



Vote de ratification 2021

Résumé

Entente-cadre de principe sur les services de médecin de 2020-2021 à 2024-2025



Résumé

Entente-cadre de principe sur les services de médecin de 2020-2021 à 2024-2025

Table des matières

Comité de négociation	3
Contexte	3
Points saillants de l'entente.....	4
3.1 Programme provincial d'hospitalistes	6
3.2 La période pré/postopératoire et l'outil de classement par priorité des cas chirurgicaux.	6
3.3 Services d'urgence	7
3.4 Régime de rémunération des médecins salariés (RRMS).....	7
3.5 Plan de continuité des activités	8
3.6 ARF pour les USI fermées.....	8
3.7 Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick (RSPNB).....	9
3.8 Soins virtuels	9
3.9 Médecine familiale Nouveau-Brunswick (MFNB).....	10
3.10 Heure de la journée	10
3.11 Anesthésie.....	10
3.12 Formation des médecins en matière de facturation	10
3.14 Unité de soins médicaux intermédiaires (USMI) de Saint John.....	11
3.16 Élimination des disparités en matière de remuneration.....	11
3.16 Autres éléments.....	11

Comité de négociation

- Dr Ben Hoyt, président, ORL, Fredericton
- Dr Kevin Christie, Médecine familiale, Fredericton
- Dre Michèle Michaud, Médecine familiale, Edmundston
- Dre Samantha Gray, Oncologie médicale, Saint John
- Anthony Knight, chef de la direction de la SMNB
- John Maher, chef des négociations et de la rémunération des médecins de la SMNB
- Tim Ross, avocat-conseil à l'interne de la SMNB
- Ryan Campbell, spécialiste principal des questions économiques de la SMNB

Le Conseil d'administration de la Société médicale du Nouveau-Brunswick a le plaisir de vous informer qu'au terme de près de 20 mois de négociations, le Comité de négociation de la SMNB a conclu une entente de principe (l'« **entente de principe** ») avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Si les membres et le Conseil choisissent de ratifier ladite entente de principe, la SMNB pourra mettre à jour et remplacer l'entente-cadre sur les services de médecin (l'« **ECSM** ») qui a expiré le 31 mars 2020.

Contexte

La SMNB a entamé des négociations officielles avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick en décembre 2019. Le processus de négociation a été interrompu à plusieurs reprises en raison de l'évolution des restrictions de santé publique liées à la pandémie tout au long de 2020 et 2021. Les élections provinciales et fédérales ont également interrompu les négociations à divers moments au cours des deux dernières années, ce qui a rendu difficile le maintien de l'élan. Cependant, les parties ont continué à se rencontrer ailleurs qu'à la table de négociation officielle pendant ces périodes de restrictions pour faire progresser les pourparlers. Par conséquent, le Comité de négociation de la SMNB a eu le plaisir de présenter une entente de principe au Conseil d'administration de la SMNB le 25 octobre 2021.

L'entente de principe introduit des modifications ciblées dans l'intérêt de tous les membres. L'objectif est d'apporter des modifications qui auront une incidence durable sur l'ensemble des membres.

La SMNB a mis l'accent sur les systèmes hospitaliers en renforçant les services d'urgence, en favorisant l'évolution des soins aux patients hospitalisés et en négociant un nouveau modèle d'unité de soins intensifs fermée. La SMNB a également réussi à étendre les soins virtuels pour permettre un examen de leur incidence et des pratiques exemplaires, à renouveler le processus de négociation des autres régimes de financement (ARF) pour y intégrer une plus grande transparence et une plus grande responsabilité, à raccourcir les périodes pré et postopératoires pour les spécialistes en chirurgie et à négocier une série de changements pour les médecins salariés, entre autres.

L'entente de principe comprend l'AEG traditionnelle sous forme de rajustements en pourcentage et ce que nous avons appelé le **financement complémentaire**, un financement au-delà de l'AEG servant à stabiliser les principaux organes de prestation du système. L'entente comprend également des engagements à travailler sur des initiatives en dehors du processus officiel de négociation et d'autres modifications et améliorations de nos barèmes de prestations de l'ECSM. La valeur totale des rajustements de l'AEG et du financement complémentaire représente environ **11,5 %** ou **81,6 millions de dollars** au cours des cinq années de l'entente proposée.

Points saillants de l'entente

Résumé financier

Année	AEG	Ciblé	Total
Année 1 – 1 ^{er} avril 2020	2 %	1,0 %	3,0 %
Année 2 – 1 ^{er} avril 2021	1,5 %*	2,0%	3,5 %
Année 3 – 1 ^{er} avril 2022	1,5 %	0,2 %	1,7 %
Année 4 – 1 ^{er} avril 2023	1,5 %	0,3 %	1,8 %
Année 5 – 1 ^{er} avril 2024	1,5 %		1,5 %

Total : **11,5% (81,6 M\$)**

L'entente de principe et le financement sont divisés en 3 parties comme suit :

- 1. Augmentation économique générale (AEG)** — Il s'agit de l'augmentation globale en pourcentage négociée pour chaque année de l'entente. Le pourcentage d'augmentation s'applique aux échelles salariales des médecins rémunérés en vertu du régime de rémunération des médecins salariés de la province et il est attribué par le Comité des questions économiques des médecins rémunérés à l'acte (MRA) et approuvé par le Conseil d'administration de la SMNB pour les MRA (tous les MRA, les médecins rémunérés à la vacation et les médecins rémunérés selon un ARF).
- 2. Financement ciblé** — Il s'agit de fonds réservés pour répondre aux priorités collectives qui n'ont pu être finalisées à la table des négociations en raison de la complexité de la question et de la nécessité d'impliquer les membres concernés. Ces priorités sont financées par l'AEG.
- 3. Financement complémentaire** — Il s'agit d'un financement au-delà de l'augmentation en pourcentage de l'AEG qui a été attribué à des éléments, des sections et des initiatives reconnus comme étant prioritaires mutuellement par la SMNB et le ministère de la Santé pour le système de santé.

AEG

Année 1 - 1 ^{er} avril 2020	2,0 %
Année 2 – 1 ^{er} avril 2021	1,5 %*
Année 3 – 1 ^{er} avril 2022	1,5 %
Année 4 – 1 ^{er} avril 2023	1,5 %
Année 5 – 1 ^{er} avril 2024	1,5 %
Total :	8,0 % (56 M\$)

*Financement ciblé décrit ci-dessous.

Financement ciblé

0,5 % de l'augmentation négociée à l'intention des MRA de l'année 2 a été affecté aux articles suivants :

- 2.1 Groupe de travail sur les soins primaires (250 000 \$)
- 2.2 Initiatives d'amélioration de la chirurgie
- 2.3 Visites de spécialistes
- 2.4 Soutien à l'Unité de soins coronaires
- 2.5 Taux de rémunération à la vacation pour priorités communes
- 2.6 Initiative de mieux-être (200 000 \$)

Financement complémentaire

3.1 Programme d'hospitalistes	11,8 M\$
3.2 Nouveau modèle d'ICU fermée	1,25 M\$
3.3 Éléments du régime de rémunération des médecins salariés	6,1 M\$
3.5 Services d'urgence	6,9 M\$
3.6 Réseau de soins primaires	Coût du gouvernement
3.7 USMI	323 k\$
3.8 Frais d'autopsie	42,8 k\$
3.11 Exploitation de MFNB	31 k\$
3.12 Seuil de revenu des MRA	78 k\$
Total :	25,6 M\$ (3,50 %)

À noter : Les éléments individuels ne correspondent pas au total, car les coûts/économies compensatoires liés à certains éléments/changements de programme n'ont pas été inclus.

Points saillants du programme négocié

3.1 Programme provincial d'hospitalistes

Création d'un programme d'hospitalistes rémunérés à la vacation (taux horaire) pour l'ensemble de l'hôpital dans les huit hôpitaux régionaux afin de prendre en charge tous les patients hospitalisés (orphelins ou non) en médecine familiale et pris en charge par un hospitaliste.

Rémunération (à la vacation selon la moyenne de 17 patients/8 heures)

Niveau 1 Tarif de base	152 \$/h
Niveau 2 Respect des objectifs	160 \$/h
Niveau 3 Dépassement des objectifs	168 \$/h

La couverture après les heures de travail sera payée selon la rémunération à l'acte, y compris la facturation de l'indemnité de service de garde.

La mesure de l'atteinte des objectifs comprend l'analyse des données sur la durée moyenne du séjour des patients, les taux de réadmission, le coût du séjour à l'hôpital, les admissions et les sorties en temps opportun.

Avantages

- Des heures fixes de couverture quotidienne avec une rémunération quotidienne fixe et prévisible pour les médecins;
- Permettre aux médecins exerçant en milieu communautaire de se concentrer sur la pratique en clinique;
- Permettre aux médecins d'opter pour ou contre les soins aux patients hospitalisés;
- S'attaquer à l'épuisement professionnel, au recrutement, au maintien en poste et à la prolongation de la pratique des médecins préretraités.

3.2 La période pré/postopératoire et l'outil de classement par priorité des cas chirurgicaux

Les règles actuelles de facturation pré/postopératoire seront modifiées de la manière suivante :

- La période préopératoire sera réduite de 30 jours à 2 jours.
- La période postopératoire sera réduite de 30 jours à 14 jours.

Dans le cadre de cette proposition, le remplissage de l'outil de classement par priorité des cas chirurgicaux, code 1810, sera éliminé.

3.3 Services d'urgence

De nouveaux taux horaires ont été négociés pour la durée de l'entente pour les services d'urgence de la province, comme suit :

	Taux régional ^[O.B.]	Taux non régional
1 ^{er} avril 2019 (actuel)	205,32 \$	197,88 \$
1 ^{er} avril 2020	213,84 \$	199,23 \$
1 ^{er} avril 2021	222,72 \$	208,23 \$
1 ^{er} avril 2022	231,58 \$	216,87 \$
1 ^{er} avril 2023	241,58 \$	225,86 \$

Modèles de pratiques exemplaires pour les services d'urgence

Les parties consulteront tous les services d'urgence régionaux et travailleront avec ces derniers afin de formuler des dispositions modifiées en matière d'ARF, sur le modèle du Service d'urgence de l'Hôpital régional de Saint John, pour la prestation de soins d'urgence avant la fin de la présente entente-cadre et comprendront ce qui suit :

1. Centralisation de l'établissement des horaires,
2. Rotation des quarts de travail régionaux,
3. Centralisation de la gestion financière (heures, taux, etc.).

3.4 Régime de rémunération des médecins salariés (RRMS)

3.4.1 L'AEG de 8 % sera appliquée à toutes les échelles salariales (spécialité de médecine familiale et spécialités) pendant la durée de l'entente, soit cinq ans. De plus, les changements suivants ont été négociés pour les médecins salariés :

3.4.1.1 Pour tenir compte des difficultés de recrutement et des postes vacants, les psychiatres et les oncologues salariés recevront un rajustement au marché de 22,5 % supérieur au taux salarial certifié.

Les oncologues salariés recevront un supplément de 3,75 % sur le rajustement au marché amélioré en remplacement de la valeur du code 73 – consultation pour nouveau cancer, que l'on ne pourra plus facturer.

3.4.2 Le seuil de revenu à l'acte (SRA) sera porté à 55 517 \$ à compter du 1^{er} avril 2020 et augmenté conformément à l'AEG pour la durée de l'entente. De plus, le revenu des MRA pour la suppléance ne sera pas assujéti au SRA.

3.4.3 Le moratoire sur l'embauche de médecins salariés a été levé. Les régies régionales de la santé (RRS) ont le pouvoir discrétionnaire d'offrir de nouvelles options en matière de salaire aux médecins du Nouveau-Brunswick.

3.4.4 Les heures travaillées par les médecins salariés lors des tournées de week-end peuvent maintenant être mises en réserve comme *congés compensatoires* en vertu des directives sur les heures excessives de la politique sur le régime de rémunération des médecins.

3.4.5 Les frais d'autopsie du coroner ont été augmentés à compter du 1^{er} avril 2020 et seront augmentés grâce à l'AEG pendant la durée de l'entente comme suit :

	Type I (imprévu) ^(OBJ)	Type II (médicolégal)
Actuel	774,83 \$	1 267,33 \$
1 ^{er} avril 2020	790,33 \$	1 292,68 \$
1 ^{er} avril 2021	802,19 \$	1 312,07 \$
1 ^{er} avril 2022	814,19 \$	1 331,75 \$
1 ^{er} avril 2023	826,43 \$	1 351,72 \$
1 ^{er} avril 2024	838,83 \$	1 372,00 \$

3.4.6 Le ministère de la Santé a réaffirmé les dispositions de la politique FN2016 (politique de soutien administratif et des coûts indirects des médecins salariés). Le ministère de la Santé créera un processus d'examen trimestriel pour résoudre toute variation à cette politique cernée par la SMNB.

3.5 Plan de continuité des activités

Les parties ont convenu de créer une nouvelle annexe à l'ECSM qui garantit que pendant la pandémie actuelle et toute pandémie future, les médecins rémunérés à l'acte, les médecins rémunérés selon un ARF et les médecins rémunérés à la vacation qui sont exposés/infectés dans le cadre de leur travail pendant une pandémie et qui ne peuvent donc pas travailler en raison d'une maladie ou d'une quarantaine auront le droit de demander une indemnisation de 100 % de leurs paiements moyens de l'Assurance-maladie pendant leur période de maladie ou de quarantaine.

3.6 ARF pour les USI fermées

La SMNB a négocié des fonds supplémentaires pour réduire les inégalités des ententes actuelles touchant les autres modèles de financement des unités de soins intensifs fermées, en vertu de l'annexe T de l'ECSM, pour les quatre grandes unités de soins intensifs régionales, ce qui entraînera une augmentation du financement des unités de soins intensifs, en particulier des unités de soins intensifs fermées de l'Hôpital régional de Saint John et de L'Hôpital de Moncton.

Hôpital Lits		Budget	+/-
HDEC	8	1 327 782 \$	S.O.
GLD	8	1 327 782 \$	S.O.
HRSJ	16	1 991 674 \$	+591 674 \$
LHM	16	1 991 674 \$	+663 891 \$

Exigences :

- Tous les ARF des USI fermées doivent se conformer à l'entente-cadre sur les ARF.

- Toute augmentation du nombre de lits par rapport à ceux décrits ci-dessus entraîne une renégociation du budget.

(~Le budget de l'USI de l'HRSJ est approximatif.

3.7 Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick (RSPNB)

La SMNB et le ministère de la Santé conviennent de collaborer à l'établissement d'une nouvelle initiative d'accès aux soins primaires, que l'on prévoit appeler le Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick (RSPNB). L'objectif et l'intention du RSPNB seront mis en œuvre de sorte que :

- que chaque résident du Nouveau-Brunswick ait accès à un fournisseur de soins primaires;
- que la liste d'Accès Patient du ministère de la Santé soit éliminée et que chaque résident du Nouveau-Brunswick non rattaché à un fournisseur de soins primaires ait accès au RSPNB jusqu'à ce qu'il trouve un fournisseur de soins primaires permanent;
- que le ministère de la Santé, en consultation avec la SMNB, établisse un registre provincial de patients.

Le financement de cette initiative sera sous la seule responsabilité du ministère de la Santé et n'est pas liée à l'AEG, au financement ciblé de l'AEG ou au financement complémentaire dans le cadre de la présente entente.

Nouveau financement pour les médecins participants (À noter : la participation est volontaire.)

- Les visites du RSPNB seront facturées à 45 \$/visite. (Les consultations virtuelles seront autorisées);
- Les suppléments de facturation sont autorisés, le cas échéant :
 - Visite en cabinet pour les personnes âgées (code 8101);
 - Frais de fournitures pour le test de Papanicolaou (code 1999);
- Les médecins salariés, le Service d'urgence et les médecins retraités sont autorisés à participer.
- Le tarif d'administration et de coûts indirects sera négocié entre la ministre et la SMNB.

3.8 Soins virtuels

L'entente actuelle en matière de rémunération des soins virtuels au Nouveau-Brunswick se poursuivra jusqu'en mars 2022. En vertu de la présente entente de principe, l'entente actuelle en matière de rémunération des soins virtuels au Nouveau-Brunswick se poursuivra à titre de projet pilote, période pendant laquelle les parties conviennent de compiler et d'évaluer les données relatives à l'utilisation des soins virtuels.

Les parties se rencontreront mensuellement par l'entremise du Comité paritaire de surveillance actuel de la SMNB et du ministère de la Santé afin d'examiner les taux d'utilisation de la facturation virtuelle. Les parties peuvent décider mutuellement de rajuster l'utilisation d'un code virtuel particulier en fonction des informations recueillies dans le cadre du processus d'examen. L'une ou l'autre des parties peut suspendre l'utilisation d'un code virtuel particulier, à condition de donner un préavis de 90 jours.

Les comités de négociation se réuniront à nouveau vers mars 2022, à la fin du projet pilote, pour examiner les données et mettre au point un cadre de soins virtuels pour l'avenir.

3.9 Médecine familiale Nouveau-Brunswick (MFNB)

MFNB a été créée dans le cadre de l'ECSM de 2016 – 2020 qui recommandait de créer une nouvelle option de pratique en groupe pour la médecine familiale.

Les parties ont alors convenu de ce qui suit :

1. Un nouveau budget opérationnel quinquennal (de 2021-2022 à 2025-2026);
2. Création d'une nouvelle option de rémunération minimum garantie (RMG) pour les nouveaux médecins de MFNB avec un salaire pour les six premiers mois de leur participation au programme;
3. Remplacement de l'indice de l'Ontario par le modèle de paiement forfaitaire par patient du Nouveau-Brunswick;
4. Maintien du taux plafond existant de 96,09 \$.

3.10 Heure de la journée

L'exigence relative à l'heure de la journée pour les demandes de remboursement de l'Assurance-maladie sera élargie pour inclure les consultations et les codes de visite en cabinet, y compris les soins virtuels.

3.11 Anesthésie

Un groupe de travail composé de représentants du ministère de la Santé, de la SMNB et des régies régionales de la santé sera mis sur pied pour explorer les options de rémunération des anesthésistes afin de relever les défis liés au recrutement, au maintien en poste et à l'accès et afin d'élaborer des recommandations dans les six mois suivant la signature de l'ECSM. Le ministère de la Santé se réserve le droit d'accepter ou de rejeter les recommandations du groupe de travail. Si le ministère de la Santé accepte une partie ou la totalité des recommandations, le financement sera assuré en dehors de l'entente-cadre. Les parties accorderont également la priorité à l'anesthésie dans le cadre de l'examen continu du barème des honoraires.

3.12 Formation des médecins en matière de facturation

Pour s'assurer que les nouveaux médecins connaissent les règles, les codes de service, les politiques et les procédures du Manuel des médecins de l'Assurance-maladie, les parties ont convenu d'ajouter une disposition exigeant que les nouveaux médecins suivent une formation obligatoire en personne dans les trois mois suivant le début de leur pratique.

La formation en ligne est également obligatoire et doit être suivie dans les trois mois suivant le début de la pratique pour la section « Éléments communs à tous les médecins » du Manuel des médecins. (p. ex., les chapitres 1 à 4).

Les changements entreront en vigueur trois mois après la date de signature d'une nouvelle ECSM.

3.14 Unité de soins médicaux intermédiaires (USMI) de Saint John

Un autre régime de financement (ARF) a été créé pour l'Unité de soins médicaux intermédiaires (USMI) de Saint John. Cet ARF ajoute des heures supplémentaires au service de l'USMI à l'Hôpital régional de Saint John.

3.16 Élimination des disparités en matière de rémunération

On a élaboré pour l'Assurance-maladie une méthode de recensement des cas de facturation aberrante et d'examen des modèles de pratique, comme l'autorise la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

- Tout médecin dont la facturation présente trois écarts types ou plus par rapport à la moyenne de son groupe sur une base trimestrielle fera l'objet d'un examen par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.
- Les facturations soumises pendant la période d'examen qui sont supérieures à deux écarts types par rapport à la moyenne de la section peuvent être détenues en fiducie par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.
- Si l'examen de la facturation révèle des habitudes de facturation inappropriées ou non autorisées, l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick peut prendre des mesures supplémentaires de vérification, d'évaluation et d'application. Si aucune habitude de facturation inappropriée ou non autorisée n'est décelée, tous les fonds détenus en fiducie seront retournés au médecin.

3.16 Autres éléments

- Un montant annuel de 200 000 \$ a été ajouté pour la poursuite des activités de Mieux-être SMNB.
- Les annexes de l'ECSM ont été révisées et mises à jour par souci d'uniformité et d'exactitude.
- Un groupe de travail composé de représentants de la SMNB et du ministère de la Santé sera mis sur pied afin d'examiner la possibilité de modifier le Manuel des médecins pour qu'il reflète strictement la valeur monétaire des codes de facturation plutôt que les unités.
- Un groupe de travail bipartite composé de représentants de la SMNB et du ministère de la Santé sera formé pour examiner les codes d'emplacement du système de l'Assurance-maladie.
- Une somme annuelle de 250 000 \$ a été allouée pour créer un groupe de travail sur les soins primaires chargé d'examiner les recommandations et les options visant à améliorer la prestation des soins primaires au Nouveau-Brunswick.
- Le programme de financement des dossiers médicaux électroniques (DME) a été élargi pour permettre le versement de paiements aux médecins qui utilisent des DME approuvés par le ministère de la Santé dans un contexte de marché libre.
- Le Comité d'examen de la technologie doit présenter ses recommandations au Conseil d'administration de la SMNB dans les trois mois suivant la signature de l'ECSM.