

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 1.
DISPOSITIONS GÉNÉRALES****ARTICLE 1.****DÉFINITIONS**

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).

ARTICLE 2.**APPLICATION**

2.1 Tout médecin qui justifie d'un certificat de spécialiste délivré par la Corporation professionnelle 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 cette corporation professionnelle délivre un permis d'exercice restrictif ou temporaire.

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.

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 assujéti 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, de la Fédération et des agences 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 avec les instances régionales instituées par les agences 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, l'agence 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 trois 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 soixante 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 auxquelles 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 groupe de médecins spécialistes auquel il donne un mandat de perception.

La Régie y procède par chèque; dans le cas d'un groupe de médecins spécialistes, elle identifie le médecin spécialiste dont elle acquitte les honoraires.

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.**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.

1.3 Si, au terme de leur analyse, l'évaluation des parties négociantes démontre qu'un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour une période est prévisible, des mesures correctrices sont apportées par les parties négociantes afin d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire pour cette période.

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 l'une ou l'autre des périodes d'application prévues à l'Accord-cadre, des mesures correctrices sont introduites par les parties négociantes afin, d'une part, d'assurer le remboursement de ce dépassement et, d'autre part, d'éviter 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.

2.6 Advenant une non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, le solde disponible est consacré à la rémunération des services rendus par les médecins spécialistes, selon des modalités à convenir entre les parties négociantes.

ARTICLE 3
ARBITRAGE

3.1 Dans l'éventualité d'une mésentente entre les parties négociantes relativement aux mesures à être introduites suite à une non-atteinte ou suite à un dépassement prévisible ou confirmé de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour une période d'application de l'Accord-cadre, le Ministre ou la Fédération peut, après l'expiration d'un délai de soixante (60) jours de la réception des prévisions ou des données de la Régie afférentes à la période visée, demander l'arbitrage pour faire établir les mesures à être introduites.

Ces mesures prennent effet à compter de la date de la demande d'arbitrage.

Ce recours en arbitrage est exercé devant le conseil d'arbitrage prévu à l'Entente et doit être entendu prioritairement à tout différend soumis en vertu de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À Québec, ce 1^{er} octobre 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 3.**PROTOCOLE RELATIF AU CONTROLE
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 déferés 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

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 4.**TARIF DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE****RÈGLES DE TARIFICATION**

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

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Voir sous l'onglet « A »

LISTE DES ADDENDA**1. Médecine**

Voir sous l'onglet « B », page B-3

2. Pédiatrie

Voir sous l'onglet « B », page B-82

3. Psychiatrie

Voir sous l'onglet « B », page B-93

4. Chirurgie

Voir sous l'onglet « E », page E-2

5. Appareil musculo-squelettique

Voir sous l'onglet « G », page G-2

6. Obstétrique-gynécologie

Voir sous les onglets « P » et « Q », pages P-2 et Q-2

7. Microchirurgie

Voir sous l'onglet « E », page E-11

8. Anesthésiologie

Voir sous l'onglet « D », page D-2

9. Génétique médicale

Voir sous l'onglet « B », page B-35

10. Microbiologie - infectiologie

Voir sous l'onglet « B », page B-52

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 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 et les plafonnements particuliers de gains 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 et de la Loi sur les accidents du travail, 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 et la Loi sur les accidents du travail, mais non des services médico-administratifs. On ne tient également pas compte du service médical « Lecteur B/CSST », (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.

JEAN ROCHON

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

PIERRE GAUTHIER, M.D.

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

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

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

1. La Régie rembourse au médecin spécialiste participant au régime, une quote-part de sa prime d'assurance responsabilité professionnelle.
- + Pour le médecin qui souscrit son assurance responsabilité professionnelle auprès de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), cette quote-part correspond, selon le genre d'activité médicale visé, à la différence entre la prime témoin et le montant représentant la contribution du médecin, lesquels sont mentionnés en annexe. La prime témoin s'entend du montant de la prime fixée pour la province de Québec par l'ACPM, pour un genre d'activité médicale, pour l'année 2006, 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 2004 au 31 mars 2005, a touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 \$.
- + Ce remboursement de prime est également accordé au médecin spécialiste qui, pendant l'année 2006, 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 2005 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2006.
- + Un remboursement de prime pour l'année 2006 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2007.
- Un remboursement exigible non acquitté dans le délai prévu pour son paiement porte un intérêt annuel. Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 %; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.
- + 4. La présente entente a effet du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006.
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 2006.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

YVES DUGRÉ, MD
Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

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

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

2- Le médecin qui a autorisé l'ACPM à fournir par télécommunication à la Régie les informations concernant son assurance responsabilité professionnelle, n'a pas à remplir le formulaire sauf pour sa première année d'adhésion à l'ACPM.

3- Pour connaître les modalités pour demander un remboursement, voir la description du formulaire sous l'onglet « Manuels et formulaires » du Manuel des médecins spécialistes, Régime d'assurance maladie.

TABLEAU DE L'ANNEXE 9

+ Genre d'activité	Prime témoin 2006 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Médecine communautaire (santé publique)	1 948,92	400
Médecine de famille ou médecine générale	1 948,92	400
Médecine du sport	1 948,92	400
Médecine du travail	1 948,92	400
Médecine physique et réadaptation / physiothérapie ou gériatrie et soins palliatifs	1 948,92	400
Pratique médicale limitée exclusivement à l'assistance chirurgicale	1 948,92	400
Biochimie médicale	2 105,88	400
Médecine administrative - aucun travail clinique	1 033,32	400
Microbiologie médicale	2 105,88	400
Pathologie anatomique	2 105,88	400
Pathologie générale	2 105,88	400
Pathologie hématologique	2 105,88	400
Pathologie neurologique (neuropathologie)	2 105,88	400
Allergie	2 302,08	900
Cancérologie médicale (oncologie médicale)	2 302,08	900
Consultations chirurgicales / Pratique chirurgicale en cabinet	2 302,08	900
Dermatologie	2 302,08	900
Endocrinologie	2 302,08	900
Génétique	2 302,08	900
Immunologie clinique	2 302,08	900
Maladies infectieuses	2 302,08	900
Médecine des voies respiratoires	2 302,08	900
Médecine générale incluant anesth., chir. & urgence (mais non l'obstétrique)	2 302,08	950
Médecine générale incluant la garde à la salle d'urgence	2 302,08	900
Médecine interne et ses sous-spécialités non précisées ailleurs	2 302,08	900
Médecine nucléaire	2 302,08	900
Néphrologie	2 302,08	900
Pratique limitée au traitement de la douleur chronique	2 302,08	900
Pratique obstétricale excluant le travail, l'accouchement et/ou la chirurgie	2 302,08	900
Psychiatrie - incluant la pratique exclusive de la psychothérapie	2 302,08	900
Radio-oncologie	2 302,08	900
Rhumatologie	2 302,08	900
Soins intensifs / critiques	2 302,08	900
Cardiologie	2 825,28	1 200
Hématologie	2 825,28	900
Imagerie diagnostique	3 113,04	950
Néonatalogie	3 113,04	950
Pédiatrie	3 243,84	1 000
Anesthésie	4 355,64	2 091
Chirurgie pédiatrique	4 355,64	2 091
Gastroentérologie	4 355,64	1 050
Neurologie	4 355,64	1 050

Genre d'activité	Prime témoin 2005 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Ophtalmologie	4 355,64	1 500
Urologie	4 355,64	2 091
Médecine d'urgence, urgentologie	5 532,84	1 500
Médecine générale incluant obs., anest., chir. & urgence	5 532,84	1 500
Oto-rhino-laryngologie	6 487,68	1 500
Chirurgie gynécologique (excluant le travail et l'accouchement)	8 737,44	3 500
Chirurgie thoracique	8 737,44	3 500
Chirurgie vasculaire	8 737,44	3 500
Chirurgie générale	10 228,56	3 500
Chirurgie cardiaque	10 437,84	4 616
Chirurgie plastique	10 437,84	3 500
Chirurgie orthopédique	12 726,84	4 900
Neurochirurgie	20 051,64	4 900
Obstétrique (incluant ou excluant la gynécologie)	25 950,72	4 900

ANNEXE 10**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 Règle d'application no 8).

ARTICLE 2.**MAJORATION D'HONORAIRE**

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. (*)**

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

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. (*)**

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

AVIS: Spécialités	Période	
	Tous les jours 19 h à minuit (*)	Week-end et jours fériés 8 h à minuit (**)
<i>Cardiologie</i>	MOD=138 (+ 1/3)	MOD=139 (+ 1/3)
<i>Pédiatrie</i>	MOD=136 (+ 50%)	MOD=137 (+ 50%)

Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD et tenir compte de la majoration dans le calcul des honoraires.

AVIS : (*) Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre **21 h et minuit** (ref. : article 15.2 i - Annexe 38 - Brochure n° 5).

(**) Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre **7 h et minuit** (ref. : article 15.2 i - Annexe 38 - Brochure n° 5).

ARTICLE 3.**PRIME DE GARDE POUR LA NUIT**

3.1 En cardiologie, on accorde une prime de 200\$ 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. (***)**

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 : CARDIOLOGIE

- Inscire XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- Inscire le code d'établissement;
- Inscire le code 09140 dans la case ACTES.

Cette prime est payable une seule fois par période de garde, pour chaque médecin.

Cette prime doit être inscrite seule sur la demande de paiement.

Afin d'identifier les services effectués au cours d'une assignation de garde sur place aux urgences, la nuit, remplir une nouvelle demande de paiement pour ces services en inscrivant le modificateur 073 dans la case MOD.

PÉDIATRIE

Inscire le modificateur 007 dans la case MOD et tenir compte de la majoration dans le calcul des honoraires.

ARTICLE 4.**APPLICATION**

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

AVIS : (***) *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre minuit et 7 h (ref. : article 15.2 i - Annexe 38 - Brochure no 5).*

ANNEXE**LISTE DES ORGANISMES VISÉS À L'ANNEXE 10****1. PÉDIATRIE**

- Hôpital de Montréal pour enfants.
- Hôpital Sainte-Justine.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux).

2. CARDIOLOGIE

- Institut de cardiologie de Montréal.