.2 Le médecin qui bénéficie de la majoration de rémunération de base prévue à l'Annexe 19 doit toutefois s'engager à retourner exercer pour une période d'au moins un an dans le territoire visé par cette majoration, à défaut de quoi il devra rembourser un montant équivalent à la majoration qui lui a été versée sur l'allocation de congé parental.

9. LIMITATIONS

Le médecin qui bénéficie du présent programme de congé parental doit s'engager, par écrit, à ne pas exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec ou dans le cadre d'un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec pendant la période pour laquelle il reçoit l'allocation prévue au programme.
Toutefois, les parties peuvent, exceptionnellement et dans les circonstances qu'elles déterminent, tel un cas de bris de services, autoriser un médecin à exercer sa profession et à réclamer le paiement de ses honoraires à la Régie, en plus de l'allocation prévue au présent programme.

Le médecin qui exerce ses activités professionnelles en société par actions ne peut, au cours d'une semaine donnée, tirer à la fois avantage du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) et, par le biais de sa société, du Programme de congé parental prévu à la présente annexe. Dans cette éventualité, le montant de l'allocation hebdomadaire payable en vertu de la présente annexe est réduit, pour chaque semaine applicable, d'un montant équivalant à la prestation qu'il reçoit, pour cette semaine, en vertu du RQAP.

10. DÉPÔT D'UNE DEMANDE

Le médecin qui souhaite bénéficier du présent programme doit transmettre une demande aux parties négociantes sur le formulaire prévu et fournir toute la documentation demandée et nécessaire à l'analyse de sa demande.

La demande doit être transmise au plus tard trois (3) mois après la date de l'accouchement ou de la prise en charge de l'enfant.

AVIS **:** *Tout médecin intéressé par ce programme doit s'adresser à la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour obtenir les formulaires appropriés*.

11. COMITÉ CONJOINT

11.1 Les parties négociantes forment un comité conjoint aux fins de recevoir et d'analyser les demandes de congé parental présentées par les médecins et de déterminer, le cas échéant, le montant de l'allocation à être versée.

11.2 Le comité conjoint recommande aux parties négociantes l'acceptation ou le refus de la demande présentée par le médecin.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce___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 44 - *Abrogée en date du 1er janvier 2022 par la* Modification nº 102

CONCERNANT L'INSTAURATION D'UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET DE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

AVIS **:** *Pour bénéficier de ce programme, le médecin spécialiste doit cumuler un minimum de 70 000 $ de gains de pratique à compter du 1er janvier de chaque année.*

1. OBJET

La présente entente a pour objet la mise en place d'un programme de développement professionnel et de maintien des compétences pour les médecins spécialistes.

Ce programme prévoit l'octroi, à chaque médecin spécialiste admissible, d'un montant forfaitaire par demi-journée, pour les activités de développement professionnel et de maintien des compétences reconnues auxquelles il participe (ci-après les « demi-journée de ressourcement »).

2. ADMISSIBILITÉ

2.1 Les mesures prévues à cette annexe s'appliquent à l'ensemble des médecins spécialistes qui ont une pratique active dans le cadre du régime d'assurance maladie, à l'exception :

des médecins spécialistes exerçant en région éloignée et bénéficiant des modalités de ressourcement prévues à l'Annexe 19;

des médecins spécialistes rémunérés selon le mode du salariat (Annexe 16);

des médecins spécialistes en anatomo-pathologie qui ont droit aux mesures de ressourcement prévues à l'Addendum 2 des services de laboratoire en établissement.

2.2 Les critères de pratique active sont déterminés périodiquement par les parties négociantes et transmis à la Régie aux fins d'application de ce programme.

3. MODALITÉS D'APPLICATION

3.1 Le médecin spécialiste bénéficie d'un maximum de huit (8) demi-journées de ressourcement par année civile. Les demi-journées de ressourcement sont calculées et octroyées au crédit du médecin à raison d'une demi-journée de ressourcement pour chaque tranche de 10 500 $ de gains de pratique payés par la Régie au cours de l'année civile.

3.2 Le médecin spécialiste peut utiliser ses demi-journées de ressourcement par anticipation, jusqu'à concurrence de huit (8) demi-journées par année civile. À la fin d'une année civile, si le médecin a utilisé, par anticipation, plus de demi-journées de ressourcement que ce à quoi il a droit en vertu de l'article 3.1, les demi-journées en excédent viennent réduire le nombre de demi-journées auquel il a droit lors de l'année subséquente.

3.3 Les demi-journées de ressourcement peuvent être utilisées tous les jours de la semaine. Le médecin qui réclame le paiement d'une demi-journée de ressourcement ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires de la Régie au cours de la même période.

3.4 Les demi-journées de ressourcement non utilisées au cours d'une année ne peuvent être cumulées. Elles ne peuvent également faire l'objet d'une indemnisation.

3.5 Le médecin spécialiste qui participe à une activité de ressourcement reconnue doit donner un préavis d'un mois au chef de département ou de service, à moins que la participation à cette activité n'ait aucun impact sur l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement.

3.6 Le médecin spécialiste qui participe à une activité de ressourcement reconnue a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 422 $ par demi-journée de ressourcement.

AVIS **:** *Remplir le formulaire* Demande de paiement - Programme de développement professionnel et de maintien des compétences *(4188), en y inscrivant les renseignements pertinents. Le formulaire 4188 est disponible sur le site Web de la Régie.*

Transmettre l'original du formulaire à l'adresse indiquée sur celui-ci.

Joindre l'attestation signée (voir l'article 4. Activités de ressourcement reconnues*).*

Une activité de trois (3) heures permet l'utilisation d'une demi-journée de ressourcement. Une activité de six (6) heures permet l'utilisation de deux (2) demi-journées de ressourcement. Un maximum de 2 demi-journées est payable par jour.

3.7 Le médecin spécialiste doit, pour obtenir paiement de ce montant forfaitaire, fournir à la Régie les pièces justificatives.

4. ACTIVITÉS DE RESSOURCEMENT RECONNUES

4.1 Seules les activités de développement professionnel et de maintien des compétences reconnues par les parties négociantes peuvent donner droit aux avantages prévus au présent programme.

4.2 Sont reconnues les activités qui répondent à l'un ou l'autre des critères suivants :

i) Les activités d'apprentissage collectif agréées

Les activités d'apprentissage collectif agréées sont des activités de développement professionnel et de maintien des compétences d'une durée minimale de 3 heures consécutives et qui sont dispensées de façon conforme aux normes d'un prestataire agréé en matière d'éducation et d'éthique.

Est considérée comme prestataire agréé, toute organisation évaluée comme telle par un organisme accréditeur reconnu. Sont reconnus comme organismes accréditeurs :

• Pour le Québec et le Canada : le Collège des médecins du Québec et le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada. Pour les médecins psychiatres, on reconnait également l'Ordre des psychologues du Québec pour les activités de développement professionnel autres que celles portant sur la psychanalyse.

• Pour les États-Unis d'Amérique : l'Accreditation Council for Continuing Medical Education;

• Pour l'Union européenne : L'European Accreditation Council for Continuing Medical Education;

• Tout autre prestataire désigné par les parties négociantes.

AVIS **:** *Avant de présenter une demande de paiement pour une activité d'apprentissage collectif agréée, vous devez vous assurer que l'organisme accréditeur ou l'un de ses prestataires agréés qui a donné la formation est inscrit sur la liste des organismes accréditeurs ou de l'un de ses prestataires agréés ou sur la liste des activités d'apprentissage collectif désignées.*

Si l'organisme, le prestataire ou l'activité d'apprentissage ne figure pas sur l'une de ces listes, veuillez communiquer avec le comité conjoint FMSQ-MSSS ou votre fédération.

ii) Les stages de formation ou de perfectionnement

Les stages de formation ou de perfectionnement sont des d'activités d'une durée minimale de 3 heures consécutives, planifiées en collaboration avec un mentor ou un superviseur et qui portent sur l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences ou leur maintien. Ces stages d'apprentissage sont mis en place après la détermination d'un besoin ou d'un objectif, par exemple par rapport au milieu de pratique.

Un stage de formation ou de perfectionnement comporte un plan d'apprentissage élaboré individuellement ou en collaboration avec les pairs ou les mentors. Le spécialiste exerce sous la direction d'un mentor ou d'un superviseur, qui lui donne une rétroaction relative aux objectifs d'apprentissage atteints.

Tout médecin qui souhaite faire reconnaître un stage de formation ou de perfectionnement aux fins de l'application du présent programme doit transmettre une demande à cet effet aux parties négociantes au moins un mois avant le début de ce stage.

Toutefois, les stages de formation ou de perfectionnement organisés par le Collège des médecins du Québec sont reconnus d'emblée.

AVIS **:** Avant de soumettre votre demande de paiement à la Régie, veuillez demander l'autorisation des parties négociantes. Pour ce faire, veuillez transmettre votre demande incluant les documents explicatifs, à l'adresse suivante :

Fédération des médecins spécialistes du Québec
Programme de développement professionnel et de maintien des compétences
2, Complexe Desjardins, porte 3000
C. P. 216, Succursale Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8

Les parties négociantes transmettent à la Régie les renseignements nécessaires aux fins de paiement de ces activités de formation.

Pour cette réclamation, veuillez procéder tel qu'indiqué précédemment dans les modalités d'application.

4.3 Les activités de développement professionnel, de maintien des compétences et les stages de formation ou de perfectionnement peuvent être effectués par webdiffusion en direct, si celle-ci se fait à partir pendant la période de la formation.

5. COMITÉ CONJOINT

5.1 Les parties négociantes forment un comité conjoint aux fins de l'application du programme prévu à la présente annexe.

5.2 Le comité conjoint a pour principale fonction d'évaluer les demandes de reconnaissance de stage de formation ou de perfectionnement transmises par les médecins en vertu de l'alinéa 4.2 ii).

De plus, le comité conjoint peut se prononcer sur toute activité de développement professionnel et de maintien des compétences prévue à l'alinéa 4.2 i) lorsque cette implication est nécessaire afin de bien cerner si une activité satisfait ou non aux conditions prévues à cet alinéa ou lorsque cette activité est reconnue par un organisme accréditeur autre que ceux identifiés à cet alinéa.

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

6. MISE EN VIGUEUR

La présente annexe entre en vigueur le 1er avril 2012. Toutefois, aux fins de l'application de l'article 3.1, on tient compte des gains de pratique du médecin à compter du 1er janvier 2012.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce___jour de _____ 2011.

YVES BOLDUC, M.D.	**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE 45

CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN PLAN DE REMPLACEMENT PROVINCIAL EN ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION

Préambule

La présente annexe concerne la mise en place d'un plan de remplacement provincial en anesthésiologie, lequel vise à favoriser la continuité des soins en anesthésiologie dans l'ensemble des installations du Québec et ainsi éviter les ruptures de service. Ce plan vise également à assurer le recrutement du nombre d'anesthésiologistes nécessaires afin d'augmenter l'offre de service de base en anesthésiologie au Québec et pourvoir aux besoins des différentes installations.

Le plan de remplacement s'inscrit dans le cadre de l'engagement de l'Association des anesthésiologistes du Québec à déployer les efforts nécessaires afin de garantir de façon pérenne la couverture complète des services de base en anesthésiologie dans l'ensemble des installations du réseau de la santé ainsi qu'à s'impliquer dans l'accueil et dans les évaluations des candidats anesthésiologistes de l'extérieur du pays.

Le plan de remplacement implique également l'engagement du gouvernement à assurer le recrutement des effectifs médicaux nécessaires à la mise en place du remplacement et à la prestation des soins en anesthésiologie de même que l'engagement conjoint du MSSS et des administrations locales à mettre en place et à maintenir des conditions de pratique optimales et un environnement favorable à l'exercice de la pratique de l'anesthésiologie, incluant les conditions d'hébergement qui en découlent.

Les parties conviennent également que la pérennité du plan de remplacement implique de disposer des effectifs médicaux nécessaires afin de couvrir l'ensemble des besoins actuels et futurs en anesthésiologie sur l'ensemble du territoire québécois. À cette fin, le gouvernement réaffirme l'importance du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés institué en vertu de la lettre d'entente nº 129 afin de planifier les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire ainsi que le rôle essentiel de la Fédération et de ses associations affiliées à cet égard.

Les divers volets du plan de remplacement

Le plan de remplacement en anesthésiologie se partage en quatre volets :

1. Le jumelage départemental
2. La garde en disponibilité
3. Le mécanisme de soutien d'urgence
4. La mesure incitative ciblée pour pallier les situations particulières

1. Le jumelage départemental

Le processus de jumelage départemental vise à favoriser la prestation continue des soins en anesthésiologie et à éviter toute rupture de service dans une installation (ci-après installation parrainée), et ce, par le biais d'un engagement de soutien continu par le département d'anesthésiologie d'une autre installation (ci-après le centre parrain). Sont ainsi visées les installations parrainées dont le plan d'effectifs médicaux adopté en anesthésiologie comprend d'un à trois postes, et ce, peu importe le nombre de postes effectivement occupés, de même que, en raison de leur situation géographique, les deux installations du CISSS de la Côte-Nord.
Les parties négociantes identifient les installations qui font l'objet d'un jumelage ainsi que les départements hospitaliers auxquels ces installations sont jumelées aux fins des présentes. Les parties conviennent de déployer les efforts nécessaires afin d'assurer le jumelage de l'ensemble des établissements visés, tout en reconnaissant que ces jumelages seront instaurés de façon progressive au cours des deux années suivant l'implantation du plan de remplacement.

1.1 Les types de jumelage

On distingue deux types de jumelages, soit le jumelage partiel et le jumelage complet.
Le jumelage partiel implique la fourniture du soutien nécessaire à l'installation parrainée pour une période allant jusqu'à concurrence de douze semaines par année par les médecins anesthésiologistes qui sont membres du département du centre parrain, lesquelles semaines doivent, une année sur deux et à moins d'entente au contraire, comprendre une semaine pendant la période de Noël ou du jour de l'An. Toutefois, les parties négociantes peuvent convenir, selon la situation particulière d'un jumelage et l'accord du centre parrain, que la période d'un jumelage partiel s'effectue jusqu'à concurrence de vingt-six semaines par année. Dans le cadre d'un jumelage partiel, les autres semaines de l'année sont alors comblées par les médecins de l'installation parrainée et tout autre médecin anesthésiologiste, peu importe sa région de provenance et sans égard au fait qu'il détienne ou non un poste au PEM d'un établissement, pourvu que sa participation ne remette pas en question sa prestation de services habituelle et la continuité des soins dans son installation.
Exceptionnellement, lorsqu'une absence pour cause de maladie, de départ définitif ou de congé parental survient et qu'elle se prolonge sur au moins quatre semaines consécutives, les parties négociantes pourront octroyer une semaine supplémentaire à un jumelage partiel de 26 semaines pour chaque période de quatre semaines consécutives d'absence par effectif. Un maximum de 12 semaines supplémentaires de jumelage partiel pourrait ainsi être octroyé.
Le jumelage complet implique la responsabilité du centre parrain d'assurer la couverture des services dans l'installation parrainée pour une période de cinquante-deux semaines par année, dont vingt-six semaines par les médecins anesthésiologistes qui sont membres du département du centre parrain. Les autres semaines de l'année sont alors comblées, selon la liste de garde établie par le centre parrain, par les médecins de l'installation parrainée et tout autre médecin anesthésiologiste, peu importe sa région de provenance et sans égard au fait qu'il détienne ou non un poste au PEM d'un établissement, pourvu que sa participation ne remette pas en question sa prestation de services habituelle et la continuité des soins dans son installation.

1.2 Engagement contractuel et défaut
La mise en place d'un jumelage entre installations implique la conclusion d'un engagement contractuel entre les départements d'anesthésiologie de l'installation parrainée et du centre parrain afin d'assurer la prestation continue des services de base en anesthésiologie dans l'installation parrainée, incluant la couverture de la garde, et ce, pour une période de trois ans, renouvelable automatiquement, à moins d'avis contraire par l'une des parties au jumelage (centre parrain ou installation parrainée) ou des parties négociantes, tel que prévu aux engagements contractuels.

Chaque médecin anesthésiologiste participant au jumelage doit signer un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à participer au jumelage et à assumer les pénalités applicables dans l'éventualité du non-respect de l'engagement de jumelage.
Le non-respect d'un engagement de jumelage entraîne, dans le cas où il en résulte une rupture de services, l'obligation pour le médecin qui ne respecte pas les termes de son engagement de payer à la Régie, sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), une pénalité de 3 000 $ pour chaque jour de non-respect.
De plus, le non-respect d'un engagement de jumelage entraîne, dans le cas où il en résulte une rupture de services, sauf dans les cas fortuits, une pénalité non récurrente de 200 000 $ dans le cas d'un jumelage complet et de 100 000 $ dans le cas d'un jumelage partiel dans l'enveloppe budgétaire de la Fédération, à être prélevée dans la tarification de la spécialité, selon les modalités déterminées par la Fédération.

1.3 Modalités de rémunération

En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'Entente pour les services qu'il dispense dans une installation parrainée, le médecin anesthésiologiste d'un centre parrain qui offre des services dans une installation parrainée dans le cadre d'un jumelage partiel a également droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 000 $ par jour. Toutefois, dans le cas d'un jumelage partiel pour le CISSS des Îles, ce montant est de 1 400 $ par jour. Dans l'éventualité où un médecin remplaçant se rend offrir des services dans l'installation parrainée au cours des autres semaines de l'année non visées par le jumelage, il a alors droit au paiement de la mesure ciblée prévue à l'article 4.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation:*

- **19900** *pour le jumelage partiel*
- **19901** *pour le jumelage partiel au CISSS des Îles*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Pour la facturation de la mesure ciblée lors d'une semaine non visée par le jumelage, utiliser le code de facturation* **19911**.

En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'Entente pour les services qu'il dispense dans une installation parrainée, tout médecin anesthésiologiste qui offre des services dans une installation parrainée dans le cadre d'un jumelage complet a également droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 250 $ par jour.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* **19902** *pour le jumelage complet*.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

1.4 Recrutement des effectifs médicaux

La conclusion d'un engagement de jumelage partiel implique l'octroi par le MSSS, sur demande du département d'anesthésiologie du centre parrain, un poste d'effectif médical additionnel, pour un jumelage jusqu'à concurrence de douze semaines, et deux postes d'effectifs médicaux additionnels pour un jumelage jusqu'à concurrence de vingt-six semaines.

La conclusion d'un engagement de jumelage complet implique de modifier le plan d'effectifs en anesthésiologie de l'installation parrainée en deux postes réseau facultatifs et le centre parrain pourra recruter sur ces postes. Advenant un recrutement ultérieur sur ce poste réseau facultatif dans l'installation parrainée, le médecin déjà recruté sur ce poste dans le centre parrain pourra choisir d'établir sa pratique dans l'installation parrainée ou la conserver dans le centre parrain. Dans ce dernier cas, il devra être inscrit sur un poste vacant au PEM du centre parrain. Advenant que ce PEM soit complet, il serait alors en dépassement temporaire et les prochains départs ne pourraient être remplacés jusqu'à ce qu'il redevienne en équilibre. Dans l'intervalle, le centre parrain peut être appelé, s'il accepte, à diriger son offre vers une autre installation en besoin ou à participer au mécanisme de soutien d'urgence.

1.5 Dispositions diverses

Un coordonnateur est désigné afin d'assurer la coordination des engagements de jumelage entre installations parrainées et centres parrains et le maintien d'une offre de service continue. Le médecin coordonnateur s'engage à être disponible pour l'installation parrainée et les anesthésiologistes participants au jumelage. Pour ces services, le médecin coordonnateur reçoit un montant forfaitaire annuel. Ce montant forfaitaire est de 10 000 $ dans le cas d'un jumelage partiel et de 20 000 $ dans le cas d'un jumelage complet. Ce montant forfaitaire est réparti sur les cinquante-deux semaines de l'année civile. Le médecin coordonnateur ou celui qui le remplace est désigné par les parties négociantes.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*

- **19903** *pour le jumelage partiel (tarif hebdomadaire de 191,64 $)*
- **19904** *pour le jumelage complet (tarif hebdomadaire de 383,29 $)*

Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'installation parrainée.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le forfait du médecin coordonnateur peut être facturé une seule fois par semaine du dimanche au samedi.

Dans le cadre d'un jumelage partiel, une mesure est également introduite afin d'éviter l'isolement professionnel du ou des médecins anesthésiologistes de l'installation parrainée et de favoriser l'interaction avec les médecins du centre parrain. Ainsi, le ou les médecins anesthésiologistes qui exercent de façon principale dans l'installation parrainée sont invités à se rendre dans le centre parrain, et ce, jusqu'à concurrence de quatre semaines au total par année (du lundi au vendredi), afin d'y dispenser des soins. La durée du jumelage partiel est alors augmentée du nombre de semaines correspondant.

Le médecin de l'installation parrainée a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 3 500 $ par semaine, en plus de la rémunération à laquelle il a droit pour les services dispensés au cours de cette semaine. Le médecin qui réclame le paiement de ce montant pour une semaine ne peut se prévaloir, pour cette semaine, des modalités prévues à l'Annexe 23 pour son temps et ses frais de déplacement ainsi que des modalités prévues à l'Annexe 19 pour le ressourcement.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* **19905**.

Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro du centre parrain.

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2. La garde en disponibilité

Le second volet du plan de remplacement provincial en anesthésiologie vise la bonification de la rémunération de la garde en disponibilité dans les installations désignées par les parties négociantes dont le plan d'effectifs médicaux adopté en anesthésiologie est de cinq postes ou moins, peu importe le nombre de postes effectivement occupés.

AVIS : *La liste des établissements visés par la garde en disponibilité est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

2.1 Modalités de rémunération

Le médecin qui assume la garde en disponibilité dans une installation désignée a alors droit, en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25, au paiement d'un montant de 750 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 1 200 $ par jour, le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*

- **19906** *(forfait en semaine)*
- **19907** *(forfait le week-end et jour férié)*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Toutefois, pour les installations désignées et dont le plan d'effectifs médicaux adoptés en anesthésiologie est d'un à trois postes, peu importe le nombre de postes effectivement occupés, le montant du supplément de garde en disponibilité est majoré pour une durée de quatorze jours pendant la période de Noël et du jour de l'An, et ce, selon le calendrier déterminé chaque année par les parties négociantes. Le montant du supplément de garde est alors de 1 750 $ par jour, du lundi au vendredi, et de 2 200 $ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *Lors des 14 jours de la période de Noël et du jour de l'An, utiliser le code de facturation :*

- **19912** *(forfait en semaine)*
- **19913** *(forfait le week-end et jour férié)*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Le mécanisme de soutien d'urgence

Le troisième volet du plan de remplacement provincial en anesthésiologie concerne l'instauration d'un mécanisme de soutien d'urgence prévoyant la confection d'une liste de garde en disponibilité de médecins anesthésiologistes qui peuvent être déployés en tout moment et en tout lieu sur le territoire afin d'éviter toute rupture de service de base en anesthésiologie dans un établissement donné.

3.1 La confection de listes de disponibilité

Les parties négociantes conviennent de la mise en place d'une équipe volante participant au mécanisme de soutien d'urgence et prévoyant la disponibilité d'un médecin anesthésiologiste par jour pour chacune des cinquante-deux semaines de l'année. Un médecin coordonnateur provincial est désigné afin d'assurer l'établissement des listes de gardes, la coordination du mécanisme de soutien d'urgence et le déploiement des médecins de l'équipe volante dans les installations requérant leurs services.

Tout médecin anesthésiologiste peut offrir une ou plusieurs semaines de service en disponibilité dans le cadre de cette mesure, peu importe sa région de provenance et sans égard au fait qu'il détienne ou non un poste au PEM d'un établissement, pourvu que sa participation ne remette pas en question la continuité des soins dans son installation principale, sa prestation de services habituelle ou ses engagements de remplacement. Tout médecin peut participer à cette mesure.

Suite à un appel de candidatures, le médecin coordonnateur établit les listes de gardes de façon équitable en tenant compte des disponibilités offertes par les médecins souhaitant participer au mécanisme de soutien d'urgence et de tout autre critère raisonnable qu'il détermine, lesquels peuvent être révisées par les parties négociantes. Les parties négociantes désignent à leur entière discrétion les médecins qui participent au mécanisme de soutien d'urgence au cours d'une année et adoptent la liste de garde applicable.

3.2 Engagement contractuel et défaut

Le médecin anesthésiologiste qui participe au mécanisme de soutien d'urgence doit signer un engagement, dans la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à se rendre disponible durant les semaines de disponibilité qui ont été retenues. Pendant sa semaine de disponibilité, le médecin anesthésiologiste s'engage à être joignable en tout temps par le médecin coordonnateur afin d'être dépêché, même dans un très court délai, dans l'établissement indiqué par le médecin coordonnateur.

Durant sa semaine de disponibilité, le médecin anesthésiologiste s'engage à ne pas prendre d'autres engagements de service qui pourraient, dans l'éventualité de son déploiement dans une installation identifiée par le médecin coordonnateur, entraîner une annulation de services.
Le médecin qui ne respecte pas les termes de son engagement, a l'obligation de payer à la Régie, sauf dans les cas fortuits (à titre d'exemple : décès, accident, maladie incapacitante, etc.), une pénalité de 3 000 $ pour chaque jour de non-respect. Toutefois, cette pénalité ne s'applique pas si le médecin a identifié un médecin remplaçant pour remplir ses engagements. Dans cette éventualité, le médecin remplaçant a alors droit aux mesures prévues en lieu et place du médecin qu'il remplace.

3.3 Modalités de rémunération

Le médecin anesthésiologiste qui offre une disponibilité dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence, qui est inscrit à ce titre sur la liste de garde et qui respecte les engagements auxquels il a souscrit, a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 500 $ par jour de disponibilité.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* **19908.**
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Dans l'éventualité où les services du médecin anesthésiologiste ne seraient pas requis au cours de sa semaine de disponibilité et que celui-ci n'était donc pas déployé dans une installation donnée par le médecin coordonnateur, le médecin anesthésiologiste a alors droit au montant forfaitaire ci-dessus mentionné et, le cas échéant, à toute rémunération applicable pour les services qu'il dispense au cours de sa semaine de disponibilité dans un autre établissement. Dans l'éventualité où le médecin anesthésiologiste est déployé dans une installation par le médecin coordonnateur afin d'éviter une rupture de service, le montant forfaitaire qui lui est payable est alors réduit de moitié. Le médecin a alors droit à toute rémunération applicable pour les services qu'il dispense au cours d'une journée dans l'installation où il est déployé ainsi qu'au paiement d'un montant forfaitaire de 1 000 $ par jour.
Dans l'éventualité où l'établissement où il est déployé fait l'objet d'un jumelage partiel ou complet, il n'a toutefois pas droit aux modalités de rémunération applicables pour ce jumelage.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* **19909** *(1750 $)*
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le médecin anesthésiologiste qui réclame le paiement du montant forfaitaire pour une journée où il n'est pas déployé ne peut réclamer, au cours de la même journée, le paiement des forfaits, suppléments ou honoraires suivants :

a) Le supplément de garde en disponibilité prévu en vertu de l'Annexe 25;
b) Les forfaits de prise en charge de l'unité et le forfait de prise en charge du patient prévus à l'Annexe 29;
c) Les forfaits de disponibilité du 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;
d) Le paiement de tout service qu'il ne peut abandonner rapidement afin d'être déployé dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence.

Cependant, il peut tout de même facturer les modalités de rémunérations prévues à l'Annexe 41.

Le médecin coordonnateur reçoit un montant forfaitaire annuel de 20 000 $ pour ses services. Ce montant forfaitaire est réparti sur les cinquante-deux semaines de l'année civile. Le médecin coordonnateur ou celui qui le remplace est désigné par les parties négociantes.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* **19910** *(tarif hebdomadaire de 383,29 $)*
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le forfait du médecin coordonnateur peut être facturé une seule fois par semaine du dimanche au samedi.

4. La mesure ciblée pour pallier les situations particulières

Les parties négociantes conviennent de mettre en place une mesure incitative ciblée pouvant être utilisée au besoin afin de pallier toute rupture ponctuelle pouvant survenir dans une installation.

Les parties négociantes désignent les installations et les périodes où cette mesure ciblée peut s'appliquer.
L'admissibilité des médecins au montant forfaitaire prévue au présent article est déterminée par les parties négociantes, et ce, selon le type de situation particulière.
Le montant forfaitaire est de 500 $ pour chaque jour où le médecin offre des services dans le cadre de cette mesure. Cette mesure ne peut être cumulée à un forfait de jumelage prévu à l'article 1 ou au forfait de soutien d'urgence prévu à l'article 3.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* **19911**.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5. Modalités particulières

Dans l'éventualité où un anesthésiologiste qui est visé par les articles 1, 3 ou 4 de la présente annexe et qui ne détient pas de poste au PEM dans l'installation visée ne pourrait se prévaloir de son per diem ou de son demi per diem en raison des modalités et conditions prévues à l'Annexe 38, il aurait alors droit à un forfait de 250 $ par demi-journée. La majoration de rémunération prévue à l'Annexe 19 de l'Accord-cadre est applicable à ce forfait.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19919**.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Une demi-journée s'entend d'une période moyenne de trois heures et demie, entre 8 h et 15 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Le présent forfait remplace alors le demi per diem de l'Annexe 38.

6. Modalité de rémunération différente et plafonnements

Les montants payables en vertu de l'article 2 constituent une rémunération de base et sont sujets à la majoration prévue à l'annexe 19 de l'Accord-cadre.

Les montants forfaitaires payables en vertu des articles 1, 3 et 4 de la présente annexe ne sont pas sujets à la majoration de rémunération différente prévue à l'annexe 19 de l'Accord-cadre.
Un seul des forfaits prévus pour le jumelage départemental, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure ciblée peut être versé par installation par jour, sauf dans le cas d'une situation exceptionnelle et hors du contrôle de l'anesthésiologiste laquelle justifierait le paiement de plus d'un forfait. Les parties négociantes désignent à la Régie ces situations exceptionnelles.

Les montants payables en vertu de la présente annexe ne sont pas pris en compte quant à l'application des plafonnements de gains de pratique, à l'exception des modalités particulières de l'article 5.

7. Application par la Régie

La régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et permettant l'application des mesures prévues à la présente annexe.

8. Entrée en vigueur

La présente annexe entre en vigueur le 1er mars 2018.

9. Dispositions transitoires

Dans le cadre de l'implantation progressive des mesures de jumelage, les parties conviennent qu'un premier groupe d'au moins une dizaine de jumelages sera établi progressivement à compter du 1er mars 2018 et visant à assurer le respect des engagements de jumelage prévus en vertu des présentes à compter de la fin juin 2018. Dans ce contexte, les pénalités prévues aux présentes ne peuvent s'appliquer avant le 1er juillet 2018. Les parties conviennent de poursuivre le déploiement des jumelages par la suite, selon les priorités qu'ils établissent. Au cours du mois d'août 2018, les parties font un premier suivi sur l'application du plan de remplacement et un suivi régulier est effectué par la suite aux six mois.
Un an avant la fin d'un jumelage, l'installation parrainée produit un rapport détaillant ses besoins en anesthésiologie pour les prochaines années et le soumet aux parties négociantes. Le centre parrain soumet également aux parties négociantes son analyse quant à la disponibilité de ses effectifs pour poursuivre ou non le jumelage. Les parties négociantes analysent ensuite la nécessité ou non de poursuivre ou modifier le jumelage.

Les parties négociantes reconnaissent que le plan de remplacement en anesthésiologie implique le retrait de l'ensemble des mesures incitatives déjà en place en anesthésiologie en vertu des lettres d'entente nº 102, 112, 122, 135 et 138 ou en vertu de l'article 2 de l'annexe 32. À la lumière des divers volets du plan de remplacement et compte tenu de l'implantation progressive des ententes de jumelage, les parties conviennent toutefois de réviser l'ensemble des mesures incitatives en place afin de déterminer leur date effective de retrait ou, de façon exceptionnelle, le maintien temporaire de certaines d'entre elles.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE 46

CONCERNANT LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS DE PRATIQUE APPLICABLES AUX MÉDECINS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENT

AVIS **:** *L'Annexe 46 a été remplacée par l'Annexe 47 introduite par la Modification 96.*

1. Dans le cadre de l'octroi d'une nomination et de privilèges à un médecin spécialiste, un établissement doit lui fournir les ressources raisonnables nécessaires pour exercer sa profession, satisfaire aux obligations rattachées à ses privilèges et répondre aux besoins de ses patients.

2. Nonobstant ce qui précède, les établissements doivent en tout temps mettre à la disposition des médecins qui y détiennent des privilèges, et ce, sans compensation de la part des médecins, les équipements et services suivants requis pour satisfaire à leurs obligations : services de dictée, téléavertisseur, systèmes informatiques et logiciels requis pour la gestion du système de garde.

3. Dans le cadre de l'exercice de ses privilèges en établissement, un médecin spécialiste est justifié de s'absenter temporairement en raison des congés prévus à l'article 4 et jusqu'à concurrence de la durée qui y est mentionnée, sans que cela ne remette en question le maintien de sa nomination et de ses privilèges. Pendant cette absence, des privilèges temporaires peuvent être octroyés à un médecin spécialiste afin de remplacer le médecin en congé et de soutenir les autres membres de son département.

4. Les congés suivants s'appliquent :

i. Congé de maternité : jusqu'à concurrence de dix-huit semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif.
ii. Congé de paternité : jusqu'à concurrence de cinq semaines.
iii. Congé parental : jusqu'à concurrence de trente-quatre semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité et partageables entre les parents.
iv. Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de cinquante-deux semaines.
v. Congé de ressourcement : selon la période requise du ressourcement et sur autorisation du chef de département.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE 47

CONCERNANT LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS DE PRATIQUE APPLICABLES AUX MÉDECINS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENT

Considérant les dispositions convenues dans le renouvellement de l' Accord-cadre de 2018 concernant le droit de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (la « **FMSQ »**) de négocier les conditions de pratique des médecins spécialistes;

Considérant l'*Entente de principe entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) concernant les conditions de pratique à l'égard de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux (chapitre 21, 2017) (Loi 21)* datée du 14 mars 2018 (l' « **Entente sur les conditions de pratique »**) ayant conduit aux travaux du comité conjoint sur les conditions de pratique (le « **Comité conjoint** »);

Considérant qu'il est primordial de favoriser la qualité des soins dispensés à la population et d'améliorer l'accessibilité aux services;

Considérant que les travaux conclus par le Comité conjoint en octobre 2020 ont permis la présentation au ministre de la Santé et des Services sociaux (le « **Ministre** ») et à la FMSQ de recommandations, par le biais d'un rapport, quant aux diverses questions d'intérêts communs qui ont été abordées et quant aux conditions de pratiques des médecins spécialistes, et ce, conformément au mandat prévu à l'Entente sur les conditions de pratique;

Considérant les divergences exprimées par les représentants du Ministère de la Santé et des Services sociaux
(le « **MSSS** »), du Conseil du Trésor et de la FMSQ au sein du Comité conjoint quant à certaines recommandations formulées dans leur rapport;

Considérant que, conformément à l'article 1 de l'Entente sur les conditions de pratique, les parties négociantes ont abordé de façon commune les éléments de divergence contenus au rapport du comité conjoint;

Considérant que dans le cadre de ces discussions, les parties négociantes ont trouvé une issue satisfaisante à ces points de divergence et convenu que les obligations et autres conditions de pratique volet établissement que la Loi 21 visait à réglementer sont régies par *l'Entente de principe entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) en suivi du rapport du comité conjoint sur les conditions de pratique des médecins spécialistes* (l' « **Entente de principe** »);

Considérant que la présente entente ne modifie pas les engagements convenus aux article B 3 et 4 du Protocole de 2018 et la suspension de la mise en application de l'article 48 de la loi 21 qui en découle, dans la mesure où la mise en œuvre de ces engagements donne les résultats escomptés, compte tenu qu'ils seront implantés progressivement;

Considérant qu'en vertu de l'article 3 de l'Entente de principe, les parties négociantes ont convenu de consigner dans une entente sur les conditions de pratique des médecins spécialistes les recommandations du Comité conjoint qui ont fait l'objet d'un consensus entre les représentants du MSSS, du Conseil du Trésor et de la FMSQ et les éléments prévus aux articles 2.1 à 2.5 de l'Entente de principe;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

-
- **1. Les Règles de gestion, plan d'effectifs médicaux en spécialité, Orientations ministérielles**
-

1.1 Plusieurs des éléments contenus à la présente entente sont repris dans les *Règles de gestion - Plan d'effectifs médicaux en spécialité - Orientations ministérielles* (les « **Règles de gestion** ») diffusées aux établissements. Les Règles de gestion complètent la présente entente et en précisent les modalités d'application spécifiques.

1.2 Les parties négociantes travailleront ensemble afin de veiller à la mise en application des règles contenues dans cette entente et dans les Règles de gestion, y compris quant au développement des outils nécessaires à cette mise en application.

2. Établissement en besoin important d'effectifs médicaux et dispositions interprétatives

2.1 La présente entente réfère à la notion d'établissement en besoin important d'effectifs médicaux (« EBI »). Cette notion s'interprète selon la définition qui lui est conférée par l'article 1.2.1 des Règles de gestion.

2.2 La rémunération versée à un médecin spécialiste pour les activités relatives à une installation d'un EBI n'est pas prise en compte dans le cadre du calcul de la pratique maximale en établissement, sauf si le médecin effectue sa pratique principale dans cette installation.

AVIS **:** *La liste des établissements en besoin important d'effectifs médicaux (EBI) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

3. Les obligations générales ou spécifiques du médecin et de l'établissement pouvant être rattachées aux privilèges.

3.1 Les parties négociantes ont convenu d'un modèle de lettre d'engagement, qui figure en Annexe 1 de la présente entente. Elles conviennent de mettre en application cette lettre d'engagement comme un outil dans le cadre des Règles de gestion permettant d'établir, entre le médecin et son établissement, les obligations générales, spécifiques et mutuelles rattachées aux privilèges de pratique.

3.2 Le contenu de la lettre d'engagement propre à un médecin et son établissement est adapté à la réalité et aux besoins spécifiques de chaque milieu et ses spécialités. Le contenu de la lettre d'engagement devient la base de la résolution du conseil d'administration de l'établissement qui confirme l'octroi des privilèges et des obligations propres au médecin, de même que les obligations de l'établissement envers ce dernier. La lettre d'engagement n'est pas en elle-même contraignante légalement, ne créant aucune relation contractuelle entre le médecin et l'établissement.

3.3 Si, lors du renouvellement de la nomination d'un médecin, des modifications devaient être apportées à ses privilèges ou aux obligations du médecin ou de l'établissement, la lettre d'engagement et le processus décrit dans celle-ci seront utilisés lors de ce renouvellement.

3.4 En cas de préoccupations particulières et exceptionnelles émergeant de la mise en application de la lettre d'engagement portées à l'attention d'une ou l'autre des parties négociantes, celles-ci sont référées au comité de conciliation permanent créé en vertu du Protocole d'accord intervenu entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ayant trait au renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023 (le « Protocole de 2018 »)

3.5 Congés sans effet sur la nomination et les privilèges

3.6 Dans le cadre de l'exercice de ses privilèges en établissement, un médecin spécialiste est justifié de s'absenter temporairement en raison des congés suivants sans que cela ne remette en question le maintien de sa nomination et de ses privilèges :

3.6.1 Congé de maternité : jusqu'à concurrence de dix-huit semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif.
3.6.2 Congé de paternité : jusqu'à concurrence de cinq semaines.
3.6.3 Congé parental : jusqu'à concurrence de trente-quatre semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité.
3.6.4 Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de cinquante-deux semaines.
3.6.5 Congé pour projet de grossesse pour autrui : jusqu'à concurrence de cinquante-deux semaines.
3.6.6 Congé de ressourcement : selon la période requise du ressourcement et sur autorisation du chef de département.

4. Le niveau d'activité des membres actifs considérant les quatre missions sur le plan clinique, académique, de la recherche et du rayonnement

4.1 Un équivalent temps complet pour un médecin spécialiste correspond à 42 semaines de disponibilité, incluant le ressourcement.
4.2 Les parties conviennent de définir conjointement des règles d'adaptation, au besoin, quant à la notion d'équivalent temps complet au comité de conciliation permanent (par exemple, en médecine d'urgence et soins intensifs).

5. Les situations où les besoins de l'établissement peuvent être comblés par un membre détenant ou pouvant détenir un statut de membre actif

5.1 Le statut de membre associé ne doit pas être attribué ou renouvelé lorsque les besoins de l'établissement peuvent être comblés par un membre détenant ou pouvant détenir un statut de membre actif (article 92.1 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ c S-5, r 5.)
5.2 L'attribution du statut de membre associé doit être en fonction des besoins cliniques de l'établissement et ne doit pas empêcher le recrutement d'un membre actif.
5.3 Le renouvellement du statut de membre associé ne sera refusé que si la démonstration est faite qu'un tel renouvellement a pour effet d'empêcher le recrutement d'un membre ayant appliqué pour un statut de membre actif. Toutefois et malgré ce qui précède, il sera possible, dans des situations exceptionnelles, que le statut de membre associé d'un médecin soit renouvelé, malgré le recrutement d'un membre actif pouvant combler les besoins de l'établissement, si le membre associé apporte une expertise particulière ou répond à des besoins cliniques jugés prioritaires au sein de l'établissement.

6. Les privilèges dans plus d'un établissement ou en contexte de remplacement

6.1 Un médecin spécialiste détient un seul poste au plan des effectifs médicaux (« PEM ») et est membre actif dans un seul établissement.
6.2 Le médecin spécialiste qui détient des privilèges dans plus d'un établissement doit détenir un poste au PEM de l'établissement qui constitue son lieu d'exercice principal en centre hospitalier, soit celui où il effectue la majorité de ses activités en établissement.
6.3 Deux catégories de demandes d'avis de conformité afin d'obtenir le statut de membre associé peuvent être transmises au MSSS sans que cela implique l'octroi d'un poste du PEM de l'établissement visé : (1) la demande formulée par un médecin qui ne détient pas de poste au PEM d'un établissement et (2) la demande pour une pratique minoritaire formulée par un médecin inscrit au PEM d'un autre établissement.
6.3.1 Médecin sans PEM
6.3.1.1 Il est possible pour un médecin sans PEM de faire du remplacement temporaire ou d'urgence en vertu des articles 243.1 et 248 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2 (la « LSSSS »).
6.3.1.2 Dans le cas des EBI, un médecin sans PEM peut contribuer aux services dans les situations suivantes :

- Un médecin nouvellement certifié depuis moins de deux ans.
- Un médecin de 60 ans et plus.
- Un médecin en pratique exclusive en cabinet
- Un médecin certifié depuis plus de deux ans, à condition qu'il soit disponible pour effectuer un minimum de 32 semaines calendaires par année jusqu'à concurrence de 160 jours.
- Un médecin ayant une pratique majoritaire hors Québec.

6.3.2 Pratique minoritaire (médecins inscrits au PEM d'un autre établissement)
6.3.2.1 Une pratique minoritaire signifie que le médecin pratique moins de 50 % de ses activités en établissement dans un ou des établissements autres que le centre où il détient un poste au PEM. Une demande d'avis de conformité pour le recrutement d'un candidat qui effectuera une pratique minoritaire peut être acheminée pour répondre aux besoins suivants :

- pratique complémentaire;
- expertise particulière;
- jumelage ou entente de service (a. 108 *LSSSS*);
- soutien aux EBI.

6.3.2.2 Le médecin qui occupe un poste au PEM d'un établissement peut également effectuer du remplacement temporaire et d'urgence en vertu des articles 243.1 et 248 LSSSS.

7. Les principes directeurs pour les médecins en fin de carrière

7.1 Contrat de transition de fin de carrière
7.1.1 Un médecin spécialiste peut, à partir de 63 ans, bénéficier d'un plan de transition de fin de carrière.
7.1.2 Le plan de transition est d'une durée maximale de deux ans et n'est pas renouvelable.
7.1.3 Le médecin adhérent doit s'entendre avec son chef de département quant aux modalités de réduction de ses activités.

7.1.4 Le médecin bénéficiant d'un plan de transition de fin de carrière demeure membre actif et est tenu aux mêmes privilèges et aux mêmes obligations départementales que ses collègues, au prorata du niveau d'activité maintenu, mais sera, s'il le souhaite, exclu de la garde et du soutien inter établissements.
7.1.5 Le médecin spécialiste en fin de carrière doit s'engager par contrat à effectuer une pratique maximale soit de 50 % de la moyenne annuelle de sa rémunération des trois meilleures dernières années du médecin au cours des cinq années de pratique précédant le statut de non compté au PEM en établissement, soit de 50 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé, selon le montant le plus élevé. Cette moyenne est calculée en excluant la garde si le médecin s'est prévalu de ce privilège.
7.1.6 Le médecin doit donner à son chef de département un préavis minimal d'un an précédant la date souhaitée de réduction de sa pratique.
7.1.7 Suivant la présentation du plan de transition, le directeur des services professionnels (« DSP ») achemine une demande au MSSS visant à ce que le médecin soit considéré non compté au PEM à la date de mise en œuvre de la réduction de sa pratique.
7.1.8 Le médecin doit s'engager à quitter l'établissement dans les deux ans suivant la réduction de sa pratique, étant entendu que celui-ci pourra poursuivre sa pratique en établissement selon les modalités applicables à sa situation.
7.1.9 Le contrat d'un médecin souhaitant adhérer au plan de transition de fin de carrière doit être transmis au DSP pour information.

7.2 Contrat de pratique marginale en fin de carrière

7.2.1 Le médecin spécialiste peut, à partir de 65 ans, maintenir une pratique marginale en étant inscrit non compté au PEM de l'établissement où il occupait un poste.
7.2.2 Celui-ci s'engage par contrat à effectuer une pratique maximale soit de 20 % de la moyenne annuelle de sa rémunération des trois meilleures dernières années du médecin au cours des cinq années de pratique précédant le statut de non compté au PEM en établissement, soit de 20 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé, selon le montant le plus élevé.
7.2.3 Le médecin doit donner à son chef de département un préavis minimal d'un an précédant la date souhaitée de son contrat de pratique marginale.
7.2.4 Le médecin qui s'engage par un contrat de pratique marginale en fin de carrière conformément aux modalités prévues pourra conserver un statut de membre actif inscrit non compté au PEM de son établissement pour un maximum de 3 ans.
7.2.5 Au terme des 3 ans prévus à l'alinéa précédent, le médecin devient alors membre associé ou membre conseil non compté au PEM.

7.3 Modalités temporaires transitoires

7.3.1 Un médecin spécialiste bénéficiant, en date de la mise en œuvre des Règles de gestion, d'un aménagement de ses activités convenu localement en raison du fait qu'il est en fin de carrière, continue de pouvoir en bénéficier.
7.3.2 Ce médecin ne peut demander d'être décompté au PEM de son établissement en invoquant les nouvelles Règles de gestion.
7.3.3 Un établissement ne peut demander d'ajout au PEM en raison de tels aménagements locaux en invoquant les nouvelles Règles de gestion.

8. La notion des postes en Réseau de la santé et des services sociaux et les conditions d'application

8.1 Les postes en Réseau de la santé et des services sociaux (« **RSSS** ») sont accordés à des établissements afin que ces derniers puissent être desservis par un autre établissement à la suite de la signature d'une entente de service.
8.2 Les postes en RSSS appartiennent toujours à l'établissement détenteur du poste.
8.3 Un médecin occupant un poste en RSSS est compté au PEM où est rattaché ce poste, même s'il exerce majoritairement dans un autre établissement avec lequel une entente de service a été conclue.

8.4 Il existe deux types de postes en RSSS, soit les postes en RSSS facultatifs et les postes en RSSS obligatoires. Les caractéristiques propres à ces deux types de postes en RSSS sont décrites dans les Règles de gestion.
8.5 Les ententes liant les établissements, que ce soit pour un poste en RSSS facultatif ou obligatoire, doivent démontrer l'engagement de l'équipe médicale et des établissements à tenir les engagements figurant dans l'entente.
8.6 Ces ententes doivent être d'une durée minimale de trois ans.
8.7 Une fois l'entente signée, l'établissement s'étant engagé à offrir les services pourra recruter pour le poste appartenant à l'établissement desservi.
8.8 Advenant que l'un des établissements décide de mettre un terme à l'entente, l'établissement qui fournit les services ne pourra plus utiliser le poste en RSSS appartenant à l'établissement détenteur du poste.
8.9 Si l'entente était liée à un poste RSSS facultatif, le médecin inscrit sur ce poste pourra choisir de conserver sa pratique principale dans l'établissement détenteur du poste en RSSS ou dans l'établissement qui fournissait les services. Dans ce dernier cas, il devra être inscrit sur un poste vacant au PEM de l'établissement. Advenant que le PEM soit complet, il sera alors en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé jusqu'à ce qu'il redevienne en équilibre.
8.10 Si l'entente était liée à un poste RSSS obligatoire, le médecin nommé sur ce poste devra être inscrit sur un poste vacant au PEM de l'établissement qui fournissait les services. Advenant que le PEM soit complet, il sera alors en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé jusqu'à ce qu'il redevienne en équilibre.

9. La portée géographique dans l'octroi des privilèges pour accomplir la mission de l'établissement
(bris de service découlant du plan d'organisation)

9.1 Un médecin exerçant dans un établissement doit, sur demande de son chef de département dans l'éventualité où des problèmes urgents ou semi-urgents d'accès à des services sont constatés dans une autre installation, offrir un soutien temporaire dans l'installation qui lui est indiquée, et ce, collectivement avec les autres membres de son service ou de son département (article 61 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ c O-7.2).
9.2 La participation du médecin à un tel soutien temporaire est déterminée en tenant compte de ses compétences professionnelles, de la situation des effectifs dans son installation et de la nécessité de ne pas y créer également de problèmes significatifs d'accès aux services.
9.3 Cette participation ne peut avoir pour effet de remettre en question l'exercice principal de sa profession dans son installation, ne s'applique que pour une installation située à moins de 70 kilomètres de celle où il exerce de façon principale et ne peut s'étendre sur une période de plus de trois mois.
9.4 Un département ou un service qui accepte collectivement peut supporter une installation située à plus de 70 kilomètres et/ou pour plus de trois mois.
9.5 Durant cette période, l'établissement travaillera à élaborer une solution à plus long terme, devant être mise en application à l'expiration de cette période, si la situation le requiert toujours.

10. Le médecin en invalidité et les autres situations particulières

10.1 Invalidité totale permanente
10.1.1 Le MSSS doit être avisé lorsqu'un médecin est en invalidité totale permanente et ledit médecin sera inscrit comme non compté au PEM pour raison de santé.
10.1.2 Advenant que celui-ci retourne à sa pratique, il sera de nouveau compté au PEM. Si ce dernier est complet, il sera en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé.
10.2 Invalidité totale temporaire

10.2.1 Le médecin en invalidité totale temporaire conserve son poste au PEM et un remplacement temporaire sera autorisé.
10.2.2 Si l'absence perdure au-delà de deux ans, le médecin sera inscrit en tant que non compté au PEM pour raison de santé.
10.2.3 Advenant que le médecin retourne à sa pratique, il sera de nouveau compté au PEM. Si ce dernier est complet, il sera en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé.

10.3 Invalidité partielle permanente
10.3.1 Le médecin en invalidité partielle permanente a droit aux accommodements raisonnables nécessaires à sa condition par le département/service concerné.
10.3.2 Advenant une diminution importante de la pratique maintenue par le médecin, une demande visant à inscrire le médecin en tant que non compté au PEM doit être transmise au MSSS.
10.3.3 Le médecin devra alors s'engager à effectuer une pratique maximale soit de 40 % de la moyenne annuelle de sa rémunération des trois meilleures années au cours des cinq années de pratique en établissement qui précèdent sa situation d'invalidité, même avant qu'elle devienne permanente, le cas échéant, soit de 40 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé, selon le montant le plus élevé.
10.3.4 Advenant un retour à la pratique à plus de 40 %, le médecin sera de nouveau compté au PEM. Si ce dernier est complet, il sera en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé.

10.4 Invalidité partielle temporaire
10.4.1 Le médecin en invalidité partielle temporaire a droit aux accommodements raisonnables nécessaires à sa condition par le département/service concerné.

10.5 Expertise médicale lors d'une invalidité partielle, permanente ou temporaire
10.5.1 Un établissement peut exiger qu'un médecin qui allègue souffrir d'une invalidité partielle permanente ou temporaire et qui ne reçoit pas de prestations d'assurance invalidité se soumette à une expertise médicale, lorsque (i) le médecin n'a pas fourni d'attestation au soutien de ses allégations ou (ii) l'établissement a des motifs raisonnables et sérieux de remettre en doute l'intégrité ou la qualité d'une attestation médicale fournie par le médecin au soutien de ses allégations;
10.5.2 L'établissement qui souhaite se prévaloir du droit prévu au paragraphe précédent doit respecter les conditions suivantes :

- Énoncer par écrit les motifs qui justifient la demande d'une expertise médicale de même que la date prévue de ladite expertise;
- Le médecin qui réalise l'évaluation doit être un expert de la spécialité médicale appropriée et indépendant de l'établissement;
- Tous les frais et dépenses normalement afférents à l'expertise doivent être assumés par l'établissement;

10.5.3 Le rapport du médecin évaluateur doit être fait selon les normes habituellement reconnues en matière d'expertise médicale et permettre de répondre aux questions de l'établissement demandeur;
10.5.4 Le médecin s'étant prêté à l'évaluation a droit, dans un délai raisonnable à la suite de la réception du rapport du médecin évaluateur, de soumettre à l'établissement une contre-expertise préparée par un médecin expert de la spécialité médicale appropriée de son choix, et ce, aux frais du médecin.

10.6 Autres situations particulières

10.6.1 D'autres situations non énumérées dans la présente section sont susceptibles d'exiger du département/service concerné d'offrir à un médecin les accommodements raisonnables nécessaires à sa situation.

11. Moonlighting

11.1 Le moonlighting est défini comme une pratique effectuée par un médecin spécialiste ayant son permis du Collège des médecins du Québec (CMQ) et des assurances professionnelles, qui est actuellement aux études ou en attente de résultats pour une future certification et qui offre du soutien en établissement. Le moonlighting peut être exercé dans les deux situations
suivantes : (1) moonlighting avec avis de conformité et (2) moonlighting sans avis de conformité.
11.2 Moonlighting avec avis de conformité. Un résident qui occupe déjà un poste au PEM d'un établissement peut effectuer du moonlighting dans cet établissement. L'établissement lui accorde alors un statut de membre associé jusqu'à ce qu'il soit nommé membre actif à la suite de l'obtention de sa future certification. Ce résident peut aussi effectuer du moonlighting dans tout autre EBI dans la spécialité visée. À ce moment, une autorisation temporaire d'exercice en vertu de l'article 248 LSSSS lui sera accordée.
11.3 Moonlighting sans avis de conformité. Un résident qui n'est pas inscrit au PEM d'un établissement peut effectuer du moonlighting dans un EBI dans la spécialité visée. À ce moment, une autorisation temporaire d'exercice en vertu de l'article 248 LSSSS lui sera accordée.

12. Fonction administrative dans le secteur public

12.1 Un médecin qui cesse de pratiquer ou qui conserve une pratique marginale pour occuper à temps plein certaines fonctions administratives dans le secteur public peut être considéré comme non compté au PEM de l'établissement où il occupe un poste.
12.2 Aux fins du présent article, une pratique sera jugée marginale si elle ne dépasse pas 20 % de sa rémunération moyenne dans l'établissement.
12.3 À la fin de son mandat ou advenant que la pratique maintenue par le médecin ne puisse plus être qualifiée de marginale, il sera à nouveau compté au PEM de l'établissement où il occupait un poste. Si le PEM est complet, il sera en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé. Un médecin qui bénéficie de la présente règle depuis plus de deux ans et qui, aux termes de son mandat, ne désire plus reprendre la pratique dans l'établissement où il occupait un poste, pourra être compté au PEM de l'établissement de son choix dans la mesure où ce dernier soutient ce recrutement et qu'il dispose déjà d'un PEM dans la spécialité visée. Si aucun poste n'est disponible à ce moment, le PEM sera en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé. Un médecin ne peut se prévaloir de cette disposition qu'une seule fois et doit le faire dès la fin de sa fonction administrative. Le médecin perd alors son droit de retour dans l'établissement où il avait initialement été inscrit en tant que non compté.

13. Nomination temporaire (article 243.1 LSSSS)

13.1 Une demande de nomination qui vise à remplacer temporairement un médecin qui doit s'absenter doit être autorisée par le MSSS. Le MSSS doit fournir cette autorisation dans un délai de six semaines suivant la réception de la demande de nomination. Une demande de nomination autorisée par le MSSS doit ensuite suivre le processus habituel d'approbation auprès du conseil d'administration de l'établissement.
13.2 Le remplacement temporaire ne peut valoir que pour la durée de l'absence du médecin concerné. Il prend fin au retour en exercice du médecin absent.

13.3 Cette absence doit être à temps complet et le remplacement temporaire d'un médecin qui souhaite diminuer ses activités ne peut être autorisé. Par ailleurs, on pourrait ne pas remplacer un médecin si l'équipe en place peut raisonnablement pallier cette absence, sauf dans les cas de congés qui suivent, où la demande de nomination temporaire sera autorisée :

- Congé de maternité : jusqu'à concurrence de dix-huit semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif.
- Congé de paternité : jusqu'à concurrence de cinq semaines.
- Congé parental : jusqu'à concurrence de trente-quatre semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité et partageables entre les parents.
- Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de cinquante-deux semaines.
- Congé de ressourcement : selon la période requise du ressourcement et sur autorisation du chef de département/service.

14. Le rôle des chefs de département

14.1 Les chefs de département jouent un rôle clé au sein de l'organisation des services des établissements et doivent être convenablement outillés pour exercer pleinement ce rôle.
14.2 Des discussions sur des outils potentiels seront initiées entre les parties négociantes.

15. Le rôle du Comité de gestion des effectifs médicaux (le « COGEM ») découlant de la Lettre d'entente nº 129

15.1 Les parties négociantes conviennent de s'assurer que les responsabilités du COGEM prévues à la Lettre d'entente nº 129 soient assumées par ce dernier.

16. La participation aux activités du RSSS visant l'accessibilité des services médicaux spécialisés par des médecins spécialistes avec une pratique exclusive hors établissement

16.1 Les Règles de gestion prévoient notamment, pour les médecins en pratique exclusive hors établissement, sur une base volontaire, la participation au plan de remplacement dans certaines spécialités ou à des remplacements dans des établissements ayant un besoin important.

17. Entrée en vigueur

La présente annexe remplace l'Annexe 46 sur le même objet et entre en vigueur à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,ce _____jour de _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ	**DIANE FRANCOEUR, M.D**
Ministre	Présidente
Ministère de la Santé et Services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE 48

VISANT L'INSTAURATION DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION PARTICULIÈRES AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES QUI AGISSENT COMME PÉDIATRES RÉPONDANTS OU PÉDIATRES CONSULTANTS DANS LE CADRE DU PROGRAMME AGIR TÔT

CONSIDÉRANT l'organisation de services découlant du programme Agir tôt (le " Programme ") qui vise à détecter rapidement les enfants susceptibles de présenter des vulnérabilités développementales et que l'intervention précoce peut permettre de rattraper certains retards, prévenir l'apparition de difficultés plus importantes ou diminuer l'impact de leurs difficultés sur le fonctionnement et l'adaptation ;

CONSIDÉRANT que les codes et tarifs actuels prévus à l'entente ne correspondent pas entièrement aux services et activités requis et réellement dispensés par les pédiatres dans le cadre du Programme ;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de définir l'ensemble des modalités de rémunération visant à favoriser les services des pédiatres dans le cadre de l'organisation de services découlant du Programme ;

CONSIDÉRANT que ces services sont financés par le redressement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, et ce, de façon exceptionnelle et malgré l'article 2.6 de l'Annexe 2.

EN CONSÉQUENCE DE CE QUI PRÉCÈDE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cette annexe établit les modalités de rémunération du médecin spécialiste en pédiatrie qui assume la fonction de médecin répondant ou la fonction de médecin consultant dans le cadre du Programme.
1.2 On ne peut se prévaloir de la présente annexe pour la rémunération d'activités professionnelles exercées à l'extérieur du Programme.

2. PÉDIATRE RÉPONDANT

2.1 La fonction du pédiatre répondant dans le cadre du Programme consiste à soutenir les équipes multidisciplinaires dans l'évaluation de la clientèle visée par le Programme. Lorsque requis, le pédiatre répondant oriente notamment la clientèle du Programme, à la demande d'un médecin ou d'un intervenant du Programme, et ce, sans contact direct avec le patient concerné.
2.2 Toute demande de désignation en vertu de la présente annexe est transmise par l'administration de l'établissement à la demande du département de pédiatrie. Elle fait état des médecins exerçant dans le département et souhaitant être reconnus à titre de pédiatre répondant aux fins du Programme.
2.3 Les parties négociantes forment un comité conjoint aux fins de recevoir et d'analyser les demandes de désignation afin de se prévaloir de la présente annexe, le tout afin de couvrir l'ensemble des besoins de la clientèle desservie pour l'ensemble des territoires.
2.4 Le comité conjoint détermine l'admissibilité ou le retrait d'une désignation d'un pédiatre répondant. L'avis de désignation comporte l'information nécessaire à l'application de la présente annexe, la date du début d'application et le nom des médecins désignés à titre de pédiatre répondant.
2.5 Malgré ce qui précède, les parties peuvent sur recommandation du comité conjoint, mettre un terme au processus de désignation en transmettant un avis administratif à cet effet à la RAMQ.
2.6 Pour ses activités de soutien rendues dans le cadre du Programme, le pédiatre répondant est rémunéré à un tarif horaire de 300 $, lequel s'applique du lundi au vendredi pour une période minimale de service continu de 120 minutes et pour un maximum de 7 heures par jour. La dernière heure s'applique au prorata, par période de 15 minutes continues et complétées.

19734 Soutien à l'équipe multidisciplinaire, par heure 300,00 $

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*
Inscrire l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Rôle 1 obligatoire

2.7 Le pédiatre répondant qui réclame le paiement de cette tarification horaire ne peut réclamer le paiement d'autres honoraires de la Régie au cours de la même période.

2.8 Le pédiatre répondant qui doit remettre un rapport écrit après ses activités de soutien rendues à la demande du médecin ou du ou des intervenants du Programme qui ont demandé son expertise dans le cadre du Programme a droit au tarif suivant :

15052 Préparation et transmission d'un rapport 125,00 $

2.9 Pour le pédiatre répondant rémunéré selon le mode de rémunération mixte, la rémunération prévue à l'article 2.6 est payable selon un supplément d'honoraires de 80 % et celui de l'article 2.8, selon un supplément d'honoraires de 100 %.

3. PÉDIATRE CONSULTANT

3.1 Le pédiatre consultant est celui qui prend en charge la clientèle du Programme suivant une demande de consultation d'un intervenant ou médecin du Programme.

3.2 La tarification qui s'applique au pédiatre consultant pour les soins dispensés par ce dernier auprès de la clientèle du Programme est celle indiquée dans la Liste des services tarifés des pédiatres consultants auprès de la clientèle Agir tôt. Ces services sont assujettis aux règles de tarification prévues aux Annexes 4 et 38 de l'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce__ jour de _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ	**VINCENT OLIVA, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la santé et des services sociaux	Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE

Liste des services tarifés des pédiatres consultants auprès de la clientèle Agir tôt

Cabinet :

15053 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) à la demande d'un intervenant ou d'un médecin dans le cadre du programme Agir tôt
Durée minimale de 60 minutes complétées 334,85 $
Chaque période de 15 minutes complétées supplémentaires 33,50 $
Maximum : 180 minutes

AVIS **:** *Inscrire:*
- le numéro du médecin référent ou son prénom, son nom et sa profession ou le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession;
- l'heure de début et l'heure de fin du service.

15054 Patient est sous la supervision de la DPJ (dossier actif, prise en charge en famille d'accueil ou en centre de réadaptation), supplément : 48,55 $

15055 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants ou d'un des parents pour un patient provenant du Programme Agir tôt au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure complété 67,00 $
Maximum : 90 minutes par séance

AVIS **:** *Inscrire :*
- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- l'heure de début et l'heure de fin du service.

15056 Administration et interprétation d'un ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule), incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la remise des résultats 949,95 $

15057 Administration et interprétation du questionnaire ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised), incluant la rédaction du rapport et la remise des résultats 791,65 $

15058 Plan d'intervention individualisée (P.I.I.), lequel comprend la rédaction d'un rapport spécifique incluant la description de la condition de l'enfant, les conclusions diagnostiques ainsi que le plan de suivi. Il inclut, le cas échéant, un sommaire des rencontres interdisciplinaires, des rencontres avec le malade et/ou la famille ou les personnes ayant la charge de l'enfant, ainsi que la planification du suivi. 126,65 $

Externe :

15059 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) à la demande d'un intervenant ou d'un médecin dans le cadre du programme Agir tôt
Durée minimale de 60 minutes complétées 279,55 $
Chaque période de 15 minutes complétées supplémentaires 30,75 $
Maximum : 180 minutes

AVIS **:** *Inscrire:*
- le numéro du médecin référent ou son prénom, son nom et sa profession ou le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession;
- l'heure de début et l'heure de fin du service.

15060 Patient est sous la supervision de la DPJ (dossier actif, prise en charge en famille d'accueil ou en centre de réadaptation), supplément : 42,20 $

15061 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants ou d'un des parents pour un patient provenant du Programme Agir tôt au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure complété — 56,10 $
Maximum : 90 minutes par séance

AVIS **:** *Inscrire :*
- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- l'heure de début et l'heure de fin du service.

15062 Administration et interprétation d'un ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule), incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la remise des résultats — 949,95 $

15063 Administration et interprétation du questionnaire ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised), incluant la rédaction du rapport et la remise des résultats — 791,65 $

15064 Plan d'intervention individualisée (P.I.I.), lequel comprend la rédaction d'un rapport spécifique incluant la description de la condition de l'enfant, les conclusions diagnostiques ainsi que le plan de suivi. Il inclut, le cas échéant, un sommaire des rencontres interdisciplinaires, des rencontres avec le malade et/ou la famille ou les personnes ayant la charge de l'enfant, ainsi que la planification du suivi. — 126,65 $

Protocoles d'accord

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UN ÉTABLISSEMENT VISÉ

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'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) ou d'un établissement responsable de région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James,ci-après un « établissement visé », 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 les établissements.

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

3.1 Pour le médecin qui, en cette qualité, agit à titre de médecin-conseil auprès d'un établissement visé, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui, reliée à la mission régionale d'un établissement visé, 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'un établissement visé, 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 président directeur général d'un établissement visé;

f) la gestion de dossiers reliés à la médecine de sinistre.

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 entre des sites québécois reliés par le réseau intégré de télécommunications multimédia, mais non par conférence téléphonique.

4. RÉMUNÉRATION

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 211 $ l'heure.

AVIS **:** *Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et inscrire dans la section des activités et des heures effectuées :*
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH;
- le code d'activité, le secteur de dispensation ainsi que les heures travaillées.
Sélectionner la plage horaire.

Pour la rémunération des activités:
- articles 3.1a) à 3.1e), utiliser le code d'activité ***049067;***
- article 3.1f), utiliser le code d'activité ***049144***

5. RÉPARTITION

5.1 Au niveau d'un établissement visé, la nomination, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé au paragraphe 3.1 relèvent du président directeur général d'un établissement visé.

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'établissement visé.

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 À l'échelle provinciale, une banque d'heures de 6 558 heures est allouée à la rémunération des activités professionnelles rendues par les médecins spécialistes. Les parties négociantes déterminent la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire, doit être allouée, sur une base annuelle, à un établissement visé, aux fins d'assurer la mise en œuvre du présent protocole d'accord.

AVIS **:** *La liste des banques d'heures allouées aux établissements est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

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 chacun des établissements visés un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de cet établissement en vertu du présent protocole.

9. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 Le présent protocole d'accord entre en vigueur le 1er 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

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À L'APPLICATION DE L'ACCORD-CADRE MSSS/FMSQ POUR LES ANNÉES 1996 - 1997 À 2000 - 2001

VU les dispositions de la Loi sur la diminution des coûts de la main-d'oeuvre dans le secteur public et donnant suite aux ententes intervenues à cette fin, notamment les articles 8, 16, 17 et 25 de cette loi;

ATTENDU que cette loi s'inscrit dans le cadre de l'effort collectif demandé à l'ensemble de la population du Québec, dont les médecins;

ATTENDU que la loi en cause permet, à son article 25, la conclusion d'ententes comportant des stipulations ou des mesures de substitution équivalentes tenant lieu des dispositions prévues à cette loi;

ATTENDU que la rémunération que les médecins reçoivent dans le cadre du régime d'assurance maladie comprend une compensation pour leurs frais de pratique;

CONSIDÉRANT l'importance de la participation et de la collaboration des médecins spécialistes pour améliorer l'efficience du système de santé.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Des modifications sont apportées aux dispositions pertinentes de l'Accord-cadre du 1er octobre 1995, dont les articles 2.1 et 2.2, afin de :

1.1 Traduire les augmentations de 1 % consenties au 1er janvier 1997 et au 1er janvier 1998, conformément à la lettre d'entente no 90;

1.2 Réduire l'enveloppe budgétaire globale de 6,4 M $ pour la période d'entente commençant le 1er avril 1997 et pour les périodes subséquentes;

1.3 Déterminer le montant de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour les périodes du 1er avril 1998 au 31 mars 2001.

2. Compte tenu des dispositions de la Loi sur la diminution des coûts de la main-d'oeuvre dans le secteur public et donnant suite aux ententes intervenues à cette fin, les parties conviennent également de modifier les dispositions pertinentes de l'Accord-cadre, de façon à prévoir ce qui suit :

2.1 Modifier le solde des montants forfaitaires restants au 31 mars 1996 (lettre d'entente no 80) de manière à opérer, pour l'année 1996-1997, une réduction équivalente à la réduction non récurrente de 0,5 % de l'enveloppe budgétaire globale de cette période, tel que prévu aux articles 8 et 25 de la Loi;

2.2 Apporter les ajustements nécessaires aux dispositions pertinentes de l'Accord-cadre qui traduisent, pour l'année 1997-1998, une contribution des médecins spécialistes de 57,9 M $, réduite d'un montant forfaitaire de 10,2 M $ accordé pour la période du 1er juillet 1997 au 31 mars 1998 pour tenir lieu de rajustement imputable aux frais de pratique;

2.3 Apporter les ajustements nécessaires aux dispositions pertinentes de l'Accord-cadre qui traduisent, à compter du 1er avril 1998, une contribution des médecins spécialistes, sur base annuelle récurrente, de 77,8 M $, réduite d'un montant forfaitaire de 13,6 M $ accordé pour chacune des périodes de l'entente commençant le 1er avril 1998 pour tenir lieu de rajustement imputable aux frais de pratique;

2.4 Aux fins du présent article, convenir et assurer la mise en place d'un nouveau programme d'allocation de fin de carrière au bénéfice des médecins spécialistes âgés de 65 ans ou plus, selon les conditions et paramètres apparaissant à l'annexe I du présent protocole d'accord dont la prise en compte des effets du programme sur le nombre des effectifs dans certaines spécialités et devant générer les économies évaluées par les parties au cours de chacune des périodes de l'entente, engagement dont les parties se déclarent solidairement responsables.

Les coûts découlant de l'application de ce nouveau programme sont financés à 50 % à même l'enveloppe budgétaire globale et à 50 % par le Gouvernement à partir d'une source autre que l'enveloppe. La part du Gouvernement ne pourra toutefois excéder 33 M $.

2.5 Aux mêmes fins, mettre en place un mode de rémunération mixte, basé sur une rémunération forfaitaire, pour les médecins spécialistes qui exercent en établissement, incluant ceux qui exercent en milieu universitaire, selon le calendrier qui suit et selon les principes, les orientations, les objectifs et les composantes qui apparaissent à l'annexe II du présent protocole d'accord.

Apporter les ajustements nécessaires aux dispositions pertinentes de l'Accord-cadre qui traduisent les crédits suivants au bénéfice des médecins spécialistes, soit 25 M $ pour l'année 1998 - 1999, 50 M $ pour l'année 1999 - 2000 et 75 M $ pour l'année 2000 - 2001, en contrepartie et dans la seule mesure où :

a. le nouveau mode de rémunération mixte est implanté et appliqué avant le 1er janvier 1998 dans les établissements qui exploitent un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire et dans les services ou départements des centres affiliés universitaires qui participent à la formation médicale;

b. les conditions et modalités du mode de rémunération mixte pour les médecins spécialistes exerçant en établissement non universitaire sont mises en oeuvre avant le 31 mars 1998 et un calendrier de déploiement de ce nouveau mode est élaboré, au 31 mars 1998, en s'activant prioritairement sur les spécialités mentionnées ci-après, de façon à permettre son implantation avant le 1er juillet 1998 :

- radio-oncologie;
- microbiologie;
- biochimie;
- hématologie;
- anatomo-pathologie;
- anesthésie-réanimation;
- chirurgie générale;
- gériatrie;
- neurochirurgie;

Advenant que le nouveau mode de rémunération mixte ne puisse être implanté conformément aux dispositions des alinéas précédents, les parties conviennent de discuter et mettre en place d'autres mesures reliées à la rémunération des médecins spécialistes.

2.6 Utiliser, aux fins du présent article, tout montant résultant de la non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prévue pour l'année 1996 - 1997.

À cet égard, les parties conviennent d'évaluer cette non-atteinte une fois que les données complètes de la période seront disponibles, conformément aux dispositions de l'annexe 2 de l'Accord-cadre;

2.7 Advenant que la mise en place des mesures identifiées aux sous-paragraphes 2.4 et 2.6, une fois cumulées aux crédits prévus au sous-paragraphe 2.5, ne permettent pas d'assurer la contribution des médecins spécialistes prévue aux sous-paragraphes 2.2 et 2.3, les parties conviennent de discuter et mettre en place des mesures reliées à la rémunération des médecins spécialistes qui permettront d'atteindre ces objectifs dont, notamment, certaines mesures relatives à la diminution des activités professionnelles des médecins spécialistes dans le cadre du régime d'assurance maladie ou à la révision des modalités de rémunération de certains actes médicaux.

3. Les parties s'entendent sur les données financières apparaissant en annexe III du présent protocole d'accord.

4. Dans le but d'assurer notamment le financement du montant forfaitaire prévu au sous-paragraphe 2.2 et du rajustement récurrent prévu au sous-paragraphe 2.3 du présent protocole d'accord, le Ministère et la Fédération prennent les engagements suivants :

4.1 Convenir et assurer la mise en oeuvre des moyens portant sur des gains d'efficience reliés aux coûts du système de santé québécois, engagement dont les parties se déclarent solidairement responsables;

4.2 Convenir et assurer la mise en oeuvre pour le 1er juillet 1997 d'une mesure de réduction des coûts relatifs à la prescription de médicaments, engagement dont les parties se déclarent solidairement responsables;

4.3 Fixer la part des économies réalisées imputable à la modification de l'activité professionnelle des médecins, convenir du partage de cette part et de son affectation.

Les économies découlant de la mise en oeuvre du sous-paragraphe 4.2 devront toutefois être affectées prioritairement au financement des coûts suivants :

a) les montant et rajustement prévus aux sous-paragraphes 2.2 et 2.3 et imputables aux frais de pratique;

b) le déficit de 13,7 M $ apparaissant aux crédits autorisés du Ministère de la Santé et des Services sociaux entraîné par l'application de la lettre d'entente no 90;

4.4 Advenant que les parties constatent que la mesure de réduction des coûts relatifs à la prescription de médicaments ne permet pas d'assurer le financement, au 31 mars 1998, du montant forfaitaire prévu au sous-paragraphe 2.2 et, à compter du 1er avril 1998, du rajustement prévu au sous-paragraphe 2.3, elles conviennent de mettre en place des mesures reliées à la rémunération des médecins spécialistes qui permettront d'assurer le financement de ces montants;

4.5 Advenant que les parties constatent que la mesure de réduction des coûts relatifs à la prescription de médicaments ne permet pas d'assurer le financement, au 31 mars 1998, du déficit de 13,7 M $, d'autres mesures de gains d'efficience devront être introduites.

Les mesures de gains d'efficience doivent être quantifiables et imputables à la modification de certaines pratiques professionnelles des médecins spécialistes, tout en sauvegardant la qualité de l'acte médical et l'accessibilité aux services de santé.

5. Des vérifications périodiques sont effectuées afin de s'assurer que les différentes mesures prévues aux paragraphes 2 et 4 du présent protocole d'accord produisent leurs effets en fonction des économies que les parties ont raisonnablement escomptées pour chacune des périodes d'application de l'entente, de façon à réorienter, si nécessaire, la direction prise par les parties dans la mise en oeuvre de ces mesures.

6. Si, au cours de la durée de l'Entente, des modifications étaient apportées aux conventions collectives applicables aux employés des secteurs public et parapublic concernant des conditions de rémunération, les dispositions de l'Accord-cadre et du présent protocole d'accord seront ajustées en conséquence en appliquant, à compter du 1er avril 1999, le pourcentage d'augmentation accordé à ces employés.

7. À compter du 1er juillet 1997, les pourcentages de la rémunération de base applicables au sein des territoires II et III en vertu de l'annexe 34 de l'Accord-cadre sont remplacés par les suivants :

	Territoire II	Territoire III
Première année	85 %	95 %
Deuxième année	85 %	95 %
Troisième année	85 %	95 %
Quatrième année	100 %	100 %

8. La durée de l'entente prévue à l'article 6.1 de l'Accord-cadre est prolongée jusqu'au 31 mars 2001.

9. Le présent protocole d'accord prend effet le 1er juillet 1997.

AVIS **:** *Les articles 4.2, 4.3, 4.4 et 4.5 seront ratifiés ultérieurement par le gouvernement pour les services valables.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE

CONCERNANT LA RATIONALISATION DES SERVICES MÉDICAUX

ATTENDU QUE le Gouvernement entend compléter le dossier de la rationalisation des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance maladie;

ATTENDU QUE cette rationalisation des services médicaux comporte des effets au niveau de l'entente qui pourvoit à la rémunération des services médicaux;

ATTENDU QU 'une évaluation financière devra être effectuée en conséquence par les parties négociantes;

ATTENDU QU 'un des objectifs de cette opération est de dégager une certaine marge de manoeuvre qui permette de répondre à des besoins prioritaires;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La somme des argents consolidée par l'établissement de cette marge de manoeuvre sera réallouée et affectée jusqu'à un maximum de 7,5 M $ sur base annuelle, aux priorités identifiées par les parties.

2. Toute somme excédant 7,5 M $ sur base annuelle servira à réduire l'enveloppe budgétaire globale.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de signature par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE

CONCERNANT LA VÉRIFICATION FINALE DU COÛT DE LA RÉMUNÉRATION VERSÉE AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES EN VUE D'ASSURER LE RESPECT DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE PRÉDÉTERMINÉE DE LA PÉRIODE DU 1er AVRIL 1995 AU 31 MARS 1996

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes pour la période du 1er avril 1995 au 31 mars 1996 est de 1 280,3 M $. L'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour cette période étant de 1 277,0 M $, le dépassement de cette enveloppe est de 3,3 M $.

2. D'utiliser 3,3 M $ des 9,8 M $ des montants forfaitaires compensatoires prévus à la lettre d'entente nº 80 de l'Accord-cadre pour rembourser ce dépassement.

3. Le solde des montants forfaitaires compensatoires prévus à la lettre d'entente nº 80 devient 6,5 M $.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE

CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT le niveau élevé des primes d'assurance responsabilité professionnelle acquittées par les médecins spécialistes québécois;

CONSIDÉRANT les dispositions de l'Accord-cadre du 1er octobre 1995 prévoyant le remboursement aux médecins spécialistes, à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, d'une partie du montant de la prime d'assurance responsabilité professionnelle qu'ils doivent acquitter;

CONSIDÉRANT l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée et le protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS/FMSQ pour les années 1996 - 1997 à 2000 - 2001;

CONSIDÉRANT l'éventualité d'une augmentation des primes d'assurance responsabilité professionnelle devant être acquitées par les médecins spécialistes au cours de la durée de l'entente.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Dans l'éventualité d'une augmentation significative au cours des années civiles 1998 à 2001, des primes d'assurance responsabilité professionnelle devant être acquittées par les médecins spécialistes québécois, les parties conviennent d'évaluer les effets sur les frais de pratique et d'apporter les ajustements nécessaires.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ANNEXE I

CONCERNANT LES CONDITIONS ET PARAMÈTRES D'UN NOUVEAU PROGRAMME D'ALLOCATIONS DE FIN DE CARRIÈRE

1) MÉDECINS VISÉS

Ceux qui ont 65 ans ou plus au 1er juillet 1997.

2) PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ

Du 1er juillet au 31 octobre 1997.

3) CRITÈRES DE REVENUS AUX FINS D'ADMISSIBILITÉ

À déterminer.

4) DATE DE RETRAITE (FIN DE PRATIQUE)

1er novembre 1997.

5) NIVEAU DES ALLOCATIONS DE RETRAIT

Âge	Niveau
65 ans	200 %
66 ans	200 %
67 ans	200 %
68 ans	180 %
69 ans	160 %
70 ans et plus	140 %

6) RÉPARTITION ANNUELLE DES PAIEMENTS

Âge	Répartition annuelle
65 ans	45 % / 45 % / 45 % / 45 % / 20 %
66 ans	45 % / 45 % / 45 % / 45 % / 20 %
67 ans	45 % / 45 % / 45 % / 45 % / 20 %
68 ans	45 % / 45 % / 45 % / 45 %
69 ans	45 % / 45 % / 45 % / 25 %
70 ans et plus	45 % / 45 % / 25 % / 25 %

7) REVENUS ADMISSIBLES AU CALCUL DE L'ALLOCATION DE RETRAITE

Sont exclus les revenus d'expertise CSST

Déduction de la prime nette d'ARP

Déduction de la composante technique des revenus en cabinet privé (30 %, sauf en radiologie et pour les actes de physiothérapie où le niveau s'élève à 65 %).

8) REVENUS MAXIMUMS ADMISSIBLES

Plafond de 150 000 $ de revenus à chaque année.

9) CALCUL DU REVENU MOYEN

Moyenne sur trois ans.

ANNEXE II

PRINCIPES, ORIENTATIONS, OBJECTIFS ET COMPOSANTES DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

La présente annexe a pour objet d'exposer les principes et les orientations qui sous-tendent l'implantation du mode de rémunération mixte (forfait et acte).

Elle vise également à définir les objectifs de ce nouveau mode de rémunération et ses composantes.

A - RÉMUNÉRATION MIXTE

1. LES ORIENTATIONS ET LES PRINCIPES

Les parties conviennent d'utiliser le mode de rémunération mixte, en tant que mesure structurante, comme un moyen en vue de favoriser la plus grande accessibilité aux services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population du Québec.

Le mode de rémunération mixte est également introduit afin de faciliter l'instauration dans les établissements à vocation universitaire d'un plan de pratique.

Les parties reconnaissent, toutefois, que certains constats doivent guider leurs actions dans l'implantation du mode de rémunération mixte.

Le médecin spécialiste joue un rôle d'expert auprès de ses collègues et des patients qui font appel à ses services.

La pratique du médecin spécialiste repose, pour une large part, sur les moyens qui sont mis à sa disposition par les établissements, notamment les centres hospitaliers.

Le médecin spécialiste exerce dans un contexte de réseautage et de complémentarité entre les établissements et les cabinets privés.

On reconnaît les libertés professionnelles et l'autonomie du médecin spécialiste dans l'exercice de sa profession.

Aussi, les parties conviennent d'apporter les ajustements nécessaires au mode de rémunération mixte par l'introduction de conditions et modalités d'application qui permettent l'utilisation optimale des ressources médicales spécialisées.

De manière plus spécifique, ces adaptations doivent favoriser l'utilisation à bon escient des ressources médicales spécialisées au bénéfice des personnes dont l'état de santé requiert des services médicaux spécialisés. Elles doivent favoriser l'exercice des médecins spécialistes dans des lieux propices à la dispensation des services médicaux spécialisés. Il importe donc d'assurer un équilibre du niveau des activités accomplies en établissement ou en cabinet, de manière à répondre adéquatement aux besoins de la population. Elles doivent enfin viser à aplanir les difficultés de répartition et de déploiement de la médecine spécialisée qu'entraînent l'étendue du territoire québécois et l'étalement de sa population.

À ces fins, les parties conviennent de constituer un comité permanent composé de représentants des parties négociantes qui s'associent, au besoin, toute autre ressource pouvant les aider dans la poursuite des orientations énoncées précédemment.

2. LES OBJECTIFS DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

Les parties négociantes conviennent que l'implantation du nouveau mode de rémunération mixte doit, tout en s'inscrivant dans l'orientation retenue visant la plus grande accessibilité des services médicaux spécialisés, conduire à la réalisation des objectifs suivants :

maintenir et renforcer la qualité des services médicaux spécialisés;

favoriser l'organisation et la dispensation efficientes de ces services;

permettre la réalisation d'économies dans le système de santé; et

assurer une juste rémunération des médecins spécialistes.

3. LES COMPOSANTES DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

Le mode de rémunération mixte s'appuie sur la rémunération forfaitaire à laquelle peuvent s'ajouter certains compléments versés sur la base d'une rémunération à l'acte. Les diverses composantes du mode de rémunération mixte sont les suivantes :

a) **Forfait de base**

Ce forfait, versé sur une base quotidienne, vise à rémunérer l'ensemble des activités cliniques que le médecin spécialiste accomplit dans le respect des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, de même que, parmi les activités médico-administratives prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements, celles que les parties conviendront de rémunérer.

Il peut viser également à rémunérer, le cas échéant, les activités d'enseignement du médecin spécialiste, ses activtés de recherche, ses activités de rayonnement, ses activités de gestion académique et d'autres activités qui pourraient lui être confiées et que les parties négociantes conviennent de rémunérer dans le cadre du régime d'assurance maladie.

Un plein forfait quotidien est payable pour chaque journée où le médecin spécialiste accomplit ces activités.

Si le médecin spécialiste exerce dans plus d'un établissement, le forfait quotidien qu'il peut recevoir dans chaque établissement correspond à une fraction du plein forfait quotidien, selon les activités qu'il accomplit dans chacun d'eux, en proportion de la durée d'une journée d'activités. En toutes circonstances, le médecin spécialiste ne peut recevoir plus qu'un plein forfait quotidien par journée de vingt-quatre heures.

Le montant du forfait quotidien peut varier selon la spécialité. Il est déterminé selon des modalités à convenir entre les parties négociantes et il est pondéré en fonction de la proportion moyenne des activités accomplies par l'ensemble des médecins spécialistes d'une spécialité, eu égard aux activités cliniques, aux activités de garde et aux autres activités généralement accomplies par les médecins de cette spécialité.

Le nombre de pleins forfaits quotidiens alloué par discipline et par centre est également déterminé par les parties négociantes en fonction de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée devant servir à la rémunération des médecins spécialistes, du plan régional des effectifs médicaux, de l'apport des médecins spécialistes exerçant en cabinet privé et de tout autre facteur dont les parties peuvent convenir.

b) **Horaire de garde**

Le médecin spécialiste est généralement rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médicaux qu'il dispense en urgence au cours de l'horaire de garde.

Un forfait de garde peut cependant être payé dans les conditions et circonstances déterminées par les parties négociantes, à l'occasion d'une garde en disponibilité en semaine, le week-end ou lors d'un congé férié.

Le montant du forfait peut varier selon la spécialité. Il est déterminé par les parties négociantes en tenant compte de la lourdeur de la garde à effectuer et du nombre de médecins qui partagent cette garde.

c) **Forfait réseau**

Un forfait réseau peut être versé aux médecins spécialistes d'un service ou d'un département qui prennent en charge ou supportent la dispensation des soins dans un autre établissement hospitalier.

d) **Honoraire incitatif**

Un honoraire incitatif peut être versé pour certains services médicaux dispensés au cours d'une journée d'activités.

Les services médicaux visés sont déterminés par les parties négociantes en considérant la complexité des actes à poser et leur pertinence par rapport à d'autres.

Cet honoraire correspond à un pourcentage des honoraires à l'acte habituellement payables pour ces services médicaux.

e) **Limitations particulières**

Le mode de rémunération mixte s'applique, pour un médecin donné et au cours d'une journée donnée, de façon exclusive à tout autre mode de rémunération dont les parties pourront convenir exceptionnellement.

Un médecin spécialiste ne peut réclamer le paiement d'honoraires en cabinet privé au cours d'une journée où il réclame le paiement d'un plein forfait quotidien.

f) **Situations particulières**

Les parties négociantes peuvent convenir d'adaptations au mode de rémunération mixte pour une spécialité donnée, pour un groupe de médecins spécialistes exerçant en établissement ou pour certaines activités spécifiques.

g) **La pratique en cabinet privé**

Les activités accomplies par un médecin spécialiste en cabinet privé demeurent rémunérées selon le mode de rémunération à l'acte. À la demande des médecins spécialistes qui exercent en établissement, ces activités peuvent toutefois être rémunérées en vertu d'un autre mode de rémunération, selon des modalités à convenir entre les parties négociantes.

Le médecin spécialiste peut recevoir une rémunération incitative fondée sur une valorisation de l'activité professionnelle dont les parties pourront convenir, pour ses activités en cabinet privé, dans la mesure où le cabinet où il exerce est un cabinet associé à un établissement et accepte de fournir des soins qui s'inscrivent en continuité de ceux dispensés par l'établissement.

4. LES ÉLÉMENTS DE VALORISATION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN SPÉCIALISTE

Les parties négociantes conviennent de collaborer à l'instauration, au sein de l'entente, de différentes mesures et règles ayant pour effet de générer des économies dans le réseau de la santé et des services sociaux, tout en valorisant l'activité professionnelle du médecin spécialiste.

Les mesures pouvant être instaurées comprennent, notamment, les mesures suivantes :

l'inclusion de certains services médicaux et procédés diagnostiques et thérapeutiques dans l'honoraire de visite; et

la limitation du nombre de visites par jour par patient ou par médecin.

La valorisation de l'activité professionnelle du médecin spécialiste doit se fonder sur la recherche de l'excellence, insistant davantage sur la rémunération de la composante professionnelle plutôt que de la composante technique.

B - RÉMUNÉRATION MIXTE DANS LE CADRE D'UN PLAN DE PRATIQUE EN MILIEU UNIVERSITAIRE

1. LES PRINCIPES ET LES ORIENTATIONS

Les parties conviennent d'utiliser le mode de rémunération mixte, en tant que mesure structurante, comme un moyen en vue de favoriser la plus grande accessibilité aux services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population du Québec.

Le mode de rémunération mixte est également introduit afin de faciliter l'instauration dans les établissements à vocation universitaire d'un plan de pratique.

Les parties reconnaissent, toutefois, que certains constats doivent guider leurs actions dans l'implantation du mode de rémunération mixte.

Le médecin spécialiste joue un rôle d'expert auprès de ses collègues et des patients qui font appel à ses services.

La pratique du médecin spécialiste repose, pour une large part, sur les moyens qui sont mis à sa disposition par les établissements, notamment, les centres hospitaliers.

Le médecin spécialiste exerce dans un contexte de réseautage et de complémentarité entre les établissements et les cabinets privés.

On reconnaît les libertés professionnelles et l'autonomie du médecin spécialiste dans l'exercice de sa profession.

Aussi, les parties conviennent d'apporter les ajustements nécessaires au mode de rémunération mixte par l'introduction de conditions et modalités d'application qui permettent l'utilisation optimale des ressources médicales spécialisées.

De manière plus spécifique, ces adaptations doivent favoriser l'utilisation à bon escient des ressources médicales spécialisées au bénéfice des personnes dont l'état de santé requiert des services médicaux spécialisés. Elles doivent favoriser l'exercice des médecins spécialistes dans des lieux propices à la dispensation des services médicaux spécialisés. Il importe donc d'assurer un équilibre du niveau des activités accomplies en établissement ou en cabinet, de manière à répondre adéquatement aux besoins de la population. Elles doivent tirer profit au maximum des nouvelles technologies qui se développent. Elles doivent enfin viser à aplanir les difficultés de répartition et de déploiement de la médecine spécialisée qu'entraînent l'étendue du territoire québécois et l'étalement de sa population.

À ces fins, les parties conviennent de constituer un comité permanent composé de représentants des parties négociantes qui s'associent, au besoin, toute autre ressource pouvant les aider dans la poursuite des orientations énoncées précédemment.

Les particulatirés du milieu universitaire

Puisqu'il est de la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux de veiller à ce que les établissements à vocation universitaire aient les moyens nécessaires pour mener à bien leur mission, les parties négociantes conviennent que l'implantation du mode de rémunération mixte en milieu universitaire doit s'inscrire dans le contexte des principes directeurs sur lesquels se fonde généralement l'établissement d'un plan de pratique qui recouvre l'ensemble des moyens et politiques favorisant le partenariat entre une université, sa faculté de médecine, les médecins-professeurs et l'établissement qui exploite un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire ou l'établissement désigné centre affilié universitaire qui compte un ou plusieurs départements ou services dispensant un programme de formation médicale.

Ce partenariat a pour but de promouvoir et de développer la mission à quatre volets commune aux différents intervenants précités, soit les soins professionnels, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies reliées au domaine de la santé.

À cet égard, les parties négociantes reconnaissent que l'établissement du plan de pratique relève de la responsabilité des médecins-professeurs, de la faculté de médecine et de l'établissement. Les parties reconnaissent aussi que sa gestion est assumée par les médecins-professeurs avec la participation de la faculté et de l'établissement. Il leur appartient d'en assurer la gestion selon des modalités qui reflètent les cultures et les politiques locales.

Toutefois, dans la poursuite des orientations décrites précédemment, les parties négociantes conviennent que le mode de rémunération mixte et l'adhésion au plan de pratique s'appliqueront, selon l'échéancier apparaissant au protocole d'accord, à l'ensemble des médecins spécialistes qui détiennent une nomination dans l'établissement qui exploite un centre hospitalier universitaire, un institut universitaire ou dans les services ou départements d'un centre affilié universitaire qui dispense un programme de formation médicale.

2. LES OBJECTIFS DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE DANS LE CONTEXTE DU MILIEU UNIVERSITAIRE

Les parties négociantes conviennent que l'implantation du nouveau mode de rémunération mixte doit, tout en s'inscrivant dans l'orientation retenue visant la plus grande accessibilité des services médicaux spécialisés, conduire à la réalisation des objectifs suivants :

maintenir et renforcer la qualité des soins médicaux spécialisés;

favoriser l'organisation et la dispensation efficientes de ces services;

permettre la réalisation d'économies dans le système de santé; et

assurer une juste rémunération des médecins spécialistes en contrant le phénomème de la double rémunération.

Outre ces objectifs, le mode de rémunération mixte doit, dans le maintien et le développement de l'excellence, soutenir un mode d'organisation et de dispensation des soins qui respecte les besoins de la médecine académique. Il doit, de plus, faciliter la mise en place de modes innovateurs de dispensation des soins et assurer l'établissement de différents modèles de rôles favorables aux missions des établissements à vocation universitaire.

3. LES COMPOSANTES DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

Le mode de rémunération mixte s'appuie sur la rémunération forfaitaire à laquelle peuvent s'ajouter certains compléments versés sur la base d'une rémunération à l'acte. Les diverses composantes du mode de rémunération mixte sont les suivantes :

a) **Forfait de base**

Ce forfait, versé sur une base quotidienne, vise à rémunérer l'ensemble des activités cliniques que le médecin spécialiste accomplit dans le respect des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, de même que, parmi les activités médico-administratives prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements, celles que les parties conviendront de rémunérer.

Il vise également à rémunérer, selon le cas, les activités d'enseignement du médecin spécialiste, ses activités de recherche, ses activités de rayonnement, ses activités de gestion académique et d'autres activités qui pourraient lui être confiées et que les parties négociantes conviennent de rémunérer dans le cadre du régime d'assurance maladie.

Un plein forfait quotidien est payable pour chaque journée où le médecin spécialiste accomplit ces activités.

Si le médecin spécialiste exerce dans plus d'un établissement, le forfait quotidien qu'il peut recevoir dans chaque établissement correspond à une fraction du plein forfait quotidien selon les activités qu'il accomplit dans chacun d'eux, en proportion de la durée d'une journée d'activités. En toutes circonstances, le médecin spécialiste ne peut recevoir plus qu'un plein forfait quotidien par journée de vingt-quatre heures.

Détermination du montant du forfait quotidien

Le montant du forfait quotidien est déterminé selon des modalités à convenir entre les parties négociantes qui tiennent cependant compte des considérations suivantes :

- il peut varier selon la spécialité;
- il est pondéré en fonction de la proportion moyenne des activités accomplies par l'ensemble des médecins spécialistes d'une spécialité, eu égard aux activités cliniques, aux activités de garde et aux autres activités généralement accomplies par les médecins de cette spécialité;
- il est aussi établi en tenant compte de la rémunération de toute autre source que la Régie de l'assurance maladie du Québec (par exemple, un salaire universitaire) que les médecins spécialistes exerçant dans le cadre d'un plan de pratique universitaire reçoivent pour leurs activités d'enseignement ou de recherche. Le montant du forfait quotidien est réduit en conséquence afin d'éviter la double rémunération, selon des modalités à déterminer par les parties négociantes.

Le nombre de pleins forfaits alloué pour la rémunération des médecins spécialistes qui exercent dans un établissement à vocation universitaire est déterminé par les parties négociantes après consultation d'un comité composé de représentants de l'université, de l'agence et de l'établissement en fonction de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée devant servir à la rémunération des médecins spécialistes, du plan régional des effectifs médicaux, de l'apport des médecins spécialistes exerçant en cabinet privé et de tout autre facteur dont les parties négociantes peuvent convenir.

b) **Forfait universitaire**

S'ajoute au forfait quotidien applicable en milieu universitaire un montant additionnel dit forfait universitaire.

Ce forfait contribue à faire en sorte que l'ordre de grandeur de la rémunération du médecin spécialiste en milieu universitaire soit comparable à celle des collègues de sa spécialité.

Le montant du forfait universitaire est établi en fonction de l'ampleur de la tâche d'enseignement ou de recherche confiée au médecin spécialiste et selon le rang universitaire du médecin professeur dans la recherche des objectifs décrits au paragraphe précédent.

Les tâches donnant accès au forfait universitaire sont déterminées par l'université avec la participation des médecins-professeurs et de l'établissement.

c) **Horaire de garde**

Le médecin spécialiste est généralement rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médicaux qu'il dispense en urgence au cours de l'horaire de garde.

Un forfait de garde peut cependant être payé dans les conditions et circonstances déterminées par les parties négociantes, à l'occasion d'une garde en disponibilité en semaine, le week-end ou lors d'un congé férié.

Le montant du forfait peut varier selon la spécialité. Il est déterminé par les parties négociantes en tenant compte de la lourdeur de la garde à effectuer et du nombre de médecins qui partagent cette garde.

d) **Forfait réseau**

Un forfait réseau peut être versé aux médecins spécialistes d'un service ou d'un département qui prennent en charge ou supportent la dispensation des soins dans un autre établissement hospitalier.

e) **Honoraire incitatif**

Un honoraire incitatif peut être versé pour certains services médicaux dispensés au cours d'une journée d'activités.

Les services médicaux visés sont déterminés par les parties négociantes en considérant la complexité des actes à poser et leur pertinence par rapport à d'autres.

Cet honoraire correspond à un pourcentage des honoraires à l'acte habituellement payables pour ces services.

f) **Limitations particulières**

Le mode de rémunération mixte s'applique, pour un médecin donné et au cours d'une journée donnée, de façon exclusive à tout autre mode de rémunération dont les parties pourront convenir exceptionnellement, sous réserve du droit du médecin membre d'un plan de pratique universitaire de recevoir paiement de la rémunération auquel il a droit pour ses activités d'enseignement ou de recherche.

Un médecin spécialiste ne peut réclamer le paiement d'honoraires en cabinet privé au cours d'une journée où il réclame le paiement d'un plein forfait quotidien.

g) **Situations particulières**

Les parties négociantes peuvent convenir d'adaptations au mode de rémunération mixte pour une spécialité donnée, pour un groupe de médecins spécialistes exerçant en établissement ou pour certaines activités spécifiques.

h) **La pratique en cabinet privé**

Les activités accomplies par un médecin spécialiste en cabinet privé demeurent rémunérées selon le mode de rémunération à l'acte. À la demande des médecins spécialistes qui exercent dans le cadre d'un plan de pratique universitaire, ces activités peuvent toutefois être rémunérées en vertu d'un autre mode de rémunération, selon des modalités à convenir entre les parties négociantes.

Le médecin spécialiste peut recevoir une rémunération incitative fondée sur une valorisation de l'activité professionnelle dont les parties pourront convenir, pour ses activités en cabinet privé, dans la mesure où le cabinet où il exerce est un cabinet associé à un établissement et accepte de fournir des soins qui s'inscrivent en continuité de ceux dispensés par l'établissement.

4. LES ÉLÉMENTS DE VALORISATION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN SPÉCIALISTE

Les parties négociantes conviennent de collaborer à l'instauration, au sein de l'entente, de différentes mesures et règles ayant pour effet de générer des économies dans le réseau de la santé et des services sociaux, tout en valorisant l'activité professionnelle du médecin spécialiste.

Les mesures pouvant être instaurées comprennent, notamment, les mesures suivantes :

l'inclusion de certains services médicaux et procédés diagnostiques et thérapeutiques dans l'honoraire de visite; et

la limitation du nombre de visites par jour par patient ou par médecin.

La valorisation de l'activité professionnelle du médecin spécialiste doit se fonder sur la recherche de l'excellence, insistant davantage sur la rémunération de la composante professionnelle ou intellectuelle plutôt que de la composante technique.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ANNEXE III

CONCERNANT LES DONNÉES FINANCIÈRES RELATIVES AUX ENVELOPPES BUDGÉTAIRES

	1996-1997 (millions $)	1997-1998 (millions $)	1998-1999 (millions $) prolongation	1999-2000 (millions $) prolongation	2000-2001 (millions $) prolongation
Accord-cadre :					
Article 2.1	1 277,0	1 277,0	1 277,0	1 277,0	1 277,0
Article 2.2		(6,4)	(6,4)	(6,4)	(6,4)
Lettre d'entente n° 90 :					
Article 1 (Loi 102)	6,3				
1 % au 1er janvier 1997	3,2	12,8	12,8	12,8	12,8
1 % au 1er janvier 1998		3,2	12,8	12,8	12,8
Enveloppe globale	**1 286,5**	**1 286,6**	**1 296,2**	**1 296,2**	**1 296,2**
Ajustement forfaitaire à l'enveloppe globale					
Récupération de 6 % récurrent		(57,9)	(77,8)	(77,8)	(77,8)
Effet de l'introduction des nouveaux modes			25,0	50,0	75,0
Forfaitaire pour frais de cabinet		10,2	13,6	13,6	13,6
Programme de départs assistés : financement hors-enveloppe 50 % du coût des allocations du nouveau programme, financement maximum total : 33 millions $					

PROTOCOLE D'ACCORD
CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT l'augmentation continue des coûts de l'assurance responsabilité professionnelle des médecins spécialistes au cours des dernières années;

CONSIDÉRANT que d'autres augmentations de ces coûts sont à envisager au cours des prochaines années;

CONSIDÉRANT les demandes pressantes de la Fédération pour que le gouvernement augmente sa contribution aux coûts de l'assurance responsabilité professionnelle et s'engage à assumer le coût des augmentations futures;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place une solution permanente à la problématique de l'assurance responsabilité professionnelle de manière à ce que les coûts de cette assurance soient établis sur la base de l'expérience du Québec et de manière à pouvoir intervenir dans la gestion de cette assurance;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À compter du 1er janvier 2000, la contribution de l'ensemble des médecins spécialistes québécois aux coûts de l'assurance responsabilité professionnelle est limitée, sur la base des effectifs médicaux actuels, à 12 millions $ par année, selon des modalités à déterminer entre les parties et tenant compte d'une prime maximale de 4 900 $, le ministère s'engageant à assumer l'excédent de ces coûts. Cet excédent sera assumé en partie par la contribution déjà prévue en vertu de l'annexe 9 et de la lettre d'entente #108 de l'Accord-cadre, ainsi que par une contribution additionnelle à être versée par le ministère.

2. Avec l'appui de la Fédération dans la recherche d'une solution permanente, le ministère s'engage à proposer au gouvernement les modifications législatives requises, s'il y a lieu, pour la mise en place de cette solution permanente au 1er janvier 2000.

3. Les parties conviennent que la mise en place d'une solution permanente ne devra pas amener une modification de la protection actuelle d'assurance des médecins spécialistes québécois et devra respecter les objectifs sous-jacents suivants :

- une tarification sur la base de l'expérience du Québec;
- l'accès à l'ensemble des données, dont l'expérience, les réclamations, les frais juridiques et les frais de gestion associés;
- permettre de distinguer les coûts de l'assurance responsabilité professionnelle proprement dite des coûts de l'assurance frais juridiques pour litiges autres que ceux liés à la responsabilité professionnelle;
- un contrôle sur la gestion de l'assurance et des réclamations par l'entremise d'un comité d'assurance;
- bénéficier de modifications éventuelles au Code civil qui pourraient réduire au Québec les coûts de l'assurance responsabilité professionnelle.

4. Pour la mise en place d'une solution permanente, les parties conviennent de créer un comité paritaire.

Le comité est composé de quatre (4) membres :

- La FMSQ en désigne deux (2);
- le gouvernement en désigne deux (2).

5. Le comité paritaire devra examiner les diverses solutions possibles, dont la sollicitation auprès du marché des assureurs et de l'ACPM de propositions formelles d'ici le 31 décembre 1998 au plus tard, afin d'assurer la mise en place d'une solution permanente d'ici le 1er janvier 2000.

6. Compte tenu des hypothèses envisagées à l'article 4, les propositions qui seront sollicitées du marché de l'assurance et de l'ACPM porteront en particulier sur la gestion du régime mais également sur une proposition globale d'assurance qui correspondent aux caractéristiques du programme envisagé.

Le comité paritaire devra se rendre disponible et offrir aux parties intéressées les informations disponibles requises pour l'élaboration de leur proposition.

7. Au plus tard le 31 janvier 1999, le comité paritaire devra faire état des propositions reçues en vertu de l'article 5 et soumettre aux parties un rapport et des recommandations pour la mise en place d'une solution permanente au 1er janvier 2000.

8. De manière transitoire, pour l'année 1999, le gouvernement consent à augmenter de 16 M $, par rapport à l'année 1998, sa contribution aux coûts de l'assurance responsabilité professionnelle, selon des modalités à déterminer entre les parties.

9. Le présent protocole ne remet pas en question l'application éventuelle, pour l'année 1999, de la lettre d'entente du 1er décembre 1997 concernant l'assurance responsabilité professionnelle.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de décembre 1998.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT DE NOUVELLES MESURES D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

CONSIDÉRANT la nécessité de favoriser une plus grande accessibilité pour l'ensemble de la population du Québec à des services médicaux spécialisés;

CONSIDÉRANT la nécessité de répartir équitablement les effectifs médicaux spécialisés disponibles en favorisant l'installation et la rétention de médecins spécialistes dans les établissements des régions désignées;

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes de mettre en oeuvre des solutions durables afin de pallier aux pénuries d'effectifs médicaux spécialisés;

LES PARTIES CONVIENNENT d'apporter les modifications suivantes à l'Accord-cadre du 1er octobre 1995 :

1. L'annexe 11 concernant les lettres d'entente est modifiée afin de permettre le déplafonnement sélectif de certains actes médicaux spécialisés ou de la pratique de certains médecins spécialistes dans certains établissements désignés par les parties négociantes pour des périodes temporaires.

À cet égard, les parties conviennent de la Modification 17 à l'Accord-cadre du 1er octobre 1995, laquelle est jointe aux présentes.

2. Dans le but de favoriser l'augmentation de l'offre de services médicaux spécialisés, l'annexe 8 concernant les plafonnements de gains de pratique, les plafonnements d'activités et les règles d'application des tarifs d'honoraires est modifiée afin d'apporter certains ajustements aux plafonds de gains de pratique applicables en établissement et en cabinet privé.

À cet égard, les parties conviennent de la Modification 18 à l'Accord-cadre du 1er octobre 1995, laquelle est jointe aux présentes.

3. Les parties conviennent également de supporter les établissements en pénurie d'effectifs médicaux spécialisés, avec le concours des médecins des diverses disciplines, en continuant à mettre sur pied des groupes concertés de spécialistes qui assurent une prestation continue des soins dans leur discipline dans ces établissements.

À cet égard, les parties apportent un amendement à la lettre d'entente #112 qui prévoit le versement d'un montant forfaitaire quotidien additionnel à la rémunération du médecin, pour concrétiser la création de nouveaux groupes qui bénéficieront de ce forfait réseau.

Cet amendement est introduit à la Modification 18 de l'Accord-cadre du 1er octobre 1995, laquelle est jointe aux présentes.

4. Les parties conviennent également de la nécessité de mettre en oeuvre de nouvelles mesures incitatives qui favorisent l'atteinte des objectifs d'installation et de rétention de médecins spécialistes dans certaines régions éloignées.

À cet égard, les parties s'engagent à identifier et à introduire ces mesures dans la prochaine modification à l'Accord-cadre, et ce dans les plus brefs délais.

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

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

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 médecins spécialistes pour le travail effectué afin decompléter certains formulaires requis dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

2. FORMULAIRES VISÉS

2.1 Le médecin spécialiste a droit au paiement d'un honoraire de 30 $ pour compléter le formulaire suivant :

(09817) Rapport de confirmation diagnostique.

3. DIVERS

3.1 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.

3.2 Le présent protocole d'accord prend effet le 1er avril 2000.

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

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

PROTOCOLE D'ACCORD CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE POUR LES FINS DU SYSTÈME DU SANG AU QUÉBEC

PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (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 qui a la qualification de spécialiste en hématologie pour la réalisation des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle effectuées pour les fins du système de sang au Québec, ainsi que pour les activités réalisées par un médecin qui a la qualification de spécialiste en hématologie notamment dans un centre désigné d'hémophilie ou dans un centre pour le traitement des sujets avec inhibiteurs de la coagulation.

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 au médecin visé, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord.

2.2 Outre les parties, la Régie et les médecins visés, le présent protocole d'accord lie les établissements concernés.

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

3.1 L'activité professionnelle visée aux présentes est celle relative à la planification, à la gestion et au contrôle des activités transfusionnelles effectuées pour les fins du système du sang au Québec sur place, dans l'établissement où le médecin visé au présent protocole détient des privilèges ou à distance entre installations lorsqu'il s'agit d'une installation où il n'exerce pas de façon principale.

3.2 Le médecin visé au présent protocole est celui qui se voit confier, selon les besoins, les attributions suivantes :

a) la mise en place et la coordination du ou des comités de médecine transfusionnelle;

b) la direction et la supervision des activités du personnel engagé pour l'assister dans la prise en charge de la médecine transfusionnelle dans un établissement ;
c) la surveillance des risques reliés à la transfusion sanguine et au retraçage des produits;
d) la mise en opération et le suivi d'algorithmes appropriés et de protocoles de soins, y compris les algorithmes nationaux, en médecine transfusionnelle;
e) L'implantation et le suivi d'un système d'assurance qualité;
f) la participation aux divers comités mis sur pied dans les établissements de la grappe, à l'exception des comités visés dans le protocole médico-administratif, pour les fins du système du sang au Québec;
g) la participation aux activités d'agrément et d'accréditation en médecine transfusionnelle;
h) la mise à jour des techniques et processus selon l'évolution médicale et technologique;

i) la participation aux activités de mise en opération, de maintien et de développement en médecine transfusionnelle;
j) la définition des besoins et le suivi en produits sanguins, dérivés et substituts, ainsi que leur priorisation et la surveillance de l'approvisionnement;
k) la mise en place et le respect des normes pour le sang et ses dérivés en médecine transfusionnelle;
l) l'évaluation de la pertinence de l'utilisation de produits sanguins;
m) la participation aux réunions de la Table de Concertation en Médecine Transfusionnelle (TCMT) organisées par Héma-Québec et aux tables ministérielles désignées à cette fin; et
n) toutes autres activités relatives à la médecine transfusionnelle.

4. RÉMUNÉRATION

4.1 Le médecin visé au présent protocole, est rémunéré, pour les activités décrites aux articles 3.1 et 3.2, selon une tarification horaire, laquelle s'applique du lundi au vendredi de 7h à 19h, sauf les jours fériés pour une période de service continu de 60 minutes. Pour toute participation de plus d'une heure au cours d'une même journée, la tarification horaire s'applique au prorata, par période de 15 minutes complétées.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **09852** pour les activités professionnelles relatives à la planification, à la gestion et au contrôle des activités transfusionnelles effectuées pour les fins du système du sang au Québec, à l'exception de la participation aux réunions de la Table de concertation en médecine transfusionnelle (TCMT) et aux tables ministérielles.*
*Utiliser le code de facturation **09853** pour la participation aux réunions de la Table de concertation en médecine transfusionnelle (TCMT) et aux tables ministérielles.*
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de chaque période travaillée en médecine transfusionnelle.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Inscrire l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.

4.2 La tarification applicable est de 280 $ l'heure, soit 70 $ par période de 15 minutes complétées.

5. RÈGLES ET LIMITATIONS

La rémunération prévue au présent protocole d'accord est sujette aux règles et limitations suivantes :

5.1 Le médecin visé au présent protocole ne peut réclamer un total de plus de 7 heures par jour, pour l'ensemble des activités visées au présent protocole ainsi qu'à l'Addendum 6 - Hématologie de l'Annexe 5.

5.2 Pour le médecin visé au présent protocole rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38, la rémunération d'une activité professionnelle visée au présent protocole d'accord est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 62 %.
5.3 La rémunération prévue au présent protocole d'accord s'applique de façon exclusive au cours de la période de facturation pour laquelle elle est réclamée. Ainsi, aucune autre rémunération, incluant les modalités prévues au Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique, ne peut être versée au médecin visé au présent protocole qui réclame le paiement de la rémunération prévue à l'article 4, pour la même période de facturation pour laquelle elle est réclamée, à l'exception du forfait pour le médecin répondant à la salle de traitement ambulatoire du cancer.
5.4 Seule l'activité visée au paragraphe m) de l'article 3.2 peut être réclamée hors établissement.
5.5 Le médecin assigné à une garde en disponibilité en vertu de l'Annexe 25 peut :

- Se prévaloir du supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25 ;

- Se prévaloir de la rémunération applicable prévue à l'article 4, également les fins de semaines et les jours fériés, entre 7h et 19h.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **09854** lors de la garde pour les activités professionnelles relatives à la planification, à la gestion et au contrôle des activités transfusionnelles effectuées pour les fins du système du sang au Québec.*
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de chaque période travaillée en médecine transfusionnelle.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Inscrire l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.

6. EXCLUSIONS

6.1 La rémunération prévue aux présentes exclut toutefois toute activité prévue aux Protocoles suivants et à laquelle participe un médecin hématologue, ces activités demeurant rémunérées en vertu de ces protocoles :

- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé;
- 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;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Optilab);
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé;
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes Partie II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation.

Il en est de même pour les activités de la banque de sang prévues au tarif de la médecine de laboratoire et les activités médico-administratives reliées à celles-ci, lesquelles sont décrites et rémunérées selon l'Addendum 6 - Hématologie de l'Annexe 5.

7. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATON DIFFÉRENTES ET PLAFONNEMENT

7.1 La rémunération prévue au présent protocole est assujettie à la rémunération différente prévue à l'Annexe 19 de l'Accord-cadre.
7.2 On applique au médecin spécialiste en hématologie, qui détient un PEM dédié en médecine transfusionnelle et qui est désigné par les parties négociantes un plafonnement de gains de pratique provenant des visites, des PDT ainsi que de l'Addendum 6 - Hématologie de l'Annexe 5. Ce plafonnement de gains de pratique s'applique de façon annuelle, par année civile et en lieu et place de tout autre plafonnement de gains de pratique prévu. Le montant du plafonnement de gains de pratique dans le régime d'assurance maladie est établi à 20 % de la moyenne annuelle de rémunération en hématologie correspondant à 94 800 $.
7.2.1 Aux fins d'application de ce plafonnement, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique provenant du présent protocole d'accord, des articles 2.1 b) et 4.2 de l'Addendum 6 - Hématologie de l'Annexe 5 ainsi que des services médicaux codés 00439, 00434, 00406, 20185, 20115, 00152 et 09161.

Toujours aux fins d'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des gains de pratique provenant d'honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule générale 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.
Pour le surplus, le médecin visé au présent article est rémunéré à 25 % du tarif.
7.3 On applique au médecin qui exerce dans le cadre d'un poste au PEM en hématologie, en hématologie/oncologie pédiatrique ou en hémato-oncologie qui se voit octroyer un poste au PEM dédié en médecine transfusionnelle et qui est désigné par les parties négociantes, un plafonnement de gains de pratique provenant des visites, des PDT ainsi que de l'Addendum 6 - Hématologie de l'Annexe 5. Ce plafonnement de gains de pratique s'applique de façon annuelle, par année civile et en lieu et place de tout autre plafonnement de gains de pratique prévu. Le montant du plafonnement de gains de pratique dans le régime d'assurance maladie est établi à 55 % de la moyenne annuelle de rémunération en hématologie correspondant à 260 700 $.
7.3.1 Aux fins d'application de ce plafonnement, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique provenant du présent protocole d'accord, des articles 2.1 b) et 4.2 de l'Addendum 6 - Hématologie de l'Annexe 5 ainsi que des services médicaux codés 00439, 00434, 00406, 20185, 20115, 00152 et 09161.
Toujours aux fins d'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des gains de pratique provenant des honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule générale de 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.
Pour le surplus, le médecin visé au présent article est rémunéré à 25 % du tarif.
Deux ans après la date de sa nomination sur un poste au PEM dédié en médecine transfusionnelle, le plafonnement de gain de pratique prévu à l'article 7.2 s'applique en place et lieu de celui prévu au présent article.

8. FACTURATION

8.1 Le médecin visé au présent protocole doit présenter un relevé d'honoraires contresigné par le chef de service de médecine transfusionnelle ou par le Directeur des services professionnels de son établissement ou encore par leur représentant désigné respectif.

AVIS **:** *L'obligation de contresignature est temporairement suspendue.*

8.2 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comprenant les renseignements nécessaires à l'application du présent protocole.

9. FRAIS DE DÉPLACEMENT

9.1 Le médecin visé au présent protocole qui doit se déplacer à plus de 40 kilomètres de son établissement de pratique principale afin d'accomplir une activité professionnelle visée aux articles 3.1 et 3.2 a également droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacement jusqu'au lieu de travail, tel que prévu à l'Annexe 23 de l'Accord-cadre.

10. ENTRÉE EN VIGUEUR

10.1 Le présent protocole d'accord prend effet le 1er juillet 2023.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE_____JOUR DE _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD
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

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. Un supplément de garde en disponibilité est payable en semaine, les week-ends et les jours fériés au médecin spécialiste qui, dans le cadre du service spécialisé de consultations téléphoniques institué par l'unité de recherche, d'enseignement et de soins sur le Sida du CUSM – Site Glen (adulte) de Montréal, assume une garde téléphonique afin de répondre aux consultations des médecins québécois faisant face à une problématique associée au VIH/Sida.

2. Le supplément de garde est de 254 $ pour une garde de 24 heures, le samedi, le dimanche ou un jour férié et de 126 $ 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 1er juillet 2000.

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

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

TABLEAU DES CODES DE FACTURATION ET DES TARIFS

Garde de 24 heures Week-end et jour férié	***Garde de 15 heures les autres jours***
Code de facturation 254,00 $	***Code de facturation 126,00 $***
09770	*09772*

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À L'APPLICATION DE L'ACCORD-CADRE MSSS-FMSQ POUR LES ANNÉES 1999 - 2000 À 2003 - 2004

CONSIDÉRANT le Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1996-1997 à 2001-2002, intervenu entre le Ministère et la Fédération le 1er juillet 2000;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de ce Protocole d'accord, l'Accord-cadre MSSS-FMSQ prend fin le 31 mars 2002;

CONSIDÉRANT la nécessité de revoir les paramètres financiers applicables au cours des années 1999-2000 à 2001-2002 à la lumière des données financières constatées par les parties;

CONSIDÉRANT qu'il importe de procéder au renouvellement de l'Accord-cadre ;

CONSIDÉRANT le projet de renouvellement déposé par la Fédération le 14 mars 2002;

CONSIDÉRANT que ce projet de renouvellement de l'Accord-cadre est axé sur l'accessibilité et la qualité des soins médicaux spécialisés pour la population québécoise;

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs en médecine spécialisée et la nécessité de favoriser à la fois la rétention des effectifs médicaux actuels et le recrutement de nouveaux effectifs;

CONSIDÉRANT qu'à cette fin il importe d'améliorer les conditions de pratique des médecins spécialistes québécois et de leur assurer un niveau de rémunération concurrentiel avec celui de leurs confrères des autres provinces;

CONSIDÉRANT que pour toutes ces fins les parties souhaitent renouveler l'Accord-cadre jusqu'au 31 mars 2004;

LES PARTIES CONVIENNENT DE modifier l'Accord-cadre du 1er octobre 1995 et ses modifications de même que le Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS/FMSQ pour les années 1996-1997 à 2001-2002 de la façon suivante :

RÉCONCILIATION DE LA PÉRIODE 1999-00 À 2001-02

1. Le suivi du coût de la rémunération des médecins spécialistes pour les années 1999-2000 à 2001-2002 et la comparaison avec les enveloppes budgétaires convenues au cours de cette période permet de constater un dépassement cumulatif sur la période de 19,5 M $.

2. De façon à tenir compte de l'impact de l'application de la lettre d'entente #83 et de l'article 2 de la lettre d'entente #87, le ministre de la Santé convient d'absorber le dépassement cumulatif constaté au cours de la période 1999-00 à 2001-02 et de rehausser l'enveloppe budgétaire applicable à compter de l'année 2002-2003 de la façon prévue à l'article 11.1 du présent Protocole.

3. Le programme d'allocation de fin de carrière prévu à l'annexe 36 est prolongé jusqu'au 31 mars 2002 afin de permettre son application aux médecins spécialistes qui ont atteint l'âge de 65 ans entre le 1er octobre 2001 et le 31 mars 2002 et qui, nonobstant l'article 2.3 de l'annexe 36, ont présenté leur demande d'allocation de fin de carrière avant le 31 décembre 2001.

Le versement de l'allocation de fin de carrière débute à compter du 1er juin 2003 ou de toute autre date déterminée par les parties négociantes.

RENOUVELLEMENT DE L'ACCORD-CADRE

4. L'Accord-cadre et ses modifications sont renouvelés pour une durée de deux ans allant du 1er avril 2002 au 31 mars 2004.

5. Les lettres d'entente #142, #143, #144, #145 et #146 ci-annexées sont adoptées.

AUGMENTATION GÉNÉRALE

6. L'enveloppe budgétaire globale dévolue à la rémunération des médecins spécialistes est ajustée, au 1er avril 2003, afin de tenir compte d'une augmentation de 2 %.

Si, au cours de la durée du présent renouvellement, des modifications étaient apportées aux conventions collectives applicables aux employés des secteurs public et parapublic concernant des conditions de rémunération, les dispositions de l'Accord-cadre et du présent Protocole d'accord seront ajustées en conséquence en appliquant, à compter du 1er janvier 2004, le pourcentage d'augmentation accordé à ces employés. Toutefois, un ajustement de 1 % est effectué au 1er janvier 2004 en anticipation de l'augmentation à être accordée à cette date. Si l'augmentation à être accordée aux secteurs public et parapublic s'avérait inférieure, l'ajustement de 1 % accordé serait maintenu et considéré dans le cadre du redressement prévu à l'article 6 de la lettre d'entente no 146.

ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE

7. Un pourcentage de redressement de l'enveloppe budgétaire globale de 1,5 % est accordé pour la période du 1er avril 2002 au 31 mars 2003 et pour la période du 1er avril 2003 au 31 mars 2004 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement et de l'ajout d'effectifs médicaux.

REDRESSEMENT DE LA RÉMUNÉRATION

8. Dans le but d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel afin de permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé, le gouvernement convient de procéder à un redressement de la rémunération des médecins spécialistes.

L'enveloppe budgétaire globale applicable pour l'année 2003-2004 est augmentée afin de tenir compte d'un redressement accordé à ce titre au 1er avril 2003. Cette augmentation représente un coût de 104 M $ pour l'année 2003-2004 et un coût récurrent de 116,8 M $ réparti comme suit :

8.1 22,8 M $ au titre du coût, pour la période 2003-2004, des mesures prévues aux articles 1 à 3 de la lettre d'entente #142 et dont les coûts récurrents sont établis par les parties à 35,6 M $;

8.2 81,2 M $ à titre d'ajustements tarifaires.

9. Suite aux conclusions du comité sur la rémunération prévue à la lettre d'entente no 146 et conformément à l'engagement pris en vertu de son article 8, tout autre redressement de la rémunération des médecins spécialistes québécois visant à corriger les écarts reconnus par les parties s'appliquerait à compter du 1er avril 2004 et par la suite au 1er avril de chaque année qui suit, selon l'ampleur de l'écart à corriger et l'échéancier convenu entre les parties.

DÉTERMINATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE ET AUTRES AJUSTEMENTS

10. Tel que l'indiquent les données financières apparaissant en annexe du présent Protocole, l'enveloppe budgétaire globale pour l'année 2002-2003 est déterminée à 1 624,6 M $ et comprend certains autres ajustements afin de tenir compte des éléments suivants:

10.1 Un montant de 17,8 M $ au titre de la récurrence du dépassement constaté au cours de la période du 1er avril 2001 au 31 mars 2002.

10.2 Un montant de 8,4 M $ au titre de l'introduction du solde d'augmentation tarifaire qui demeurait à être introduit en vertu de l'article 9 du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS/FMSQ pour les années 1996-1997 à 2001-2002.

10.3 Un montant de 2 M $ afin d'assurer la rémunération des médecins omnipraticiens reconnus médecins spécialistes par le Collège des médecins dans la nouvelle spécialité de la médecine d'urgence.

11. Tel que l'indiquent les données financières apparaissant en annexe du présent Protocole, et sous réserve des articles 6 et 12, l'enveloppe budgétaire globale pour l'année 2003-2004 est déterminée à 1 791,1 M $ et comprend un autre ajustement afin de tenir compte de l'élément suivant :

11.1 Un montant de 1 M $ afin d'assurer la rémunération des médecins omnipraticiens reconnus médecins spécialistes par le Collège des médecins dans la nouvelle spécialité de la médecine d'urgence. À cet effet, les parties s'engagent à convenir de mesures permanentes de rémunération pour les médecins spécialistes en médecine d'urgence d'ici au 30 juin 2003.

12. Dans le cadre de la poursuite des négociations entre les parties sur les mesures identifiées à la lettre d'entente #145, l'enveloppe budgétaire globale pour l'année 2003-2004 sera ajustée en fonction des mesures que les parties auraient convenu d'introduire au cours de cette année.

13. Au 1er juillet 2003, les modifications nécessaires sont apportées à la tarification apparaissant aux différentes annexes de l'Accord-cadre afin de traduire les augmentations tarifaires de 131,6 M $ consenties en vertu du présent Protocole.

Dans l'éventualité où la totalité ou une partie des augmentations tarifaires de 131,6 M $ prenait effet à une date ultérieure au 1er juillet 2003, des forfaits compensatoires deviendraient exigibles à compter du 1er juillet 2003.

La mise en place au 1er juillet 2003 des augmentations tarifaires de 131,6 M $ ou sa mise en place, en tout ou en partie, à une date ultérieure ou la détermination des forfaits compensatoires exigibles dans l'éventualité d'une mise en place, en tout ou en partie, à une date ultérieure au 1er juillet 2003, ne saurait être affectée, retardée ou remise en question en raison de dépassements prévisibles ou constatés de l'enveloppe budgétaire globale.

Montants forfaitaires accumulés au bénéfice des médecins spécialistes

14. Les parties conviennent qu'au 1er avril 2003, un montant forfaitaire total de 50,6 M $ est reconnu au bénéfice des médecins spécialistes.

15. Le 1er avril 2003, ce montant est versé aux médecins spécialistes par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Pour y avoir droit, le médecin spécialiste doit, au 1er avril 2003, exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec. Le montant versé à chaque médecin spécialiste est déterminé de la manière suivante : 3,15 % des honoraires gagnés entre le 1er avril 2001 et le 31 mars 2002. Les honoraires considérés sont convenus entre les parties.

De façon exceptionnelle, le médecin qui a cessé d'exercer dans le régime d'assurance maladie du Québec entre le 2 avril 2001 et le 31 mars 2003 a également droit, au 1er avril 2003, au paiement du montant forfaitaire calculé selon les mêmes modalités et sur la même période.

Suite au versement du forfaitaire, une réconciliation des montants encaissés est effectuée par les parties afin de déterminer le nouveau solde de montants forfaitaires qui demeurent accumulés au bénéfice des médecins spécialistes en vue d'être utilisé de la façon convenue entre les parties.

Tel que l'indiquent les données financières apparaissant en annexe du présent Protocole, le versement du forfaitaire de 50,6 M $ est considéré dans le cadre de la dépense autorisée pour l'année 2003-2004, ce versement ne donnant lieu à aucun dépassement.

16. Le dernier paragraphe de l'article 11 de la Modification 27 à l'Accord-cadre est abrogé.

17. Le présent Protocole d'accord et son annexe prennent effet le 1er avril 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ANNEXE

AU PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À L'APPLICATION DE L'ACCORD-CADRE MSSS-FMSQ POUR LES ANNÉES 1999-2000 À 2003-2004

	2002-2003 (M$)	2003-2004 (M$)	Récurrent (M$)
Enveloppe initiale	1 572,4	1 624,6	1 624,6
Ajustement dépense			
Ajustement total	17,8		
Solde tarifaire	8,4		
Paramètres			
2 % (1er avril 2003)		32,5	32,5
1 % (1er janvier 2004)		4,5	17,9
Redressement de la rémunération			116,8
2003-2004		104,0	
Évolution (1,5 %)	24,0	24,5	24,5
Nouveaux urgentologues	2,0	1,0	1,0
Enveloppe récurrente	**1 624,6**	**1 791,1**	**1 817,3**
Autres forfaitaires à inclure		23,0	
Forfait 0,5 % au 1er avril 2003		8,1	
Dépense autorisée	**1 616,2**	**1 822,2**	**1 817,3**

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À LA PARTICIPATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES À LA MISE EN ŒUVRE DU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT que l'Assemblée nationale a, dans le cadre du projet de Loi 83, adopté diverses mesures législatives visant la mise en place de services régionaux de conservation de certains renseignements aux fins de la prestation de services de santé (ci-après le « DSQ »);

CONSIDÉRANT l'objectif du gouvernement et du ministère de la Santé et des Services sociaux de voir à la mise en place du DSQ au cours des prochaines années;

CONSIDÉRANT que le gouvernement souhaite également mettre en place un projet expérimental du DSQ sur le territoire de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et qu'un avis a été publié à cet effet dans la Gazette officielle du Québec le 20 février 2008;

CONSIDÉRANT l'intérêt des parties d'assurer la participation et l'implication des médecins spécialistes et ce, tant dans le projet expérimental que dans le déploiement futur du DSQ;

CONSIDÉRANT la nécessité de poursuivre les discussions sur les mesures destinées à favoriser l'adhésion des médecins spécialistes au projet expérimental ainsi qu'au déploiement futur du DSQ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre en place un comité conjoint composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, ayant le mandat de proposer au ministre le modèle de participation le plus approprié pour les médecins spécialistes et ce tant dans le cadre du projet expérimental que pour le déploiement permanent du DSQ.

2. De mettre en place un comité conjoint composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec afin de favoriser les échanges concernant les aspects juridiques de même que les aspects liés à la gestion du changement et ce, autant pour le projet expérimental que pour le déploiement permanent du DSQ.

3. De compléter au plus tard le 31 décembre 2008, les travaux des comités conjoints constitués conformément aux paragraphes 1 et 2.

4. De permettre à la Fédération des médecins spécialistes du Québec de participer activement à l'évaluation du projet expérimental au cours des différentes phases de son déroulement.

5. D'entreprendre les négociations sur les conditions de participation et d'implication des médecins spécialistes dans le DSQ, incluant les coûts et le financement des actifs informationnels et de leur mise à niveau ainsi que la rémunération des activités accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre de la mise en œuvre du DSQ et dans son application continue.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2008.

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 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

AVIS **:** *Les codes de facturation ainsi que les modalités de facturation sont disponibles dans la rubrique* Enseignement clinique.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire à la section concernant le bénéficiaire du service :*

- le type de personne autre qu'un patient, soit le type de stagiaire (externe ou résident);

- le numéro attribué par le Collège des médecins du Québec de tous les étudiants (externes) et le numéro d'inscription à la RAMQ de tous les résidents et moniteurs cliniques pour lesquels la rémunération est demandée :

- Pour les résidents et les moniteurs cliniques, le numéro commence par le chiffre 5 et comporte 6 chiffres (5XXXXX),

- Pour les étudiants (externes), le numéro commence par la lettre E, en majuscule, suivie de 8 chiffres (E12345678).

Pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro de l'établissement dans lequel la supervision est effectuée (pour les forfaits payables en cabinet, utiliser le code de localité).

Pour le lieu en référence, indiquer:

- le type de référence du lieu Université affiliée*;*

- le numéro de l'université à laquelle le médecin professeur est rattaché :

- Université Laval ***50013****,*

- Université de Montréal ***50023****,*

- Université McGill ***50033****,*

- Université de Sherbrooke ***50043****.*

AVIS **:** *Consulter la liste des unités d'enseignement clinique désignées.*

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.

Activités de supervision clinique des stages (ailleurs qu'en unité d'enseignement clinique) Montant forfaitaire en semaine sauf jour férié (article 3.1.1 et 3.1.2)			
Période	Résident(s) seulement 95 $	Au moins un externe 127 $	Moniteur(s) clinique(s)seulement 95 $
AM	19700	19702	19762
PM	19701	19703	19763

AVIS **:** *Les codes de facturation sous la section Moniteur(s) clinique(s) seulement doivent être utilisés lorsque le médecin spécialiste supervise un ou des moniteurs cliniques exclusivement.*

Activités de supervision à la salle d'urgence pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence ou d'une discipline désignée Montant forfaitaire du dimanche au samedi entre 8h et 8h le lendemain (article 3.1.1 et 3.1.2)			
Période (*)	Résident(s) seulement 95 $	Au moins un externe 127 $	Moniteur(s) clinique(s) seulement 95 $
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 0 h	19753	19759	19767
0 h à 4 h	19754	19760	19768
4 h à 8 h	19755	19761	19769

AVIS : *(*)Utiliser le code de facturation correspondant à la plage horaire où votre supervision a débuté;*

Les codes de facturation sous la section Moniteur(s) clinique(s) seulement doivent être utilisés lorsque le médecin spécialiste supervise un ou des moniteurs cliniques exclusivement.

Supervision clinique dans les unités d'enseignement clinique désignées (UEC) Montant forfaitaire en semaine sauf jour férié (article 3.1.3)	
Unité d'enseignement	Codes de facturation par demi-journée 190 $ (AM et PM)
Cardiologie	19704
Chirurgie générale	19705
Gastro-Entérologie	19706
Gériatrie	19707
Hémato-Oncologie	19708
Hémato-Oncologie pédiatrique	19873
Médecine interne	19710
Néphrologie	19711
Neurologie	19712
Obstétrique-Gynécologie	19713
Pédiatrie	19714
Pédiatrie - Maladie infectieuses	19715
Pédiatrie - Néonatalogie	19716
Pédiatrie - Pouponnière	19717
Pneumologie	19718
Psychiatrie	19719
Soins intensifs	19720
Soins intensifs - CCVT	19721
Soins intensifs - Chirurgie	19722
Soins intensifs - Médecine	19723
Soins intensifs - Néonatalogie	19724
Soins intensifs - Pédiatrique	19725
Soins intermédiaires - Néonatalogie	19726
Soins palliatifs	19727

AVIS **:** *Selon la situation, utiliser l'élément de contexte* ***Période d'enseignement en avant-midi*** *ou* ***Période d'enseignement en après-midi.***

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 à la présente partie 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 95 $ 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 127 $ 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 190 $ 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.

AVIS **:** *La liste des unités d'enseignement clinique désignées est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Pour plus d'information, consultez la rubrique Enseignement clinique.

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 1er 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.

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

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire dans la section des activités et des heures effectuées :*
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération ***TH****;*
- le code d'activité, le secteur de dispensation ainsi que les heures travaillées.
Sélectionner la plage horaire.

Lorsque les activités visées aux articles 11.1.3 et 11.1.4 se déroulent au sein d'une université, utiliser l'un des numéros suivants à la section Établissement *:*
- *Université Laval* ***50013****;*
- *Université de Montréal* ***50023****;*
- *Université McGill* ***50033****;*
- *Université de Sherbrooke* ***50043****.*

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 **:** *Utiliser la nature de service **252XXX**.*

*Si le mode de rémunération mixte s'applique, utiliser la nature de service **253XXX**.*
Voir l'article 13.2.1.

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 **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX249**.*

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

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX250.***

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

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **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 **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX252**.*

11.2 Les activités d'enseignement et d'évaluation visées doivent être effectuées dans un établissement de santé. Dans le cas des activités prévues aux articles 11.1.1 et 11.1.2, elles peuvent être réalisées par visioconférence ou en établissement. L'enseignement par simulation et l'évaluation selon le mode d'examen clinique structuré, peuvent également se dérouler au sein d'un établissement universitaire.

AVIS **:** *Pour l'emploi de temps **XXX249** ou **XX250** dont l'activité est réalisée à distance, utiliser le secteur de dispensation **60**.*

*Si le taux de rémunération de l'établissement pour lequel le service est rendu est différent de celui du lieu où le médecin se trouve, en plus du secteur d'activité **60**, inscrire :*
- *la lettre* A *dans le champ* C.S.*;*
- *dans le champ* Renseignements complémentaires*;*
  - *le numéro d'établissement ou de localité du lieu où le médecin se trouve,*
  - *la date des services,*
  - *la période de référence, s'il y a lieu (de 1 à 45).*

Les activités d'enseignement et d'évaluation visées peuvent aussi être effectuées dans une installation d'un établissement de santé où un contrat d'affiliation ou de service a été conclu avec une université qui satisfait aux exigences prévues à l'article 10.2 et où des programmes de formation universitaire en médecine sont dispensés, incluant ceux visés par le programme de formation médicale décentralisée.

11.3 Pour les cours ou exposés, 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 211 $ l'heure.

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

13.2.1 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 %.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **253XXX**.*

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.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **253XXX**.*

13.2.2 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 **:** *Utiliser la nature de service **253XXX**.*

13.2.3 Pour le médecin qui, au cours d'une journée, reçoit le paiement du forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs prévu à l'Annexe 29, les activités visées à la présente partie ne sont pas rémunérées lorsque effectuées entre 7 h et 17 h.

13.2.4 Pour le médecin qui, au cours d'une journée, reçoit le paiement du forfait quotidien d'une unité de grands brûlés prévu à l'Annexe 39, les activités visées à la présente partie ne sont pas rémunérées lorsque effectuées entre 7 h et 17 h.

13.2.5 Le médecin spécialiste qui tire avantage d'une mesure de rémunération mentionnée ci-dessous ne peut, au cours de la période pendant laquelle cette mesure de rémunération s'applique, bénéficier des avantages prévus à la présente partie:

- Annexe 42 concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie
- Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes
- Lettre d'entente nº 152 concernant la poursuite de stages de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base pour les médecins spécialistes en chirurgie générale
- Lettre d'entente nº 168 concernant la rémunération des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie dans le cadre du programme Ampro^{OB} dans les établissements de santé du Québec
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre du Centre antipoison du Québec (CAPQ) ou du Système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.)
- Forfait pour chimiothérapie
- Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Protocole 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.

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 1er 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 27e 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

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 de mérite . 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 doive 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 doive 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.

Pour les gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains.
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 gains de pratique en cabinet provenant de la prestation du service médical codé 06155, on ne tient compte que de la portion des gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.
De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des Règles 41 et 42 du Préambule général.

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 gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains.
Pour les gains de pratique en cabinet provenant de la prestation du service médical codé 06155, on ne tient compte que de la portion des gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.
De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des Règles 41 et 42 du Préambule général.

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 1er 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 de mérite. 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 1er 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 16e 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

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement –Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
- dans la section Établissement*, le numéro d'établissement attribué à la région du médecin;*
- dans la section des activités et des heures effectuées :
- le quantième qui correspond à la date des activités,
- le mode de rémunération TH,
- le code d'activité,
- le secteur de dispensation,
- la durée de l'activité.
Sélectionner la plage horaire.

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 un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) ou d'un établissement responsable de région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

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 **:** *Utiliser le code d'activité* ***092136****.*
Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'établissement visé 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 un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) ou d'un établissement responsable de région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

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 **:** *Utiliser le code d'activité* ***092137****.*
Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'établissement visé 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, le directeur régional de santé publique ou son représentant, 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 **:** *Utiliser le code d'activité* ***092138****.*
Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'établissement visé de votre région.

3.4 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 des sites québécois reliés par le réseau intégré de télécommunications multimédia, mais non par conférence téléphonique.

AVIS **:** *Si l'activité est réalisée à distance, inscrire le secteur de dispensation* ***60****.*
De plus, si le taux de rémunération de l'établissement pour lequel le service est rendu est différent de celui du lieu où le médecin se trouve, inscrire :
- la lettre A *dans le champ* C.S.*;*
- dans le champ Renseignements complémentaires *:*
- le numéro d'établissement ou de localité du lieu où le médecin se trouve,
- la date des services,
- la période de référence, s'il y a lieu (de 1 à 45).

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 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 264 $.

Pour le microbiologiste-infectiologue visé à l'article 3.2 ou 3.3, le tarif horaire est de 211 $.

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 **:** *Dans la section* Frais de déplacement *du formulaire* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), inscrire :*
- le code postal de départ ainsi que celui d'arrivée du lieu de l'activité;
- la date et l'heure de l'arrivée;
- la distance unidirectionnelle en kilomètres;
- le montant;
- le nombre d'heures de déplacement.

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

Pour plus d'information, consulter le Guide de facturation – Honoraires forfaitaires et salariat.

4.3 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. 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, du directeur régional de santé publique ou de son représentant.

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 ou le directeur régional de santé publique ou son représentant.

6.3 ***Abrogée par la Modification 116 le 1er janvier 2025***

Les présidents des tables régionales de prévention des infections ou les directeurs régionaux de santé publique ou leur représentant transmettent aux parties négociantes l'information nécessaire afin d'identifier les microbiologistes-infectiologues visés par les articles 3.1 à 3.3.

6.4 ***Abrogée par la Modification 116 le 1er janvier 2025***

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 ET LIMITATIONS

7.1 À l'échelle provinciale, une banque d'heures de 1 250 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, par année civile.

7.2 Sur autorisation des parties négociantes, une banque d'heures supplémentaires de 250 heures pourra être utilisée selon les besoins.

7.3 La Régie transmet trimestriellement aux tables régionales désignées et aux parties négociantes un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de ces tables en vertu du présent protocole.

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 néonatologie.

1.2 Ce protocole d'accord prévoit aussi la rémunération d'un autre médecin spécialiste en pédiatrie qui exerce le rôle de coordonnateur clinique des transferts urgents vers des unités de soins intensifs pédiatriques.

2. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

2.1 L'activité professionnelle visée par le présent protocole concerne la coordination clinique nationale des transferts urgents en néonatologie ou en pédiatrie accomplie par les médecins spécialistes en pédiatrie désignés par les parties négociantes.

2.1.1 Un médecin spécialiste en pédiatrie est désigné pour coordonner les transferts urgents vers des centres tertiaires (ou secondaires selon le cas) de néonatologie, et un autre médecin spécialiste est désigné pour coordonner les transferts urgents vers des unités de soins intensifs pédiatriques.

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

2.3 À titre de coordonnateur clinique des transferts urgents en néonatologie ou en pédiatrie, 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 le néonatologiste de garde ou le pédiatre de garde aux soins intensifs du centre tertiaire contacté (incluant une discussion sur la nécessité ou non de transfert).

ii. Coordonner la situation générale des lits de néonatologie ou des lits de soins intensifs pédiatriques pour l'ensemble du Québec.

iii. Effectuer du soutien médical principalement pour les médecins des centres référents mais aussi pour les collègues néonatologistes ou pédiatres.

iv. Exercer le rôle de consultant pour le Centre de coordination pour la périnatalité et la pédiatrie au Québec (CCPPQ) 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 néonatologie et celui de l'obstétrique à haut risque pour les transferts en périnatalogie.

vi. Dans le cadre de leurs fonctions, le coordonnateur des transferts urgents en néonatologie et le coordonnateur clinique des transferts urgents vers des unités de soins intensifs pédiatriques ont 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, du nouveau-né ou de l'enfant.

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 Les médecins qui agissent à titre de coordonnateur sont rémunérés selon un montant forfaitaire de 264 $ 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 **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*

- le code de facturation ***19626*** *pour le coordonnateur des transferts urgents en néonatologie;*

- le code de facturation ***19630*** *pour le coordonnateur des transferts urgents vers des unités de soins intensifs pédiatriques.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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 forfait de 264 $ est payable par période de vingt-quatre (24) heures pour chacun des coordonnateurs.

4. DEMANDE DE RÉMUNÉRATION

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

4.2 Les parties négociantes désignent comme coordonnateurs aux transferts néonataux es médecins spécialistes en pédiatrie qui détiennent une formation en médecine néonatale et périnatale, ou de manière exceptionnelle, des médecins spécialistes en pédiatrie qui ne détiennent pas une telle formation mais qui pratiquent principalement en néonatologie.

4.3 Les parties négociantes désignent comme coordonnateurs aux transferts pédiatriques les médecins spécialistes en pédiatrie qui pratiquent en milieu de soins intensifs pédiatriques en centre tertiaire.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, 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 néonatologie.

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 264 $ 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 **:** *Utiliser le code de facturation* ***19619****.*
Aucun numéro d'assurance maladie requis.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

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 264 $ 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 1er 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 RENOUVELLEMENT DE L'ACCORD-CADRE MSSS-FMSQ POUR LA PÉRIODE DU 1er 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 1er avril 2010;

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent convenir d'un renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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 1er avril 2010 et le 31 mars 2011;
- 0,75 % pour la période comprise entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2012;
- 1,0 % pour la période comprise entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013;
- 1,75 % pour la période comprise entre le 1er avril 2013 et le 31 mars 2014;
- 2,0 % pour la période comprise entre le 1er 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 1er avril 2011 et 2,0 M $ au 1er 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 1er avril 2012;

- 1,0 % au 1er avril 2013;

- 1,3 % au 1er avril 2014;

- 1,2 % au 1er avril 2015.

ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE MÉDICALE

8. Un pourcentage de redressement de l'enveloppe budgétaire globale de 2,0 % est accordé au 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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.

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le lieu où la téléinterprétation est réalisée, soit le code de localité, le code postal ou le numéro de l'établissement.*

Pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de référence du lieu Établissement pour le compte duquel le service a été effectué *ou* Lieu où la technique a été effectuée*;*
- le numéro de l'établissement et le secteur d'activité pour lequel l'interprétation à distance est effectuée.

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 5,30 $ par tranche complète de 10 $ de tarification du service dispensé, jusqu'à concurrence d'un supplément maximal de 106 $.

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement d'où le médecin effectue la téléconsultation.*

Pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de référence du lieu Lieu où se trouve le patient (télémédecine)*;*
- le numéro de l'établissement;
- le secteur d'activité du lieu où se trouve le patient.

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	5,30 $

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire :*
- le nombre de tranches de 10 $ de la tarification de l'acte principal;
- le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.

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 5,30 $ par tranche complète de 10 $ de tarification du service dispensé, jusqu'à concurrence d'un supplément maximal de 106 $.

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	5,30 $

AVIS **:** *Utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes et inscrire :*
- le nombre de tranches de 10 $ de la tarification de l'acte principal;
- pour le professionnel en référence, le numéro du médecin spécialiste consultant.

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 42 $ 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	42 $

AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de l'intervention.*

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 :

a) 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;

b) 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.

c) 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;

d) 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.

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 37 $ par consultation téléphonique.

98101	Médecin consultant : consultation téléphonique initiée par un médecin	37 $

AVIS **:** *Inscrire le numéro du médecin référent qui initie la consultation ou son prénom, son nom et sa profession*.

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité, le code postal ou le numéro du cabinet ou de l'établissement à partir duquel le médecin consultant effectue la consultation téléphonique.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu duquel origine la consultation à distance***;*

- le code de localité, le code postal ou le numéro du cabinet ou de l'établissement où se trouve le médecin référent qui initie la consultation.

98102 Médecin consultant : consultation téléphonique initiée par un professionnel de la santé autre qu'un médecin 37 $

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référent qui initie la consultation ou son nom, son prénom et sa profession (sélectionner* **Autres** *si une profession n'est pas disponible dans les choix de sélection).*

AVIS : *Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité, le code postal ou le numéro du cabinet ou de l'établissement à partir duquel le médecin consultant effectue la consultation téléphonique.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu duquel origine la consultation à distance***;*

- le code de localité, le code postal ou le numéro du cabinet ou de l'établissement où se trouve le professionnel référent qui initie la consultation.

3.2 ***ABROGÉ en date du 1er mars 2021 par la*** **MODIFICATION 97**

Le médecin spécialiste référant qui initie une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (a) est rémunéré selon un tarif de 27 $ par consultation téléphonique.

98103 Médecin spécialiste référant : consultation téléphonique avec un médecin spécialiste 27 $

3.3 Le médecin spécialiste consultant qui effectue une consultation téléphonique visée à l'alinéa 1.1 (b) est rémunéré selon un tarif de 18 $ par consultation téléphonique.

98104 Médecin consultant : consultation téléphonique initiée par un pharmacien 18 $

AVIS **:** *Inscrire le numéro du pharmacien référent qui initie la consultation ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité, le code postal ou le numéro du cabinet ou de l'établissement à partir duquel le médecin consultant effectue la consultation téléphonique.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu duquel origine la consultation à distance***;*

- le code de localité, le code postal ou le numéro du cabinet ou de l'établissement où se trouve le pharmacien référent qui initie la consultation.

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;

5.2 Les majorations 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 l'élément de contexte* **Pendant la garde de nuit pour un patient pour lequel il n'est pas déjà impliqué dans l'épisode de soins** *et indiquer l'heure de début du service.*

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 **:** *Utiliser l'emploi de temps XXX**136**.*

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 **:** *Utiliser l'emploi de temps XXX**137**.*

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 **:** *Utiliser l'emploi de temps XXX**138**.*

3.4 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 des sites québécois reliés par le réseau intégré de télécommunications multimédia, mais non par conférence téléphonique.

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 au prorata, par période de 15 minutes continues et complétées.

AVIS **:** *Utiliser la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et inscrire:*
Dans la section des activités et des heures effectuées :
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH;
- le code d'activité, le secteur de dispensation
- la durée de l'activité
- sélectionner la plage horaire.

*Utiliser la nature de service **093**XXX;*
*Si le mode de rémunération mixte s'applique, utiliser la nature de service **094**XXX (voir l'article 4.3)*

La fraction d'heure doit être écrite en centième.

a) Pour le médecin visé à l'article 3.1, le tarif horaire est de 264 $ l'heure.

b) Pour le médecin visé aux articles 3.2 ou 3.3, le tarif horaire est de 211 $ l'heure.

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 **:** *Dans la section* Frais de déplacement*, inscrire :*

- le code postal de départ ainsi que celui d'arrivée au lieu de l'activité;
- la date et l'heure de l'arrivée;
- la distance unidirectionnelle en kilomètres;
- le montant;
- le nombre d'heures de déplacement.

Consulter le Guide de facturation – Honoraires forfaitaires et salariat pour un complément d'informations.

4.3 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 de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, cette activité est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 50 %.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service* ***094****XXX.*

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.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service* ***094****XXX*

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 L'organisme national reconnu transmet aux parties négociantes un relevé faisant état des heures d'activités professionnelles qui ont été réparties à chacun des médecins visés par le présent protocole. Ces relevés sont acheminés aux parties négociantes aux mois de juin et décembre.

6. FACTURATION ET LIMITATION

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.

6.2 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.

7. AVIS (*Abrogé en date du 1er janvier 2019 par la Modification 87*)

7. BANQUE D'HEURES ET LIMITATIONS

7.1 Les parties négociantes déterminent annuellement la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire, doit être allouée, par année civile, à la rémunération des médecins accomplissant des activités professionnelles au sein d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu. .

7.2 Un médecin spécialiste ne peut réclamer plus de 100 heures d'activités professionnelles visées par le présent protocole par année civile et ce, pour tous organismes confondus.

7.3 Advenant que l'expertise d'un médecin spécialiste soit sollicitée pour plus de 100 heures auprès d'un ou de différents organismes, il doit s'assurer, avec recommandation de ou des organismes visés, d'obtenir l'autorisation des parties négociantes. Les parties négociantes informent la Régie de l'identité des médecins ainsi autorisés ainsi que du nombre d'heures maximal applicable.

AVIS : *Le médecin doit obtenir l'autorisation des parties négociantes pour dépasser le maximum de 100 heures pour une année civile.*

Utiliser le formulaire Demande d'autorisation de désignation pour plus de 100 heures *(nº 4441) et inscrire, pour chaque organisme :*

- *À la première section, les comités, les tâches ainsi que les heures effectuées à ce jour;*
- *À la deuxième section, les comités, les tâches et les heures restantes à effectuer pour le reste de l'année.*

Le formulaire doit être contresigné par le président de chaque organisme concerné ou par le sous-ministre adjoint et transmis au comité conjoint à l'adresse courriel suivante : msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca. Compléter plus d'un formulaire si requis.

7.4 La Régie transmet trimestriellement aux organismes nationaux désignés un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de ces organismes en vertu du présent protocole.

9. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 Le présent protocole d'accord prend effet le 1er 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 DÉSIGNÉ

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 1 319 $ pour une disponibilité immédiate continue de vingt-quatre (24) heures. Toutefois, le montant forfaitaire peut être établi à 660 $ par période de douze (12) heures pour couvrir de façon continue les 24 heures et à 443 $ 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	1 319 $
19648	Disponibilité immédiate continue de 12 heures	660 $
19649	Disponibilité immédiate continue de 8 heures	443 $

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début de la garde.*
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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 période, 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 dont les unités de base anesthésiologiques (Rôle 2) sont facturés à la même séance;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu sans la participation d'un anesthésiologiste** *lorsque le médecin facture un service faisant l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques au cours de la période de disponibilité.*

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
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

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	42 $

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
RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES DANS LE CADRE DE L'OPTIMISATION DES SERVICES OFFERTS PAR LES LABORATOIRES DU QUÉBEC (OPTILAB)

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 maintenir et de favoriser la participation des médecins spécialistes au sein des comités régionaux dans l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec et à la structuration d'un système provincial intégré sur la base de services offerts par des laboratoires de biologie médicale centraux et des laboratoires satellites;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

Ce protocole a pour objet la rémunération des activités professionnelles du médecin spécialiste qui exerce dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (OPTILAB) à titre de médecin-expert, selon les modalités définies à l'article 3 ci-dessous.

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 les établissements visés , lesquels sont regroupés sous plusieurs grappes de services. Toutefois, le présent protocole ne doit pas être interprété comme signifiant l'accord de la Fédération au regroupement des établissements selon ces grappes, le présent protocole ne visant qu'à assurer la rémunération des activités accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre de la finalisation des travaux sur l'optimisation des laboratoires.

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

Pour le médecin qui agit à titre de médecin-expert auprès d'un établissement visé, 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 regroupés en grappe de services.

Les réunions doivent se dérouler au sein d'un établissement visé, 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.

4. RÉMUNÉRATION

Pour sa participation à une réunion visée au présent protocole, le médecin spécialiste est rémunéré au tarif horaire de 211 $ l'heure, lequel s'applique du lundi au vendredi et au prorata par période de 15 minutes continues et complétées.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) *et inscrire:*
Dans la section des activités et des heures effectuées :
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH;
- le code d'activité, le secteur de dispensation
- la durée de l'activité
- sélectionner la plage horaire.

La fraction d'heure doit être inscrite en centième

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 de l'Annexe 38, cette activité est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 50 %.

AVIS : *Utiliser le code d'activité* **254255;**
Si le mode de rémunération applicable est le mode mixte, utiliser le code d'activité **295255;**

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'un établissement visé, la nomination, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé parl'article 3 relèvent du représentant médical autorisé de la grappe de services au sein de laquelle cet établissement est regroupé.

5.2 La mise en œuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités prévues à l'article 7 des présentes.

6. FACTURATION

Le médecin spécialiste doit présenter un relevé d'honoraires contresigné par le représentant autorisé de la grappe de services au sein de laquelle son établissement est regroupé.

7. AVIS *Abrogée par la Modification 116 du 1er janvier 2025*

Le directeur des services professionnels de l'établissement du laboratoire serveur de la grappe de services transmet aux parties négociantes l'information nécessaire afin d'identifier les médecins visés par l'article 3.

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.

7. BANQUE D'HEURES

7.1 À l'échelle provinciale, une banque d'heures de 2 960 heures est allouée à la rémunération des activités professionnelles rendues par les médecins spécialistes. Les parties négociantes déterminent la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire, doit être allouée aux établissements regroupés par grappe de services, aux fins d'assurer la mise en œuvre du présent protocole.

AVIS **:** *La liste des banques d'heures allouées aux établissements est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

7.2 La Régie transmet trimestriellement aux établissements regroupés désignés et aux parties négociantes un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de ces établissements regroupés par grappe de services en vertu du présent protocole.

8. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.1 Le présent protocole d'accord entre en vigueur le 1er janvier 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce _____jour 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

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 254 $ pour une garde de 24 heures, le samedi, le dimanche ou un jour férié et de 126 $ 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 1er janvier 2013.

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

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

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 DE FACTURATION ET DES TARIFS

Garde de 24 heures Week-end et jour férié	***Garde de 15 heures les autres jours entre 17 h et 8 h***
Code d'acte 254,00 $	***Code d'acte 126,00 $***
09850	*09851*

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.
Le rôle 1 doit être utilisé avec ces codes.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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 gouverne 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

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Dans la section des activités et des heures effectuées, inscrire :*
- le quantième qui correspond à la date des activités;
- le mode de rémunération TH*;*
- le code d'activité et le secteur de dispensation (si requis);.
- la durée de l'activité.
Sélectionner la plage horaire.

Les activités médico-administratives visées par le présent protocole désignent la participation du médecin spécialiste aux réunions de 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 ont des privilèges en établissement et qui sont membres du département, programme-clientèle ou comité visés peuvent bénéficier du présent protocole pour leur participation à une réunion.

Les réunions de département, programme-clientèle ou comité doivent 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. La participation d'un médecin à une telle réunion doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'une visioconférence mais non par conférence téléphonique.

AVIS **:** *Si l'activité est réalisée ailleurs que dans un établissement, inscrire le numéro de l'établissement auquel le médecin est rattaché dans le champ* Établissement.

De plus, si le taux de rémunération de l'établissement auquel le médecin est rattaché est différent de celui du lieu où il se trouve, inscrire :
- la lettre A *dans le champ* C.S.*;*
- dans le champ Renseignements complémentaires *:*
- le numéro d'établissement ou de localité du lieu où le médecin se trouve,
- la date des services,
- la période de référence, s'il y a lieu (de 1 à 45).

AVIS **:** *Si l'activité est réalisée à distance, inscrire le numéro d'établissement où le service aurait normalement été rendu et le secteur de dispensation* ***60****.*

De plus, si le taux de rémunération de l'établissement pour lequel le service est rendu est différent de celui du lieu où le médecin se trouve, inscrire :
- la lettre A *dans le champ* C.S.*;*
- dans le champ Renseignements complémentaires *:*
- le numéro d'établissement ou de localité du lieu où le médecin se trouve,
- la date des services,
- la période de référence s'il y a lieu (de 1 à 45).

Les réunions médico-administratives visées sont les suivantes :

AVIS **:** *Utiliser la nature de service* ***250XXX****.*

Si le mode de rémunération mixte s'applique, utiliser la nature de service ***251XXX****.*
Voir l'article 5.4 i et ii.

a) Les réunions de département 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
NOTE : Ce code est réservé à l'usage des chefs de départements cliniques reconnus et désignés par le Directeur des services professionnels de leur établissement puisqu'ils ne sont pas autrement rémunérés.

AVIS **:** Les informations relatives aux chefs de départements cliniques reconnus et désignés pour cette mesure nous sont transmis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

XXX172 Réunions de programmes-clientèles

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

XXX170 Comité de gestion des soins palliatifs
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
XXX274 Comité des utilisateurs du registre de cancérologie
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
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
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
XXX275 Comité d’évaluation de la performance du programme de cancérologie
XXX406 Comité d'évaluation de la performance du Programme de prise en charge spécialisée de l'incontinence urinaire et de la gestion des complications liées à la pose d'une bandelette sous-urétrale
XXX407 Comité de concertation/coordination des équipes dédiées au Programme de prise en charge spécialisée de l'incontinence urinaire et de la gestion des complications liées à la pose d'une bandelette sous-urétrale
XXX408 Comité des utilisateurs du registre de bandelettes sous-urétrales

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 211 $ l'heure.

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, ou par le chef de département ou de service de l'établissement principal où exerce le médecin spécialiste.

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. Pour la réunion de département, un médecin spécialiste ne peut réclamer plus de deux (2) heures par réunion.

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 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 %.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service* ***251XXX****.*

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.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service* ***251XXX****.*

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 **:** *Utiliser la nature de service* ***251XXX****.*

iii. Pour le médecin qui, au cours d'une journée, reçoit le paiement du forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs prévu à l'Annexe 29, les activités visées au présent protocole ne sont pas rémunérées lorsque effectuées entre 7 h et 17 h.

iv. Pour le médecin qui, au cours d'une journée, reçoit le paiement du forfait quotidien d'une unité de grands brûlés prévu à l'Annexe 39, les activités visées au présent protocole ne sont pas rémunérées lorsque effectuées entre 7 h et 17 h.

v. Le médecin spécialiste qui tire avantage d'une mesure de rémunération mentionnée ci-dessous ne peut, au cours de la période pendant laquelle cette mesure de rémunération s'applique, bénéficier des avantages prévus au présent protocole :

- Annexe 42 concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie
- Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes
- Lettre d'entente n° 152 concernant la poursuite de stages de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base pour les médecins spécialistes en chirurgie générale
- Lettre d'entente n° 168 concernant la rémunération des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie dans le cadre du programme Ampro^{OB} dans les établissements de santé du Québec
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre du Centre antipoison du Québec (CAPQ) ou du Système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.)
- Forfait pour chimiothérapie
- Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Protocole 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.

6. EXCLUSIONS

6.1 Le présent protocole ne s'applique pas au médecin spécialiste qui *effectue une activité visée à la lettre d'entente n^o 168 dans le cadre du programme AMPRO^OB Plus*.

7. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27e 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

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES COORDONNATEURS EN DON ET TRANSPLANTATION D'ORGANES ET DE TISSUS

PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5).

1. OBJET

Ce protocole a pour objet la rémunération du médecin spécialiste qui exerce le rôle de coordonnateur en don et transplantation d'organes et de tissus tel que défini par le présent protocole, et ce, dans un établissement de santé reconnu par les parties négociantes.

2. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

2.1 L'activité professionnelle visée par le présent protocole concerne la coordination reliée à la fonction de médecin coordonnateur dédié en don et en transplantation d'organes et de tissus.

2.2 Ces activités professionnelles s'accomplissent dans les établissements de santé désignés et par les médecins coordonnateurs désignés par les parties négociantes.

AVIS : *La liste des établissements désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

2.3 À titre de médecin coordonnateur en don et transplantation d'organes et de tissus, les activités accomplies par le médecin spécialiste conformément aux dispositions législatives applicables sont notamment :

AVIS **:** Remplir la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215). Pour connaître la nature de service (les trois premiers chiffres) à utiliser, voir l'avis sous l'article 4.3.

a) Planifier, organiser et coordonner les activités reliées en don et transplantation d'organes et de tissus au sein de l'établissement de santé :

- Sensibiliser, promouvoir les bonnes pratiques et former le personnel médical et professionnel ;
- Promouvoir le consentement au don d'organes et de tissus afin d'améliorer l'identification des donneurs et les démarches auprès de la famille ;
- Élaborer et mettre en œuvre une politique qui vise à favoriser un accès rapide aux donneurs d'organes à l'unité des soins intensifs ;
- Mettre en place des protocoles de transfert pour le transfert des donneurs potentiels de la salle d'urgence à l'unité des soins intensifs ;
- Augmenter l'intérêt clinique au niveau des donneurs après décès cardio-circulatoire (DDC) ;

- Mettre en place des mesures pour augmenter le nombre de donneurs vivants pour la greffe rénale du fait que le nombre de donneurs cadavériques ne suffit pas pour répondre aux besoins ;
- Assurer le fonctionnement du comité de don et de transplantation d'organes et de tissus tel que décrit par le groupe de travail Transplant Québec et l'AQESSS, notamment en :
  - Veillant à la production d'un rapport annuel sur les progrès accomplis localement ainsi que pour les établissements référant ;
  - Assurant le suivi de l'implantation des recommandations qui émanent du comité local de don et transplantation d'organes et de tissus et en évaluer les retombés.
  - S'assurant que son établissement et les établissements référents connaissent et consultent les registres des consentements au prélèvement d'organes et de tissus après le décès au moment et de la façon approprié.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***XXX265****.*

b) Établir des corridors de services appropriés afin de maintenir le donneur dans un état optimal :

- Diffuser et/ou adapter les algorithmes et les protocoles d'intervention de Transplant Québec selon les normes concernant le transfert des donneurs d'organes ;
- Supporter les médecins de famille des établissements de santé référant à améliorer l'identification et le maintien des donneurs d'organes ;
- Mettre en place les protocoles d'intervention standardisés pour les différentes étapes avec un processus d'évaluation rapide et efficace du donneur et du receveur.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***XXX266****.*

c) Assumer la liaison avec les différents organismes participant à l'attribution, au prélèvement et à la transplantation des organes, en appliquant les protocoles de maintien des fonctions vitales et de « protection-réparation » des organes pour les différents organes à prélever et à transplanter ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***XXX267****.*

d) Participer à la formation offerte par Transplant Québec pour assumer la fonction de médecins coordonnateurs ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***XXX268.***

e) Participer au comité des médecins coordonnateurs en don et transplantation d'organes et de tissus de Transplant Québec.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***XXX269****.*

3. RÉMUNÉRATION

3.1 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, à l'exception des jours fériés, pour une période de service continu de 60 minutes.

Le tarif horaire est de 211 $ l'heure.

3.2 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.

3.3 Toute demande de paiement selon le présent protocole doit être contresignée par le directeur des services professionnels de l'établissement de santé désigné.

4. LIMITATIONS ET AUTRES MODALITÉS

4.1 Les parties négociantes désignent le nombre d'heures maximal auquel chacun des établissements désignés a droit par année civile.

4.2 Un seul médecin spécialiste peut être rémunéré par jour dans l'établissement de santé désigné.

4.3 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 %. 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.

AVIS **: Pour la situation décrite au paragraphe de l'article 4.3, utiliser la nature de service 258XXX.**

Pour les autres, utiliser la nature de service 257XXX.

5. AVIS

5.1 Les parties négociantes avisent la Régie de l'assurance maladie du Québec des établissements de santé, des médecins coordonnateurs et du nombre d'heures maximal par année désignés en vertu des présentes.

6. MISE EN VIGUEUR

6.1 Le présent protocole prend effet le 1er janvier 2015.

7. DATE DE FIN *abrogé par la Modification 101 en vigueur au 1er octobre 2021*

7.1 Le présent protocole prend fin le 31 décembre 2018, ou à toute date ultérieure déterminée conjointement par les parties négociantes qui en avisent la Régie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2014.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE I - *Abrogé en date du 1er octobre 2021 par la* Modification 101

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ RECONNUS AUX FINS D'APPLICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES COORDONNATEURS EN DON ET TRANSPLANTATION D'ORGANES ET DE TISSUS

RUIS DE SHERBROOKE

- Le CHUS

RUIS DE LAVAL

- Le CHU de Québec
- Hôpital de Chicoutimi
- L'IUCPQ

RUIS DE MONTRÉAL

- Le CHUM
- L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- L'Hôpital CHU Ste-Justine
- L'ICM
- L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

RUIS DE MCGILL

- Le CUSM - Site Glen
- CUSM – Site Glen (pédiatrique)

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES QUI ASSURENT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ SUPRARÉGIONALE EN NEUROLOGIE POUR L'ACCÈS AU TRAITEMENT PAR TÉLÉTHROMBOLYSE

CONSIDÉRANT l'importance de la contribution des médecins spécialistes en neurologie dans le déploiement de l'accès au traitement par thrombolyse à distance dans le cadre de la mise en place du continuum de services pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou à risque de le devenir ;

CONSIDÉRANT les nouvelles technologies qui permettent d'offrir une expertise-conseil à distance pour le diagnostic et la validation de la pertinence du traitement pharmaceutique par téléthrombolyse lorsque les ressources ne sont pas disponibles sur place ;

CONSIDÉRANT la nécessité d'un diagnostic rapide afin d'offrir, le cas échéant, un traitement pharmaceutique optimal à une personne ayant subi un accident cérébral vasculaire ;

CONSIDÉRANT la nécessité de pourvoir à la couverture (24h/7 jours) d'un système de garde en disponibilité suprarégionale afin de répondre au diagnostic et à la demande d'accès au traitement par la téléthrombolyse ;

CONSIDÉRANT la nécessité de déterminer certaines modalités de rémunération du médecin qui dispense des services au cours de cette garde suprarégionale pour la téléthrombolyse.

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 en neurologie qui assume la garde suprarégionale pour la téléthrombolyse dans un regroupement de régions déterminé par les parties négociantes et visant le diagnostic, la validation de la pertinence et, le cas échéant, l'assistance médicale par contact vidéo en téléthrombolyse.
2. Le supplément de garde en disponibilité suprarégionale est de 380 $ par jour pour une garde de 24 heures, le samedi, le dimanche ou un jour férié et de 190 $ par jour pour une garde de 15 heures, entre 17 h et 8 h, les autres jours.

TABLEAU DES CODES DE FACTURATION ET DES TARIFS

	Garde de 24 heures	*Garde de 15 heures*
	Week-end et jour férié	*les autres jours entre 17 h et 8 h*
Codes d'acte	*19833*	*19834*
Tarifs	*380 $*	*190 $*

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement où la garde a été effectuée.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

- *le type de référence du lieu* **Territoire suprarégional pris en charge lors d'une garde en disponibilité en télétrombolyse***;*
- *la région où la garde a été réalisée (1* **Est du Québec** *ou 2* **Centre et ouest du Québec***).*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Un seul supplément de garde en disponibilité suprarégionale pour la téléthrombolyse est payable par jour, par regroupement de régions déterminé par les parties négociantes.

4. Le médecin spécialiste qui réclame le paiement d'un supplément de garde prévu au présent protocole ne peut réclamer le paiement d'un supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25 au cours de la même journée.

5. Le supplément de garde en disponibilité suprarégionale en téléthrombolyse payable en vertu du présent protocole n'est pas considéré aux fins de l'application des plafonnements d'activités ou des plafonnements de gains de pratique.

6. Le médecin spécialiste en neurologie qui dispense des services pendant la période de garde suprarégionale pour la téléthrombolyse a droit à la rémunération prévue à l'Entente pour les services qu'il dispense, le tout sujet aux modalités et limitations suivantes :

   a) Les médecins consultants et référents qui effectuent une téléconsultation ont droit au paiement des honoraires prévus au protocole d'accord concernant la télémédecine. De plus, le médecin consultant a droit, lorsque cette téléconsultation est effectuée entre minuit et 7 h, à une majoration de 50 % des honoraires payables.

      AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* ***Service dispensé pendant la période de garde suprarégionale pour la téléthrombolyse***

      Indiquer l'heure de début du service.

   b) Les majorations d'honoraires prévues à l'Entente pour les soins d'urgence s'appliquent également au service d'assistance médicale par contact vidéo en téléthrombolyse, et ce, selon la majoration applicable au cours de la période où ce service débute.

   c) Le médecin qui réclame le paiement d'une téléconsultation pour un patient ne peut réclamer le paiement d'une consultation téléphonique concernant ce même patient au cours de la même période de garde.

   d) Le médecin spécialiste qui réclame le paiement du service d'assistance médicale par contact vidéo en téléthrombolyse ne peut alors réclamer, au cours de la même période de garde, le paiement d'une téléconsultation ou d'une consultation téléphonique concernant le même patient.

7. Les médecins spécialistes en neurologie qui peuvent se prévaloir des modalités prévues au présent protocole sont désignés par les parties négociantes.

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

9. Le présent protocole prend effet 19 décembre 2013.

   Les parties peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application du présent protocole.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2014.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UNE RÉMUNÉRATION CONCERNANT LE PROJET PILOTE DE DÉPISTAGE DE LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE

CONSIDÉRANT l'importance de la prévention pour contrer les complications et la progression de la rétinopathie diabétique par l'identification précoce de la maladie et la mise en place d'une intervention adaptée ;

CONSIDÉRANT les avancées en télémédecine permettant un dépistage grâce à des caméras pour la prise d'images de rétine des patients dans des cliniques de diabète ;

CONSIDÉRANT la nécessité de définir certaines conditions de rémunération pour les médecins spécialistes exerçant pour les fins d'un projet pilote concernant le dépistage de la rétinopathie diabétique ;

CONSIDÉRANT que dans sa première phase, le projet pilote permettra d'offrir un meilleur accès aux tests de dépistage de la rétinopathie diabétique et d'assurer l'interprétation des photos prises par des intervenants compétents ;

CONSIDÉRANT la nécessité d'évaluer à terme les résultats du projet pilote et de développer d'autres phases, le cas échéant, visant le suivi des personnes atteintes de rétinopathie diabétique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

Ce protocole a pour objet la mise en place d'une rémunération à l'égard des activités professionnelles effectuées par un médecin spécialiste en ophtalmologie dans le cadre du projet pilote de dépistage de la rétinopathie diabétique reconnu par les parties négociantes.

2. CHAMP D'APPLICATION

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.

3. DESCRIPTION DU PROJET PILOTE

Le projet pilote concernant le dépistage de la rétinopathie diabétique consiste en l'implantation de sites de prise d'image de rétine pour les patients diabétiques et de centres d'expertise pour l'interprétation des images afin de déterminer la présence ou non d'une pathologie et la transmission des résultats.

Le projet pilote est implanté dans les régions et pour les clientèles déterminées par les parties négociantes, lesquelles désignent les sites de prise d'images ainsi que les centres d'expertises participants.

4. RÉMUNÉRATION

La tarification prévue à la nomenclature est versée au médecin spécialiste en ophtalmologie pour la l'interprétation des photos du fond d'œil pour le dépistage de la rétinopathie chez un patient diabétique.

Seul le médecin en ophtalmologie qui justifie d'une formation de rétinologue et qui est désigné par les parties négociantes peut se prévaloir de cette tarification.

Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38, cette tarification est payable selon un supplément d'honoraires de 40 %.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***20216****.*
Voir la section Ophtalmologie *sous l'onglet* C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques.

5. MISE EN VIGUEUR

Ce projet pilote s'applique pour la période du 15 septembre 2014 au 31 mars 2017. L'application de ce projet pilote est prolongée jusqu'au 31 décembre 2018 ou à toute autre date ultérieure déterminée conjointement par les parties négociantes qui en avisent la Régie.

À compter du 1er septembre 2015, les parties négociantes évaluent les résultats de ce projet pilote en fonction des objectifs poursuivis et conviennent de l'opportunité de le prolonger.

6. AVIS

La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application du présent projet pilote.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LE CADRE DU CENTRE ANTIPOISON DU QUÉBEC (CAPQ) OU DU SYSTÈME D'ÉVACUATION AÉROMÉDICALE AU QUÉBEC (É.V.A.Q.)

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 de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes .

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 les établissements.

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

L'activité professionnelle visée par le présent protocole englobe certaines activités médico-administratives accomplies par le médecin spécialiste ainsi certaines activités cliniques ou para-cliniques. Cette activité professionnelle est effectuée pour le compte de divers organismes et peut s'accomplir dans divers lieux, selon ce qui y est prévu.

AVIS **:** *Les activités réalisées selon ce Protocole d'accord doivent être facturées sur le formulaire* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

- Inscrire TH dans la case MODE DE RÉMUNÉRATION

Les activités peuvent être accomplies pendant la journée, de 8 h à 8 h le lendemain, du dimanche au samedi.

De 8 h à 12 h, la plage horaire = a. m.

De 12 h à 16 h, la plage horaire = p. m.

De 16 h à 0 h, la plage horaire = SOIR

De 0 h à 8 h, la plage horaire = NUIT

Aucun dépassement du nombre d'heures par plage n'est accepté.

L'indication de la plage horaire est obligatoire.

L'activité professionnelle visée aux présentes est répartie selon les diverses catégories suivantes :
3.1 Le Centre antipoison du Québec (CAPQ)

À ce titre, l'activité professionnelle visée est la suivante lorsqu'effectuée par un médecin spécialiste en médecine d'urgence ou en médecine interne :

3.1.1 Les activités de planification, de programmation, d'organisation et d'évaluation de programmes en toxicologie accomplies par le coordonnateur médical du Centre antipoison du Québec.

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

3.1.2 Les activités de planification, d'organisation et d'évaluation de programmes en toxicologie.

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

3.1.3 La prise en charge, de la couverture provinciale des activités en toxicologie au cours d'une journée.

AVIS **:** *Pour une période de prise en charge de* ***12 h****, utiliser le code d'activité* ***078124***.

Pour une période de prise en charge de ***8 h****, utiliser le code d'activité* ***078300***.

Dans la section Renseignements complémentaires*, préciser l'heure de début de la prise en charge*.

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

3.2 Le système d'évacuation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.)

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 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***.

3.2.2 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***.

3.2.3 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*.

AVIS **:** *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 aux articles 3.1.1, 3.1.2, 3.2.1 et 3.2.2 sont rémunérées sur une base de tarification horaire. Le tarif horaire est de 130 $ de l'heure. Il est payé pour un temps de service continu de 60 minutes.

4.2 Montant forfaitaire

Les activités professionnelles visées aux articles 3.1.3 et 3.2.3 sont rémunérées sur base forfaitaire.

Pour les activités professionnelles visées à l'article 3.1.3, le montant forfaitaire est de 416 $ pour une prise en charge de 8 heures du lundi au dimanche et de 624 $ pour une prise en charge de 12 heures du lundi au dimanche. Un maximum de 2 montants forfaitaires de 12 heures est payable par jour ou un maximum de 3 montants forfaitaires de 8 heures est payable par jour.

AVIS : *Utiliser le code d'activité :*

- ***078300*** *pour la prise en charge de 8 heures;*
- ***078124*** *pour la prise en charge de 12 heures.*

Cocher la plage horaire au cours de laquelle la prise en charge a débuté.

Dans la colonne Heures travaillées*, inscrire :*

- 8 heures *pour le code d'activité* ***078300****;*
- 12 heures *pour le code d'activité* ***078124****.*

Préciser l'heure à laquelle la prise en charge a débuté dans la section Renseignements complémentaires.

AVIS **:** *Pour le Centre antipoison, utiliser le code d'établissement* ***94519****.*

Pour les activités professionnelles visées à l'article 3.2.3, 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 1 625 $. 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 2 977 $. 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.*

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

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)..... 739 $
19825 Lundi au vendredi (16 h à minuit)..... ..983 $
19826 Samedi, dimanche et jours fériés (8 h à minuit)...1 108 $
19827 Lundi au dimanche (minuit à 8 h).....1 256 $

- 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)..... 554 $
19828 Lundi au vendredi (16 h à minuit)..... 737 $
19829 Samedi, dimanche et jours fériés (8 h à minuit).... 832 $
19830 Lundi au dimanche (minuit à 8 h)..... 943 $

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

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et inscrire le code d'établissement* ***02033***.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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.
Dans le cas exceptionnel où le médecin est appelé, lors d'une même mission à se rendre tant dans le nord-ouest que dans l'est, il peut alors facturer les deux forfaits de mission applicables. Le montant du deuxième forfait est déterminé selon l'heure du décollage de l'avion dans l'autre direction, à l'est ou au nord-ouest de Québec, selon le cas.
De plus, le médecin spécialiste qui agit à titre de médecin-escorte et qui, lors du transport de patients dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale (É.V.A.Q), effectue de la supervision clinique auprès de résidents ou d'externes, a droit, selon le cas, au montant forfaitaire prévu à l'article 5.3 ou 5.4 du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire. Toutefois, le médecin ne peut réclamer plus de 2 montants forfaitaires par période de 24 heures.

AVIS **:** *En vous référant au* Protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire – Brochure no 1*;*

Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes *et inscrire :*

Pour le lieu de dispensation, inscrire:

- le code du lieu ***02037****;*

Pour le lieu en référence, indiquer:

- le type de référence du lieu **Université affilliée;**

- le numéro de l'université ***50013***.

4.3. Déplacement

Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir l'activité professionnelle visée à l'article 3.1.2 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 située l'installation où il exerce ses fonctions principales jusqu'au Centre antipoison du Québec.

5. LIMITATIONS

Un nombre maximal d'heures et de montants forfaitaires est alloué sur une base annuelle pour la rémunération des activités prévues au présent protocole.

Les médecins spécialistes qui accomplissent ces activités ne peuvent réclamer, au cours d'une année, un nombre d'heures ou de forfaits supérieur au nombre annuel autorisé par les parties négociantes.

De plus, la rémunération prévue au présent protocole s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée. Ainsi, aucune autre rémunération ne peut être versée au médecin qui réclame le paiement d'une rémunération prévue au présent protocole, pour la période d'activité ou de prise en charge couverte par cette rémunération. Toutefois, le médecin qui prend en charge les activités visées à l'article 3.1.3 peut réclamer le paiement d'honoraires pour les autres activités qu'il accomplit pendant la période de cette prise en charge.

6. DEMANDE DE RÉMUNÉRATION

Les médecins spécialistes qui souhaitent bénéficier des mesures de rémunération prévues au présent protocole doivent en faire la demande aux parties négociantes et fournir l'information nécessaire à l'analyse de leur demande.

Un comité conjoint est formé afin d'analyser les demandes d'autorisation de rémunération présentées par les médecins et de faire des recommandations aux parties négociantes. Ces recommandations portent également sur le nombre maximal d'heures et de montants forfaitaires qui sont autorisés par chacune des activités visées.

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

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

7.1 Le présent protocole d'accord prend effet le 1er janvier 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce_____ jour de_____2015.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD
RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES DANS LE CADRE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

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

Ce protocole d'accord a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération des médecins spécialistes en médecine d'urgence qui exercent dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence tant au niveau des services directs régionaux qu'au niveau des activités périphériques de support, de formation et de celles relatives aux protocoles d'intervention et à la recherche.

2. CHAMP D'APPLICATION

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

3. ACTIVITÉS VISÉES EN MATIÈRE DE SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE RÉGIONAUX OU À LA CORPORATION URGENCES-SANTÉ

L'activité professionnelle visée par le présent protocole englobe certaines activités cliniques ou paracliniques accomplies par le médecin spécialiste ainsi que certaines activités médico-administratives. Cette activité professionnelle est effectuée pour le compte de divers organismes et peut s'accomplir dans divers lieux, selon ce qui y est prévu.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

Dans la section des activités et des heures effectuées :

- *le quantième qui correspond à la date des activités;*
- *le mode de rémunération* TH*;*
- *le code d'activité et le secteur de dispensation, si requis;*
- *la durée de l'activité.*

Sélectionner la plage horaire :

- *Nuit : de 0 h à 8 h;*
- *AM : de 8 h à 12 h;*
- *PM : de 12 h à 16 h;*
- *Soir : de 16 h à 0 h.*

L'activité professionnelle visée aux présentes est répartie selon les diverses catégories suivantes :
3.1 Services préhospitaliers d'urgence régionaux (à l'exception de Montréal et Laval (Corporation Urgences-santé))

3.1.1 À ce titre, l'activité professionnelle concerne les activités accomplies par le directeur médical régional de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence ou par le médecin qui l'assiste, non pas dans le cadre des fonctions de gestionnaire-cadre au sein de l'instance responsable, mais dans le cadre de l'accomplissement des responsabilités cliniques énoncées à la Loi encadrant les services préhospitaliers d'urgence, dont :

a) les activités de contrôle, d'appréciation et d'amélioration de la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence ainsi que les activités de formation requises ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***225159***.

b) les activités liées au plan des mesures d'urgence dont, notamment, l'élaboration, l'organisation et la coordination en collaboration avec les responsables régionaux ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***225161***.

c) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***225163***.

d) les activités médico-administratives en lien avec les activités décrites ci-dessus.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***225164***.

3.1.2 À l'échelle provinciale, une banque d'heures de 3 535 heures est allouée à la rémunération des activités professionnelles rendues par les médecins spécialistes. Pour chacune des instances responsables, les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles décrites à l'article 3.1, et ce, en tenant compte de la partie des services assumée par les médecins omnipraticiens et de la partie assumée par des médecins spécialistes en médecine d'urgence dans la région en cause.

AVIS **:** *La liste des banques d'heures allouées à la rémunération des activités de l'article 3.1 est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

3.1.3 La répartition des heures d'activités entre les médecins est déterminée par le médecin responsable de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence.

3.1.4 ***Abrogée par la Modification 116 le 1er janvier 2025***
La Régie transmet trimestriellement à chacune des instances responsables un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de ces services en vertu du présent protocole.

3.2 Services préhospitaliers d'urgence de Montréal et Laval (Corporation Urgences-santé)

AVIS **:** *Pour les activités préhospitalières de la corporation Urgences-santé, utiliser le code d'établissement* ***99101***.

3.2.1 À ce titre, l'activité professionnelle concerne les activités accomplies par le médecin qui agit dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence à la Corporation Urgences-santé, dont :

a) les activités de contrôle, d'appréciation et d'amélioration de la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence ainsi que les activités de formation requises ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***205159***.

b) les activités liées au plan des mesures d'urgence dont, notamment, l'élaboration, l'organisation et la coordination en collaboration avec les responsables des établissements ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***205161***.

c) la participation aux réunions du comité médical prévu au paragraphe 3.2.2 ci-dessous ;

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité décrits au paragraphe 3.2.5.*

d) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***205163***.

e) les activités médico-administratives déterminées par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, incluant, au besoin et selon l'évaluation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, les activités du médecin responsable d'assurer la direction clinique des activités médicales au sein d'un secteur d'activité.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***205164***.

3.2.2 Les activités médico-administratives accomplies par le médecin en lien avec les activités réalisées dans le cadre du comité médical d'Urgences-santé.
3.2.3 Le comité médical est formé minimalement de cinq (5) personnes dont le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de trois (3) représentants des médecins qui exercent dans le cadre de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence en assume la présidence.
3.2.4 Les représentants des médecins doivent provenir des principaux secteurs d'activités de la Corporation d'Urgences-santé. Leur mandat a une durée d'un an et peut être renouvelé.
3.2.5 Le comité médical donne son avis au directeur général de la Corporation d'Urgences-santé sur les objets suivants :

a) l'organisation des services cliniques assurés par les médecins de la Corporation d'Urgences-santé, incluant la gestion de la liste de garde pour les différents services ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***205278***.

b) les aspects pertinents de l'organisation technique et scientifique de la Corporation d'Urgences-santé ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***205279***.

c) la définition des qualifications et de la compétence requises d'un médecin pour exercer à la Corporation d'Urgences-santé ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***205280***.

d) le niveau des effectifs médicaux et le besoin de recrutement de médecins ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***205281***.

e) toute autre question portée à son attention par le directeur général ou le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***205282***.

3.2.6 Lorsque requis et pertinent, le comité médical assiste le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence dans les fonctions qui lui sont dévolues par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence ou encore dans le cadre d'un mandat confié à la Corporation d'Urgences-santé par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.
3.2.7 Le comité médical tient au moins quatre (4) réunions par année.

3.3 Tarif horaire

3.3.1 Pour les activités décrites aux articles 3.1 et 3.2 , le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique du lundi au vendredi par période de 15 minutes continues et complétées. Le tarif applicable est de 211 $ l'heure.
3.3.2 De plus, la participation d'un médecin aux activités décrites aux articles 3.1 ou 3.2 doit être effectuée en présence ou à distance, mais non par conférence téléphonique.

4. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉALISÉES DANS LES HÔPITAUX DE BASE

4.1 Activités professionnelles visées

Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui agit dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence dans les hôpitaux de base selon les recommandations des services préhospitaliers et désignés par les parties négociantes accomplit les activités professionnelles suivantes :

AVIS **:** *La liste des hôpitaux de base est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

AVIS **:** *Pour les activités visées des articles 4.1 a) à 4.1 d), utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Pour les activités des articles 4.1 e) à 4.1 h) ainsi que de l'article 4.2.2, utiliser la Facture de services médicaux – Médecins spécialistes.

a) les activités médicales reliées à la formation donnée dans le cadre des soins avancés des techniciens ambulanciers tant au plan théorique que celles faites sur les lieux de l'intervention ainsi que celles faites dans le cadre de la formation collégiale en techniques de soins préhospitaliers faites sur les lieux de stages ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***215166****.*

b) les activités médicales liées à l'évaluation des protocoles d'intervention ainsi qu'à celles reliées à l'élaboration et à l'évaluation des activités de recherche ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***215168****.*

c) les activités médico-administratives découlant des activités prévues ci-dessus ainsi qu'à la coordination des activités du département de médecine préhospitalière de l'hôpital de base avec les agences et la Corporation d'urgences-santé ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***215164****.*

d) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***215163****.*

e) les activités médicales requises pour le support en ligne pour les soins primaires ;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***98102*** *lié au Protocole d'accord – Consultation téléphonique.*

f) les activités d'évaluation et d'interprétation d'un électrocardiogramme effectué et transmis à distance avant de diriger un patient vers un centre d'hémodynamie ;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15249****.*

g) les activités médicales requises pour le support en ligne pour les soins avancés, c'est-à-dire le support aux paramédics en soins avancés par les médecins dans l'application de protocoles de soins avancés ;

AVIS **:** *Voir la section 4.2.2.*

h) les activités médicales requises pour les constats décès à distance.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***09200****, si requis.*
Voir la section 4.2.2.

4.2 Tarif

4.2.1 Pour les activités décrites aux paragraphes a) à d) de l'article 4.1, le médecin spécialiste en médecine d'urgence est rémunéré selon le mode du tarif horaire par période de 15 minutes continues et complétées. Le tarif applicable est de 211 $ l'heure. Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui souhaite bénéficier de cette mesure doit en faire la demande aux parties négociantes et fournir l'information nécessaire à l'analyse de sa demande.

4.2.2 Pour les activités décrites aux paragraphes g) et h) de l'article 4.1 réalisées durant son quart de travail, le médecin spécialiste en médecine d'urgence reçoit un montant forfaitaire de 294 $ pour une période de 8 heures, soit de 00h à 8h, de 8h à 16h et de 16h à 00h.

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et le code de facturation approprié :*
- **42321** Forfait support en ligne de 0 h à 8 h;
- **42322** Forfait support en ligne de 8 h à 16 h;
- **42323** Forfait support en ligne de 16 h à 0 h.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

En plus de ce montant forfaitaire, la rémunération liée aux activités pour le support en ligne des soins primaires indiquées au paragraphe e) de l'article 4.1 (code 98102), à la rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3) (code 09200) et aux activités décrites au paragraphe f) de l'article 4.1 réalisées durant son quart de travail (code 15249), est payable en sus du forfait de l'article 4.2.2. Au besoin, les parties pourront convenir de retirer, de modifier ou d'ajouter d'autres services et codes à cette liste, par lettre administrative. Un seul montant forfaitaire est payable par Hôpital de base, par période.

4.2.4 Les majorations d'honoraires prévues à l'Addendum 11 de l'Annexe 4 s'appliquent également à la rémunération du forfait payable en vertu de l'article 4.2.2 pendant les périodes visées.

AVIS **:** *Voir l'article 8.1 i) de l'Addendum 11.*

5. RÈGLES ET LIMITATIONS

5.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui souhaite réclamer plus de 100 heures d'activités professionnelles prévues aux articles 3.2 et 4.1 du présent protocole , à l'exception des activités prévues aux paragraphes e) à h) de l'article 4.1., doit en faire la demande aux parties négociantes et fournir l'information nécessaire à l'analyse de sa demande.

5.2 Dans le cadre d'une demande découlant de l'article 5.1, pour les activités décrites à l'articles 3.2, le directeur général de l'instance responsable des services préhospitaliers d'urgence transmet aux parties négociantes l'information nécessaire afin d'identifier les médecins visés ainsi que les conseils ou comités auxquels ils participent, le cas échéant.

5.3 Dans le cadre d'une demande découlant de l'article 5.1, pour les activités décrites aux paragraphes a) à d) de l'article 4.1, le directeur général de l'instance responsable des services préhospitaliers d'urgence transmet aux parties négociantes l'information nécessaire afin d'identifier les médecins visés ainsi que les conseils ou comités auxquels ils participent, le cas échéant.

5.4 Le cas échéant, les parties négociantes valident cette information et informent la Régie de l'identité des médecins autorisés en vertu de l'article 5.1 à réclamer plus de 100 heures d'activités professionnelles prévues au présent protocole .

5.5 La rémunération prévue aux articles 3.3 et 4.2.1 du présent protocole s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée. Ainsi, aucune autre rémunération ne peut être versée au médecin qui réclame le paiement d'une rémunération prévue à ces articles, pour la période d'activité couverte par cette rémunération.

5.5.1 La rémunération prévue à l'article 4.2.2 du présent protocole s'applique de façon non-exclusive, au cours de la période pour laquelle elle est réclamée.

5.6 La Régie transmet trimestriellement à chacune des instances responsables et aux parties négociantes un rapport faisant état du nombre total d'heures réclamées par l'ensemble des médecins spécialistes au sein de ces services en vertu du présent protocole.

6. CONVOCATION POUR AGIR COMME TÉMOIN

Lorsqu'un médecin est convoqué pour agir comme témoin devant un tribunal, un organisme quasi judiciaire, le coroner, le commissaire aux incendies ou toute autre commission d'enquête, dans une cause où il n'est pas parti, mais qui est liée à son activité professionnelle dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence, l'activité professionnelle ainsi requise est réputée constituer une activité professionnelle au sens du présent protocole et est rémunérée en conséquence.

AVIS **:** *Pour les activités de témoignage, utiliser le code d'activité approprié :*
- ***205150*** *: Corporation Urgences-santé;*
- ***215150*** *: Hôpitaux de base;*
- ***225150*** *: Services préhospitaliers d'urgence régionaux.*

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent protocole d'accord prend effet le 1er avril 2024.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD INTERVENU ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ) AYANT TRAIT AU RENOUVELLEMENT DE L'ACCORD-CADRE POUR LA PÉRIODE DU 1er AVRIL 2015 AU 31 MARS 2023

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre se terminant le 31 mars 2015;

CONSIDÉRANT le Protocole d'accord intervenu le 7 novembre 2014 entre le ministre de la Santé et des services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes (ci-après le « Protocole de 2014 »);

CONSIDÉRANT la demande du gouvernement de rouvrir le Protocole de 2014;

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent convenir d'un renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023;

CONSIDÉRANT l'entente de principe intervenue le 11 janvier 2016 entre la FMSQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux soins en médecine spécialisée (ci-après « l'Entente de principe de 2016 »);

CONSIDÉRANT le projet de Modification 79 à l'Accord-cadre, non entériné;

CONSIDÉRANT la loi 21 adoptée par le gouvernement;

CONSIDÉRANT la demande de la Fédération de négocier les conditions de pratique des médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT l'engagement du gouvernement d'assurer et de maintenir une rémunération concurrentielle pour les médecins spécialistes québécois;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de convenir d'une entente visant à favoriser à la fois la qualité, la stabilité et l'accessibilité des soins offerts à la population et permettant aussi d'assurer la pérennité du système public de santé.

EN CONSIDÉRATION DE CE QUI PRÉCÈDE, les parties conviennent de ce qui suit :

I- Réouverture du Protocole de 2014 et renouvellement de l'Accord-cadre

Sous réserve des modifications prévues au présent protocole, l'Accord-cadre MSSS-FMSQ de même que l'ensemble de ses dispositions et modifications sont renouvelés pour une durée de huit ans allant du 1er avril 2015 au 31 mars 2023. Quatre années supplémentaires y sont ajoutées pour les fins du versement, d'ici le 31 mars 2027, des sommes non récurrentes prévues aux présentes sans que cela ne constitue toutefois une prolongation de l'Accord-cadre

Les parties conviennent que la réouverture du Protocole de 2014 et le renouvellement de l'Accord-cadre reposent sur les deux volets suivants :

A. Les éléments relatifs aux engagements financiers du gouvernement envers les médecins spécialistes;

B. Les éléments relatifs aux conditions de pratique des médecins spécialistes.

A. Les éléments relatifs aux engagements financiers du gouvernement envers les médecins spécialistes

1. ***Montants découlant du réaménagement de l'étalement***

1.1 L'étalement des montants prévus au Protocole d'accord de 2014 sont revus tel que prévu aux articles 1.2 et 1.3.

1.2 Les montants récurrents suivants sont prévus à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :

- 76,3 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016;
- 125,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017;
- 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
- 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019;
- 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020;
- 112,4 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021;
- 100,8 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022;
- 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023.

1.3 Les montants non récurrents suivants sont prévus à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :

- 80,10 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016;
- 360,00 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017;
- 2,00 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
- 117,00 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019;
- 213,20 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020;
- 100,80 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2023 et le 31 mars 2024;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2024 et le 31 mars 2025;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2025 et le 31 mars 2026;
- 99,55 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2026 et le 31 mars 2027.

2. Évolution de la pratique médicale et mécanique de suivi de l'enveloppe budgétaire globale

2.1 Un pourcentage de redressement de l'enveloppe budgétaire globale de 2,675 % est accordé du 1er avril 2015 au 31 mars 2016 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

Au 1er avril de chaque année, un pourcentage de rajustement de l'enveloppe budgétaire globale de 2 % est accordé pour la période comprise du 1er avril 2016 au 31 mars 2023 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

2.2 L'article 1.3 de l'Annexe 2 de l'Accord-cadre est abrogé et les articles 2.5 et 2.6 sont remplacés par les suivants et par l'ajout de l'article 2.7 :

« 2.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2023, les mesures suivantes s'appliquent :

a) Le pourcentage de redressement de 2 % de l'enveloppe budgétaire globale à titre d'évolution de la pratique médicale peut être augmenté, le cas échéant, selon la méthodologie suivante concernant le facteur de l'ajout net des effectifs médicaux :

1- L'ajout net à l'effectif pour une année financière donnée est constaté au plus tard dans les 120 jours de la réception des statistiques de la Régie suivant la fin de cette année financière en comparant le nombre d'effectifs de l'année financière avec le nombre d'effectifs de l'année financière antérieure.

La détermination du nombre de médecins spécialistes dans une année est calculée en retenant l'ensemble des médecins pour lesquels la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a versé au moins 1 $ de rémunération dans l'année budgétaire visée pour des services rendus dans cette même année budgétaire. Par rémunération, on entend l'ensemble des sommes, honoraires, tarifs horaires, per diem et autres montants de quelque nature que ce soit versé à un médecin spécialiste par la RAMQ à l'exception de montants suivants :

- Les honoraires versés pour des services rendus hors Québec;
- Les remboursements au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;
- Les honoraires médico administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe 24);
- Les allocations de fin de carrière versées en vertu de l'Annexe 36;
- L'ensemble des mesures incitatives et des mesures particulières;
- Les services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (code 09800 et 09801);
- Les montants forfaitaires de quelque nature que ce soit versés dans l'année budgétaire visée;
- Les primes de revalorisation de la rémunération de base de l'Annexe 32;
- Les sommes découlant de la validation rétroactive de la charge professionnelle (L4E) pour les médecins anatomo-pathologistes;
- Le montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes parts payées au médecin biochimiste (article 6 de l'Addendum 3 de l'Annexe 5);

- Le montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes parts payées au médecin microbiologiste infectiologue (article 3.6 de l'Addendum 5 de l'Annexe 5);
- La rémunération forfaitaire prévue au Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers.

2 - Le nombre calculé à l'alinéa A est multiplié par un montant correspondant à 75 % du revenu moyen annuel de tous les effectifs déterminés selon la méthode définie à cet alinéa A. Le revenu moyen annuel est calculé en considérant pour ces effectifs l'ensemble des honoraires versés par la RAMQ et qui sont inclus dans l'enveloppe budgétaire, tels que le prévoient les articles 2.3 et 2.4 de l'Accord-cadre et la lettre d'entente n° 87 en excluant toutefois, les remboursements à titre de l'assurance responsabilité professionnelle ainsi que les services professionnels rendus hors Québec. Le résultat de ce calcul est exprimé en pourcentage de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de cette annexe financière donnée, en excluant l'évolution de pratique de 2 % et les sommes récurrentes et non récurrentes prévues.

3 - Le pourcentage calculé à l'alinéa B est consenti en totalité jusqu'à concurrence de la dépense réelle finale.

4 - La méthodologie prévue au présent article ne peut avoir pour effet de faire assumer par les médecins spécialistes un dépassement qui serait attribuable aux recrutements ciblés, que ce soit en vertu de l'accord de reconnaissance mutuelle ou autrement.

b) Sous réserve de l'alinéa a), advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application prévue à la présente annexe, les parties introduisent les mesures correctives appropriées afin d'assurer, d'une part, le remboursement de ce dépassement et d'éviter, d'autre part, tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement. Toutefois, après analyse des parties le dépassement découlant de facteurs tels une augmentation de productivité des médecins spécialistes, une croissance de la population ou des services qui lui sont rendus et le transfert d'activités dans les cabinets ou les laboratoires ne donne pas lieu à l'introduction de mesures correctrices. Tout désaccord entre les parties découlant de cette analyse est soumis à l'arbitrage.
À défaut d'entente entre les parties sur les mesures correctives à appropriées à apporter, dans les 180 jours suivant la réception des données statistiques établies par la RAMQ conformément à l'article 2.2 de la présente annexe, l'une ou l'autre des parties peut référer le litige au Conseil d'arbitrage selon les modalités prévues à l'article 3 de la présente annexe.

2.6 Advenant une non-atteinte, soit une dépense réelle observée inférieure à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour une période annuelle d'application, seules les sommes découlant d'une non utilisation des augmentations tarifaires, des mesures convenues ou à convenir ou à l'égard d'une surestimation afférente auxdites augmentations et mesures, demeurent disponibles.

2.7 Le suivi du coût de la rémunération des médecins pour chacune des années de renouvellement de l'Accord-cadre ne saurait affecter le respect de l'ensemble des engagements financiers convenus en vertu du présent protocole et des sommes à verser d'ici au 31 mars 2027 afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années. »

2.3 L'article 3 de l'Annexe 2 de l'Accord-cadre est remplacé par le suivant : « Article 3 Arbitrage

Le Conseil d'arbitrage est formé d'un président, qui doit être avocat, assisté de deux assesseurs.

Le président est nommé par les parties et chacune d'elles choisit un assesseur.

À défaut, le président est nommé par le ministre du Travail.

Les honoraires du président du Conseil d'arbitrage sont partagés à parts égales entre les parties.

Dans le cadre de ses fonctions, le Conseil d'arbitrage reçoit les observations présentées par les représentants du MSSS et le la FMSQ.

Le Conseil d'arbitrage utilise la méthode de la meilleure offre finale globale, soit de la FMSQ, soit du MSSS.

La décision du Conseil d'arbitrage lie les parties, lesquelles s'engagent à apporter les modifications nécessaires à l'Accord-cadre.

Ce recours en arbitrage doit être entendu prioritairement à tout différend soumis en vertu de l'Accord-cadre »

2.4 Sous réserve de l'article 2.1 al.1 ci-dessus, les modifications apparaissant à l'article 2.2 et 2.3 s'appliquent à compter de la période 2016-2017.

2.5 Les mesures prévues aux présents articles sont réévaluées au 1er avril 2021 afin de bien mesurer leur impact sur le contrôle des dépenses et les services à la population.

3. Enveloppe budgétaire globale prédéterminée

3.1 L'enveloppe budgétaire globale, en tenant compte des montants prévus à l'article 1 ci dessus et en incluant le redressement prévu pour tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, est déterminée sur une base annuelle, pour chacune des périodes d'application suivantes :

a) 4 482,2 M$ pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016;
b) 4 947,9 M$ pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017;
c) 4 683,5 M$ pour la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2018;
d) 4 892,1 M$ pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019;
e) 5 083,9 M$ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020;
f) 5 181,3 M$ pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021;
g) 5 398,2 M$ pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022;
h) 5 503,9 M$ pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023;

i) 5 503,9 M$ pour la période du 1er avril 2023 au 31 mars 2024;
j) 5 503,9 M$ pour la période du 1er avril 2024 au 31 mars 2025;
k) 5 503,9 M$ pour la période du 1er avril 2025 au 31 mars 2026;
l) 5 488,1 M$ pour la période du 1er avril 2026 au 31 mars 2027;
m) 5 388,5 M$ pour la période du 1er avril 2027 au 31 mars 2028.

L'enveloppe budgétaire globale prévue pour la période identifiée aux paragraphes i) à m) est sujette à modification à la suite du renouvellement de l'Accord-cadre venant à échéance le 31 mars 2023.

4. Assurance responsabilité professionnelle

4.1 Les sommes prévues pour l'assurance responsabilité professionnelle (ARP) sont exclues de l'enveloppe budgétaire globale à compter du 1er avril 2015. Le paragraphe 1 c) de la Lettre d'entente no 87 du 1er octobre 1995 concernant l'application de l'article 2 de l'Accord cadre relativement à l'utilisation de l'enveloppe globale prédéterminée cesse de s'appliquer à cette date.

4.2 À compter du 1er janvier 2018, les dispositions suivantes s'appliquent :

a) Le montant de financement pour chacune des périodes d'application correspond au minimum entre l'atteinte du seuil de la part assumée par la RAMQ établie à 81,5 % et le montant maximum prévu à l'alinéa b) ci dessous pour l'assurance responsabilité professionnelle.

b) Le montant maximum est le suivant :
51,1 M$ pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019;
52,1 M$ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020;
53,2 M$ pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021;
54,2 M$ pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022;
55,3 M$ pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023.

c) Advenant que pour une année d'application, le montant découlant de l'atteinte du seuil à l'alinéa a) ci-dessus, est inférieur au montant prévu à l'alinéa b) ci-dessus, aucun montant ne peut être mis en réserve.

d) Les parties reconnaissent la disponibilité des sommes non récurrentes de 1,95 M$ en 2016 et de 5,3 M$ en 2017 prévues dans la Lettre d'entente no 223. La somme de 1,95 M$ pourra servir à 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. La somme de 5,3 M$ pourra être utilisée selon les priorités identifiées par les parties.

e) Les parties conviennent de mettre fin à la Lettre d'entente no 223 à compter du 31 décembre 2017.

5. Affectation des sommes disponibles

5.1 Les sommes prévues à l'article 1 ci dessus sont affectées de la façon suivante :

a) d'abord pour assurer le financement récurrent des mesures suivantes;

i) Les services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par des radiologistes jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 M$ annuellement à compter du 1er avril 2018;

ii) Les mesures introduites par la modification nº 82 en lien avec l'adoption du Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques tel que précisé à l'article 1 b) de la lettre d'entente nº 220 jusqu'à concurrence d'un maximum de 7,0 M$ annuellement à compter du 1er avril 2018;

iii) La mise en application de la lettre d'entente nº 221 sur la rémunération des médecins spécialistes pour les activités réalisées dans les centres de répartition des demandes de services (CRDS) jusqu'à concurrence d'un maximum de 4,6 M$ annuellement à compter du 1er avril 2018;

iv) La Lettre d'entente nº 203 concernant le projet pilote du centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal jusqu'à concurrence d'un maximum de 1,17 M$ annuellement à compter du 1er avril 2018;

v) Le Protocole d'accord relatif à la mise en place d'une rémunération concernant le projet pilote de dépistage de la rétinopathie diabétique jusqu'à concurrence d'un maximum de 0,08 M$ annuellement à compter du 1er avril 2018;

vi) Les services médicaux et médico-administratifs découlant de l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie (L.R.Q. chapitre S-32.001) jusqu'à concurrence d'un maximum de 0,341 M$ annuellement à compter du 1er avril 2018;

vii) Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) à une hauteur de 0,8 M$ annuellement à compter du 1er octobre 2017, lequel montant est majoré de 25 000 $ au 1er avril de chaque année de durée du renouvellement de l'entente et à compter du 1er avril 2018.

b) Pour ce qui est du solde disponible :

i) En suivi du projet de la modification 79, est introduit au plus tard le 1er mai 2018, de façon rétroactive au 1er avril 2017, une augmentation tarifaire de l'ordre de 5,2 % dont 3,0 % est financé de façon récurrente et 2,2 % est financé de façon non récurrente jusqu'en 2026-2027. À défaut d'une source de financement récurrente à compter de 2027-2028, les tarifs seront réduits au 1er avril 2027 de façon à assurer une baisse équivalente à ce même 2,2 %.

Les parties conviennent de compléter au plus tard le 31 mars les démarches nécessaires à la mise en place de cette augmentation tarifaire au 1er mai 2018, étant entendu que certaines modifications tarifaires pourront être apportées, sans coût additionnel, à la discrétion de la FMSQ afin de tenir compte des modifications 80 à 84 entérinées ultérieurement et afin d'assurer le financement de mesures de soutien temporaire prévues au présent protocole. De plus et nonobstant l'implantation de l'augmentation tarifaire prévue ci-dessus, les parties conviennent de procéder à une nouvelle révision tarifaire afin de donner suite au processus interne de répartition de la Fédération et d'apporter les correctifs qu'elle identifie pour assurer l'équité prévue. Cette révision tarifaire est effectuée sans coût additionnel.

Des montants forfaitaires seront versés aux médecins spécialistes pour la période du 1er avril 2017 au 30 avril 2018. Pour les années 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021, l'augmentation tarifaire versée aux médecins qui exerçaient au cours de l'année 2016-17 sera financée en partie par le remboursement des sommes dues au 31 mars 2017 selon les modalités prévues à l'article 6, et ce, dans le respect des règles comptables gouvernementales.
Une lettre de monitoring des coûts sera prévue, afin de s'assurer, d'une part que les sommes dues prévues à l'article 6 soient bien versées et, d'autre part, afin de s'assurer du respect des coûts prévus annuellement pour les sommes prévues en (i).
ii) Instauration d'une rémunération des fonctions médico-administratives à une hauteur de 65 M$ à compter du 1er janvier 2019.
iii) Un montant de 60 M$ est prévu à compter du 1er avril 2018 pour introduire des mesures visant l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés et comprenant notamment le dossier médical électronique en cabinet, les consultations électroniques, les comités diagnostic de traitement du cancer et les mesures de soutien temporaire prévues au présent protocole qui ne seraient pas autrement financées par la Fédération de la façon prévue à l'alinéa (b) (i). Également, dans le cadre du programme d'accès aux services d'imagerie par résonnance magnétique et de tomodensitométrie prévu à l'annexe 2, ce montant peut permettre le financement, jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 M$, des honoraires professionnels payés en établissement pour les examens additionnels effectués par les médecins radiologistes.

6. Versements de sommes rétroactives

6.1 Une somme de 480,1 M$ est à verser aux médecins en pratique en 2016-2017.Cette somme de 480,1 M$ sera versée sur une période maximale de 4 ans.

Les modalités de versement de ces sommes respecteront les règles suivantes :

- ces sommes seront versées aux médecins en pratique en 2016-2017;
- la somme due à chaque médecin pour la période maximale de 4 ans sera identifiée par les parties;
- pour les médecins en pratique au cours de cette période maximale de 4 ans, le versement de ces sommes dues sera effectué :

- via l'augmentation tarifaire de l'ordre de 5,2 % prévue au 1er avril 2017, tel que précisé à l'article 5.1 b) i), jusqu'à concurrence du montant identifié précédemment par médecin; (pour les fins du suivi de ces sommes dues, on considère 2,55 % par année);
- advenant qu'au terme de l'année 2020-21 que le médecin en pratique n'ait toujours pas reçu la totalité du montant dû tel qu'identifié par les parties, le médecin recevra alors le montant dû manquant en un versement forfaitaire le ou vers le 31 décembre 2021;

- pour les médecins qui ont cessé de pratiquer de façon définitive, le médecin recevra le montant dû en un versement forfaitaire le ou vers le 31 décembre de l'année suivant sa cessation;

- un médecin retraité ou les héritiers d'un médecin décédé sont admissibles à ce montant.

7. Écart de rémunération : comparaison interprovinciale

Mandat confié à l'Institut canadien sur l'information sur la santé (ICIS)

7.1 Les parties s'entendent pour confier un mandat conjoint à l'Institut canadien sur l'information sur la santé (ICIS) afin de préparer un rapport sur le niveau de l'écart de rémunération entre les médecins spécialistes du Québec et ceux des autres provinces canadiennes sur la base de l'année 2016-2017.
Les parties s'entendent sur le devis du mandat confié à l'ICIS lequel est reproduit à l'Annexe 1 des présentes.

Processus de négociation, médiation et règlement

7.2 Aux fins des présentes dispositions, les parties conviennent du processus de négociation, médiation et règlement ci après énoncé :

a) Négociation sur le niveau d'écart avec les autres provinces canadiennes

i) L'ICIS doit soumettre aux parties son rapport d'études sur le niveau de l'écart de rémunération entre l'ensemble des médecins spécialistes du Québec et ceux des autres provinces canadiennes sur la base de l'année 2016-2017 au plus tard le 1er septembre 2019.

ii) Sur réception du rapport de l'ICIS, les parties conviennent d'entreprendre des négociations avec diligence et bonne foi sur la base de ses constats, en vue d'en arriver à une entente sur un pourcentage d'écart de rémunération à corriger, le cas échéant.

iii) Les parties disposent d'une période de 60 jours afin de s'entendre.

iv) Les parties conviennent qu'en aucun temps le résultat du rapport de l'ICIS ou des négociations entreprises sur l'écart de rémunération à corriger ne saurait remettre en question le respect de l'ensemble des engagements financiers convenus en vertu du présent protocole et des sommes à verser d'ici au 31 mars 2027 afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années.

b) Processus de détermination de l'écart en cas de mésentente

Médiation

i) Les parties reconnaissent que le processus de règlement prévu dans le cadre de la présente entente a un caractère ponctuel et exceptionnel, lequel ne pourra être invoqué comme précédent lors des prochains renouvellements de l'Accord cadre.

ii) En l'absence d'entente à l'issue de la période de négociation, les parties conviennent d'une période de médiation. Les parties conviennent de désigner par lettre administrative, dans les 90 jours de la signature du présent protocole d'accord, la personne qui pourrait être appelée à agir comme médiateur.

iii) Dans le cadre de son mandat, le médiateur formule des propositions aux parties afin que ces dernières puissent convenir d'une entente sur l'écart de rémunération à corriger.

iv) Les parties conviennent d'une période de médiation de 120 jours afin de s'entendre sur l'écart de rémunération à corriger.

v) L'une ou l'autre des parties peut mettre fin à la période de médiation en tout temps et référer le litige au Conseil de règlement en donnant un avis écrit à l'autre partie à cet effet.

vi) La Fédération et le MSSS sont tenus de participer à toute réunion convoquée par le médiateur.

vii) Toute information, verbale ou écrite, recueillie par le médiateur doit demeurer confidentielle.

viii) Les honoraires du médiateur sont assumés à parts égales par les parties.
ix) À la fin de la période de médiation ou de sa prolongation, dans la mesure où il n'y a pas d'entente sur l'écart à corriger, le dossier est référé au Conseil de règlement.

Conseil de règlement
x) Le Conseil de règlement constitué de trois (3) membres, dont un (1) membre avocat qui agira à titre de président.
xi) Les parties conviennent de désigner par lettre administrative, dans les 90 jours de la signature du présent protocole d'accord, les trois membres du conseil de règlement.
xii) Les honoraires des membres du Conseil de règlement sont assumés à parts égales par les parties.
xiii) Sur réception d'un avis de l'une ou l'autre des parties, le Conseil de règlement débute ses travaux et ceux-ci se poursuivent pour une période d'au plus 60 jours.
xiv) Pour les fins des représentations, le Conseil de règlement doit procéder selon la procédure et le mode de preuve qu'il juge appropriés.
xv) Dans le cadre de ses travaux, le Conseil de règlement reçoit les observations présentées par les représentants du MSSS et ceux de la FMSQ.
xvi)Le Conseil de règlement statue, s'il y a lieu, sur l'écart de rémunération à corriger pour l'ensemble des médecins spécialistes, sur la base de l'année 2016-2017.
xvii)La décision du Conseil de règlement doit être motivée et rendue à la majorité de ses membres, et ce, par écrit dans les trente (30) jours suivant la fin de la dernière séance tenue en présence des parties. La décision du Conseil lie les parties.
xviii) Malgré l'article 20, le gouvernement pourra modifier ou rejeter en tout ou en partie la décision du Conseil par l'adoption d'une loi à cet effet lors de la session parlementaire en cours ou lors de la session suivante.
xix) Sous réserve de l'article 7.2 b) v), tous les délais prévus à l'article 7.2 sont de rigueur à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties.

c) Facteurs à prendre en considération lors de la négociation par le médiateur et par le Conseil de règlement
Sur la base des constats du rapport de l'ICIS, les facteurs suivants doivent être pris en considération :
i) l'état des finances publiques;
ii) la politique de rémunération et les dernières majorations consenties par le gouvernement aux employé (e) s des secteurs public et parapublic;
iii) la situation et les perspectives salariales et économiques du Québec;
iv) les exigences relatives à la saine gestion des finances publiques;
v) les particularités et le statut de la fonction des médecins spécialistes, dont notamment les responsabilités assumées dans le cadre de leur pratique;
vi) la nécessité d'offrir aux médecins spécialistes une rémunération concurrentielle permettant la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé;
vii) les conditions d'exercice de la profession et la rémunération des médecins spécialistes au Québec et dans les autres provinces canadiennes en tenant compte de la charge de travail respective et des différences quant au coût de la vie et quant à la richesse collective;
viii) la situation relative du Québec et des autres provinces canadiennes quant à la proportion de la pratique des médecins spécialistes effectuée en établissement hospitalier et en cabinet privé;
ix) tout autre facteur jugé pertinent.
d) Négociation des modalités de versement de l'écart déterminé

Après avoir convenu de l'écart à corriger, ou après la décision du Conseil de règlement, les parties négocient les modalités de versement du rajustement de rémunération et déterminent la période d'application étant entendu que la période doit débuter au plus tard le 1er avril 2020.

B) Les éléments relatifs aux conditions de pratique des médecins spécialistes.

Les parties conviennent qu'il est primordial de favoriser la qualité des soins dispensés à la population et d'améliorer l'accessibilité aux services.

Les parties reconnaissent que les médecins spécialistes québécois doivent pouvoir disposer de conditions de pratique optimales pour exercer leur profession et répondre aux besoins de leurs patients et que la qualité des conditions de pratique a une incidence sur les conditions de prestation des soins aux patients, sur l'organisation du travail des médecins et sur le niveau de rétention et de recrutement de médecins spécialistes au Québec.

Quant aux conditions de pratiques des médecins spécialistes, les parties conviennent de ce qui suit :

1. De mettre en place un comité conjoint portant sur des questions d'intérêts communs touchant l'organisation des soins, la qualité et l'accessibilité des soins et les conditions de pratique des médecins spécialistes. L'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMSQ de façon concomitante au présent protocole détermine la composition de ce comité, son mandat et son mode de fonctionnement.
2. De mettre en place un comité de conciliation permanent afin d'aborder toute problématique spécifique ponctuelle touchant les conditions de pratique des médecins en vue de la résoudre. Les parties conviennent de la composition de ce comité et de son mode de fonctionnement;
3. D'adopter l'Annexe 45 concernant le plan provincial de soutien en anesthésiologie et devant prendre effet au 1er mars 2018, laquelle est jointe à l'Annexe 3 des présentes;
4. Les parties conviennent de lettres d'entente pour couvrir tout bris de services en chirurgie et d'un plan provincial pour l'ensemble des établissements du Québec, prenant effet au plus tard le 1er septembre 2018.

Les parties conviennent également de lettre d'entente pour couvrir tout bris de services et d'un plan provincial pour l'ensemble des établissements du Québec dans les autres spécialités de base, et ce, au plus tard le 15 février 2019.

5. D'adopter l'Annexe 46 concernant la détermination de certaines conditions de pratique applicables aux médecins exerçant en établissement :

« Annexe 46 concernant la détermination de certaines conditions de pratique applicables aux médecins exerçant en établissement

1. Dans le cadre de l'octroi d'une nomination et de privilèges à un médecin spécialiste, un établissement doit lui fournir les ressources raisonnables nécessaires pour exercer sa profession, satisfaire aux obligations rattachées à ses privilèges et répondre aux besoins de ses patients.
2. Nonobstant ce qui précède, les établissements doivent en tout temps mettre à la disposition des médecins qui y détiennent des privilèges, et ce, sans compensation de la part des médecins, les équipements et services suivants requis pour satisfaire à leurs obligations : services de dictée, téléavertisseur, systèmes informatiques et logiciels requis pour la gestion du système de garde.
3. Dans le cadre de l'exercice de ses privilèges en établissement, un médecin spécialiste est justifié de s'absenter temporairement en raison des congés prévus à l'article 4 et jusqu'à concurrence de la durée qui y est mentionnée, sans que cela ne remette en question le maintien de sa nomination et de ses privilèges. Pendant cette absence, des privilèges temporaires peuvent être octroyés à un médecin spécialiste afin de remplacer le médecin en congé et de soutenir les autres membres de son département.
4. Les congés suivants s'appliquent :
   i. Congé de maternité : jusqu'à concurrence de dix-huit semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif.
   ii. Congé de paternité : jusqu'à concurrence de cinq semaines.

iii. Congé parental : jusqu'à concurrence de trente-quatre semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité et partageables entre les parents.
iv. Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de cinquante-deux semaines.
v. Congé de ressourcement : selon la période requise du ressourcement et sur autorisation du chef de département. »

C) Autres dispositions

1. Le Protocole d'accord de 2014 entre le MSSS et la FMSQ concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes cesse d'avoir effet le 1er avril 2015.
2. En remplaçant la Lettre d'entente no 201 par celle jointe à l'Annexe 2 des présentes, et ce, au 1er avril 2016.
3. En apportant les modifications jugées nécessaires, le cas échéant, aux lettres d'entente nos 102, 112, 122, 135, 138, à l'article 2 de l'Annexe 32 et à l'Annexe 25 à la suite de l'adoption de l'Annexe 45 et des autres ententes spécifiques de soutien dans les spécialités de base.
4. Les parties s'engagent à mettre en place le comité prévu à l'article 10 du Protocole d'accord relatif au renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1er avril 2010 au 31 mars 2015.
5. La lettre d'entente 219 est modifiée en remplaçant la dernière phrase de l'article 4 par la suivante : « À compter de 2020-2021, l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée est augmentée de façon récurrente de façon à traduire, le cas échéant, les ajouts effectués pour les années 2016-17 à 2019-2020.
6. En abrogeant la lettre d'entente 184.
7. Compte tenu des particularités des modes de rémunération des médecins spécialistes et dans un souci d'assurer la pertinence continue des divers tarifs et autres éléments de rémunération eu égard à l'évolution de la pratique médicale et à la saine gestion de l'enveloppe budgétaire des médecins spécialistes, la FMSQ convient de mettre en place un processus de révision continue des tarifs et des autres éléments de rémunération prévus à l'entente. La FMSQ informe régulièrement le MSSS de ces travaux.
8. En adoptant le Lettre d'intention concernant la création d'un programme d'accès à l'imagerie par résonnance magnétique et à la tomodensitométrie, laquelle est jointe aux présentes.

II- Prolongation de l'entente de principe entre la FMSQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux soins en médecine spécialisée (ci-après " l'entente d'accessibilité de 2015 »)

Les parties conviennent de poursuivre l'application de l'entente d'accessibilité de 2015 et ainsi de renouveler leur collaboration et les engagements réciproques convenus en vertu de cette entente. À cette fin, toute référence à « 31 décembre 2017 » apparaissant à l'entente de principe de 2015 est remplacée par « 31 décembre 2018 », toute référence à « 30 juin 2018 » est remplacée par « 30 juin 2019 » et toute référence à « printemps 2018 » est remplacée par « printemps 2019 ».

III- Annexes

Les annexes 1, 2 et 3 ainsi que la Lettre d'intention concernant la création d'un programme d'accès à l'imagerie par résonnance magnétique et à la tomodensitométrie font partie intégrante du présent protocole d'accord.

IV- Mise en vigueur

Le protocole d'accord prend effet à la date de la signature.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecinsspécialistes du Québec

ANNEXE 1

Devis de mandat confié à l'ICIS

ENTRE :

Le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT), représenté par M. Christian Dubé, président du Conseil du trésor et ministre responsable de l'Administration gouvernementale, ci-après appelé « le SCT »

et :

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), représentée par Docteure Diane Francoeur, présidente de la FMSQ, ci-après appelée « la FMSQ »

Ci-après appelés « les parties négociantes ».

ET :

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) représenté par (insérer le nom et la fonction),

Ci-après appelé « l'ICIS ».

Contexte

Dans le cadre du renouvellement de l'Entente avec les médecins spécialistes en 2007, des augmentations tarifaires ont été octroyées, entre autres, sur la base des écarts de rémunération constatés entre les médecins spécialistes du Québec et ceux du reste du Canada. Ces constats étaient basés sur les différents travaux réalisés avec des données provenant de l'ICIS.

Dans le cadre du renouvellement récent de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ, les parties ont convenu d'entreprendre des travaux afin de mettre à jour les écarts de rémunération entre les médecins spécialistes du Québec et ceux des autres provinces canadiennes. Dans cette optique, les parties ont convenu de mandater l'ICIS pour qu'elles puissent disposer de l'ensemble des données et des résultats nécessaires afin d'avoir un portrait détaillé de ces écarts en 2016-2017.

Mandat confié à l'ICIS

Soumettre, de façon indépendante, un rapport aux parties négociantes, lequel permettra de comparer la rémunération des médecins spécialistes québécois par rapport à celle de leurs confrères des autres provinces canadiennes, et ce, afin de déterminer le niveau des écarts de rémunération existant au 31 mars 2017 selon différentes méthodologies et en tenant compte de leurs niveaux d'activité respectifs.

Ce rapport devra permettre d'effectuer des comparaisons avec les autres provinces canadiennes sur la rémunération, les paiements et les dépenses associés aux médecins spécialistes, leur charge de travail, la tarification de leurs actes et divers autres indicateurs, le tout tel que mentionné aux articles 1 à 4 des présentes.

L'année de référence utilisée pour effectuer ces comparaisons sera l'année 2016-2017 (1er avril 2016 au 31 mars 2017).

En vue de la réalisation de ce rapport, l'ICIS s'engage auprès des parties négociantes :

- à soumettre chacune des méthodologies qu'il envisage utiliser à une analyse détaillée et à une approbation des parties négociantes, et ce, préalablement à la réalisation des travaux;
- à présenter aux parties, selon des modalités à convenir, un suivi périodique de l'avancement des travaux;
- à convenir de revoir, le cas échant, certaines méthodologies ou résultats préliminaires à la lumière des observations des parties;
- à soumettre un rapport préliminaire motivé au moins un (1) mois avant la fin des travaux;
- à rédiger un rapport final motivé, lequel est attendu au plus tard le 1er septembre 2019.

Données et résultats à fournir par l'ICIS

À cette fin, l'ICIS doit fournir aux parties négociantes les informations suivantes :

1. Comparaison des revenus moyens

a. Comparer les revenus moyens des médecins par province, selon des méthodologies comprenant, notamment :

- méthode des déciles (avec le détail par décile);
- méthodes avec seuils normalisés;
- toutes autres méthodologies convenues entre les parties négociantes.

b. Pour l'ensemble de ces méthodes convenues, et afin d'établir une base de comparaison équivalente d'une province à l'autre, il importe, dans la mesure du possible, de tenir compte de l'ensemble des paiements prévus aux ententes ainsi que d'autres paiements provenant de diverses sources, sinon, d'indiquer l'impact probable sur la base de comparaison des revenus moyens.

Les parties conviennent de procéder selon les étapes suivantes :
i) Établir d'abord une base interprovinciale de comparaison de la rémunération clinique des médecins spécialistes, autres que ceux exerçant en laboratoire;
ii) Identifier les méthodes et hypothèses afin d'y intégrer par la suite la rémunération clinique et de laboratoire de l'ensemble des spécialités de laboratoire;
iii) Identifier les autres sources de dépenses, rémunération ou paiement versés aux médecins spécialistes et intégrer ces montants à la comparaison ou identifier des méthodes ou hypothèses afin de les intégrer.
Aux fins de cet exercice, et plus particulièrement concernant les points 1(b)(ii) et 1(b)(iii), il est entendu que la FMSQ et le SCT prêteront assistance à l'ICIS afin d'accomplir les objectifs visés.

Également, selon l'évolution du mandat, les délais requis, les difficultés à identifier certaines sources, leur niveau d'importance ou leur impact limité sur la comparaison globale avec la moyenne canadienne, le SCT et la FMSQ pourront agréer entre eux d'instruire l'ICIS de délaisser certains aspects du mandat initialement confié, tout en les invitant à émettre des constats sur les raisons motivant la nécessité de délaisser ces aspects.

2. Méthode complémentaire : comparaison code à code

Après la réalisation des étapes prévues à l'article précédent et selon les modalités qu'elles déterminent :

a. Procéder à l'appariement d'actes similaires au Québec et en Ontario parmi ceux prédéterminés et validés par les parties négociantes en s'assurant de considérer un volume d'actes représentant la majeure partie de la rémunération des médecins.

b. Calculer un écart de tarif moyen en appliquant les tarifs de l'Ontario au profil de pratique du Québec et inversement en appliquant les tarifs du Québec au profil de pratique en Ontario.

- Afin d'établir une base de comparaison équivalente d'une province à l'autre, tenir compte de l'ensemble de la rémunération appliquée à un code d'acte (ex. présence de montants forfaitaires complémentaires) ainsi que d'autres paiements provenant de diverses sources, sinon, indiquer l'impact probable sur la base de comparaison tarifaire.

Conséquemment, il est entendu que les travaux sur cette méthode complémentaire ne pourront avoir pour effet de retarder le dépôt du rapport de l'ICIS. Afin de faciliter cet exercice, les parties pourront identifier à l'ICIS les principales spécialités devant être priorisées. Également, selon l'évolution du mandat, les délais requis, les difficultés à identifier des éléments de tarification comparables, le niveau d'importance ou l'impact limité de cette comparaison pour une spécialité concernée, le SCT et la FMSQ pourront agréer entre eux d'instruire l'ICIS de délaisser cette comparaison en tout ou en partie.

3. Charge de travail

Les parties à la présente entente conviennent de la nécessité de déterminer des indicateurs permettant de comparer la charge de travail entre les médecins spécialistes du Québec et les médecins spécialistes des autres provinces canadiennes. Selon des méthodologies approuvées par les parties négociantes, ces indicateurs pourront notamment, pour chacune des étapes prévues au paragraphe b de l'article 1, permettre de rajuster les revenus moyens en fonction de la charge de travail en tenant compte des particularités propres à la méthodologie de comparaison des revenus moyens retenue.

4. Autres éléments à considérer

a. Soumettre aux parties négociantes les informations pertinentes à considérer dans le cadre d'une comparaison interprovinciale :

- Le bilan migratoire des médecins des provinces canadiennes;
- Les indicateurs de l'état de santé de la population.

b. La dépense globale liée à la rémunération des médecins en tenant compte de la population (dépense *per capita*) :

- Dépenses totales de santé par province (en $):
- Calculer la part (en %) des dépenses de programmes de la province attribuable aux dépenses de santé;

- Dépenses totales liées à la rémunération des médecins (en $) :

- Calculer la part (en %) des dépenses totales de santé de la province attribuable à la rémunération des médecins;
- Calculer la dépense globale liée à la rémunération des médecins *per capita*;
- Pour les deux indicateurs précédents, différencier la part des dépenses attribuables aux médecins spécialistes des dépenses totales liées à la rémunération des médecins (en $).

Durée des travaux
Le présent devis est valable jusqu'au 1er septembre 2019. Il pourra être renouvelé pour une période additionnelle, de consentement entre le SCT, la FMSQ et l'ICIS.

Rémunération
Le total des honoraires requis pour l'exécution de ce mandat sera transmis par l'ICIS aux autres parties afin d'être autorisé selon les modalités contractuelles requises. Toute révision du mandat entraînera l'ajustement, à la hausse ou à la baisse, du montant des honoraires prévus.

Le SCT et la FMSQ assument à parts égales le paiement des débours pour les services rendus par l'ICIS dans le cadre du présent devis.

Propriété des documents et confidentialité
L'ensemble des documents liés au présent mandat confié à l'ICIS et le rapport de l'ICIS appartiennent au SCT et à la FMSQ et seront conservés confidentiels par les parties jusqu'à la fin, le cas échant, du processus de négociation, de médiation ou d'arbitrage prévu à l'entente MSSS-FMSQ, le rapport de l'ICIS sera par la suite considéré public quant à tous les éléments concernant le Québec ainsi qu'à l'égard de tous les éléments concernant les autres provinces et qui sont déjà inclus dans le cadre des rapports publics annuels de l'ICIS. Seule l'information nouvelle concernant une province et fournie par un tiers demeurera confidentielle, et ce, jusqu'à ce que le fournisseur de cette information autorise qu'elle soit publique.

Résiliation
Le SCT et la FMSQ peuvent conjointement mettre fin au présent contrat en tout temps. Au moment de la résiliation du contrat, le SCT et la FMSQ paieront à l'ICIS tous les honoraires et débours engagés jusqu'au moment de cette résiliation, et ce, conformément aux modalités prévues au contrat. Les clauses appropriées mentionnées dans le présent devis demeureront en vigueur malgré la résiliation.

Représentants des parties négociantes et de l'ICIS
Les parties négociantes désigneront un représentant pour chacune d'elles auquel l'ICIS pourra s'adresser aux fins du suivi de l'avancement des travaux et pour toutes autres questions relatives au contenu de ce devis.

Pour le SCT :
Charles Duclos, directeur
Direction des études économiques et des mandats spéciaux
Secrétariat du Conseil du Trésor
charles.duclos@sct.gouv.qc.ca
Téléphone : 418 643-0875 # 4822

Le Secrétariat du Conseil du trésor sera accompagné par des représentants du MSSS dans le cadre de cette étude :
Mélanie Rainville, directrice adjointe

Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM)
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
melanie.rainville@msss.gouv.qc.ca
Téléphone : 418 266-8450

Pour la FMSQ :
Sylvain Bellavance
Direction des Affaires juridiques et de la Négociation
Fédération des médecins spécialistes du Québec
sbellavance@fmsq.org
Téléphone : 514 350-5003

L'ICIS s'engage également à fournir une personne-ressource pour toutes questions relatives au contenu de ce devis.

Pour l'ICIS : insérer le nom, coordonnées complètes

Divers
Le devis ne peut être modifié ou complété que par un accord écrit entre les parties signataires du présent devis.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce _____ jour de _____ 2018.

_____
M. Christian Dubé, président du Conseil du trésor et ministre responsable de l'Administration gouvernementale
Secrétariat du Conseil du trésor

_____
Dre Diane Francoeur, présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

_____
Institut canadien d'information sur la santé
Signataire autorisé

ANNEXE 2 (voir Lettre d'entente 201)

ANNEXE 3 (voir Annexe 45)

PROTOCOLE D'ACCORD INTERVENU ENTRE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ) RELATIF À LA MODIFICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD INTERVENU ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) ET LA FMSQ SIGNÉ LE 14 MARS 2018 CONCERNANT LA RÉDUCTION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DÉDIÉE À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

CONSIDÉRANT le Protocole d'accord signé le 14 mars 2018 entre le MSSS et la FMSQ ayant trait au renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023 (ci après le « Protocole de 2018 »);

CONSIDÉRANT la demande du gouvernement de modifier le Protocole de 2018 afin de réduire l'enveloppe budgétaire globale dédiée à la rémunération des médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT la volonté de la FMSQ d'éviter la modification unilatérale par le gouvernement du Protocole de 2018;

CONSIDÉRANT la perspective d'entente intervenue le 15 novembre 2019 entre le Secrétariat du Conseil du trésor et la FMSQ afin d'améliorer la pertinence des actes médicaux et l'accessibilité des services médicaux spécialisés par le biais de mesures d'économies de l'ordre de 1,605 G$ à l'enveloppe budgétaire globale visée par l'Accord-cadre;

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'établir un nouveau partenariat dans une perspective de changement significatif de leur relation et de déployer leurs meilleurs efforts pour atteindre les objectifs et les cibles convenus aux présentes;

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'assurer la pérennité du système de santé québécois ainsi qu'une rémunération équitable pour les médecins spécialistes du Québec en tenant compte notamment du vieillissement et de la croissance de la population, du développement d'une médecine moderne, complexe et personnalisée, de la nécessité d'assurer une médecine basée sur des fondements scientifiques et professionnels et qui dessert le véritable intérêt des patients.

EN CONSIDÉRATION DE CE QUI PRÉCÈDE, les parties conviennent de ce qui suit :

I- MODIFICATION DU PROTOCOLE DE 2018

Sous réserve des modifications prévues au présent protocole d'accord, l'Accord cadre MSSS FMSQ, tel que modifié par le Protocole de 2018, de même que l'ensemble de ses dispositions et modifications sont maintenues pour la période allant du 1er avril 2015 au 31 mars 2023. Les dispositions du Protocole de 2018 qui portent sur les versements de sommes non récurrentes pour la période allant du 1er avril 2023 au 31 mars 2028 demeurent inchangées.
Les parties conviennent que la modification du Protocole de 2018 comporte les quatre volets suivants :

A. Les éléments relatifs aux économies résultant de la modification du Protocole de 2018;

B. Les éléments relatifs au réinvestissement des économies à être réalisées dans l'accessibilité à la médecine spécialisée;
C. Le Conseil de règlement;
D. Les autres dispositions.

A. Les économies

1. Économies globales

1.1 Les économies totales qui résultent des mesures prévues aux sections 2, 3, 4, 5 et 6 du présent protocole d'accord totalisent une somme de 1,605 G$ tel qu'illustré à l'annexe I. Tout différend sur l'évaluation des économies totales réalisées en vertu du présent protocole d'accord devra être soumis au Conseil de règlement.

1.2 À terme, les économies totales réalisées entrainent une diminution récurrente de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de 560 M$ pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023, sujet toutefois aux dispositions prévues à la section 6 du présent protocole d'accord.

2. Paramètres financiers

a) Montants découlant du Protocole de 2018 et des mesures d'économies

2.1 L'article I) A) 1.2) du Protocole de 2018 est remplacé par le suivant à compter du 1er avril 2019 :

1.2 Les montants récurrents suivants sont prévus à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :

- 76,3 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016;
- 125,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017;
- 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
- 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019;
- 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020;
- 99,1 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021;
- 0,29 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022;
- 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023.

2.2 L'article I) A) 1.3) du Protocole de 2018 est remplacé par le suivant à compter du 1er avril 2019

1.3 Les montants non récurrents suivants sont prévus à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :

- 80,10 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016;
- 360,00 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017;
- 2,00 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
- 47,80 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019;
- 94,01 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020;

- 0,33 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2023 et le 31 mars 2024;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2024 et le 31 mars 2025;
- 115,35 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2025 et le 31 mars 2026;
- 99,55 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2026 et le 31 mars 2027.

2.3 Les économies provenant des mesures de pertinence des actes médicaux entraînent une diminution récurrente totale de 240 M$ à terme. Ces économies récurrentes sont réalisées de la façon suivante :

- 70 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021;
- 70 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022;
- 100 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023.

b) L'enveloppe budgétaire globale prédéterminée :

2.4 L'article 3.1 du Protocole de 2018 est remplacé par le suivant à compter du 1er avril 2019 :

3.1 L'enveloppe budgétaire globale, en tenant compte des montants prévus à l'article 1 ci-dessus et en incluant le redressement prévu pour tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, est déterminée sur une base annuelle, pour chacune des périodes d'application suivantes :

- 4 482,2 M$ pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016;
- 4 947,9 M$ pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017;
- 4 683,5 M$ pour la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2018;
- 4 822,9 M$ pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019;
- 4 916,9 M$ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020;
- 4 900,6 M$ * pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021;
- 4 994,9 M$ * pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022;
- 4 943,7 M$ * pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023;
- 4 943,7 M$ + pour la période du 1er avril 2023 au 31 mars 2024;
- 4 943,7 M$ + pour la période du 1er avril 2024 au 31 mars 2025;
- 4 943,7 M$ + pour la période du 1er avril 2025 au 31 mars 2026;
- 4 927,9 M$ + pour la période du 1er avril 2026 au 31 mars 2027;
- 4 828,3 M$ + pour la période du 1er avril 2027 au 31 mars 2028.

*L'enveloppe budgétaire globale prévue pour les périodes postérieures au 1er avril 2020 est sujette à un ajustement en fonction de la réalisation des économies récurrentes de pertinence des actes médicaux apparaissant au tableau prévu au paragraphe 6.3 du Protocole d'accord intervenu entre le gouvernement du Québec et la FMSQ relatif à la modification du Protocole d'accord intervenu entre le MSSS et la FMSQ signé le 14 mars 2018 concernant la réduction de l'enveloppe budgétaire globale dédiée à la rémunération des médecins spécialistes (le « Protocole de 2019 »), le tout conformément à la section 6 dudit Protocole de 2019.
+L'enveloppe budgétaire globale prévue pour les périodes du 1er avril 2023 au 31 mars 2028 est sujette à modification à la suite du renouvellement de l'Accord-cadre venant à échéance le 31 mars 2023. Cette enveloppe n'inclut pas le pourcentage de rajustement de 2 %, étant entendu que l'article 2 du Protocole d'accord de 2018 sera rétabli au 1er avril 2023 et que l'Accord-cadre devra être renégocié.

3. Économies récurrentes

3.1 L'article I) A) 5.1 b) ii) du Protocole de 2018 et l'article 3.1 de la Lettre d'entente no 196 sont supprimés à compter du 1er avril 2019. Les parties reconnaissent que cette mesure résulte en une économie récurrente en faveur du gouvernement du Québec de 65 M$ par année à compter du 1er avril 2019.

3.2 À l'article I) A) 5.1 b) iii) du Protocole de 2018, le montant de 60 M$ est remplacé par 24,5 M$ au 1er avril 2019. Les parties reconnaissent que cette mesure résulte en une économie récurrente en faveur du gouvernement du Québec de 35,5 M$ par année à compter du 1er avril 2019.

3.3 Les parties conviennent de réduire la rémunération prévue par le Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes, partie II (autres activités d'enseignement et d'évaluation), le Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé ainsi que la Règle 34 du Préambule général, concernant les réunions cliniques multidisciplinaires, d'un total de 13,3 M$ par année à compter du 1er avril 2020. Les parties reconnaissent que cette mesure résulte en une économie récurrente en faveur du gouvernement du Québec de 13,3 M$ par année à compter du 1er avril 2020.

3.4 Les parties reconnaissent que les mesures récurrentes prévues à la présente section résultent en des économies annuelles pour le gouvernement du Québec de l'ordre de :

2019-2020	100,5 M$ (article 3.1 : 65 M$; article 3.2 : 35 M$)
2020-2021	113,8 M$ (article 3.1 : 65 M$; article 3.2 : 35,5 M$; article 3.3 : 13,3 M$)
2021-2022	113,8 M$ (article 3.1 : 65 M$; article 3.2 : 35,5 M$; article 3.3 : 13,3 M$)
2022-2023	113,8 M$ (article 3.1 : 65 M$; article 3.2 : 35,5 M$; article 3.3 : 13,3 M$)
Total des économies récurrentes :	**441,9 M$**

4. Évolution de la pratique médicale

4.1 L'article I) A) 2.1 du Protocole d'accord de 2018 est remplacé par le suivant :

Un pourcentage de redressement de l'enveloppe budgétaire globale de 2,675 % est accordé du 1er avril 2015 au 31 mars 2016 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

Un pourcentage de rajustement de l'enveloppe budgétaire globale de 2 % est accordé pour la période comprise du 1er avril 2016 au 31 mars 2019 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

Un pourcentage de rajustement de l'enveloppe budgétaire globale de 1 % est accordé pour la période comprise du 1er avril 2019 au 31 mars 2023 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

Les parties conviennent que le pourcentage de rajustement de l'enveloppe budgétaire globale sera rétabli à 2 % à compter du 1er avril 2023, étant toutefois entendu que l'Accord-cadre devra alors être renégocié.

4.2 L'article I) A) 2.2 du Protocole d'accord de 2018 est modifié à compter du 1er avril 2019 de façon à remplacer les références à « 2 % » pour « 1 % ».

4.3 L'article 3 de l'Annexe 2 de l'Accord-cadre est remplacé par le suivant :

Les parties conviennent de référer tout différend relatif à l'application de la présente Annexe au Conseil de règlement mis en place par le Protocole d'accord intervenu entre le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) relatif à la modification du protocole d'accord intervenu entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la FMSQ signé le 14 mars 2018 concernant la réduction de l'enveloppe budgétaire globale dédiée à la rémunération des médecins spécialistes.

4.4 Les parties reconnaissent que les mesures prévues à la présente section résultent en des économies annuelles pour le gouvernement du Québec de l'ordre de :

2019-2020	47,8 M$
2020-2021	96,9 M$ (47,8 M$ + 49,1 M$)
2021-2022	149,5 M$ (96,9 M$ + 52,6 M$)
2022-2023	206,4 M$ (149,5 M$ +56,9 M$)
Total des économies récurrentes :	**500,6 M$**

5. Économies non récurrentes

5.1 L'article I) A) 4.2 b) du Protocole de 2018 est remplacé par le suivant à compter du 1er avril 2019 :

Le montant maximum est le suivant :

- 27,1 M$ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020;
- 28,2 M$ pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021;

- 29,2 M$ pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022;
- 30,3 M$ pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023.

Les parties reconnaissent que cette mesure résulte en une économie en faveur du gouvernement du Québec de 25 M$ par année pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2023.

5.2 L'article I) A) 4.2 d) du Protocole de 2018 est supprimé à compter du 1er avril 2019. Par conséquent, les sommes non récurrentes de 1,95 M$ en 2016 et de 5,3 M$ en 2017 qui étaient prévues à l'article 4.2 d) du Protocole de 2018 résultent en une économie en faveur du gouvernement du Québec de 7,25 M$.

5.3 L'article 4 de la Lettre d'entente no 219 est remplacé par le suivant à compter du 1er avril 2019 :

Pour les années 2016-2017 à 2018-2019, dans l'éventualité où les coûts associés à la tarification des services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par les radiologistes étaient supérieurs à 30 M$ pour une année budgétaire, le MSSS convient d'ajouter cette somme à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de cette année budgétaire. Pour l'année 2019-2020, dans l'éventualité où les coûts associés à la tarification des services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par les radiologistes étaient supérieurs à 47 M$, le MSSS convient d'ajouter cette somme à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de cette année budgétaire. Les parties conviennent que la FMSQ peut financer la différence de 17 M$ pour l'exercice budgétaire de l'année 2019-2020 à partir des non atteintes de l'exercice courant, le cas échéant. À compter de 2020-2021, l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée est augmentée de façon récurrente de façon à traduire, le cas échéant, les ajouts effectués pour les années 2016-2017 à 2019-2020.
Les parties reconnaissent que cette mesure résulte en une économie en faveur du gouvernement du Québec de l'ordre de 17 M$ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020.

5.4 Les parties conviennent que des sommes non utilisées de l'ordre de 69,2 M$ pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019 et de 18,7 M$ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020 sont reconnues à titre d'économies non récurrentes en faveur du gouvernement du Québec pour les périodes visées.

5.5 Les parties reconnaissent que les mesures non récurrentes prévues à la présente section résultent en des économies annuelles pour le gouvernement du Québec de l'ordre de :

2018-2019	69,2 M$ (article 5.4 : 69,2 M$)
2019-2020	60,7 M$ (article 5.1 : 25 M$; article 5.3 : 17 M$ article 5.4 : 18,7 M$)
2020-2021	32,25 M$ (article 5.1 : 25 M$; article 5.2 : 7,25 M$)
2021-2022	25 M$ (article 5.1 : 25 M$)
2022-2023	25 M$ (article 5.1 : 25 M$)
Total des économies non récurrentes :	**212,1 M$**

6. Mesures de pertinence des actes médicaux

6.1 Le gouvernement du Québec crée l'Institut de la pertinence des actes médicaux (l' « Institut ») par décret. L'Institut est constitué de quatre représentants nommés par la FMSQ, de quatre représentants nommés par le gouvernement du Québec, d'un représentant(e) du public nommé par la FMSQ, d'un représentant(e) du public nommé par le gouvernement du Québec et d'un(e) président (e) nommé par les parties. Les parties nomment M. Jacques Cotton à titre de président de l'Institut. Dans l'éventualité où les parties doivent nommer un nouveau ou une nouvelle président(e), et à défaut par celles-ci de s'entendre sur son identité, le(la) président(e) sera désigné(e) par le juge en chef de la Cour supérieure du Québec, ou à défaut, par la Cour supérieure du Québec.

6.2 L'Institut est chargé d'identifier et d'adopter des mesures de pertinence des actes médicaux visant à restreindre ou éliminer des actes médicaux inappropriés, rendus à des fréquences excessives ou non conformes aux bonnes pratiques médicales. Les mesures de pertinence des actes médicaux identifiées et adoptées par l'Institut doivent entraîner une diminution récurrente de 240 M$ pour la période comprise du 1er avril 2022 au 31 mars 2023 et de 450 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2023. Les mesures de pertinence des actes médicaux envisagées par les parties sont :

6.2.1 l'élimination d'éléments de rémunération de base, incluant de façon non limitative des actes, suppléments, forfaits, etc.;
6.2.2 la recommandation de désassurer certains actes;
6.2.3 la fixation de conditions permettant la facturation d'un acte;
6.2.4 la détermination de plafonds d'actes;
6.2.5 le recours à tout autre changement de même nature.

Les parties conviennent que les mesures de pertinence des actes médicaux ne peuvent en aucun cas résulter en une coupe de tarifs sans le consentement écrit et exprès de la FMSQ, qu'elle peut refuser d'accorder à son entière discrétion.

6.3 La valeur des économies récurrentes réalisées par les mesures de pertinence des actes médicaux sont réparties de la façon suivante :

2020-2021	70 M$
2021-2022	70 M$ (pour un total de 140 M$ sur l'année)
2022-2023	100 M$ (pour un total de 240 M$ sur l'année)
Total des économies récurrentes :	**450 M$**

6.4 Les parties conviennent que les déficits de réalisation des objectifs d'économies prévues au paragraphe 6.3, s'il en est, sont reportés sur les années budgétaires subséquentes incluant, le cas échéant, sur les années budgétaires postérieures au 31 mars 2023, jusqu'à concurrence de leur réalisation. Les parties conviennent également que la réduction de l'enveloppe budgétaire globale s'effectue au fur et à mesure jusqu'à concurrence de l'implantation des économies récurrentes de pertinence. Par exemple, si les économies de pertinence implantées en 2020-2021 ont une valeur de 50 M$, celles implantées en 2021-2022 ont une valeur de 50 M$ (pour un total de 100 M$ sur l'année) et celles implantées en 2022-2023 ont une valeur de 100 M$ (pour un total de 200 M$ sur l'année et un total cumulé de 350 M$ sur l'ensemble de la période), alors (i) l'enveloppe budgétaire globale sera réduite de 50 M$ en 2020-2021, de 50 M$ en 2021-2022 et de 100 M$ en 2022-2023 et (ii) les parties devront adopter des mesures de pertinence des actes médicaux additionnelles d'une valeur de 40 M$ pour atteindre une économie récurrente à terme de 240 M$. Quant au déficit de réalisation de 100 M$ (450 M$ - 350 M$) des économies cumulées sur la période 2020-2023, mais aussi pour celui cumulé pour la période subséquente au 31 mars 2023 jusqu'à l'atteinte de l'économie de 240 M$, l'Institut devra déterminer les ajustements non récurrents appropriés pour combler ce déficit, le cas échéant, étant entendu toutefois que ces ajustements ne peuvent en aucun cas résulter en une coupe de tarifs ou une mesure corrective rétroactive sans le consentement écrit et exprès de la FMSQ, qu'elle peut refuser d'accorder à son entière discrétion. À défaut par l'Institut d'établir la valeur des déficits de réalisation ou à déterminer des ajustements à apporter pour combler de tels déficits, le cas échéant, la question sera déférée au Conseil de règlement conformément à l'article 8 du présent protocole d'accord.

6.5 Les parties conviennent que les surplus de réalisation des objectifs d'économies prévues au paragraphe 6.3, s'il en est, sont crédités à la FMSQ. Par exemple, si les économies de pertinence implantées en 2020-2021 ont une valeur de 100 M$, celles implantées en 2021-2022 ont une valeur de 100 M$ (pour un total de 200 M$ sur l'année) et celles implantées en 2022 2023 ont une valeur de 40 M$ (pour un total de 240 M$ sur l'année et un total cumulé de 540 M$ sur l'ensemble de la période), alors le surplus de réalisation de l'objectif d'économies cumulées de 90 M$ sera utilisé, le cas échéant, de la façon identifiée par la FMSQ. À défaut par l'Institut d'établir la valeur des surplus de réalisation, la question sera déférée au Conseil de règlement conformément à l'article 8 du présent protocole d'accord.

6.6 L'Institut estime la valeur des économies générées par les mesures de pertinence des actes médicaux en faisant la différence entre le montant des actes assurés fournis lors de l'année précédente, en tenant compte des règles en vigueur, et le montant des actes assurés qui auraient été fournis lors de l'année précédente, en tenant compte des règles qui découlent des mesures de pertinence des actes médicaux adoptées par l'Institut. À titre d'exemple, si un plafond d'acte est mis en place, la valeur de la mesure de pertinence des actes médicaux adoptée équivaudra aux montants qui auraient été payés pour cet acte lors de l'année précédente si le plafond d'acte avait été appliqué. Si un acte est désassuré, la valeur de la mesure de pertinence des actes médicaux équivaudra aux montants payés pour cet acte lors de l'année précédente. Si la valeur d'une mesure de pertinence des actes médicaux est difficile à quantifier, l'Institut emploiera ses meilleurs efforts pour déterminer une valeur qui résultera de l'implantation de cette mesure de pertinence des actes médicaux. Si l'Institut n'arrive pas à établir la valeur des économies générées par une mesure de pertinence des actes médicaux, la question sera déférée au Conseil de règlement conformément à l'article 8 du présent protocole d'accord.

6.7 L'Institut effectue un suivi annuel des économies réalisées par les mesures de pertinence des actes médicaux implantées, selon les principes d'évaluation prévus à l'article 6.6, pour les exercices budgétaires 2020-2021 à 2022-2023 seulement. Dans l'éventualité où les économies réalisées par les mesures de pertinence des actes médicaux devaient s'avérer moins élevées que celles calculées initialement selon la méthode d'évaluation prévue à l'article 6.6, alors l'Institut apporte les ajustements appropriés, le cas échéant, notamment de réviser les modalités applicables ou de convenir d'un mécanisme de récupération des dépassements à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre ou en convenant de toute autre mesure, étant entendu toutefois que ces ajustements ne peuvent en aucun cas résulter en une coupe de tarifs ou une mesure corrective rétroactive sans le consentement écrit et exprès de la FMSQ, qu'elle peut refuser d'accorder à son entière discrétion. Dans l'éventualité où les économies réalisées par les mesures de pertinence des actes médicaux devaient s'avérer plus élevées que celles calculées initialement selon la méthode d'évaluation prévue à l'article 6.6, alors l'Institut apporte les ajustements appropriés, le cas échéant. Si l'Institut n'arrive pas à établir la valeur des économies réalisées par une mesure de pertinence des actes médicaux ou à déterminer les ajustements à apporter en cas d'économies plus ou moins élevées que celles calculées initialement selon la méthode d'évaluation prévue à l'article 6.6, alors la question sera déférée au Conseil de règlement conformément à l'article 8 du présent protocole d'accord.

6.8 Dans l'éventualité où une des parties ne mettait pas en place les mesures nécessaires à l'implantation diligente des mesures de pertinence des actes médicaux adoptée ou recommandée par l'Institut, alors les parties devront déterminer les ajustements appropriés qui en résultent. Si les parties n'arrivent pas à s'entendre sur une question d'application de la présente disposition, alors la question sera déférée au Conseil de règlement conformément à l'article 8 du présent protocole d'accord.

6.9 L'Institut a également le pouvoir :

6.9.1 de déterminer ses règles de fonctionnement interne, la fréquence de ses réunions et le déroulement de ses travaux; 6.9.2 de créer des sous-comités;
6.9.3 d'exécuter au besoin des mandats spécifiques qui lui seraient confiés par les parties;
6.9.4 de s'assurer, avec le soutien du gouvernement du Québec, de la coopération des médecins omnipraticiens pour l'implantation des mesures de pertinence des actes médicaux qui concernent leur pratique;
6.9.5 de reporter sur les années suivantes les surplus et déficits de réalisation des objectifs annuels de pertinence des actes médicaux;
6.9.6 de diriger tous les chantiers de pertinence des actes médicaux (dont certains pourraient avoir commencé leurs travaux avant même sa création) et d'en établir l'ordre de priorité;

6.9.7 d'effectuer le suivi des économies de pertinence des actes médicaux réalisées en fonction des objectifs fixés et d'adresser aux parties un rapport à cet effet à la fin de chaque année complètement achevée;
6.9.8 de s'adjoindre les services d'experts, lorsque nécessaire, et ce, sans appel d'offres dans les cas qui pourraient trouver application en vertu de la Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP).

6.10 L'Institut respecte les valeurs de transparence et de rigueur et prend ses décisions sur des fondements scientifiques et professionnels, tout en tenant compte de l'intérêt de la santé des patients, des orientations et de la planification stratégique ministérielle, des exigences raisonnables de gestion budgétaire et administrative et de tout autre élément pertinent présenté par les parties ou par les experts.

6.11 Les représentant(e)s du public sont des observateurs(rices) de l'Institut et n'ont aucun droit de vote. Le(la) président(e) a un droit de vote sur les éléments prévus aux articles 6.2, 6.9 (sauf pour les alinéas 6.9.5 et 6.9.7) et 7.1 du présent protocole d'accord. Le(la) président(e) n'a aucun droit de vote sur les autres matières prévues au présent protocole, de sorte qu'à défaut pour les parties ou les membres votant(e)s de l'Institut de s'entendre sur de telles matières, tout différend devra être soumis au Conseil de règlement conformément à l'article 8 du présent protocole d'accord. Les parties conviennent qu'aucun vote ne peut être effectué en l'absence d'un(e) représentant(e) du gouvernement du Québec ou de la FMSQ. Par contre, un vote peut être effectué dans l'éventualité où un nombre égal de représentant(e)s du gouvernement du Québec et de la FMSQ étaient absents.

6.12 Les parties conviennent que l'Institut demeurera saisi de ses pouvoirs en vertu du présent protocole d'accord au-delà de l'année budgétaire 2022-2023 pour la réalisation de tous les mandats qui lui sont dévolus, notamment celui du suivi des surplus ou déficits de réalisation des économies réalisées par les mesures de pertinence des actes médicaux implantées par les parties et toute question afférente.

7.1 Les parties conviennent que toutes les économies résultant des mesures prévues aux sections 2, 3, 4, 5 et 6 du présent protocole d'accord seront réaffectées par l'Institut créé en vertu de l'article 6 du présent protocole d'accord. L'Institut détermine donc la façon dont les économies résultant du présent protocole d'accord devront être utilisées, étant toutefois entendu que ces sommes devront servir à améliorer l'accessibilité des services en médecine spécialisée notamment, sans limiter la généralité de ce qui précède, par l'embauche de personnel et la formation. Ces montants sont ensuite transférés du programme Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les actes médicaux vers le budget de dépenses global du MSSS, qui sera chargé de mettre en œuvre les décisions de l'Institut en vertu du présent article.

7.2 L'Institut respecte les valeurs de transparence et de rigueur et prend ses décisions sur des fondements scientifiques et professionnels, tout en tenant compte de l'intérêt de la santé des patients, des orientations et de la planification stratégique ministérielle, des exigences raisonnables de gestion budgétaire et administrative et de tout autre élément pertinent présenté par les parties ou par les experts.

7.3 Dans un cas de force majeure dont il devra se justifier publiquement, la ministre de la Santé et de Services sociaux, pourra, sans consentement de l'Institut, utiliser une partie des économies résultant des mesures prévues aux sections 2, 3, 4, 5 et 6 du présent protocole d'accord à concurrence de 75 M$ par année uniquement aux fins d'amélioration de l'accessibilité des services en médecine spécialisée.

B) Le réinvestissement des économies

C) Conseil de règlement

8.1 Tout différend entre les parties découlant directement ou indirectement du présent protocole d'accord, incluant tout différend sur l'évaluation et la réalisation des économies totales, des économies récurrentes et des économies de pertinence, sur les moyens de combler un déficit de réalisation d'objectifs de pertinence, sur les moyens d'atteindre les objectifs totaux fixés, sur les facteurs qui ont causé un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, sur les mesures correctives appropriées à apporter en cas de dépassement de l'enveloppe budgétaire qui donne lieu à l'introduction de telles mesures, sur la valeur des déficits ou des surplus de réalisation des objectifs d'économies des mesures de pertinence des actes médicaux, sur les ajustements à apporter en cas de surplus ou déficit de réalisation, le cas échéant, sur l'évaluation du montant des économies réalisées par une mesure de pertinence des actes médicaux, sur la mise en place des mesures de pertinence identifiées, le cas échéant, sur l'écart entre les économies réelles réalisées par les mesures de pertinence des actes médicaux et celles calculées initialement selon la méthode d'évaluation prévue à l'article 6.6, sur les ajustements à apporter en cas de surplus ou de déficit, le cas échéant, ou sur toute autre matière visée par le présent protocole d'accord ou que les parties s'entendent pour lui soumettre, sera déféré au Conseil de règlement.

8.2 Le Conseil de règlement est formé de trois (3) membres. Les parties nomment conjointement le (la) président(e) du Conseil de règlement et les deux (2) autres membres du Conseil de règlement dans les soixante (60) jours de la signature du présent protocole d'accord. Les parties nomment l'honorable André Rochon, juge retraité de la Cour d'appel du Québec à titre de président du Conseil de règlement. À défaut pour les parties de s'entendre sur l'identité des deux (2) autres membres du Conseil de règlement, chacune des parties nomme un membre additionnel indépendant et impartial de son choix. Les honoraires du (de la) président(e) du Conseil de règlement sont partagés à parts égales entre les parties. Les honoraires des deux (2) autres membres du Conseil de règlement sont également partagés à parts égales entre les parties, à moins que chaque partie ne nomme un(e) membre du Conseil de règlement, auquel cas chaque partie est responsable des honoraires du (de la) membre qu'elle a nommé(e). Dans l'éventualité où les parties doivent nommer un nouveau ou une nouvelle président(e), et à défaut par celles-ci de s'entendre sur son identité, le(la) président(e) sera désigné par le juge en chef de la Cour supérieure du Québec, ou à défaut, par la Cour supérieure du Québec.

8.3 Dans le cadre d'un différend, le Conseil de règlement détient les pouvoirs suivants :

8.3.1 identifier et ordonner l'implantation des mesures de pertinence des actes médicaux visant à restreindre ou éliminer des actes médicaux inappropriés, rendus à des fréquences excessives ou non conformes aux bonnes pratiques médicales, incluant de façon non limitative;
8.3.2 éliminer des éléments de rémunération de base, incluant de façon non limitative des actes, suppléments, forfaits, etc.;
8.3.3 recommander de désassurer certains actes;
8.3.4 fixer les conditions permettant la facturation d'un acte;
8.3.5 déterminer des plafonds d'actes;
8.3.6 identifier les facteurs qui ont causé un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée et identifier les mesures correctives appropriées à apporter en cas de dépassement conformément à la section 4 du présent protocole d'accord, le cas échéant;
8.3.7 trancher toute question qui relève de sa compétence en vertu des articles 6.4 à 6.8, 6.9.5 et 6.9.7 du présent protocole d'accord;
8.3.8 prendre toute autre mesure en lien avec son mandat.

Les parties conviennent toutefois que les mesures ordonnées par le Conseil de règlement ne peuvent en aucun cas résulter en une coupe de tarifs.

8.4 Le Conseil de règlement respecte les valeurs de transparence et de rigueur et prend ses décisions sur des fondements scientifiques et professionnels, tout en tenant compte de l'intérêt de la santé des patients, des orientations et de la planification stratégique ministérielle, des exigences raisonnables de gestion budgétaire et administrative et de tout autre élément pertinent présenté par les parties ou par les experts.

8.5 L'arbitrage d'un différend débute par la signification à la partie adverse d'un avis décrivant le différend de façon détaillée, notamment le montant en cause, la position de la partie qui demande l'arbitrage et le redressement demandé. Dans les vingt (20) jours suivant la réception de l'avis, la partie qui reçoit l'avis fait signifier à l'autre partie un avis renfermant sa réponse détaillée à la réclamation, sa position et le redressement demandé.

8.6 Le Conseil de règlement peut se pourvoir des services d'experts dont les honoraires sont à partager à parts égales entre les parties.

8.7 Le(a) président(e) du Conseil de règlement détermine la procédure et le mode de preuve qu'il juge appropriés. Dans les cas appropriés, il(elle) peut notamment prévoir que la décision du Conseil de règlement sera prise sur la foi de représentations écrites seulement.

8.8 Le Conseil de règlement peut ordonner des mesures provisionnelles ou des ordonnances de sauvegarde. En cas d'urgence, le(a) président(e) du Conseil de règlement peut ordonner seul des mesures provisionnelles ou des ordonnances de sauvegarde.

8.9 Dans le cadre de ses travaux, le Conseil de règlement reçoit les observations présentées par le gouvernement du Québec et ceux de la FMSQ.
8.10 La décision du Conseil de règlement doit être motivée et rendue à la majorité de ses membres, et ce, par écrit dans les trente (30) jours de la réception de la réponse à l'avis de différend prévu à l'article 8.6.

8.11 Le mandat du Conseil de règlement se poursuit jusqu'au moment où l'entièreté des économies prévues au présent protocole d'accord soient pleinement réalisées, c'est à dire lors de la réalisation des trois objectifs suivants :

- des économies récurrentes réalisées par les travaux sur la pertinence totalisant 240 M$ pour l'année budgétaire 2022-2023;
- des économies réalisées par les travaux sur la pertinence totalisant 450 M$ pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2023;
- des économies totalisant 1,605 G$ d'ici le 31 mars 2023.

Le tout sujet aux dispositions spécifiques prévues par le présent protocole d'accord.

8.12 Les décisions du Conseil de règlement sont exécutoires, définitives et lient les parties.

D) Autres dispositions
9.1 L'article 7.2 du volet A du Protocole de 2018 intitulé « processus de négociation, médiation et règlement » est supprimé. Une fois le rapport final de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) remis aux parties, ces dernières s'engagent à rendre public le rapport libérant les parties de toute autre démarche afférente à la comparaison de la rémunération.

Ainsi, suivant le 2e alinéa de l'article 2 de l'Annexe 1 du Protocole de 2018, le ministre responsable de l'Administration gouvernementale et président du Conseil du trésor et la FMSQ s'engagent, dans les quinze (15) jours suivant la signature du présent protocole d'accord, à instruire l'ICIS de délaisser en totalité l'étape du mandat visant la méthode complémentaire du code à code prévue au Protocole de 2018.

9.2 Les parties conviennent de préparer un premier plan de travail sommaire en identifiant des chantiers à lancer prioritairement avant même la création de l'Institut. Ces chantiers s'effectueront par spécialité concernée, sauf si ces mesures concernent l'ensemble des spécialités.

9.3 Les parties conviennent d'apporter toute autre modification jugée nécessaire à leurs ententes en raison de la signature du présent protocole d'accord.

II- DÉMARCHE DE RÈGLEMENT À L'AMIABLE DES DOSSIERS JUDICIAIRES EN COURS

La FMSQ, la ministre de la Santé des Services sociaux et la RAMQ désignent, en nombre égal, des représentants chargés d'une démarche intensive de règlements à l'amiable de tous les recours pendants devant les tribunaux.

III- MISE EN VIGUEUR

Le présent protocole d'accord prend effet à la date de la signature.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____ JOUR DE _____2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministre responsable de
l'Administration gouvernementale
et président du Conseil du trésor

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Annexe 1 - Tableau
Économies
(En millions de dollars)

	2018-2019	**2019-2020**	**2020-2021**	**2021-2022**	**2022-2023**	**Total**
Section A - Économies récurrentes						
Médico-administratif		65.0	65.0	65.0	65.0	260.0
Mesures accessibilité		35.5	35.5	35.5	35.5	142.0
Activités administratives			13.3	13.3	13.3	39.9
Pertinence			70.0	140.0	240.0	450.0
Sous-total		**100.5**	**183.8**	**253.8**	**353.8**	**891.9**
Section B - évolution de pratique						
Révision de 2 % à 1 %		47.8	96.9	149.5	206.4	500.6
Section C - autres mesures						
Ultrasonographie		17.0				17.0
Non-récurrent accumulé	69.2	18.7				87.9
Assurances responsabilité professionnelle		25.0	32.3	25.0	25.0	107.3
Sous-total	**69.2**	**60.7**	**32.3**	**25.0**	**25.0**	**212.1**
Grand total	**69.2**	**208.9**	**313.0**	**428.4**	**585.2**	**1 604.7**

Note : Pour l'économie en assurance responsabilité prévue à l'année 2020-2021, les parties reconnaissent la disponibilité des sommes non récurrentes de 1,95 M$ en 2016 et de 5,3 M$ en 2017 prévues à l'alinéa d) de l'article I A 4.2 du Protocole de 2018, en sus de la somme régulière de 25 M$.

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE MÉDECINS SPÉCIALISTES EXPERTS QUI ASSURENT UNE COUVERTURE PROVINCIALE DES SERVICES DANS CERTAINS SECTEURS SPÉCIALISÉS EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 (SARS-COV-2)

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des mesures particulières de rémunération pour les médecins spécialistes participant à l'accès et à l'effort de soins dans un contexte de pandémie de la COVID-19 (SARS-CoV 2), et ce, dans l'objectif ultime de favoriser la dispensation des soins nécessaires à la population;

CONSIDÉRANT les mesures et plans d'action mis en place par les gouvernements et les autorités de Santé publique afin de pallier la pandémie de la COVID-19;

CONSIDÉRANT que dans cette éventualité, les besoins pour certains types de soins connaîtront un changement important et qu'il y a lieu de s'assurer d'un soutien logistique et d'expertise pour tous les médecins en lien avec la pandémie de la
COVID-19;
CONSIDÉRANT que les corridors et les référents auxquels les cliniciens ont habituellement recours demeurent la source initiale pour obtenir du soutien.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin spécialiste qui assure à titre d'expert dans les spécialités visées à l'article 1.2, une couverture provinciale afin d'appuyer tous les médecins du Québec dans la prise en charge des patients atteints de la COVID-19.
Il agit sous la gouverne du Comité national des réaffectations des effectifs médicaux (CNREM) qui lui communique les recommandations cliniques et logistiques à diffuser.

1.2 Les spécialités visées sont la neurologie, la microbiologie, la médecine d'urgence, la cardiologie, la pneumologie, la gériatrie, l'allergie -immunologie, la dermatologie, l'endocrinologie, la psychiatrie et la physiatrie.

2. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

2.1 Le médecin qui agit à titre d'expert dans sa spécialité assume les fonctions suivantes :

2.1.1 Il assure une disponibilité de garde téléphonique de 24 heures (de 8 h AM à 8 h le lendemain AM) ou une disponibilité de garde téléphonique de 12 heures (de 8 h à 20 h ou de 20 h à 8 h) afin de répondre aux questions des cliniciens pour encadrer toute demande de transfert vers des centres de soins désignés comme aigus.

AVIS **:** Utiliser le code de facturation :
- ***42228*** *pour le forfait pour la garde de 24 h;*
- ***42229*** *pour le forfait pour la garde de 12 h.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.1.2 Il donne suite aux demandes de consultation téléphonique en lien avec la prise en charge d'un patient atteint de la COVID-19 ou la logistique qui s'y rattache, tout en maintenant, le cas échéant, ses activités cliniques, administratives ou de réaffectation.

2.1.3 Il assiste le CNREM dans l'analyse spécifique des besoins d'effectifs dans une spécialité particulière.

3. RÉMUNÉRATION

3.1 Le médecin expert qui accomplit les activités visées au présent protocole est rémunéré selon un montant forfaitaire de 264 $ pour une période de 24 heures, et de 132 $ pour une période de 12 heures. 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*.

3.2 Compte tenu de la nature de ce travail, le médecin expert 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 24 heures est payable pour le même médecin ou un médecin de même spécialité, par 24 heures, de 8h00 à 8h00.

3.4 Un maximum de deux forfaits de 12 heures sont payables pour le même médecin ou un médecin de même spécialité par 24 heures, de 8h00 à 8h00.

3.5. Un seul forfait de garde peut être payé pour la même période, pour la même spécialité.

4. DEMANDE DE RÉMUNÉRATION

4.1 Afin de bénéficier de la rémunération prévue à l'article 3, le médecin spécialiste doit être désigné par les parties négociantes.
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. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

Le présent protocole d'accord est en vigueur du 13 avril 2020 au 4 juin 2020.

EN FOI DE QUOI, *LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE _____JOUR DE _____2020.*

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES PARTICIPANT AU CONSEIL NUMÉRIQUE

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés;

CONSIDÉRANT que l'utilisation des technologies de l'information peut permettre une meilleure accessibilité à l'expertise de certains médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT que le conseil numérique devrait avoir pour effet de faciliter le partage sécuritaire d'information entre le médecin spécialiste et l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou le médecin omnipraticien traitant;

CONSIDÉRANT que d'autres professionnels de la santé pourraient éventuellement avoir recours à cette expertise médicale via ces technologies de l'information;

CONSIDÉRANT que la mise en place du conseil numérique pourrait permettre de diminuer le nombre de demandes de consultation auprès de certaines spécialités.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet d'établir les modalités de rémunération du médecin spécialiste qui répond par écrit à une demande de conseil d'un médecin omnipraticien ou d'une IPS via la plateforme de conseil numérique autorisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (la Plateforme), et ce, afin d'obtenir l'opinion du médecin spécialiste répondant au sujet du diagnostic, du suivi ou du traitement d'un patient.

2. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

2.1 Seuls sont visés par le présent protocole les conseils effectués par un médecin spécialiste répondant à un médecin omnipraticien ou une IPS via la Plateforme. Le conseil du médecin spécialiste répondant comprend :

2.1.1 La prise en charge de la demande de conseil;

2.1.2 La recherche nécessaire pour répondre à la demande, le cas échéant;

2.1.3 Les demandes d'information complémentaire au médecin omnipraticien ou à l'IPS le cas échéant;

2.1.4 La rédaction de la réponse dans la Plateforme.

3. RÉMUNÉRATION

3.1 Le médecin spécialiste répondant est rémunéré selon un tarif de 49,95 $ par conseil numérique et ce, sans tenir compte du nombre de questions soulevées par la demande.

42051 Médecin spécialiste répondant : conseil numérique 49,95 $

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

4. AUTRES RÈGLES ET MODALITÉS D'APPLICATION

4.1 Les majorations de rémunération différente prévue à l'Annexe 19 ne s'appliquent pas aux activités visées par le présent protocole.

4.2 Les majorations d'honoraires prévus à l'Entente pour les soins d'urgence ne s'appliquent pas aux activités visées par le présent protocole.

4.3 Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte des annexes 38 et 40, les tarifs prévus à l'article 3 sont rémunérés selon un supplément d'honoraires de 50 %.

4.4 Pour l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération payable en vertu du présent protocole est considéré être payé en établissement.

5. DÉSIGNATION D'AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

5.1 En vue d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, les parties pourront désigner outre les médecins omnipraticiens et les IPS d'autres catégories de professionnels de la santé.

6. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

6.1 Le présent protocole entre en vigueur le 16 mars 2021.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____, CE ____ JOUR DE _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la santé et des services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédérations des médecins spécialistes du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE PARTICIPANT AU PROGRAMME DE TÉLÉDERMATOLOGIE

CONSIDÉRANT la volonté des parties négociantes d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, notamment en dermatologie;

CONSIDÉRANT le nombre de demandes particulièrement élevé et par conséquent, les longues listes d'attente dans cette spécialité;

CONSIDÉRANT que l'utilisation des technologies de l'information permet une meilleure accessibilité à l'expertise d'un consultant en dermatologie répondant au sujet du diagnostic, du suivi ou du traitement d'un patient;

CONSIDÉRANT la capacité pour les médecins spécialistes en dermatologie d'offrir ces services;

CONSIDÉRANT que la réduction des consultations en personne pourrait libérer des espaces de rendez-vous pour prendre en charge plus rapidement les patients ayant besoin d'un examen particulier;

CONSIDÉRANT que le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), en collaboration avec l'Association des médecins spécialistes dermatologues du Québec (AMSDQ) a élaboré un programme particulier de télédermatologie et a fait l'acquisition d'une plateforme de soins virtuels;

CONSIDÉRANT que les usagers auront préalablement consenti à une visite en téléconsultation et garderont le droit de demander un rendez-vous en personne.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Ce protocole d'accord a pour objet d'établir les modalités de rémunération du médecin spécialiste en dermatologie qui offre un service de consultation, de traitement et de suivi asynchrone d'un patient, à la demande d'un médecin via une trajectoire spécifique de télédermatologie dans la plateforme de soins virtuels autorisée par le MSSS (la Plateforme), conformément aux orientations du MSSS sur la télédermatologie.

2. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

2.1 Seuls sont visés par le présent protocole les services médicaux effectués par un médecin spécialiste en dermatologie via la Plateforme. Les services offerts en télédermatologie comprennent :

2.1.1 La prise en charge de la demande de consultation;

2.1.2 L'analyse des informations reçues ainsi que l'examen des images fournies;

2.1.3 Les demandes d'informations complémentaires au médecin référent et leur traitement, le cas échéant;

2.1.4 La rédaction de la réponse dans la Plateforme, incluant les investigations supplémentaires ou les plans de traitement;

2.1.5 Les évaluations de suivi, le cas échéant

3. RÉMUNÉRATION

3.1 Le médecin spécialiste qui offre des services de télédermatologie est rémunéré selon les codes d'acte suivants :

16900	Consultation en télédermatologie	69,30 $
16901	Évaluation d'information complémentaire à la consultation : (Maximum une par nouvelle consultation)	10,00 $
16902	Suivi en télédermatologie	44,80 $

AVIS : *Pour les codes de facturation **16900**, **16901** et **16902**, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

4. AUTRES RÈGLES ET MODALITÉS D'APPLICATION

4.1 Les majorations de rémunération différente prévue à l'Annexe 19 ne s'appliquent pas aux activités visées par le présent protocole.

4.2 Les majorations d'honoraires prévus à l'Entente pour les soins d'urgence ne s'appliquent pas aux activités visées par le présent protocole.

4.3 Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'annexe 38, les tarifs prévus à l'article 3 sont rémunérés selon un supplément d'honoraires de 50 %.

4.4 Pour l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Annexe 8, l'ensemble de la rémunération payable en vertu du présent protocole est considéré être payé en établissement.

5. DÉSIGNATION D'AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

5.1 En vue d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, les parties pourront désigner comme référant en télédermatologie, outre les médecins, les IPS et d'autres catégories de professionnels de la santé, le cas échéant.

6. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

6.1 Le présent protocole entre en vigueur à la date indiquée par lettre administrative par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la santé et des Services sociaux

VINCENT OLIVA, M.D.
Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Ententes de principe

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 1er AVRIL 2004

CONSIDÉRANT leProtocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1999-2000 à 2003-2004, intervenu entre le Ministère et la Fédération le 1er avril 2003, (ci-après le « Protocole d'Accord »);

CONSIDÉRANT les lettres d'entente nº 142, nº 143, nº 144, nº 145 et nº 146 qui ont été conclues en vertu de ce Protocole d'Accord;

CONSIDÉRANT plus particulièrement la lettre d'entente nº 146 concernant la rémunération des médecins spécialistes et la mise sur pied d'un comité d'étude sur la rémunération;

CONSIDÉRANT le mandat du Comité d'étude sur la rémunération des médecins spécialistes et le dépôt de son rapport en novembre 2004;

CONSIDÉRANT qu'en vertu de la lettre d'entente nº 146, le gouvernement s'est engagé à corriger les écarts reconnus par les parties afin d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé;

CONSIDÉRANT que le gouvernement a la responsabilité d'établir la politique de rémunération de l'État;

CONSIDÉRANT la position du gouvernement à l'effet que dans l'exercice de la responsabilité mentionnée au paragraphe précédent, le gouvernement ne peut subordonner les arbitrages qu'il doit faire entre les différents groupes de personnes qu'il rémunère à des objectifs de parité avec la rémunération versée par les gouvernements des autres provinces;

CONSIDÉRANT que les parties entendent recourir à un processus de médiation pour tenter de convenir de l'écart de rémunération à corriger;

CONSIDÉRANT que le processus d'arbitrage pouvant s'amorcer après la médiation n'a qu'un caractère ponctuel et exceptionnel, lequel ne peut en aucune façon être reconduit lors des prochains renouvellements de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ;

CONSIDÉRANT qu'en vertu du Protocole d'accord, l'Accord-cadre MSSS-FMSQ prenait fin le 31 mars 2004;

CONSIDÉRANT la Loi spéciale concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes adoptée le 13 juin 2006 et les paramètres financiers qui y sont prévus;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de convenir d'une entente sur les paramètres financiers de rémunération des médecins spécialistes à compter de l'année 2004-2005, laquelle aurait pour effet d'entraîner la cessation d'application de certaines dispositions et l'abrogation ultérieure de la Loi concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes renouvelant l'Accord-cadre MSSS-FMSQ jusqu'au 31 mars 2010;

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent dans un premier temps, convenir des éléments généraux de cette entente par le biais de la conclusion de la présente entente de principe et souhaitent par la suite œuvrer à la finalisation de l'ensemble des modalités applicables;

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent aussi améliorer leur relation d'affaires de façon à favoriser un climat harmonieux au cours des prochaines années;

CONSIDÉRANT que dans le cadre de leur relation d'affaires et de leur négociation, les parties visent également à favoriser l'amélioration de l'accessibilité aux soins médicaux spécialisés et des conditions de pratique des médecins ainsi qu'une plus grande efficience dans l'organisation des soins;

LES PARTIES CONVIENNENT DE modifier de nouveau les dispositions de l'Accord-cadre intervenu le 1er octobre 1995 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) afin de renouveler l'Accord-cadre et ses modifications pour une durée de six ans allant du 1er avril 2004 au 31 mars 2010.

LES PARTIES CONVIENNENT ÉGALEMENT QUE les paramètres généraux de rémunération des médecins spécialistes à compter du 1er avril 2004 sont les suivants :

Réconciliation de la période 2004-2005 à 2005-2006

1. Les parties reconnaissent la nécessité de finaliser prochainement le suivi du coût de la rémunération des médecins spécialistes pour les années 2004-2005 et 2005-2006.

Les parties reconnaissent que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour chacune des années 2004-2005 et 2005-2006 sera équivalente au montant de la dépense de rémunération constatée au cours de chacune de ces années et que tous les paramètres financiers prévus en vertu des présentes seront appliqués en tenant compte de l'enveloppe budgétaire de départ ainsi déterminée pour l'année 2005-2006.

Augmentation générale accordée dans le cadre du renouvellement de l'Accord-cadre

2. L'enveloppe budgétaire globale dévolue à la rémunération des médecins spécialistes est ajustée afin de traduire une augmentation générale de la rémunération des médecins spécialistes québécois de l'ordre de 2 % par année, selon les paramètres suivants :

- 2 % pour la période comprise entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2007
- 2 % pour la période comprise entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008
- 2 % pour la période comprise entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2009
- 2 % pour la période comprise entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010

3. Les parties reconnaissent que le suivi du coût de la rémunération des médecins spécialistes pour chacune de ces années ne saurait affecter la mise en place des corrections tarifaires ou d'autres types nécessaires afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années.

4. Si, au cours de la période de 2006 à 2010, des modifications étaient apportées aux conventions collectives applicables aux employés des secteurs public et parapublic concernant des conditions de rémunération, à l'exclusion de l'équité salariale, les dispositions de l'Accord-cadre et du présent Protocole d'accord seront ajustées en conséquence en appliquant, à compter de cette date, le pourcentage d'augmentation accordé à ces employés.

5. À compter du 1er avril 2009, les parties conviennent d'entreprendre des négociations en vue du renouvellement de l'Accord-cadre pour les années 2010-2011 et suivantes et de convenir des augmentations générales de rémunération applicables à compter de cette date.

A compter du 1er avril 2009, les parties conviennent aussi de partager des données sur l'évolution comparée de la rémunération des médecins spécialistes, lesquelles données doivent, entre autres facteurs, être prises en compte dans les discussions à intervenir.

Évolution de la pratique

6. Un pourcentage de redressement de l'enveloppe budgétaire globale de 2 % est accordé au 1er avril de chacune des années 2006-2007 à 2009-2010 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement et de l'ajout d'effectifs médicaux.

Enveloppe budgétaire spécifique allouée à la mise en place de diverses mesures ciblées

7. Les parties conviennent d'allouer un montant additionnel récurrent de 144,5 M $ afin de financer la mise en place de diverses mesures de rémunération et d'accessibilité, dont celles qui ont déjà fait l'objet de discussions entre les parties telles que la rémunération des activités accomplies par les médecins spécialistes en milieu universitaire, la garde en disponibilité, la révision des règles régissant les plafonnements d'activités et ceux de gains de pratique, la rémunération des activités professionnelles des médecins spécialistes en psychiatrie relatives au développement d'offre de services de 2e et 3e ligne en santé mentale, la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux, d'une table régionale des chefs de département en médecine spécialisée ou d'une table de coordination des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), la rémunération de services médicaux dispensés via un moyen ou une technologie de télécommunication, la préservation de l'accessibilité aux services médicaux dans les établissements insuffisamment pourvus de professionnels de la santé, la révision des modalités de calcul du seuil de la rémunération majorée en région, l'instauration de conditions facilitant l'implantation d'un programme cadre gouvernemental de contrôle des infections en établissement et l'amélioration de la performance du programme de dépistage du cancer du sein et la mise à niveau des équipements dans les cabinets de radiologie.

8. Les parties conviennent que du montant de 144,5 M $ prévu à l'article 7, un montant de 65 M $ est affecté à la rémunération des activités accomplies par les médecins spécialistes en milieu universitaire et un montant de 60 M $ est affecté à la rémunération des activités de garde en disponibilité accomplies par les médecins spécialistes.

9. Les parties conviennent de finaliser la négociation des modalités d'application de chacune des mesures récurrentes à être introduites, étant entendu que celles-ci doivent être instaurées selon l'échéancier suivant :

- 18,4 M $ en 2006-2007;
- 82,1 M $ en 2007-2008;
- 22,0 M $ en 2008-2009;
- 22,0 M $ en 2009-2010.

10. Les parties conviennent de poursuivre leurs négociations sur les autres mesures qui n'auront pu être implantées.

Redressement de la rémunération

11. Afin de faire suite aux travaux du Comité d'étude sur la rémunération des médecins spécialistes et aux engagements pris par le gouvernement en vertu du Protocole d'accord et de la lettre d'entente no 146, les parties conviennent de poursuivre leurs travaux en vue de satisfaire à ces engagements. À cet égard, les dispositions de l'article 6 de la lettre d'entente no 146 ayant trait à l'échéancier des correctifs sont remplacées par celles des articles 12 et 22 de la présente entente référant à ce même échéancier.

12. À ce titre, le gouvernement convient d'abord de procéder à un redressement de la rémunération des médecins spécialistes, au 1er avril de chacune des années suivantes :

- 2008-2009 : Un redressement d'un montant équivalent à 5 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.

- 2009-2010 : Un redressement d'un montant équivalent à 5 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2010-2011 : Un redressement minimal d'un montant équivalent à 1,25 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2011-2012 : Un redressement minimal d'un montant équivalent à 1,25 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2012-2013 : Un redressement minimal d'un montant équivalent à 1,25 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2013-2014 : Un redressement minimal d'un montant équivalent à 1,25 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.

13. Aux fins de l'application de la lettre d'entente n° 146, les parties conviennent, dans un premier temps, de recourir à la médiation et, à défaut d'entente, à l'arbitrage.

Médiation

14. Les parties conviennent de mettre sur pied un Conseil de médiation formé d'un président et d'un représentant de chaque partie.

Les parties nomment monsieur Guy Coulombe afin d'agir comme président du Conseil.

15. Les parties conviennent d'assumer les honoraires de leurs représentants et de partager à parts égales le paiement des honoraires du président du Conseil.

16. Le Conseil de médiation amorce ses travaux dès janvier 2007. Ceux-ci s'échelonneront jusqu'au 31 août 2007. Durant cette période, le rapport du Comité d'étude sur la rémunération des médecins spécialistes de novembre 2004 est mis à jour en fonction des données connues des parties au 1er avril 2007.

A défaut d'entente entre les parties, le président du Conseil de médiation remet son rapport au plus tard le 31 août 2007.

Dans le cadre du processus de négociation et de médiation, les parties conviennent d'œuvrer également à l'amélioration de leur relation d'affaires afin de contribuer à créer un environnement propice à l'interaction entre les patients, les gestionnaires du réseau, les médecins, leurs représentants et ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux, le tout afin de favoriser l'amélioration de l'accessibilité aux soins médicaux spécialisés, notamment par le biais du plan d'accès gouvernemental en chirurgie, l'amélioration des conditions de pratique des médecins et une plus grande efficience dans l'organisation des soins.

17. Un minimum de 50 % de tout éventuel redressement découlant du processus de médiation ou d'arbitrage, supérieur au 15 % prévu à l'article 12 servira à financer les mesures de rémunération implantées conformément à cette relation d'affaires.

18. Dans l'éventualité où les processus de négociation et de médiation ne permettent pas aux parties d'en arriver à une entente définitive avant le 31 août 2007, les parties conviennent de soumettre leur différend sur l'écart de rémunération à corriger à un Conseil d'arbitrage selon les modalités qui suivent.

Arbritage

19. Le Conseil d'arbitrage est formé d'un président assisté de deux assesseurs. Le président est nommé par les parties et chacune d'elle choisit un assesseur.

Les parties s'entendent pour assumer les honoraires de leurs assesseurs et partager à parts égales le paiement des honoraires du président.

20. Les parties nomment monsieur Richard Drouin afin d'agir comme président du Conseil. Le choix des assesseurs de chacune des parties doit être complété avant le 15 août 2007.

Le Conseil commence ses travaux d'arbitrage dès le début de septembre 2007 et poursuit ceux-ci sur une période maximale de quatre mois.

Dans le cadre de ses fonctions, le Conseil reçoit les observations présentées par les représentants du gouvernement et de la FMSQ.

21. Au terme de la phase d'arbitrage et au plus tard le 31 décembre 2007, le président du Conseil remet sa recommandation portant uniquement sur l'écart de rémunération à corriger. La recommandation est rendue par le président du Conseil, après avis des assesseurs.

22. La recommandation du Conseil lie les parties, lesquelles s'engagent alors à apporter les modifications nécessaires à l'Accord-cadre du 1er octobre 1995 concernant la participation des médecins spécialistes au régime d'assurance maladie afin de traduire le redressement de rémunération découlant de la recommandation du Conseil. Advenant que l'écart à corriger soit supérieur au 15 % prévu à l'article 12 des présentes, le correctif supplémentaire est étalé de façon égale de 2010-2011 à 2015-2016.

23. Malgré l'article 22, le gouvernement pourra modifier ou rejeter en tout ou en partie la recommandation du Conseil par l'adoption d'une loi à cet effet lors de la session parlementaire en cours ou lors de la suivante.

24. Lors de la médiation et de l'arbitrage, de multiples facteurs techniques, économiques et sociaux devront être pris en considération, notamment :

- les particularités et le statut de la fonction de médecin spécialiste;
- la productivité des médecins spécialistes ;
- les comparaisons et les écarts de rémunération avec les autres provinces ;
- la nécessité d'offrir aux médecins spécialistes une rémunération concurrentielle permettant la rétention et le re-crutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé ;
- la richesse collective des québécois, le pouvoir d'achat et l'indice du coût de la vie ;
- la capacité de payer du gouvernement ;
- la politique de rémunération dans les secteurs public et parapublic ainsi que l'état et l'évolution comparés de la rémunération des autres emplois rémunérés à même les fonds publics.

25. Les parties reconnaissent que le suivi du coût de la rémunération des médecins spécialistes pour les années 2006-2007 et suivantes ne saurait affecter la mise en place des corrections tarifaires et autres nécessaires afin de traduire les efforts de redressements applicables à compter du 1er avril 2008.

Autres dossiers de négociation

26. Les parties conviennent de poursuivre les négociations entre elles afin de donner suite rapidement aux engagements pris en vertu des lettres d'entente no 143, no 144 et no 145 en insistant de façon particulière sur l'amélioration des conditions d'exercice des médecins spécialistes.

Assurance responsabilité professionnelle

27. Les parties conviennent de modifier l'Annexe 9 de l'Accord-cadre de la façon prévue à l'annexe ci-jointe.

Annexe

28. Les parties s'engagent à compléter, au cours des prochains jours, une annexe financière permettant de déterminer, sur la base de l'estimé de la dépense prévue pour l'année 2005-2006 et compte tenu des paramètres financiers convenus en vertu de la présente entente de principe, le montant de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour chacune des années 2004-2005 à 2009-2010.

Loi concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes

29. Le gouvernement s'engage à faire en sorte que l'application de la section IV et de l'article 22 de la Loi spéciale cesse d'avoir effet au plus tard le 17 janvier 2007, à défaut que l'Assemblée nationale ne puisse abroger cette loi avant cette date. Dans ce cas, le gouvernement s'engage à déposer un projet de loi abrogeant la Loi concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes lors de la prochaine session parlementaire.

En considération de ce qui précède, la Fédération des médecins spécialistes du Québec s'engage à :

- mettre fin aux moyens de pression actuels concernant, notamment, les activités d'enseignement, les activités médico-administratives, l'exercice des fonctions de chef de département ou de service et la participation aux tables régionales des chefs de département de médecine spécialisée;
- ne pas ordonner, encourager ou appuyer tout moyen éventuel tel que l'arrêt, le ralentissement, la diminution ou l'altération des activités normales durant la durée du renouvellement de l'Accord-cadre;
- collaborer à la mise en place et à la réalisation des plans d'accès en chirurgie et aux autres activités spécialisées. À cet égard, le gouvernement ajoute 10 M $ à l'enveloppe de rémunération des médecins spécialistes provenant de la somme de 50 M $ annoncée pour améliorer l'accès aux chirurgies;
- retirer toutes les procédures entreprises à l'encontre du gouvernement.

La présente entente de principe prend effet le 1er avril 2004.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ENTENTE INTERVENUE ENTRE LA FMSQ ET LE MSSS DANS LE CADRE DE L'APPLICATION DE L'ENTENTE DU 10 JANVIER 2007

CONSIDÉRANT l'entente intervenue le 10 janvier 2007 entre la FMSQ et le MSSS en vue de la détermination des paramètres financiers de rémunération des médecins spécialistes à compter du 1er avril 2004;

CONSIDÉRANT que dans le cadre du processus de médiation qui y est prévu, une entente est intervenue entre les parties le 30 août 2007, et que les parties souhaitent en définir les termes;

CONSIDÉRANT que cette entente prévoit :

- la mise en place d'un redressement tarifaire au cours des années 2008-2009 à 2015-2016, (selon un pourcentage global de 25,3 % des enveloppes budgétaires applicables au cours de ces années);
- l'instauration de mesures d'une valeur récurrente de 240 M $ afin de favoriser l'amélioration de l'accessibilité aux soins médicaux spécialisés, l'amélioration des conditions de pratique des médecins ainsi qu'une plus grande efficience dans l'organisation des soins;

CONSIDÉRANT la volonté des parties que cette entente favorise un climat harmonieux au cours des prochaines années;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Entente du 10 janvier 2007

1. Les paragraphes 1 à 10, 25, 26, 27, 29 et 30 de l'entente du 10 janvier 2007 sont maintenus.

Redressement tarifaire

2. Un redressement de la rémunération des médecins spécialistes est effectué et réparti comme suit, au 1er avril de chacune des années suivantes :

- 2008-2009 : Un redressement d'un montant équivalent à 5,0 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2009-2010 : Un redressement d'un montant équivalent à 5,0 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2010-2011 : Un redressement d'un montant équivalent à 2,574 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2011-2012 : Un redressement d'un montant équivalent à 2,574 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2012-2013 : Un redressement d'un montant équivalent à 2,574 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2013-2014 : Un redressement d'un montant équivalent à 2,574 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2014-2015 : Un redressement d'un montant équivalent à 1,324 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.
- 2015-2016 : Un redressement d'un montant équivalent à 1,324 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable au cours de cette période.

3. Les parties conviennent que les montants obtenus par le redressement prévu à l'article 2 sont affectés exclusivement à des mesures de redressement tarifaires.

Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des soins

4. Une somme additionnelle récurrente de 240 M $ est accordée afin de financer exclusivement les mesures de rémunération prévues au titre du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des soins mentionnés à l'Annexe 1 ou, s'il y a lieu, celles dont les parties conviendront en application de l'article 6 ci-après.

5. Les mesures prévues à l'Annexe 1 sont instaurées progressivement à compter du 1er avril 2010, de façon à assurer un investissement additionnel de 40 M $ par année, pour chacune des années 2010-2011 à 2015-2016.

6. Dans l'éventualité ou les mesures implantées au cours d'une année ne permettaient pas d'assurer l'investissement prévu à l'article 5, autant sur une base récurrente que non récurrente, d'autres mesures de rémunération devront alors être mises en place par les parties afin d'assurer cet investissement.

7. Les parties conviennent de poursuivre leur négociation afin de définir, d'ici au 31 décembre 2007, les principales modalités d'application des mesures du plan d'amélioration ainsi que les modalités visant à assurer le suivi de l'effet de ces mesures, eu égard aux évaluations effectuées par les parties. Parmi ces mesures, la rémunération de la garde sera parmi les dossiers qui seront considérés en priorité.

Ces négociations porteront également sur le calendrier d'implantation de ces mesures, étant entendu que certaines d'entres elles pourront être instaurées à compter de l'année 2008-2009, compte tenu des sommes disponibles à ce niveau en vertu des articles 7 à 9 de l'entente du 10 janvier 2007.

Corrections tarifaires et autres

8. Les parties conviennent et reconnaissent que la présente entente s'inscrit uniquement dans le cadre de l'application de l'entente de principe du 10 janvier 2007 et n'a ainsi aucunement pour effet d'affecter la poursuite des autres dossiers de négociation entre les parties, qu'il s'agisse du renouvellement de l'Accord-cadre pour les années 2010-2011 et suivantes ou de la négociation de tout autre dossier spécifique qui peut être appelé à se poursuivre ou survenir dans l'avenir.

9. De plus, les parties reconnaissent à nouveau que le suivi du coût de la rémunération des médecins spécialistes pour les années 2006-2007 et suivantes ne saurait affecter la mise en place des mesures de redressement tarifaire ou des mesures d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique ou d'organisation des soins prévues à la présente entente.

Annexe financière

10. 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 2006-2007 à 2015-2016, sur la base de l'estimé de la dépense prévue pour l'année 2005-2006 et des paramètres financiers convenus en vertu de l'entente du 10 janvier 2007 et en vertu de la présente entente.

Autres engagements du MSSS et du gouvernement

11. Afin de reconnaître l'importance de la recherche médicale au Québec et de valoriser le rôle des médecins chercheurs boursiers d'un organisme gouvernemental (FRSQ et autres), le MSSS et le gouvernement s'engagent à rehausser la rémunération des médecins chercheurs boursiers et à attribuer à cette fin un budget maximal équivalent à 1 % de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée 2006-2007 applicable aux médecins spécialistes, le tout à être implanté progressivement à compter du 1er avril 2008 et selon des modalités à convenir entre les parties d'ici au 31 décembre 2007.

Prise d'effet

La présente entente prend effet à la date de signature des présentes.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

ANNEXE I

PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ, DES CONDITIONS DE PRATIQUE ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Les parties conviennent que les mesures suivantes constituent le plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des soins.

L'ensemble de ces mesures vise, entre autres, à :

- améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés;
- réduire le temps d'attente;
- appuyer les services de première ligne;
- assurer une couverture rehaussée des services, notamment en régions;
- permettre une plus grande concertation des différents intervenants dans l'organisation et la dispensation des soins spécialisés;
- améliorer l'environnement de la pratique médicale.

MESURES PRÉVUES AU PLAN D'AMÉLIORATION

1. Meilleur accès des patients aux blocs opératoires et aux plateaux techniques par une utilisation optimale des équipements.

2. Mise en place de mesures incitatives relatives à la pratique en anesthésiologie.

3. Réduction des délais d'attente entre la référence du médecin de famille et la consultation du médecin spécialiste.

4. Rémunération de la garde selon une majoration :

- du forfait de garde en disponibilité dans les spécialités de base;
- du tarif d'un acte effectué durant la garde.

5. Mise en place de projets pilotes pour des GMS.

6. Désignation et rémunération de « médecins spécialistes répondants » d'un territoire.

7. Rémunération de la consultation téléphonique selon des balises à déterminer par les parties.

8. Rémunération de la prise en charge continue de l'accessibilité aux services médicaux par des groupes concertés de médecins spécialistes.

9. Mise en place formelle de corridors de services.

10. Téléconsultation et téléimagerie.

11. Amélioration de l'accès à l'échographie et à l'endoscopie en établissement et en cabinet privé en fonction des besoins des CSSS.

12. Numérisation des cabinets privés de radiologie en fonction des besoins du système public.

13. Incitatifs monétaires pour l'attraction et l'installation des médecins spécialistes en région.

14. Rémunération de la participation aux travaux d'une Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ou d'une Table de coordination des RUIS.

15. Instauration de la Table nationale de suivi de l'accès aux services médicaux spécialisés.

16. Instauration de mesures de rémunération des médecins spécialistes en microbiologie infectiologie afin de favoriser les activités de prévention des infections en établissements.

17. Valorisation de la rémunération dans des secteurs de pointe, dont notamment : neuro-sciences, greffe, transplantation d'organes, centre de traumatologie tertiaire.

18. Révision des modalités de rémunération des médecins spécialistes dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

19. Révision des modalités de remboursement du temps de déplacement.

20. Révision de certaines règles d'application et de diverses mesures de plafonnement.

21. Instauration de mesures de compensation pour les médecins soumis à une restriction d'exercice afin d'assurer la protection du public dans le cadre de la politique du Collège des médecins du Québec concernant les maladies transmissibles par le sang.

22. Programme incitatif à la pratique médicale au Québec.

23. Rémunération des chefs de département afin d'encourager l'utilisation optimale des ressources médicales.

24. Valorisation de la rémunération des services professionnels actuellement dispensés en cabinet privé, selon les paramètres tarifaires existants ou convenus entre les parties.

ENTENTE DE PRINCIPE ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ) CONCERNANT LES CONDITIONS DE PRATIQUE À L'ÉGARD DE LA LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION CLINIQUE ET À LA GESTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (CHAPITRE 21, 2017)

LETTRE D'ENGAGEMENT À L'ÉGARD DES CONDITIONS DE PRATIQUE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

CONSIDÉRANT l'adoption de la Loi 21;
CONSIDÉRANT qu'il est primordial de favoriser la qualité des soins dispensés à la population et d'améliorer l'accessibilité aux services;
CONSIDÉRANT que les médecins spécialistes québécois doivent pouvoir disposer de conditions de pratique adéquates pour exercer leur profession et répondre aux besoins de leurs patients;
CONSIDÉRANT que la qualité des conditions de pratique a une incidence sur les conditions de prestation des soins aux patients, sur l'organisation du travail des médecins et sur le niveau de rétention et de recrutement de médecins spécialistes au Québec;
CONSIDÉRANT le protocole concernant le renouvellement de l'Accord-cadre et les dispositions convenues concernant le droit de la FMSQ de négocier les conditions de pratique des médecins spécialistes;
CONSIDÉRANT la volonté du ministre d'adopter un nouveau portfolio pour l'organisation des services à la population;
CONSIDÉRANT l'obligation des établissements de revoir leur plan d'organisation basé sur le portfolio du ministère d'ici le 10 mai 2018;
CONSIDÉRANT que les orientations ministérielles relatives à la gestion des effectifs médicaux doivent être établies;
CONSIDÉRANT la nécessité d'avoir des règles de gestion favorisant les meilleurs services à la population;

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Comité conjoint sur les conditions de pratique

Dans les 30 jours de la signature de la présente entente de principe, les parties forment un comité conjoint portant sur les conditions de pratique et désignent ses membres, conformément aux présentes.

MANDAT DU COMITÉ

Le mandat du comité sur les conditions de pratique s'inscrit dans le cadre de la volonté des parties de se doter des mécanismes nécessaires afin de développer leur collaboration et travailler de concert sur des questions d'intérêts communs touchant l'organisation des soins et l'élaboration des conditions de pratique des médecins.

Le comité sur les conditions de pratique a pour mandat d'aborder, d'ici au 31 juillet 2019, les sujets suivants :

- les règles relatives à la gestion des effectifs médicaux;
- le guide concernant la planification des effectifs de 2015;
- les obligations générales ou spécifiques pouvant être rattachées aux privilèges;
- le niveau d'activités des membres actifs ou associés considérant les quatre missions sur le plan clinique, académique, de la recherche et du rayonnement;
- les privilèges dans plus d'un établissement ou dans un contexte de remplacement;
- les situations où les besoins de l'établissement peuvent être comblés par un membre détenant ou pouvant détenir un statut de membre actif;
- les obligations de l'établissement;
- le rôle des chefs de département dans le cadre de la LSSSS ou de la loi 21;
- les privilèges de membres associés;
- le rôle du COGEM découlant de la LE 129;
- les principes directeurs pour les médecins en fin de carrière;
- la notion des postes en réseau et les conditions d'application;
- la portée géographique dans l'octroi des privilèges pour accomplir la mission de l'établissement (bris de services et services découlant du plan d'organisation);
- toute autre question d'intérêts communs aux parties.

FONCTIONNEMENT

Le comité établit ses règles de fonctionnement et l'opportunité d'établir des sous-comités pour la réalisation de ses travaux.

COMPOSITION DU COMITÉ

Le comité paritaire est composé de 2 représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'un représentant du Conseil du Trésor ainsi que de 3 représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, lesquels sont remplacés en cas d'incapacité.
De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins spécialistes de diverses disciplines qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité en raison de leur expertise.

RECOMMANDATIONS
À la fin de ses travaux, le comité doit formuler au ministre et à la FMSQ des recommandations, conjointes ou non, quant aux diverses questions d'intérêts communs qui auront été abordées et quant aux conditions de pratiques des médecins spécialistes.
Le ministre établit les politiques qui relèvent de sa juridiction et les parties négociantes abordent de façon commune les éléments qui relèvent des conditions de pratique des médecins.

2. Régime transitoire
À compter de la signature de la présente entente et jusqu'au terme des travaux du comité sur les conditions de pratique des médecins spécialistes et aux actions qui en découleront, mais au plus tard le 31 décembre 2020, les parties se gouvernent de la façon décrite ci-après et le ministère s'assure de cette application par les établissements:

A) Moratoire sur les orientations ministérielles relatives à la gestion des effectifs médicaux

Pendant la période transitoire, le guide indicatif sur la gestion des effectifs médicaux remis au réseau ne peut trouver application et il n'y a donc pas d'orientations ministérielles applicables à cet égard.

B) Médecins associés

i) En conséquence de ce qui précède, le ministre s'engage notamment, pour la période transitoire, à approuver les résolutions des établissements relatives aux demandes de privilèges des médecins ayant le statut d'associé dans la mesure où elles sont conformes à leurs plans d'effectifs médicaux et à leurs plans d'organisation.

ii) De ce fait, un médecin associé peut maintenir ses privilèges n'eut égard au fait qu'il détienne ou non un statut de membre actif.

iii) L'application de l'article 100 de la Loi 21 vise à ce que l'octroi ou le renouvellement d'un statut de membre associé ou de membre conseil ne peut être fait de façon à empêcher le recrutement d'un membre actif.

C) Obligations des médecins en établissement

Les parties reconnaissant l'opportunité d'établir un cadre général pour la détermination des conditions de pratique dans le réseau durant la période transitoire, il est souhaitable d'établir un modèle quant aux résolutions octroyant ou renouvelant les privilèges des médecins. Ainsi, pour cette période transitoire, l'octroi ou le renouvellement de privilèges aux médecins se fait en fonction des balises énoncées à la résolution type présentée à l'annexe I, étant entendu que tout formulaire d'octroi ou de renouvellement de privilèges doit respecter ce modèle.

D) Ajout d'obligations par le ministre

Le gouvernement s'engage à suspendre le processus visant à édicter le règlement prévu à l'article 11 de la Loi 21, et ce, jusqu'au terme des travaux du comité sur les conditions de pratique des médecins spécialistes et aux actions qui en découleront.

E) Portée géographique des privilèges et modalités pour éviter rupture d'accès

i. Pendant la période transitoire, un médecin exerçant dans un établissement doit, dans l'éventualité où des problèmes urgents ou semi-urgents d'accès à des services sont constatés dans une autre installation et sur demande de son chef de département, offrir un soutien temporaire dans l'installation qui lui est indiquée, et ce, collectivement avec les autres membres de son service ou de son département.

ii. La participation du médecin à un tel soutien temporaire est déterminée en tenant compte de ses compétences professionnelles, de la situation des effectifs dans son installation et de la nécessité de ne pas y créer également de problèmes significatifs d'accès aux services. Cette participation ne peut avoir pour effet de remettre en question l'exercice principal de sa profession dans son installation, ne s'applique que pour une installation située à moins de 70 kilomètres de celle où il exerce de façon principale et ne peut s'étendre sur une période de plus de trois mois qui pourrait être reconduite après réévaluation de la situation.

Toutefois, au-delà de cette limite de 70 kilomètres, un plan de contingence et de participation permettant de pourvoir aux bris de services temporaires doit être instauré par un département, lequel plan peut notamment prévoir la mise en place de corridors de services pour les patients, les ententes interétablissements, la consultation à distance, le déplacement de médecins ou le recours au mécanisme de soutien temporaire dans le cas des spécialités de base. Ces plans doivent être adoptés par chacun des départements et approuvés par le conseil d'administration de l'établissement.

F) Autres engagements

i) La FMSQ s'engage à suspendre le recours juridique à l'encontre des orientations ministérielles relatives à la gestion des effectifs médicaux et à procéder au retrait de ce recours au terme des travaux du comité si les engagements relatifs aux conditions de pratique ont été respectés;
ii) La FMSQ et le MSSS conviennent de permettre l'application du mode de rémunération mixte en anesthésiologie dans les cliniques visées par le projet expérimental, le MSSS s'engageant à modifier en conséquence le décret et la FMSQ s'engageant à retirer son recours juridique portant sur les trois projets pilotes en chirurgie;
iii) Le gouvernement s'engage à ne pas mettre en vigueur et appliquer l'article 48 de la loi 21 dans la mesure où la mise en œuvre des engagements convenus en vertu des articles B 3 et 4 du protocole d'accord concernant le renouvellement de l'Accord-cadre donne les résultats escomptés, compte tenu que ces engagements seront implantés progressivement.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de _____2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux spécialistes

DIANE FRANCOEUR, M.D.
Présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

ANNEXE I - RÉSOLUTION TYPE - PRIVILÈGES

MODÈLE DE RÉSOLUTION - OCTROI OU RENOUVELLEMENT DES PRIVILÈGES

ATTENDU QUE la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (2017, chapitre 21, ci-après « la Loi ») a été sanctionnée le 25 octobre 2017 et que la majorité des dispositions qu'elle contient sont entrées en vigueur le 10 novembre 2017;
ATTENDU QUE la Loi modifie notamment l'article 242 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2, ci-après la « LSSSS ») et l'article 61 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2, ci-après la « LMRSSS »);
ATTENDU QUE le nouvel article 61 de la LMRSSS introduit par l'article 12 de la Loi prévoit que la résolution du conseil d'administration d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doit prévoir que les privilèges sont accordés à un médecin ou à un dentiste pour l'ensemble des installations de l'établissement et préciser dans quelles installations s'exercera principalement sa profession;
ATTENDU QUE cet article prévoit également que la résolution doit inclure, le cas échéant, les obligations exigées par le ministre conformément à l'article 60.1 de la LMRSSS ainsi que l'indication à l'effet que le médecin est responsable, collectivement avec les autres médecins exerçant leur profession au sein de l'établissement, de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture d'accès aux services de l'établissement;
ATTENDU QUE l'article 242 de la LSSSS, tel que modifié par l'article 37 de la Loi, prévoit que la résolution du conseil d'administration doit notamment prévoir les obligations rattachées à la jouissance des privilèges et l'engagement du médecin ou du dentiste à les respecter;
ATTENDU QUE cet article tel que modifié prévoit également que les nominations sont accordées pour une durée de 18 à 24 mois et sont renouvelées pour une durée d'un an à trois ans;

ATTENDU QUE le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que le directeur des services professionnels de l'établissement ont été consultés sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges du Dr [prénom, nom];
ATTENDU QUE à la lumière de ces consultations, les obligations qui devraient être rattachées à la jouissance des privilèges octroyés au Dr [prénom, nom] ont été déterminées;
ATTENDU QUE le président-directeur général de l'établissement a invité le Dr [prénom, nom] à faire valoir ses observations sur ces obligations;
ATTENDU QUE le président-directeur général de l'établissement a transmis au conseil d'administration les observations du Dr [prénom, nom] sur ces obligations;
ATTENDU QUE le Dr [prénom, nom] s'engage à respecter ces obligations;
ATTENDU QUE l'établissement doit fournir au Dr [prénom, nom] les ressources raisonnables nécessaires pour exercer sa profession, satisfaire aux obligations rattachées à ses privilèges et répondre aux besoins de ses patients.

IL EST RÉSOLU : d'octroyer ou de renouveler les privilèges octroyés au Dr [prénom, nom] le [date] de la façon suivante :
a. prévoir que la nomination est valable pour une pratique principale dans l'installation suivante : [nom de l'installation concernée] et une pratique complémentaire dans la ou les installations suivantes [nom des installations concernées];
b. prévoir que le médecin est responsable, collectivement avec les autres médecins exerçant leur profession au sein de l'établissement, de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture d'accès aux services de l'établissement, selon les modalités transitoires établies avec le MSSS et la plan de contingence du département;
c. les obligations rattachées à la jouissance des privilèges sont les suivantes :

Accès aux services et la participation du médecin aux activités cliniques du centre, y compris la garde :

i. Respecter le code de déontologie et maintenir un permis d'exercice valide auprès du CMQ;
ii. maintenir une assurance responsabilité professionnelle;
iii. respecter le règlement dûment adopté du CMDP et le règlement dûment adopté du département et du service où il exerce;
iv. respecter les règles de soins et les règles d'utilisation des ressources dûment adoptées;
v. respecter la répartition et la coordination des activités effectuées par le chef de département ou le chef de service, après consultation, tout en permettant la réalisation de l'ensemble des activités cliniques et professionnelles du médecin (administration, rayonnement, enseignement, garde, recherche le cas échéant);
vi. participer au service de garde selon l'affectation du chef de département ou de service;
vii. participer aux activités médicales prévues à une entente conclue conformément aux articles 108 et 109 de la LSSSS entre l'établissement et tout autre établissement et adopter par un département dans le cadre de son plan de contingence;
viii. respecter la politique de civilité dès son adoption;
ix. s'engager à déclarer toute activité clinique et la proportion d'activités effectuée dans un autre établissement ainsi qu'à déclarer tout changement de statut détenu dans un autre établissement;

La qualité et la pertinence des soins et services dispensés :

x. participer aux activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité de l'acte;
xi. respecter les valeurs de l'établissement;
xii. maintenir ses compétences et satisfaire aux exigences du CMQ concernant notamment le DPC;
xiii. adhérer aux recommandations par le CMDP en regard de la pertinence des actes;

Autres :

xiv. participer aux activités d'enseignement et de recherche (s'il y a lieu);
xv. participer à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs;
xvi. participer, de façon soutenue, aux activités du département et du service de même qu'à celles du CMDP et de ses comités, le cas échéant;
xvii. s'engager à déclarer tout conflit d'intérêts.