

## ANNEXE 38 - RÉMUNÉRATION MIXTE

### CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE.

#### 1. MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

**1.1** Le mode de rémunération mixte est établi pour la pratique active de la médecine spécialisée dans un département clinique, un service clinique ou, le cas échéant, un secteur d'activité d'un établissement. Le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active déterminés de temps à autre par les parties négociantes ne peut se prévaloir du mode de rémunération mixte que sur autorisation spécifique des parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent.

**1.2** Le mode de rémunération mixte vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales que le médecin spécialiste, classé dans une spécialité visée en annexe, accomplit en établissement dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, à l'exception des activités de recherche.

Les activités médicales comprennent notamment les activités cliniques ou de laboratoire (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine), ainsi que le travail en équipe multidisciplinaire.

# AVIS : Utiliser un des codes d'activités suivants :

**065030** (Activités cliniques sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

**065032** (Travail en équipe multidisciplinaire sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

**065053** (Activités de laboratoire sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

**065056** (Activités cliniques avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

**065057** (Activités de laboratoire avec encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

**065150** (Activités de témoignage)

**065151** (Activités d'évaluation)

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

**1.3** Le mode de rémunération mixte rémunère également, le cas échéant, les activités médico-administratives du médecin spécialiste et ses activités d'enseignement. Toutefois, les activités d'enseignement excluent celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.

AVIS : Utiliser le code d'activités **065022** (Cours ou exposés dispensés à l'exception des cours répertoriés par l'université sauf pour la spécialité d'anesthésiologie).

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

Les activités médico-administratives désignent :

- les activités effectuées par un médecin spécialiste comme chef de département clinique ou chef de service clinique, à l'exclusion de celles effectuées dans le cadre de ses responsabilités de membre élu ou nommé à la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, lesquelles sont rémunérées par le Protocole adopté à cette fin;
- la participation du médecin spécialiste aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et son *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement;
- les activités du médecin spécialiste à titre de responsable de programme clinique;
- la participation du médecin spécialiste aux réunions du département clinique ou service clinique;
- toutes autres activités dont pourront convenir spécifiquement les parties négociantes qui en aviseront la Régie par écrit.

**AVIS :** *Utiliser un des codes d'activités suivants :*

- 065021** (Activités comme chef de département ou de service sauf pour la spécialité d'anesthésiologie).
- 065020** (Participation à des comités, aux réunions de service, de département ou du CMDP sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)
- 065019** (Activités à titre de responsable de programme clinique sauf pour la spécialité d'anesthésiologie)

**AVIS :** *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.*

## 2. PER DIEM ET DEMI PER DIEM

**AVIS :** *Les activités réalisées par le médecin spécialiste doivent être facturées sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération mixte n° 3743.*

**2.1** Le médecin spécialiste reçoit un *per diem* pour les activités médicales, les activités médico-administratives et les activités d'enseignement auxquelles il participe au cours d'une journée d'activité.

Pour une demi-journée d'activité, il reçoit un demi *per diem*.

**2.2** Une journée d'activité s'entend d'une période moyenne d'activité de sept heures, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Une demi-journée d'activité s'entend d'une période moyenne d'activité de trois heures et demie, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

**AVIS :** *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraire de votre discipline.*

**2.3** Aux fins de la détermination d'une période moyenne d'activité, on applique les règles suivantes :

- i. Le calcul de la période moyenne d'activité est effectué par période de deux semaines;

**AVIS :** *La période est établie selon le calendrier spécifique à la rémunération mixte. Voir le point 4.8 de la section Paiement - Rémunération mixte.*

- ii. Le médecin ne peut réclamer plus d'un *per diem* par jour;
- iii. Le médecin ne peut réclamer le paiement d'un *demi per diem* au cours d'une journée où il ne participe à aucune des activités prévues à l'article 2.1;
- iv. Le médecin ne peut réclamer le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée où sa participation aux activités prévues à l'article 2.1 a été inférieure à trois heures et demie;
- v. Aux fins de déterminer le nombre maximum de *demi per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de deux semaines, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues à l'article 2.1 au cours de cette période de deux semaines.

**AVIS :** *Un per diem équivaut à deux demi per diem .*

**AVIS :** *Pour le médecin anesthésiologiste, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.*

**2.4** Le montant du *per diem* est de 704 \$. Le montant du demi *per diem* est de 352 \$.

### 3. SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

**AVIS :** Les honoraires demandés par le médecin spécialiste doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de rémunération de **sa spécialité**, pour les services médicaux **dans la section Actes** du formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, et pour les services de laboratoire (SLE) sur le formulaire Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation n° 1606.

Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin spécialiste durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit obligatoirement inscrire dans la case P. H. sur le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200, la **plage horaire** durant laquelle le service a été rendu, et ce, peu importe le lieu de dispensation (établissement, cabinet, domicile, etc.) :

De minuit à 7 h (nuit), la plage horaire = 1

De 7 h à 12 h (a. m.), la plage horaire = 2

De 12 h à 17 h (p. m.), la plage horaire = 3

De 17 h à minuit (soir), la plage horaire = 4

**IMPORTANT :** Pour le médecin spécialiste autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **uniquement** à titre de membre d'un pool de service dans un centre hospitalier, l'obligation d'inscrire une plage horaire pour les services demandés est **limitée** aux périodes (dates de service) où il se rend dans cet établissement. En d'autres temps, la plage horaire n'est pas obligatoire.

**3.1** Le médecin spécialiste reçoit également un pourcentage de la rémunération à l'acte autrement payable en vertu des dispositions des Annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'*Accord-cadre* pour la prestation de services médicaux entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

**AVIS** : Pour la facturation des services de laboratoire (SLE-Acte), utiliser le **modificateur 118**.

# **AVIS** : Pour le médecin anesthésiologiste et le médecin rhumatologue, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

Les services médicaux visés ainsi que les suppléments d'honoraires applicables au sein d'une spécialité sont indiqués en annexe. Aux fins de la détermination et de l'application de ces suppléments d'honoraires, on applique les règles suivantes :

- i. Lorsqu'un service médical est visé par plus d'un supplément d'honoraires, on retient le supplément d'honoraires le plus élevé;
- ii. Lorsque le supplément d'honoraires prévu au sein d'une spécialité varie en fonction du tarif ou du nombre d'unités anesthésiques d'un service médical, on détermine le supplément d'honoraires applicable à un service médical selon la tarification de base de ce service médical, sans égard à toute majoration, réduction ou autres modificateurs applicables en vertu des Annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'*Accord-cadre*;

**AVIS** : On détermine le supplément d'honoraires (%) applicable selon le tarif du rôle 1 ou selon le tarif du rôle 2 (unités anesthésiques) du service médical. Ce supplément d'honoraires (%) s'applique ensuite pour tous les rôles à l'exception du rôle 4 qui n'est pas rémunérable, sauf dans le cas de l'assistance opératoire prévue à la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie et de l'honoraire additionnel payable en vertu de la règle 15 de cet addendum. Pour un service médical à unités (rôle 1), on tient compte seulement du tarif de la première unité pour déterminer le supplément d'honoraires (%) applicable.

- iii. Aux fins de l'application d'un supplément d'honoraires à un service médical, on retient la tarification de ce service médical, une fois qu'il est tenu compte de toute majoration, réduction ou autres modificateurs applicables en vertu des dispositions des Annexes 4, 5, 6, 7 et 8 de l'*Accord-cadre*;
- iv. En anesthésie, on applique le supplément d'honoraires sur les unités de base ainsi que sur les unités de durée;

**3.2** Toutefois, malgré l'absence de disposition spécifique à cet effet au sein des modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 100 % s'applique toujours sur les services médicaux suivants :

- Constat de décès (code 09200);
- Évaluation médico-psycho-sociale (codes 09100 et 09101);
- Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel (codes 00089, 00090 et 09069);
- Examen d'un enfant suivant la *Loi sur la protection de la jeunesse* (codes 09071 et 09073);
- Services professionnels couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (codes 09800 et 09801);
- Services professionnels couverts par la *Loi sur le curateur public* (codes 09825 et 09826);
- Services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (codes 09900, 09907, 09908, 09909, 09914, 09915, 09916, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09951, 09954, 09955, 09970, 09971 et 09975);
- Formulaire - Programme de dépistage du cancer du sein (codes 09814, 09815, 09816 et 09817);
- Formulaire - Programme d'aide aux victimes de l'hépatite C (code 09818).

**AVIS** : Ces services sont payables en tout temps dans l'établissement où le médecin spécialiste est autorisé au mode de rémunération mixte.

**3.3** Nonobstant toutes dispositions au contraire dans les modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 50 % s'applique sur le supplément payable en vertu de la Règle 28 du *Préambule général* de l'Annexe 4 ou de la Règle 7 du *Préambule général* de l'Annexe 5.

**AVIS** : Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes concernés, utiliser le code d'acte 70000. Les spécialités visées sont : chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, dermatologie, médecine interne, néphrologie, neurologie, obstétrique-gynécologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie et radio-oncologie.

*Pédiatrie* : pour la facturation du PG-28 relativement aux codes 00234, 00249 et 00863, utiliser le code d'acte 70002.

*Pour la facturation du PG-7 relativement aux codes concernés, utiliser le code d'acte 70003. Les spécialités visées sont : cardiologie, médecine nucléaire, pédiatrie et radiologie diagnostique.*

**3.4** Toutefois, malgré l'absence de disposition spécifique à cet effet au sein des modèles de rémunération mixte produits en annexe, un supplément d'honoraires à 100 % s'applique sur les honoraires additionnels payables en vertu de la Règle 15.2 de l'Addendum 4. – *Chirurgie*.

De plus, ces honoraires additionnels s'appliquent jusqu'à 21 h plutôt que 19 h.

**AVIS** : Pour la facturation du supplément d'honoraires à 100 % relativement à la règle 15.2 de l'Addendum 4, utiliser le code d'acte **05916** pour l'honoraire additionnel a. m. et le code d'acte **05917** pour l'honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes.

#### **4. AUTRE RÉMUNÉRATION**

**4.1** 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, en faisant toutefois abstraction de la Règle 14 du *Préambule général* du Tarif de la médecine et de la chirurgie et de la Règle 4 du *Préambule général* du Tarif de la Médecine de laboratoire, pour la prestation de services médicaux le samedi, le dimanche et les jours fériés ainsi qu'entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi.

Toutefois, les honoraires de visite de contrôle ne sont pas payables entre 17 h et 7 h du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, à l'occasion d'une tournée des malades.

**AVIS** : Pour la facturation des services de laboratoire (SLE-Acte), utiliser le modificateur 119.

*Pour la facturation des services médicaux, inscrire la plage horaire 1 ou 4 et les honoraires à 100 %.*

**AVIS** : Pour le médecin anesthésiologiste et le médecin rhumatologue, vous référer aux modalités particulières présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre discipline.

**4.2** De plus, le médecin spécialiste qui est appelé pour une urgence au cours des périodes suivantes, a droit au paiement d'honoraires majorés :

- # i. La majoration est de 70 % entre 7 h et minuit, le samedi, le dimanche et les jours fériés, et entre 21 h et minuit les autres jours;
- ii. La majoration est de 150 % entre minuit et 7 h, tous les jours.

**AVIS :** Pour les soins d'urgence en rémunération mixte, il faut obligatoirement utiliser les modificateurs du tableau suivant qui remplacent ceux des règles 4 et 14.

#### MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

	Début de l'opération (Tous les rôles)
SOIR, du lundi au vendredi de 21 h à minuit	MOD = 109
NUIT, de minuit à 7 h	MOD = 110
WEEK-END, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit	MOD = 111
JOUR, du lundi au vendredi, de 7 h à 21 h (aucune majoration)	-----

**Remarque :** Voir l'article 4.2 pour connaître la majoration applicable pour chacun des modificateurs

**4.3** Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences sont d'au moins 189 \$ entre minuit et 7 heures tous les jours et d'au moins 126 \$ entre 7 heures et minuit le samedi, le dimanche et les jours fériés ou entre 21 h et minuit les autres jours, à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 253 \$ et 126 \$ respectivement, pour chacune des périodes visées.

**AVIS :** Pour facturer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :

- Code d'acte 09203 de minuit à 7 h;
- Code d'acte 09204 de 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 21 h à minuit, les autres jours.

Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement section 3.2.6.6 du Manuel des médecins spécialistes.

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre :

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients **ou**;
- la facturation des actes avec les modificateurs appropriés posés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**

Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le **modificateur 094** ou un de ses multiples.

## 5. RÈGLE D'APPLICATION

**5.1** Pour les fins de l'application de la rémunération à l'acte prévue à l'article 4.1 ou des majorations d'honoraires prévues à l'article 4.2, on applique les règles suivantes :

- i. On retient l'heure du début de prestation du service.
- ii. En obstétrique, on retient l'heure de la naissance.
- iii. À l'égard des procédés d'anesthésiologie tarifés en unités : pour les unités de durée, on retient le temps de prestation du service qui coïncide avec les périodes visées aux articles précités; pour les unités de base, on retient l'heure du début de prestation du service.

## 6. SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ

**6.1** Le médecin spécialiste reçoit également le paiement du supplément de garde autrement payable en vertu de l'*Annexe 25* de l'*Accord-cadre*, selon les conditions qui y sont prévues. Toutefois, les jours considérés fériés sont ceux prévus à l'article 15.3.

**AVIS :** *Veillez vous référer à l'Annexe 25 pour la facturation du supplément de garde.*

Des règles spécifiques peuvent cependant s'appliquer dans certaines spécialités. Celles-ci sont alors indiquées en annexe.

**AVIS :** *Pour avoir droit aux règles spécifiques de l'Annexe 38, le médecin spécialiste doit effectuer sa garde dans la spécialité où il est classé.*

**AVIS :** *Pour les spécialités et les établissements visés par l'Annexe 25, se reporter à cette annexe pour connaître les codes d'acte et les tarifs à réclamer. De plus, si en regard d'une spécialité et d'un établissement spécifique, un forfait de garde en disponibilité est accordé par une lettre d'entente aux conditions de l'Annexe 25, le médecin doit demander les codes d'acte et les tarifs de cette lettre d'entente. Pour les autres situations, se reporter au tableau qui suit.*

---

## TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

### Suppléments pour la garde locale

**AVIS :** *La liste des codes d'acte et des tarifs pour les suppléments pour la garde locale est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :*

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/liste/>

## 7. FORFAIT RÉSEAU

**7.1** Un supplément peut être payable au médecin spécialiste qui, comme membre d'un groupe concerté, participe à la prestation des services médicaux dans un établissement autre que celui où il exerce de façon principale.

Seuls les groupes de médecins assurant de façon permanente la prestation des soins et ayant été reconnus par les parties négociantes peuvent réclamer le paiement de ce supplément au cours de la période autorisée. L'avis d'autorisation indique le nom du médecin, la spécialité et l'établissement visé, la période d'application ainsi que le montant du supplément.

## TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS – FORFAIT RÉSEAU

Spécialités	Codes d'acte	Tarif (\$)
Hématologie-oncologie médicale (groupe A)	19004	170,00
Hématologie-oncologie médicale (groupe B)	19005	170,00
Autres disciplines	09780	170,00

**AVIS :** *Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante; inscrire :*

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case ÉTABLISSEMENT;
- la plage horaire correspondant, dans la case P.H.;
- le code d'acte susmentionné, dans la case ACTES;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

## 8. RESSOURCEMENT

+ *Abrogé*

## 9. ASSISTANCE CHIRURGICALE

**9.1** Le médecin spécialiste qui assiste un chirurgien au cours d'une journée a droit, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie sa présence, au paiement d'un *per diem* ou d'un demi *per diem*, selon sa période d'activité, mais n'a pas droit au supplément d'honoraires prévu à l'article 3.1 pour son travail d'assistance chirurgicale, à l'exception toutefois de l'assistance opératoire prévue à la règle 13 de l'*Addendum 4. Chirurgie* et de l'honoraire additionnel payable en vertu de la règle 15 de cet addendum.

## 10. MODALITÉS PARTICULIÈRES

**10.1** Le mode de rémunération mixte peut faire l'objet de modalités d'application différentes ou additionnelles au sein de certaines spécialités. Ces modalités sont indiquées en annexe.

## 11. EXERCICE EN CABINET PRIVÉ

**11.1** Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médicaux qu'il dispense en cabinet privé. Toutefois, s'il réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré en cabinet privé pour les services médicaux dispensés entre 7 h et 17 h.

**AVIS** : *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin spécialiste ne peut facturer aucun service dispensé avant 17 h en cabinet.*

**11.2** Les parties négociantes peuvent toutefois autoriser l'application du mode de rémunération mixte afin de rémunérer les activités d'un médecin spécialiste en cabinet privé, dans la mesure où le cabinet où exerce ce médecin est un cabinet associé à un établissement et accepte de fournir des soins qui s'inscrivent en continuité et en complémentarité de ceux dispensés par l'établissement.

Les parties négociantes peuvent également fixer les autres conditions qu'elles jugent nécessaires avant d'autoriser l'application du mode de rémunération mixte en cabinet privé.

## **12. SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES (Annexe 24 de l'Accord-cadre)**

**12.1** Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe demeure rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la *Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, et mentionnés à l'Annexe 24 de l'Accord-cadre.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour ces services médico-administratifs lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs mentionnés à l'article 3.2.

## **13. PROTOCOLE D'ACCORD**

**13.1** Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe demeure rémunéré au tarif horaire pour les activités visées au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux, au Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée ou au Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins participant aux travaux du Conseil québécois de lutte contre le cancer.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré pour les activités auxquelles il participe entre 7 h et 17 h.

**AVIS :** *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin spécialiste ne peut facturer aucune activité réalisée avant 17 h en regard de ces trois protocoles d'accord.*

## **14. EXERCICE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT**

**14.1** Le médecin spécialiste auquel s'applique le mode de rémunération mixte au sein d'un hôpital, et qui dispense également des services au sein d'un autre hôpital, est rémunéré pour ces services selon le mode de rémunération applicable au sein de ce dernier.

Toutefois, s'il réclame le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée, il ne peut être rémunéré au sein de cet autre hôpital pour les services dispensés entre 7 h et 17 h, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également au sein de cet autre hôpital.

**AVIS :** *Au cours de la journée où le paiement d'un per diem est demandé, le médecin ne peut facturer aucun service avant 17 h dans un hôpital où il ne détient pas une autorisation de facturer selon le mode de la rémunération mixte.*

**15. DIVERS**

**15.1** Sous réserve de l'article 15.2, l'ensemble des dispositions prévues à l'Accord-cadre s'applique, avec les adaptations nécessaires, au médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte, à l'exception toutefois des dispositions contenues aux Annexes 13, 14, 15, 16, 21, 26, 30, 31 et 33.

**15.2** L'application de certaines dispositions prévues à l'Accord-cadre s'effectue toutefois selon les modalités suivantes :

- i. En ce qui a trait aux Annexes 10, 27 et 28, les majorations d'honoraires qui y sont prévues s'appliquent de 21 h à minuit plutôt que de 19 h à minuit, et de 7 h à minuit plutôt que de 8 h à minuit.
- ii. En ce qui a trait à l'Annexe 11, les mesures qui y sont prévues peuvent faire l'objet de modalités d'application particulières au sein des départements, services ou secteurs d'activité visés par le mode de rémunération mixte. Ces modalités sont, le cas échéant, déterminées par les parties négociantes lors de l'acceptation d'une demande d'application du mode de rémunération mixte.
- iii. En ce qui a trait à l'Annexe 29, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin qui, au cours d'une journée, assume la prise en charge d'une unité reconnue en vertu de l'Annexe 29. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'Annexe 29 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours de cette journée.

**AVIS :** *Inscrire le **modificateur 117** (ou ses multiples) pour tous les services rendus lorsque le médecin assume la prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 (codes d'acte 09294 et 09295) au cours d'une journée.*

*Les services rendus en urgence doivent être facturés avec les modificateurs d'urgence de l'Annexe 38. Les jours fériés qui s'appliquent sont ceux de l'Annexe 38, article 15.3.*

*Les multiples du modificateur 117 sont les suivants :*

#            050 - 117 = MOD 248  
               094 - 117 = MOD 249  
               108 - 117 = MOD 266  
               109 - 117 = MOD 245  
               110 - 117 = MOD 246  
               111 - 117 = MOD 247  
               117 - 172 = MOD 594  
               117 - 199 = MOD 459

**AVIS :** *Lorsqu'il y a prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue en vertu de l'Annexe 29, veuillez vous référer au forfait et au tarif prévus à l'Annexe 25 pour la facturation d'un supplément de garde en disponibilité.*

- iv. En ce qui a trait à l'Annexe 30, seules les dispositions prévues à l'article 1.2 de cette annexe s'appliquent. Les services médicaux visés sont sujets au supplément d'honoraires prévu en annexe.
- v. En ce qui a trait à l'Annexe 39, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin classé en chirurgie plastique qui, au cours d'une journée, dispense des soins dans une unité de grands brûlés désignée par les parties négociantes. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'Annexe 39 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours de cette journée.

**AVIS :** *Inscrire le **modificateur 192** (ou ses multiples) pour tous les services dispensés en vertu de l'Annexe 39, par un médecin spécialiste en chirurgie plastique autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte.*

*Les services rendus en urgence pour une raison autre qu'une brûlure doivent être facturés avec les modificateurs d'urgence de l'Annexe 38.*

*Les multiples du modificateur 192 sont les suivants :*

050 - 192 = MOD 809  
 094 - 192 = MOD 810

- vi. En ce qui a trait à l'Annexe 41, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin classé en anesthésiologie qui, au cours d'une journée, dispense des soins dans un centre de douleur chronique reconnu par les parties négociantes. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'Annexe 41 ainsi que des dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services qu'il dispense au cours d'une journée.

vii. En ce qui a trait à l'*Annexe 42*, le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas au médecin classé en psychiatrie qui, au cours d'une demi-journée, réclame le paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 4.1 de l'*Annexe 42*. Ce médecin demeure rémunéré en vertu des dispositions de l'*Annexe 42* ainsi que des dispositions générales de l'*Accord-cadre* pour les services qu'il dispense au cours de cette demi-journée.

# **AVIS :** *Lorsqu'un des montants forfaitaires prévus à l'article 4.1 est réclamé (codes d'acte 98013, 98014, 98018 ou 98019), inscrire le modificateur 127 ou son multiple uniquement pour tous les autres services dispensés en vertu de l'Annexe 42 par un psychiatre autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte dans l'établissement désigné et pour lequel il est soumis à ce mode de rémunération.*

*Le multiple du modificateur 127 est le suivant :*

*094 - 127 = MOD 222 (constante 1,0000)*

**15.3** Aux fins de la présente annexe, est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement. Les fêtes sont : 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 du Québec, la fête du Canada, la fête du travail, l'Action de grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël et la veille du jour de l'An.

**AVIS :** *La Régie appliquera le calendrier des jours fériés qui figure au point 3.5 de la section Demande de paiement - Rémunération mixte, sauf si l'établissement concerné par les services facturés lui a fait connaître une date de célébration du jour férié différente pour son personnel infirmier.*

**15.4** 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. Il doit y avoir été préalablement invité par le directeur régional de santé publique, le président directeur général de l'Institut national de santé publique ou le directeur général de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au moyen d'une demande écrite précisant la nature de sa participation et sa durée.

Celui qui est appelé comme médecin-conseil peut être rémunéré selon le mode de rémunération mixte. Toutefois, l'autorisation des parties négociantes est nécessaire si le médecin ne bénéficie pas déjà de ce mode de rémunération mixte ou si sa participation comme médecin-conseil est requise pour une période s'étalant sur plus de 30 jours dans l'année civile.

Aux fins de l'application du mode de rémunération mixte, les activités médicales visées à l'article 1.2 comprennent également l'ensemble des activités prévues à l'article 1 du modèle de rémunération mixte de la Santé communautaire apparaissant en annexe.

## 16. LIMITATION

**16.1** Le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins qui exercent dans un département, service ou secteur d'activité où s'applique ce mode, incluant ceux qui y exercent dans un contexte de remplacement ou, dans les cas spécifiques autorisés par les parties négociantes, ceux qui y exercent dans un contexte de support ou de pool de service.

Les parties négociantes peuvent toutefois convenir d'une exception à cette règle pour le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active, pour le médecin qui exerce dans un contexte de support ainsi que pour le médecin visé par l'*Annexe 16* de l'*Accord-cadre*; ce dernier pouvant plutôt conserver le mode de rémunération au salariat.

Le médecin auquel s'applique le mode de rémunération mixte ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie que ceux prévus à la présente annexe.

# **AVIS :** *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité des médecins concernés en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support ou en pool de service n° 3121. Il est important de mentionner qu'il s'agit d'une nomination dans le cadre d'un support.*

## 17. PROCÉDURE D'AUTORISATION

**17.1** Toute demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte est transmise par l'administration de l'établissement à la demande du département, service ou secteur d'activité concerné.

La demande fait état des médecins exerçant dans le département, service ou secteur d'activité concerné et du niveau d'activité de chacun de ces médecins.

**17.2** La demande d'autorisation peut viser la reconnaissance spécifique par les parties négociantes d'un poste de support ou de pool de service au sein du département, service ou secteur d'activité concerné.

La demande fait alors état du niveau global d'activité des médecins qui participeront à la prestation des soins dans un contexte de support ou de pool de service.

**AVIS** : *L'autorisation d'un poste de support peut être accordée lorsqu'un surplus d'activités professionnelles nécessite l'ajout d'effectifs médicaux. L'administration de l'établissement doit faire une demande d'autorisation d'un poste de support aux parties négociantes, en l'occurrence, à la Direction générale des relations professionnelles du MSSS.*

*L'autorisation d'un poste de « pool de service » composé d'un groupe de médecins spécialistes peut être donnée pour combler un poste vacant déjà autorisé dans les budgets d'effectifs médicaux d'un établissement. Pour ce faire, suivre la procédure décrite ci-dessus.*

**17.3** Les parties négociantes forment un comité aux fins de recevoir et d'analyser les demandes d'autorisation pour le paiement suivant le mode de rémunération mixte.

**17.4** Le comité examine les demandes d'autorisation de paiement en considérant, notamment, le département, service ou secteur d'activité concerné, les médecins qui exercent au sein de ce département, service ou secteur d'activité, leur niveau de participation aux activités visées par la présente annexe et tout autre critère pouvant être déterminé par les parties négociantes.

**17.5** Le comité recommande aux parties négociantes l'acceptation ou le refus de la demande d'autorisation de paiement selon le mode de rémunération mixte ainsi que la date du début d'application et de renouvellement annuel de l'autorisation.

**17.6** L'avis d'autorisation comporte l'information nécessaire à l'application du mode de rémunération mixte dont l'identification de l'établissement et du département, service ou secteur d'activité concerné, la date d'application du mode de rémunération mixte, le nom des médecins du département, service ou secteur d'activité concerné - sauf lors de la reconnaissance d'un poste de support ou de pool de service - et le niveau global d'activité exprimé en équivalent temps complet.

# **AVIS** : *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie de l'identité des médecins concernés en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support ou en pool de service n° 3121. Il est important de mentionner s'il s'agit d'une nomination dans le cadre d'un « pool de service » ou de support.*

*Dans le cas d'un « pool de service », seule la date de début de nomination doit être précisée pour couvrir toute la durée de la nomination. Indiquer « Annexe 38 » dans la section Situation d'entente.*

*Pour un poste de support, préciser la période visée et fournir un avis pour chaque période en remplissant le formulaire Avis de remplacement, de désignation en support ou en pool de service n° 3121. Indiquer « Annexe 38 » dans la section Situation d'entente. Le choix du mode de rémunération et la signature du médecin ne sont pas requis dans ce cas.*

**17.7** L'autorisation de paiement suivant le mode de rémunération mixte se renouvelle automatiquement à chaque année, à moins que le département, service ou secteur d'activité demande de ne pas renouveler l'autorisation. Toutefois, les parties négociantes peuvent assujettir le renouvellement de l'autorisation aux conditions et modalités qu'elles déterminent.

**AVIS** : *L'administration d'un établissement doit informer les parties négociantes et la Régie lorsqu'un médecin s'ajoute ou quitte le département, le service ou le secteur de dispensation où s'applique le mode de la rémunération mixte.*

**17.8** La Régie donne effet aux avis d'autorisation qui lui sont présentés par les parties négociantes ou leurs représentants désignés.

## 18. RÉMUNÉRATION UNIVERSITAIRE

**18.1** Les parties négociantes conviennent de la nécessité de compléter les composantes du mode de rémunération mixte en déterminant, conjointement avec les milieux universitaires, les modalités d'application d'un forfait universitaire pour les médecins spécialistes exerçant en milieu hospitalo-universitaire.

**18.2** De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engage à effectuer les démarches nécessaires afin d'assurer le maintien d'une enveloppe de rémunération minimum de 33 millions \$ par année provenant du ministère de l'Éducation du Québec pour la rémunération des tâches universitaires effectuées par les médecins spécialistes exerçant en milieu hospitalo-universitaire.

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

**PAULINE MAROIS**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

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