

**SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF
DE LA PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK,
représentée par le MINISTRE DE LA SANTÉ**

- et -

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

ENTENTE-CADRE SUR LES SERVICES DE MÉDECIN

Effective April 1, 2020

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE A – DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	2
1.0 INTERPRÉTATION	2
1.1 Définitions.....	2
1.2 Certaines règles d’interprétation.....	5
1.3 Absence de présomption de rédaction.....	5
1.4 Annexes.....	5
2.0 PORTÉE DE L’ENTENTE.....	6
2.1 Objet de l’entente.....	6
2.2 Durée de l’Entente	7
PARTIE B – MÉDECINS RAA.....	7
3.0 BASE DE LA RÉMUNÉRATION.....	7
3.1 Définitions supplémentaires.....	7
3.2 Montant de base de la RAA	8
3.3 Montants de base de la RAA.....	9
3.4 Augmentation économique générale de la RAA.....	9
3.5 Montant de l’AEG de la RAA et Base de financement de la RAA.....	10
3.6 Financement par le Ministre.....	10
3.7 Éléments convenus du financement.....	10
4.0 RÉPARTITION DU MONTANT DE L’AEG DE LA RAA.....	10
4.1 Base de la Répartition	10
4.2 Initiatives ciblées de financement de l’AEG.....	10
4.3 Répartitions.....	11
4.4 Incorporation et mise en application de la Répartition.....	11
5.0 TARIFICATION.....	12
5.1 Adoption de la Tarification	12
5.2 Paiements sous le régime de la Tarification	12
5.3 Processus de négociation de nouveaux services	12
5.4 Révision des codes de service.....	12
6.0 ÉLÉMENTS NON ASSUJETTIS À LA TARIFICATION	13
6.1 Financement du programme	13
6.2 Nouveaux programmes – Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick et Programme d’hospitalistes.....	14
6.3 Plan de continuité des activités	14
6.4 Soins virtuels	14
6.5 Programme de financement à même les reliquats	14
6.6 Autres sources de financement	15
7.0 AUTRES DISPOSITIONS SUR LA RAA.....	16
7.1 Établissement des coûts de nouvelles initiatives	16
7.2 Médecins dispensant des services de suppléant après un paiement intégral du Fonds de maintien en poste des médecins RAA	16
7.3 Paiement unique.....	17
7.4 Accord de réciprocité avec le Québec	17
7.5 Autres sujets	17
8.0 AUTRES MODÈLES DE RÉMUNÉRATION	17

8.1	Nouveaux régimes	17
8.2	Aucun arbitrage	17
8.3	Options de financement pour les unités de soins intensifs fermées.....	18
8.4	Nouveau financement.....	18
PARTIE C – MÉDECINS RÉMUNÉRÉS SELON LA RRPM		18
9.0	PROCESSUS DE NÉGOCIATION POUR LES MÉDECINS RÉMUNÉRÉS SELON LA RRPM	18
9.1	Généralités.....	18
9.2	Questions sujettes à la négociation	18
9.3	Questions qui ne sont pas sujettes à la négociation	19
9.4	Questions ayant fait l’objet d’une entente.....	20
9.5	Approbations et ratification.....	21
9.6	Limite des négociations	21
10.0	BASE DE RÉMUNÉRATION.....	21
10.1	Généralités.....	21
10.2	Définition supplémentaire	21
10.3	Base de rémunération - Médecins rémunérés selon le RRPM	21
10.4	Financement par le Ministre.....	22
PARTIE D – AUTRES DISPOSITIONS		22
11.0	DIFFÉRENDS	22
11.1	Définition	22
11.2	Avis de différend	22
11.3	Arbitrage	22
12.0	APPLICATION DE L’ENTENTE.....	24
13.0	AVIS.....	24
14.0	DISPOSITIONS DIVERSES	24

Schedules:

Annexe A	-	Lignes directrices sur la formation médicale continue
Annexe B	-	Association canadienne de protection médicale
Annexe C	-	Programme de service de garde autorisé et programme de deuxième appel
Annexe D	-	Programme de congé parental
Annexe E	-	Programme d’honoraires supplémentaires
Annexe F	-	Cadre d’évaluation pour l’Assurance-maladie
Annexe G	-	Programme de garde à l’échelle provinciale
Annexe H	-	Fonds de maintien en poste des médecins RAA
Annexe I	-	Comité conjoint de surveillance
Annexe J	-	Éléments spécifiques du financement
Annexe K	-	Document sur la répartition de la rémunération
Annexe L	-	<i>(Omis intentionnellement)</i>
Annexe M	-	Principes sur les facturations de consultation
Annexe N	-	Autres options de financement pour les unités de soins intensifs fermées
Annexe O	-	Montants de base de la RAA et de la RRPM
Annexe P	-	APF de l’unité de soins médicaux de l’Hôpital régional de Saint John
Annexe Q	-	Nouveaux services
Annexe R	-	Rémunération en cas d’annulation de chirurgies

- Annexe S - Services de bien-être destinés aux médecins
- Annexe T - Cadre de gestion de l'APF
- Annexe U - Consolidation de la PUAHN
- Annexe V - Programme de médecine familiale du Nouveau-Brunswick
- Annexe W - Régime de rémunération du personnel médical et addenda
- Annexe X - Autres sujets
- Annexe Y - Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick
- Annexe Z - Programme d'hospitalistes

ENTENTE-CADRE SUR LES SERVICES DE MÉDECIN

LA PRÉSENTE ENTENTE a été conclue le 1^{er} avril 2020

ENTRE:

SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DE LA PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK, représentée par le **MINISTRE DE LA SANTÉ** (le « **Ministre** »)

- et -

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU NOUVEAU-BRUNSWICK, personne morale constituée sous le régime de la *Loi médicale*, LNB 1981, c. 87, dans ses nouveaux termes (la « **Société** »)

ATTENDU QUE:

- A. le Ministre est l'autorité provinciale sous le régime de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, LRNB 1973, c. M-7 (la « **Loi** »);
- B. en vertu du paragraphe 4.1(1) de la Loi, le Ministre, avec l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, est autorisé à conclure une convention avec la Société concernant le paiement pour la prestation de services assurés sur une base d'honoraires à l'acte conformément à une tarification ou à un système de paiement qui offre une contrepartie raisonnable aux médecins;
- C. la Société est l'association professionnelle des médecins au Nouveau-Brunswick et elle est autorisée à négocier en leur nom et à conclure une convention avec le Ministre, comme le prévoit le paragraphe 4.1(1) de la Loi, concernant le paiement pour la prestation de services assurés sur une base d'honoraires à l'acte;
- D. les Parties ont négocié une convention concernant les paiements des et au profit des Médecins qui dispensent des services assurés sur une base d'honoraires à l'acte au cours de la période allant du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2025, y compris les changements à la Tarification;
- E. le Ministre, dans l'exercice de son autorité en application de la Loi ainsi que de la *Loi sur l'administration financière*, L.R.N.B. 2011, ch. 160 (la « **LAF** »), et la Société, au nom des Médecins rémunérés conformément au Régime de rémunération du personnel médical, i) se sont entendus sur une méthode pour la négociation de certains éléments de la rémunération et d'autres conditions de service de ces Médecins et pour la résolution de différends connexes et, ii) conformément à ladite méthode, ont négocié une convention relative aux paiements aux ou destinés à ces Médecins;
- F. le lieutenant-gouverneur en conseil a accordé son autorisation pour que le Ministre participe à la présente Entente;

EN FOI DE QUOI, LA PRÉSENTE ENTENTE ATTESTE QUE les Parties conviennent de ce qui suit :

PARTIE A – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.0 INTERPRÉTATION

1.1 Définitions

Dans la présente Entente, les termes qui sont définis dans la Loi et qui ne sont pas par ailleurs définis ci-dessous ont le sens qui leur est attribué dans la Loi et :

« **Plan de financement consolidé** » désigne une entente contractuelle entre le Ministre, les Médecins et des organismes comme les Régies régionales de la santé et les universités, dans le cadre de laquelle le Médecin est rémunéré selon une formule de financement déterminée en contrepartie des livrables convenus en matière de soin des patients, de couverture clinique ainsi que de recherche et de travaux universitaires;

« **Loi** » a le sens qui lui est attribué dans les attendus de la présente Entente;

« **Entente** » désigne la présente convention, y compris toutes les annexes mentionnées à l'article 1.4, telle que modifiée, amendée, complétée ou reformulée par toute entente écrite entre les Parties;

« **Autre régime de financement** » désigne une entente contractuelle entre le Ministre, les Médecins et les Régies régionales de la santé en vertu de laquelle les Médecins sont rémunérés sur la base d'un fonds de financement en contrepartie de la prestation des livrables convenus en matière de soin des patients et de couverture clinique;

« **Conseil de gestion** » désigne le Conseil de gestion ou tout ayant cause constitué par la LAF;

« **FMC** » désigne la formation médicale continue décrite à l'annexe A;

« **ACPM** » désigne l'Association canadienne de protection médicale;

« **Année de contrat** » désigne une année pendant la Durée du contrat, débutant le 1^{er} avril d'une année civile et se terminant le 31 mars de l'année civile suivante;

« **Fonds de financement réservé** » désigne un fonds de financement consacré à un programme particulier et dans lequel tout reliquat est conservé par la Société et ne peut servir à une autre fin ni être réaffecté;

« **Répartition** » désigne l'affectation du montant de l'AEG de la RAA pour chaque Année de contrat conformément à la méthode décrite à l'article 4.0;

« **Date d'entrée en vigueur** » désigne le 1^{er} avril 2020;

« **LAF** » a le sens qui lui est attribué dans les attendus de la présente Entente;

« **Demandes de RAA** » désigne les comptes produits par les Médecins conformément à la Tarification;

« **Médecin RAA** » désigne un Médecin qui dispense des services assurés sur la base d'une rémunération à l'acte;

« **RAA** » désigne la base de rémunération des Médecins, y compris tous les paiements, les remboursements et les avantages, conformément (i) à la Tarification, (ii) aux Tarifs pour vacation, (iii) aux Plans de financement consolidés, (iv) aux Autres régimes de financement et (v) aux autres programmes de financement, comme le prévoient la **partie B** et les annexes correspondantes de la présente Entente;

« **Fonds de maintien en poste des médecins RAA** » désigne le fonds établi conformément à l'**annexe H**;

« **Augmentation économique générale** » ou « **AEG** » désigne le pourcentage annuel d'augmentation du financement qui doit être pris en compte pendant chaque Année de contrat, comme le prévoit l'**article 3.4**, en ce qui concerne le financement des Médecins RAA, et l'**alinéa 10.3a**), en ce qui concerne le financement des Médecins rémunérés selon le RRPM;

« **Médecin rémunéré selon le RRPM** » désigne un Médecin qui est rémunéré conformément au Régime de rémunération du personnel médical et qui n'est pas rémunéré à l'acte, y compris :

- (a) les nouveaux Médecins salariés;
- (b) les Médecins salariés établis;
- (c) les Médecins établis titulaires de contrats de services personnels;
- (d) les Médecins établis titulaires de contrats de services professionnels;
- (e) tout autre Médecin faisant l'objet d'une entente écrite entre les Parties;

« **Régime de rémunération du personnel médical** » ou « **RRPM** » désigne le Régime de rémunération du personnel médical du Nouveau-Brunswick ainsi que l'addenda du Régime de rémunération du personnel médical qui énonce les dispositions sur la rémunération pour les Médecins rémunérés selon le RRPM, selon les dispositions de l'**annexe W**;

« **Comité des affaires économiques de la SMNB** » désigne le Comité des affaires économiques de la RAA de la Société, qui est constitué par le conseil d'administration de la Société et qui relève de celui-ci;

« **MRD pendant les négociations** » désigne le mécanisme de règlement des différends qui est établi et défini dans le *Règlement sur la négociation et le règlement des différends – Loi sur le paiement des services médicaux*, règlement du Nouveau-Brunswick 2002-53;

« **Nouveau service** » désigne un nouveau poste de paiements à l'acte et le code de service lié à un code associé à un acte, une technologie ou une technique que le Ministre ou la Société propose d'inclure dans la Tarification;

« **Demande de paiement pour non-résidents** » désigne une demande de paiement de montants à l'égard du coût de services assurés dispensés à un non-résident de la province, comme le prévoit la Loi;

« **Parties** » désigne les Parties à la présente Entente et « **Partie** » désigne l'une ou l'autre d'entre elles;

« **Médecin** » désigne un médecin participant, au sens du règlement 84-20 de la Loi, y compris un Médecin RAA et un Médecin rémunéré selon le RRPM;

« **Régimes** » comprend les Plans de financement consolidés, les Autres régimes de financement et tous les autres régimes convenus par les Parties en application de l'**article 8.0**;

« **Entente précédente** » désigne l'Entente-cadre sur la rémunération à l'acte qui a été conclue par les Parties et qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2016;

« **Fonds de financement protégé** » désigne un fonds de financement dans lequel des Reliquats sont susceptibles de faire l'objet d'une Redistribution, conformément à l'**alinéa 6.5a)**;

« **Redistribution** » désigne l'utilisation à d'autres fins de Reliquats à la disposition de la Société dans les Fonds de financement protégés, conformément à l'**article 6.4**;

« **Régie régionale de la santé** » ou « **RRS** » désigne une régie régionale de la santé constituée sous le régime de la LRRS;

« **Reliquat** » désigne tous les fonds excédentaires d'un Fonds de financement protégé qui sont susceptibles d'être consacrés à d'autres usages ou d'être réaffectés par la Société à la suite du rapprochement annuel par le Ministre;

« **LRRS** » désigne la *Loi sur les régies régionales de la santé*, LRNB 2011, c. 217;

« **Tarifs pour vacation** » désigne les tarifs de paiement établis sur une base horaire pour les Médecins qui dispensent des services assurés, sous réserve de l'approbation du Ministre;

« **Tarification** » a le sens qui lui est attribué à l'**article 5.1**;

« **Durée** » a le sens qui lui est attribué à l'**article 2.2**;

tous les autres termes dont la première lettre est en majuscule ont le sens qui leur est attribué dans le corps de la présente Entente.

1.2 **Certaines règles d'interprétation**

Dans la présente Entente, (i) le singulier comprend le pluriel et vice versa et les mots d'un genre particulier englobent tous les genres, (ii) les mots « y compris » signifient « y compris sans exception », (iii) lorsqu'un terme est défini dans les présentes, tout dérivé débutant par une majuscule a un sens correspondant, à moins que le contexte n'indique le contraire, (v) les intertitres ont pour seul objet de faciliter la compréhension et n'ont aucune incidence sur l'interprétation de la présente Entente et, (vi) à moins d'indication contraire, les renvois à une partie, à un article, à un alinéa ou à une annexe suivis d'un chiffre ou d'une lettre désignent la partie, l'article, l'alinéa ou l'annexe concerné de la présente Entente.

1.3 **Absence de présomption de rédaction**

Les Parties déclarent que leurs conseillers juridiques respectifs ont étudié la présente Entente et qu'ils ont participé à énoncer ses conditions, et elles reconnaissent que nulle règle d'interprétation selon laquelle toute ambiguïté doit être interprétée en défaveur de la partie rédactrice ne s'applique pas à l'interprétation de la présente Entente.

1.4 **Annexes**

Voici la liste des annexes jointes et incorporées par renvoi à la présente Entente et qui sont réputées en faire partie intégrante :

- Annexe A - Lignes directrices sur la formation médicale continue
- Annexe B - Association canadienne de protection médicale
- Annexe C - Programme de service de garde autorisé et programme de deuxième appel du Nouveau-Brunswick
- Annexe D - Programme de congé parental
- Annexe E - Programme d'honoraires supplémentaires
- Annexe F - Cadre d'évaluation pour l'Assurance-maladie
- Annexe G - Programme de garde à l'échelle provinciale
- Annexe H - Fonds de maintien en poste des médecins RAA
- Annexe I - Comité conjoint de surveillance
- Annexe J - Éléments spécifiques du financement
- Annexe K - Document sur la répartition de la rémunération
- Annexe L - *(Omis intentionnellement)*
- Annexe M - Principes sur les facturations de consultation
- Annexe N - Autres options de financement pour les unités de soins intensifs fermées
- Annexe O - Montants de base de la RAA et de la RRPM
- Annexe P - APF de l'unité de soins médicaux intermédiaires de l'Hôpital régional de Saint John

Annexe Q	- Nouveaux services
Annexe R	- Rémunération en cas d'annulation de chirurgies
Annexe S	- Services de bien-être destinés aux médecins
Annexe T	- Cadre de gestion de l'APF
Annexe U	- Consolidation de la PUAHN
Annexe V	- Programme de médecine familiale du Nouveau-Brunswick
Annexe W	- Régime de rémunération du personnel médical et addenda du Régime de rémunération du personnel médical
Annexe X	- Autres sujets
Annexe Y	- Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick
Annexe Z	- Programme d'hospitalistes

2.0 PORTÉE DE L'ENTENTE

2.1 Objet de l'entente

La présente entente :

- (a) à l'égard des Médecins RAA relevant de la **partie B**, est une convention au sens de l'alinéa 4.1(1) de la Loi concernant le paiement conformément à la Tarification et à d'autres mécanismes de paiement qui, selon l'accord des Parties, procureront une rémunération raisonnable aux Médecins RAA pour la prestation des services assurés sur la base de la rémunération à l'acte;
- (b) à l'égard des Médecins rémunérés selon le RRPM relevant de la **partie C**, énonce la convention conclue par le Ministre, en vertu du pouvoir que lui confèrent la Loi et la LAF, et par la Société, en qualité de représentante autorisée et d'agente de négociation des Médecins rémunérés dans le cadre du Régime de rémunération du personnel médical autrement que sur une base de rémunération à l'acte :
 - (i) relativement à un processus de négociation d'éléments précis d'une rémunération raisonnable et d'autres conditions de service pour les médecins rémunérés selon le RRPM dans le but de conclure une entente sur ces éléments de rémunération et conditions de service et de régler les différends qui peuvent se produire pendant lesdites négociations, comme le prévoit la **partie C**,
 - (ii) en ce qui concerne ces éléments de la rémunération et autres conditions de service pendant la Durée de la présente Entente, comme le prévoit la **partie C**.

2.2 Durée de l'Entente

- (a) La présente Entente prend effet à sa Date d'entrée en vigueur et demeurera en vigueur jusqu'à la date de son remplacement par une autre entente (la « **Durée** »).
- (b) Pour les besoins des MRD pendant la négociation seulement, la « date d'expiration » de la présente Entente est le 31 mars 2025.

PARTIE B – MÉDECINS RAA

3.0 **BASE DE LA RÉMUNÉRATION**

3.1 Définitions supplémentaires

Dans le présent **article 3.0** :

« **Entente applicable** », lorsque ce terme figure à l'**article 3.2**, désigne (i) l'Entente précédente, lorsqu'il s'agit de déterminer le montant de base de la RAA en ce qui concerne l'Année de contrat 2020-2021 et (ii) la présente Entente, lorsqu'il s'agit de déterminer le montant de base de la RAA en ce qui concerne chacune des Années de contrat restantes;

« **Année de référence applicable** » désigne, pour une Année de contrat, la période associée à ladite Année de contrat dans le tableau suivant :

Année de contrat	Année de référence applicable
2020-2021	du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
2021-2022	du 1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021
2022-2023	du 1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022
2023-2024	du 1 ^{er} avril 2022 au 31 mars 2023
2024-2025	du 1 ^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

dans la mesure où, en cas d'accord mutuel écrit entre les Parties, lorsque des renseignements sur l'année financière de référence applicable ne sont pas disponibles, l'année de référence applicable précédente sera utilisée aux fins de l'**article 3.2**.

« **Paiements déboursés** » désigne les paiements réellement versés par le Ministre au cours d'une année financière;

« **Montant de base de la RAA** » désigne le montant à l'égard d'une Année de contrat qui est déterminé conformément à l'**article 3.2**;

« **Base de financement de la RAA** » désigne, pour chaque Année de contrat, le montant total du budget que le Ministre rendra disponible au cours de ladite Année de contrat pour des paiements sous le régime de la présente **partie B**, calculé conformément à l'**alinéa 3.5b**);

« **AEG de la RAA** » désigne, à l'égard d'une Année de contrat, l'AEG pour cette Année de contrat prévue à l'**article 3.4**;

« **Montant de l'AEG de la RAA** » désigne le montant pour une Année de contrat calculé conformément à l'**alinéa 3.5a**);

« **Paiements de RAA** » désigne les Paiements déboursés au bénéfice des Médecins au taux tarifaire de l'Année de référence applicable, à l'exclusion du paiement des Demandes de paiement pour non-résidents ainsi que du paiement des demandes présentées en vertu des **alinéas 3.2b) et 3.2r)** et du paiement des demandes à même les fonds énumérés aux **alinéas 3.2h), 3.2k), 3.2o), 3.2p) et 3.2q)**.

3.2 **Montant de base de la RAA**

Le Montant de base de la RAA pour une Année de contrat équivaut au total des Paiements déboursés ou du financement accordé par le Ministre au cours ou à l'égard de l'Année de référence applicable à ladite Année de contrat :

- (a) les paiements de la RAA;
- (b) les paiements manuels aux Médecins, y compris :
 - (i) les paiements versés au titre des Tarifs pour vacation convenus;
 - (ii) tout autre paiement manuel;
 - (iii) les paiements aux médecins RAA relativement au Programme d'initiative sur l'accès (pratique en collaboration);
- (c) le budget des Autres régimes de financement, y compris l'annualisation des changements apportés pendant l'Année de référence applicable;
- (d) le budget des Plans de financement consolidé, y compris l'annualisation des changements apportés pendant l'Année de référence applicable;
- (e) les rajustements à la hausse ou à la baisse des fonds budgétés à la suite de transferts de Médecins d'un type de rémunération à un autre pendant l'Année de référence applicable (y compris l'annualisation en fonction de l'Année de référence applicable);
- (f) les paiements couvrant les débours de la FMC décrits à l'**annexe A** de l'Entente applicable;
- (g) le budget destiné au remboursement des primes de couverture contre la responsabilité civile de l'ACPM à l'égard de la pratique RAA, décrit à l'**annexe B** de l'Entente applicable;
- (h) le budget du Programme de service de garde autorisé et du Programme de deuxième appel du Nouveau-Brunswick décrits à l'**annexe C** de l'Entente applicable;

- (i) le budget du Programme de congé parental décrit à l'**annexe D** de l'Entente applicable;
- (j) le budget du Programme d'honoraires supplémentaires décrit à l'**annexe E** de l'Entente applicable;
- (k) le budget du Programme de garde à l'échelle provinciale décrit à l'**annexe G** de l'Entente applicable;
- (l) le budget du Fonds de maintien en poste des médecins RAA décrit à l'**annexe H** de l'Entente applicable;
- (m) le budget du programme de DME décrit à l'**article 6.1b**);
- (n) le budget pour les Services de bien-être destinés aux médecins décrit à l'**annexe S**;
- (o) le budget pour les demandes au Programme de gestion des maladies chroniques, le cas échéant;
- (p) le budget pour les demandes de frais d'ouverture de dossier, le cas échéant;
- (q) le budget pour les demandes de bonification du Code pour personnes âgées, le cas échéant;
- (r) les paiements de capitation en vertu du Programme de médecine familiale du Nouveau-Brunswick;
- (s) tout autre financement convenu par écrit par les Parties.

3.3 **Montants de base de la RAA**

Les Parties conviennent que le montant de base de la RAA pour les besoins du calcul de la base de financement de la RAA pour l'année de contrat 2020-2021 s'élève à 540 251 254 \$, selon les montants énoncés à l'annexe O. Pour l'année de contrat 2021-2022 et l'année de contrat 2022-2023, le montant de base de la RAA comprendra le montant de base de la RAA 2020-2021 et le financement estimé accordé par le Ministre pour les catégories figurant à l'**article 3.2**, comme il est résumé dans l'**annexe J**.

3.4 **Augmentation économique générale de la RAA**

L'AEG de la RAA pour chaque Année de contrat est établie comme suit :

<u>Année de contrat</u>	<u>AEG</u>
2020-2021	2,0 %
2021-2022	1,5 %
2022-2023	1,5 %
2023-2024	1,5 %
2024-2025	1,5 %

3.5 **Montant de l’AEG de la RAA et Base de financement de la RAA**

Pour chaque Année de contrat :

- (a) le Montant de l’AEG de la RAA correspond au montant calculé en multipliant le Montant de base de la RAA à l’égard de ladite Année de contrat par l’AEG de la RAA pour cette Année de contrat;
- (b) la Base de financement de la RAA correspond au Montant de base de la RAA à l’égard de ladite Année de contrat majoré du montant de l’AEG de la RAA pour cette Année de contrat.

3.6 **Financement par le Ministre**

Le Ministre fournira la Base de financement de la RAA pour chaque Année de contrat afin de payer les comptes des Médecins RAA pour les services assurés dispensés sur la base de la rémunération à l’acte et d’effectuer des paiements à l’égard des autres services et programmes décrits dans la présente **partie B** et dans les annexes qui y sont jointes.

3.7 **Éléments convenus du financement**

Les Parties reconnaissent que l’**annexe J** énonce les éléments précis du financement, selon l’entente entre les parties, et le montant du financement convenu ou estimé destiné à ces éléments.

L’**annexe J** contient les estimations fondées sur les renseignements disponibles et les circonstances qui existaient au moment de la signature de la présente Entente et sont susceptibles d’être modifiées, selon l’information disponible, pour les années financières applicables.

4.0 **RÉPARTITION DU MONTANT DE L’AEG DE LA RAA**

4.1 **Base de la Répartition**

La Répartition du Montant de l’AEG de la RAA pour chaque Année de contrat jusqu’à concurrence des montants budgétés pour les paiements de la RAA en vertu d’éléments particuliers de la Tarification et d’autres programmes et débours financés par le Ministre sous le régime de la présente **partie B** fera l’objet d’un accord mutuel écrit entre les Parties ou sera déterminée conformément au présent **article 4.0**.

4.2 **Initiatives ciblées de financement de l’AEG**

Pour l’Année de contrat 2021-2022, 0,5 % du 1,5 % du Montant de l’AEG de la RAA est alloué au soutien des initiatives ciblées de financement de l’AEG ci-dessous, conformément à l’accord mutuel écrit entre les Parties :

- (a) Groupe de travail sur les soins primaires;

- (b) Initiative d'amélioration des soins chirurgicaux;
- (c) Visites de spécialistes;
- (d) Soutien de l'Unité de soins coronariens
- (e) Tarifs pour vacation pour les priorités communes.

4.3 Répartitions

- (a) *Propositions de répartition – Dès que possible après que les données de l'Année de référence applicable visées à l'article 3.2 sont disponibles pour une Année de contrat (chacune une « Année de contrat applicable ») :*
 - (i) le Ministre communiquera à la Société la Base de financement de la RAA et le Montant de l'AEG pour l'Année de contrat applicable;
 - (ii) sous réserve de l'article 4.2, les Parties s'échangeront des propositions écrites énonçant leurs priorités respectives à l'égard de la répartition du Montant de l'AEG de la RAA (chacune une « Proposition de répartition ») pour l'Année de contrat applicable.
- (b) *Négociation de la répartition – À la suite de l'échange des Propositions de répartition conformément à l'alinéa 4.3a) et à toutes ses modifications, les Parties négocieront de bonne foi dans le but de conclure une convention sur la Répartition pour l'Année de contrat applicable.*
- (c) *Règlement de différend – Si les Parties ne réussissent pas à s'entendre par écrit sur la Répartition pour l'Année de contrat applicable au plus tard le 31 décembre de l'Année de contrat applicable, l'une ou l'autre des Parties pourra présenter les questions en litiges pour qu'elles soient tranchées dans le cadre du MRD pendant les négociations.*

4.4 Incorporation et mise en application de la Répartition

- (a) *Incorporation de la Répartition – Lorsque la Répartition pour une Année de contrat (i) fait l'objet d'un accord mutuel par écrit entre les Parties ou (ii) est en fin de compte décidée dans le cadre du MRD pendant les négociations, selon le cas, la Répartition convenue ou décidée pour ladite Année de contrat sera alors incorporée à la présente Entente et en fera partie intégrante. Dans les plus brefs délais, les Parties feront en sorte que les conditions de la Répartition soient libellées et qu'elles soient jointes à titre d'annexe K ou d'annexe K modifiée à la présente Entente.*
- (b) *Mise en application de la Répartition – La Répartition définitive pour une Année de contrat, telle que convenue ou décidée en vertu de l'article Error! Reference source not found., sera mise en application rétroactivement, le cas échéant, à toutes les opérations touchées par la Répartition qui se produisent à compter du premier jour de l'Année de contrat, et tous les paiements supplémentaires en conséquence aux*

Médecins RAA et les autres rajustements financiers seront effectués dans les plus brefs délais.

5.0 TARIFICATION

5.1 Adoption de la Tarification

Le Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick dans la forme sur laquelle les Parties se sont entendues par écrit ou qui a été déterminée par ailleurs en application de la présente Entente et qui est en vigueur, le cas échéant (la « **Tarification** ») :

- (a) est incorporé à la présente Entente et en fait partie intégrante;
- (b) contiendra le cahier des tarifs, modifié de la façon décrite à l'**annexe K**, y compris les modalités et conditions applicables au cahier des tarifs, dont les Médecins se serviront pour aider à la présentation de leurs Demandes de RAA au Ministre;
- (c) a pour objet de prévoir une rémunération raisonnable pour les Médecins en contrepartie des services assurés qu'ils dispensent sur la base de la rémunération à l'acte.

La Tarification sera révisée et republiée régulièrement par le Ministre lorsque des changements aux postes de la RAA découlant d'une Répartition en vertu de l'**article 4.0** ou d'autres modifications négociées à la Tarification entrent en vigueur.

5.2 Paiements sous le régime de la Tarification

Le Ministre s'engage à évaluer les Demandes de RAA présentées par les Médecins et à verser des paiements aux Médecins conformément à la Tarification des services sur la base de la rémunération à l'acte.

5.3 Processus de négociation de nouveaux services

Le processus de négociation des nouveaux services est décrit à l'**annexe Q**.

5.4 Révision des codes de service

- (a) Le Comité d'examen des codes de service (anciennement appelé « **Comité de surveillance** ») constitué en vertu de l'Entente-cadre sur les services de médecin 2014-2016 et maintenu en vertu de l'Entente précédente pour superviser l'examen de la Tarification et des honoraires connexes est prorogé par la présente Entente. Le Comité d'examen des codes de service établit les priorités et les calendriers des groupes de travail.
- (b) Des groupes de travail de spécialités seront mis en place pour examiner les dispositions qui leur sont propres afin de clarifier l'application des codes de service, des honoraires et des descriptions connexes. Leurs recommandations sont présentées au Comité d'examen des codes de service.

- (c) Les Parties s'engagent à terminer l'examen au cours de la Durée de la présente Entente.
- (d) La mise en œuvre de toute recommandation éventuelle en vue de modifications devra se faire sans engager de coûts, à moins que les Parties n'en conviennent autrement par écrit.
- (e) Les Parties sont responsables de leurs coûts respectifs en ce qui concerne les activités du Comité d'examen des codes de service et des groupes de travail.

6.0 ÉLÉMENTS NON ASSUJETTIS À LA TARIFICATION

6.1 Financement du programme

- (a) *Généralités* – Les programmes et les autres éléments non assujettis à la Tarification sous le régime de l'Entente précédente, avec ses modifications le cas échéant, sont prorogés pour la Durée de la présente Entente, sous réserve des modalités et conditions que contient l'Annexe pertinente :
 - (i) la Formation médicale continue (FMC) pour les Médecins d'exercice privé prévue à l'**annexe A**;
 - (ii) le Programme de remboursement des primes d'assurance responsabilité médicale pour les Médecins salariés et de cabinets privés de l'ACPM qui est décrit à l'**annexe B**;
 - (iii) le Programme de service de garde autorisé décrit à l'**annexe C**;
 - (iv) le Programme de congé parental à l'intention des Médecins RAA qui est décrit à l'**annexe D**;
 - (v) le Programme d'honoraires supplémentaires décrit à l'**annexe E**;
 - (vi) le Programme du Fonds de maintien en poste des médecins RAA décrit à l'**annexe H**;
 - (vii) la rémunération pour les chirurgies annulées décrite à l'**annexe R**;
 - (viii) Service de mieux-être des médecins décrit à l'**annexe S**
 - (ix) Programme de médecine familiale Nouveau-Brunswick décrit à l'**annexe V**.
- (b) *Dossiers médicaux électroniques* – Les Parties conviennent de proroger le fonds de financement réservé de 1 500 000 \$ consacré aux dossiers médicaux électroniques (DME) qui a été établi en vertu de l'Entente-cadre sur les services de médecins 2014-2016 et maintenu en vertu de l'Entente précédente pour soutenir les médecins RAA qui traitent des DME conformes aux exigences du gouvernement du Nouveau-Brunswick. Les médecins RAA qui se qualifient seront admissibles à un

remboursement de 50 % de leurs frais mensuels, jusqu'à concurrence de 200 \$ par mois. Les Parties conviennent par écrit de revoir le montant de remboursement mensuel.

6.2 **Nouveaux programmes – Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick et Programme d'hospitalistes**

- (a) Le programme du Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick sera mis en œuvre conformément à ce qui est indiqué à l'**annexe Y**.
- (b) Le Programme d'hospitalistes sera mis en œuvre conformément à ce qui est indiqué à l'**annexe Z**.

6.3 **Plan de continuité des activités**

Si un médecin est exposé ou infecté dans le cadre de son travail pendant une pandémie et qu'il est donc incapable de travailler pour cause de maladie ou de quarantaine, il pourra demander une indemnité supplémentaire pouvant aller jusqu'à 100 % de la moyenne de ses paiements d'Assurance-maladie pendant la période de sa maladie ou de sa quarantaine.

6.4 **Soins virtuels**

- (a) Les Parties conviennent que les modalités de rémunération pour l'offre de soins virtuels, établies au moment de la signature de la présente Entente, se poursuivront à titre de projet pilote. Pendant la période du projet pilote, les Parties conviennent de compiler et d'évaluer les données relatives au recours aux soins virtuels.
- (b) Les Parties conviennent de se réunir mensuellement, par l'intermédiaire du Comité de surveillance mixte de la SMNB et du ministère de la Santé prorogé en vertu de l'**annexe I**, afin de revoir les taux d'utilisation pour la facturation des soins virtuels. Les Parties peuvent convenir mutuellement d'ajuster l'utilisation de certains codes de soins virtuels. Sur préavis de 90 jours à l'autre Partie, l'une ou l'autre des Parties peut suspendre l'utilisation d'un code de soins virtuels particulier.
- (c) Les comités de négociation respectifs des Parties se réuniront à nouveau à la fin du projet pilote, en mars 2022, ou dès que possible après cette date, pour examiner les données et envisager un cadre de soins virtuels pour l'avenir.

6.5 **Programme de financement à même les reliquats**

- (a) *Fonds de financement protégés* – Les soldes des fonds de financement protégé seront rectifiés annuellement par le Ministre et tout reliquat dans un fonds de financement protégé sera mis à la disposition de la Société comme convenu par les Parties à titre d'autre mode de répartition de la rémunération. Tout dépassement des crédits dans un Fonds de financement protégé sera financé à même les excédents d'autres Fonds de financement protégés ou sera soustrait de la Répartition de l'année suivante s'il

n'existe aucun financement disponible pour l'année en cours. À la Date d'entrée en vigueur, les Fonds de financement protégés sont les suivants :

- (i) Service de garde autorisé
 - (ii) Deuxième appel
 - (iii) Programme de garde à l'échelle provinciale
 - (iv) Honoraires supplémentaires
 - (v) Services de bien-être destinés aux médecins
- (b) *Fonds de financement réservés* – À la Date d'entrée en vigueur, les Fonds de financement réservés dont les excédents sont conservés par la Société dans le cadre de chacun de ces programmes et qui ne sont pas disponibles à titre d'autre mode de Répartition de la rémunération ni à la réaffectation sont les suivants :
- (i) Congé parental
 - (ii) ACPM
 - (iii) Programme de DME

6.6 **Autres sources de financement**

Les Parties conviennent que le Ministre fournira des fonds qui seront affectés aux éléments suivants :

- (a) Modifications aux modèles de financement du Service d'urgence, comme suit :
- (i) *Taux (horaire) à la vacation en salle d'urgence*

Cette augmentation se fera pendant toute la durée de la présente Entente, comme suit :

	Taux en salles d'urgence régionales	Taux en salles d'urgence non régionales
1 ^{er} avril 2019	205,32 \$	197,88 \$
1 ^{er} avril 2020	213,84 \$	199,93 \$
1 ^{er} avril 2021	222,72 \$	208,23 \$
1 ^{er} avril 2022	231,96 \$	216,87 \$
1 ^{er} avril 2023	241,58 \$	225,86 \$

- (ii) *Modèles de pratiques exemplaires*

Les Parties conviennent qu'une version modifiée de l'Entente de financement du Service des urgences de l'Hôpital régional de Saint John sera disponible pour toutes les zones avant la fin de l'Année de contrat 2024-2025 et comprendra, au minimum:

1. Planification centralisée des horaires
2. Rotation des quarts de travail régionaux
3. Gestion financière centralisée (heures, tarifs, etc.)

(b) Plan de l'unité de soins médicaux intermédiaires de l'Hôpital régional de Saint John

Les Parties conviennent d'établir un Plan, conformément à ce qui est indiqué à l'**annexe P** ci-joint.

7.0 AUTRES DISPOSITIONS SUR LA RAA

7.1 Établissement des coûts de nouvelles initiatives

- (a) *Nouvelles initiatives/Frais* – Tout déficit de financement résultant d'un écart entre les coûts réels et estimés d'une nouvelle initiative ou de frais négociés pendant la durée de la présente Entente doit être récupéré à même la Répartition de la rémunération de l'Année de contrat suivante, sauf s'il s'agit d'une nouvelle initiative ou d'un nouveau service introduit par le Ministre, et tout excédent sera disponible pour une autre utilisation ou une réaffectation au cours de l'Année de contrat suivante.
- (b) *Répartition* – Tout déficit de financement résultant de nouveaux codes de service mis en place à la suite de Répartition de la rémunération doit être récupéré à même la Répartition de la rémunération de l'Année de contrat suivante, et tout excédent sera disponible pour les autres modes de répartition de la rémunération ou la réaffectation l'Année de contrat suivante. Cette disposition ne s'applique pas aux augmentations au titre des codes d'actes actuels par le processus de Répartition de la rémunération.
- (c) *Fonds de financement protégés* – Tout déficit de financement du montant total disponible des Fonds de financement protégés doit être récupéré à partir de la Répartition de la rémunération de l'Année de contrat suivante, et tout excédent sera disponible pour les autres modes de Répartition de la rémunération ou la réaffectation l'Année de contrat suivante.

7.2 Médecins dispensant des services de suppléant après un paiement intégral du Fonds de maintien en poste des médecins RAA

Les lignes directrices qui suivent s'appliquent aux Médecins qui désirent offrir des services de suppléance après avoir perçu leur paiement intégral du Fonds de maintien en poste des médecins RAA :

- (a) Les médecins peuvent envoyer une facture à l'Assurance-maladie pour des services de suppléance au plus tard cinq ans après avoir obtenu leur paiement intégral du Fonds de maintien en poste des médecins rémunérés à l'acte;

- (b) Les Médecins qui ont accepté leur paiement intégral du Fonds de maintien en poste des médecins RAA ne seront pas admissibles à une garantie minimale en vertu de la politique pertinente de l'Assurance-maladie en matière de suppléance;
- (c) Les Médecins doivent fournir à l'Assurance-maladie un plan de transition acceptable pour leurs patients ou leur cabinet;
- (d) Les suppléants peuvent toucher annuellement des revenus d'au plus 75 000 \$. Le fait qu'un suppléant comble un congé parental constitue la seule exception au revenu annuel de 75 000 \$, auquel cas aucun gain annuel maximal ne s'applique.

7.3 **Paiement unique**

Les Parties s'engagent à collaborer afin de s'assurer que leur entente relative aux montants qui seront versés à tout Médecin RAA (pour les services dispensés aux bénéficiaires selon une base d'inclusion), tant en vertu de la Tarification sous le régime de l'**article 5.0** que pour les paiements non tarifaires prévus à l'**article 6.0** représentera l'unique paiement par le Ministre ou par toute autre autorité provinciale dans le cadre ou à l'égard de ladite Tarification et des éléments non tarifaires.

7.4 **Accord de réciprocité avec le Québec**

Les Parties reconnaissent que (i) le Nouveau-Brunswick et le Québec ont en commun des patients et des services médicaux, mais qu'il n'existe entre elles aucun accord de réciprocité au plan médical précisant la manière dont ces services sont rémunérés et (ii) le ministère de la Santé n'a pas la capacité d'obliger le gouvernement du Québec au moyen de quelque entente que ce soit et que d'autres enjeux de compétence ou de régie nécessitent d'être étudiés en ce qui concerne cette question. Le Ministre s'engage à faire en sorte que le ministère de la Santé s'efforce d'étudier la possibilité de négocier un accord de réciprocité dans le domaine médical avec le gouvernement du Québec.

7.5 **Autres sujets**

Les Parties s'entendent sur les autres sujets énoncés à l'**annexe X**.

8.0 AUTRES MODÈLES DE RÉMUNÉRATION

8.1 **Nouveaux régimes**

Les Parties s'engagent à suivre le processus décrit à l'**annexe T** pour négocier et établir des Régimes à titre d'autres modèles de rémunération.

8.2 **Aucun arbitrage**

Tous les nouveaux Régimes proposés pendant la Durée de la présente Entente nécessiteront une consultation entre les Parties. Si les Parties ne réussissent pas à s'entendre sur un Régime nouvellement proposé, celui-ci sera reporté à la prochaine ronde de négociations. L'absence d'entente sur un nouveau Régime proposé ne pourra faire l'objet d'aucune forme d'arbitrage

à l'extérieur des négociations portant sur la RAA. La présente disposition ne limite aucunement les pouvoirs conférés par la loi au Ministre ni ne restreint le droit à l'arbitrage prévu dans tout Régime existant.

8.3 **Options de financement pour les unités de soins intensifs fermées**

- (a) Les Options de financement des unités de soins intensifs fermées décrites à l'**annexe N** sont prorogées en vertu de la présente Entente, sous réserve des modalités et conditions qui y sont énoncées.
- (b) La rémunération relative aux Options de financement des unités de soins intensifs fermées mentionnées à l'**article 8.3** sera rajustée annuellement en fonction d'une clause d'échelle mobile qui sera déterminée dans le cadre de la Répartition par le Comité des affaires économiques de la SMNB.

8.4 **Nouveau financement**

Toute demande supplémentaire d'autres modèles de rémunération pourra être financée à même la Répartition. Un nouveau financement pourra aussi être approuvé d'un commun accord par les Parties.

PARTIE C – MÉDECINS RÉMUNÉRÉS SELON LA RRPM

9.0 **PROCESSUS DE NÉGOCIATION POUR LES MÉDECINS RÉMUNÉRÉS SELON LA RRPM**

9.1 **Généralités**

Le Ministre et la Société négocieront les questions qui sont sujettes à négociations en vertu de l'**article 9.2** et, le cas échéant, ils régleront tout différend découlant desdites négociations en suivant un processus pour l'essentiel identique à celui qui est employé pour la négociation et la résolution des différends à l'égard d'une entente sous le régime de l'article 4.1 de la *Loi*, de la manière énoncée dans la section qui traite du MRD pendant les négociations. Le présent **article 9.0** s'applique à la négociation de la prolongation ou au renouvellement de la présente **partie C** ou de toute entente qui la remplace et, au besoin, au processus de règlement des différends dans le cadre de ladite négociation.

9.2 **Questions sujettes à la négociation**

Sous réserve de l'**article 9.3**, les questions sujettes à la négociation et au règlement des différends sous le régime de la présente **partie C** comprennent en général le Régime de rémunération du personnel médical, y compris les augmentations générales, les augmentations, les modifications et les addendas en matière d'accréditation ainsi que les dispositions de la politique connexe du Nouveau-Brunswick concernant les Médecins participant au Régime de rémunération du personnel médical, y compris les questions suivantes :

- (a) Les questions de rémunération sont limitées aux suivantes :

- (i) le salaire;
- (ii) les niveaux de rémunération;
- (iii) la rémunération :
 - (A) des honoraires de présence pour les services de garde;
 - (B) des services de garde autorisés;
 - (C) des deuxièmes appels autorisés;
 - (D) des appels en cas de non-participation aux services de garde autorisés;
 - (E) des services sur place aux hôpitaux psychiatriques Centracare et de Restigouche;
 - (F) des honoraires d'autopsie (types 1 et 2);
 - (G) du Programme de garde à l'échelle provinciale;
- (b) Financement non clinique
 - (i) l'ACPM;
 - (ii) les programmes de la FMC;
- (c) les visites des patients;
- (d) les jours fériés travaillés;
- (e) le nombre d'heures de travail excessif;
- (f) le seuil du programme de la RAA;
- (g) les lignes directrices du programme de la RAA;
- (h) les points de référence en matière de responsabilité;
- (i) les suppléances;
- (j) les frais généraux de bureau et de personnel.

9.3 Questions qui ne sont pas sujettes à la négociation

Les questions qui ne sont pas sujettes à la négociation et au règlement des différends en vertu de la présente **partie C** sont les suivantes :

- (a) les chefs de services cliniques;
- (b) la prime de surveillance;
- (c) les postes à temps partiel;
- (d) les autres responsabilités du Médecin;
- (e) sous réserve de l'**alinéa 9.4e**), les congés annuels et les autres congés (y compris les congés de maladie);

- (f) les avantages assurés (prestations pour soins de santé et soins dentaires);
- (g) les prestations pour invalidité de longue durée;
- (h) la facturation pro forma;
- (i) la recherche;
- (j) les retenues obligatoires;
- (k) la propriété du matériel;
- (l) les postes prévus au budget de l'Assurance-maladie;
- (m) le retour de service avec primes;
- (n) les frais de réinstallation;
- (o) le suivi et la conformité / la vérification des demandes de paiements des médecins;
- (p) le Régime de pension à risques partagés du Nouveau-Brunswick.

9.4 **Questions ayant fait l'objet d'une entente**

Les Parties reconnaissent et conviennent que les principes ci-dessous s'appliquent aux négociations et à l'entente qui en découlera en vertu de la présente **partie C** :

- (a) L'actuel Régime de rémunération du personnel médical qui est en vigueur pour les Médecins rémunérés selon le RRPM demeurera en vigueur jusqu'à sa révision, son renouvellement ou sa modification conformément à la présente Entente ou par un accord mutuel par écrit entre les Parties.
- (b) Le point de départ pour la négociation de la rémunération et des indemnités pour les Médecins rémunérés selon le RRPM sera l'actuel Régime de rémunération du personnel médical et les niveaux de rémunération et d'indemnités qui existaient alors.
- (c) L'AEG du RRPM tiendra compte de tout rajustement aux programmes existants et de tout financement de nouvelles initiatives que négocieront les Parties.
- (d) Les critères applicables au remboursement des Médecins dans le cadre des programmes de la FMC et de l'ACPM seront uniformisés et cohérents, tant pour les Médecins rémunérés selon le RRPM que pour les Médecins RAA.
- (e) Les crédits de congé annuel des Médecins rémunérés selon le RRPM sont accumulés de la manière décrite dans l'addenda actuel au Régime de rémunération du personnel médical. Aucun changement ne sera apporté aux prestations de Congé annuel existantes sans le consentement exprès par écrit des deux Parties.
- (f) Il est prévu que les Médecins rémunérés selon le RRPM à temps plein (c.-à-d. 1,0 équivalent temps plein) travaillent 37,5 heures par semaine. Les heures de travail sont normalement offertes entre 8 h et 18 h du lundi au vendredi, à moins d'une entente contraire entre le Médecin rémunéré selon le RRPM et la Régie régionale de

la santé concernée. Aucun changement ne sera apporté aux heures normales de travail, sans le consentement exprès par écrit des deux Parties.

9.5 **Approbations et ratification**

Les Parties reconnaissent et conviennent que toute entente conclue dans le cadre du processus décrit dans le présent **article 9.0** sera conditionnelle à l'approbation du Conseil de gestion ainsi qu'à la ratification et à l'approbation par les membres et le conseil d'administration de la Société.

9.6 **Limite des négociations**

Les Parties reconnaissent et conviennent que la Base de rémunération des Médecins rémunérés selon le RRPM pour les questions décrites à l'**article 9.2** ont fait l'objet d'une entente, qu'elle est visée par l'**article 10.0** et qu'elle ne fera pas l'objet d'une renégociation sous le régime du présent **article 9.0** pendant la Durée de l'entente.

10.0 **BASE DE RÉMUNÉRATION**

10.1 **Généralités**

Les Parties reconnaissent et conviennent que la Base de rémunération et les autres conditions de service des Médecins rémunérés selon le RRPM qui sont énoncées au présent **article 10.0** ont été négociées et convenues par les Parties conformément aux dispositions de l'**article 9.0**.

10.2 **Définition supplémentaire**

Dans le présent **article 10.0**, « **AEG du RRPM** » désigne, en ce qui concerne une Année de contrat, l'AEG pour cette Année de contrat qui est prévue à l'**alinéa 10.3a**).

10.3 **Base de rémunération - Médecins rémunérés selon le RRPM**

(a) Augmentation économique générale du RRPM :

L'AEG du RRPM pour chaque Année de contrat est la suivante :

<u>Année de contrat</u>	<u>AEG</u>
2020-2021	2,0%
2021-2022	1,5%
2022-2023	1,5 %
2023-2024	1,5 %
2024-2025	1,5 %

(b) Rémunération des Médecins rémunérés selon le RRPM:

Les Médecins rémunérés selon le RRPM seront rémunérés conformément au Régime de rémunération du personnel médical tel que rajusté annuellement le premier jour de chaque Année de contrat en fonction de l'AEG du RRPM pour l'Année de contrat applicable, selon les dispositions de l'**annexe W**.

10.4 **Financement par le Ministre**

Le Ministre fournira du financement aux Régies régionales de la santé en vertu de la LRRS afin de payer les Médecins rémunérés selon le RRPM, conformément au Régime de rémunération du personnel médical, en ayant recours aux taux rajustés pour l'Année de contrat applicable.

PARTIE D – AUTRES DISPOSITIONS

11.0 DIFFÉRENDS

11.1 **Définition**

Dans le présent **article 11.0**, « **Différend** » désigne une divergence, une controverse ou un litige entre les Parties au sujet de toute question découlant de la présente Entente ou s'y rapportant, y compris, mais non exclusivement, la validité, l'interprétation, l'application, l'administration, l'exécution ou la résiliation de la présente Entente, les droits ou les responsabilités des Parties aux présentes, toute omission d'accepter lorsqu'une entente entre les Parties s'impose ou toute réclamation, de quelque nature que ce soit, découlant d'une omission alléguée de s'acquitter des obligations prévues à la présente Entente ou d'un manquement à celles-ci, mais à l'exclusion de toute question ou de tout différend qui doit, en vertu de la présente Entente, être réglé au moyen du MRD pendant les négociations.

11.2 **Avis de différend**

Si une Partie considère qu'il existe un Différend, elle peut donner avis du Différend à l'autre Partie et incluant dans ledit avis tous les détails pertinents du Différend. Les Parties devront s'efforcer de bonne foi de régler le Différend, mais si les Parties ne parviennent pas à conclure une entente écrite dans les 30 jours qui suivent la remise de l'avis, le Différend devra être réglé conformément aux dispositions de l'**article 11.3**.

11.3 **Arbitrage**

Si un Différend n'est pas réglé en vertu des dispositions de l'**article 11.2**, l'une ou l'autre des Parties peut, au moyen d'un avis à l'autre Partie, renvoyer le Différend à l'arbitrage exécutoire et sans appel, conformément à la *Loi sur l'arbitrage*, LNB 2014, c.100 (la « **Loi sur l'arbitrage** »). Ni l'une ni l'autre des Parties ne pourra introduire une procédure, de quelque nature que ce soit, portant sur un Différend devant quelque ressort que ce soit, autrement qu'en conformité avec les conditions de la présente Entente, et celle-ci constituera un empêchement absolu d'intenter toute telle procédure. L'arbitrage sera mené par un arbitre unique convenu par les Parties. Si l'identité de l'arbitre unique ne peut pas faire l'objet d'une

entente dans les 10 jours ouvrables suivant le renvoi d'un Différend, l'une ou l'autre des Parties pourra se prévaloir de la *Loi sur l'arbitrage* pour demander au tribunal de désigner l'arbitre unique. Dans le cadre de tout arbitrage qui doit être tenu en vertu du présent **article 11.3**, les règles suivantes sont de mise :

- (a) L'arbitrage se tiendra en français ou en anglais, selon l'accord mutuel écrit des Parties ou la décision de l'Arbitre;
- (b) L'arbitrage se tiendra dans la ville de Fredericton, au Nouveau-Brunswick;
- (c) Nul arbitre ne pourra avoir été antérieurement employé par l'une ou l'autre des Parties ni avoir un intérêt direct ou indirect dans l'une ou l'autre des Parties ni dans l'objet de l'arbitrage;
- (d) Les coûts de l'arbitrage, à l'exclusion des frais et débours de justice d'une Partie, seront assumés à parts égales par les Parties, à moins d'une ordonnance contraire de l'arbitre;
- (e) L'audition de l'arbitrage devra être terminée dans les 120 jours qui suivent le choix ou la nomination de l'arbitre. Pour faciliter l'audition accélérée de l'arbitrage et en l'absence d'une entente contraire entre les Parties, l'arbitre et les Parties devront s'en tenir à la procédure ci-dessous :
 - (i) dans les dix jours ouvrables qui suivent le choix ou la nomination de l'arbitre, le demandeur doit faire parvenir à l'intimé et à l'arbitre une déclaration écrite dans laquelle il décrit les faits à l'appui de sa demande, les questions en litige et le redressement ou le recours recherché;
 - (ii) dans les dix jours ouvrables suivant la réception par l'intimé de la déclaration du demandeur, l'intimé doit faire parvenir au demandeur et à l'arbitre une déclaration écrite dans laquelle il expose sa défense ainsi qu'un énoncé écrit de sa demande reconventionnelle, le cas échéant, dans laquelle il énonce les faits à l'appui de sa demande reconventionnelle, les questions en litige et le redressement ou le recours recherché;
 - (iii) Le demandeur peut répondre à une demande reconventionnelle en faisant parvenir à l'intimé et à l'arbitre un exposé écrit de sa défense à la demande reconventionnelle dans les dix jours ouvrables suivant la réception de celle-ci;
 - (iv) Chacune des Parties devra présenter, avec ses déclarations et exposés, la liste des documents qu'elle compte invoquer, laquelle devra préciser le type de document, sa date, son auteur, son destinataire et son objet;
- (f) L'arbitre rendra sa sentence dans les 30 jours qui suivront la conclusion de l'audition ou dans tout autre délai convenu par les Parties;

- (g) Sous réserve du paragraphe 45(1) de la *Loi sur l'arbitrage*, la sentence de l'arbitre sera définitive pour les Parties et sans droit d'appel, que ce soit sur une question de faits, une question de droit ou une question mixte de faits et de droit, et elle pourra être exécutée par elles devant tout tribunal compétent.

Indépendamment de toute disposition contraire de la présente Entente, les Parties conviennent que la procédure d'arbitrage décrite au présent **article 11.3** ne s'applique pas dans les cas où (i) le demandeur cherche à obtenir une injonction temporaire ou une autre mesure injonctive immédiate, (ii) un tiers a présenté une demande, sauf avec le consentement de celui-ci ou (iii) le Différend concerne des demandes portant sur les droits de propriété intellectuelle présentées par des tiers ou par l'une ou l'autre des Parties.

12.0 APPLICATION DE L'ENTENTE

La présente Entente s'applique au Ministre, à la Société et à tout Médecin recevant un paiement en vertu des présentes et elle les oblige, qu'ils aient ou non pris connaissance des conditions qui y sont prévues.

13.0 AVIS

- (a) Tout avis jugé nécessaire ou pouvant être donné au Ministre par la Société sera réputé avoir été valablement donné s'il est remis en main propre au bureau du Ministre ou s'il est expédié par courrier recommandé au bureau du Ministre.
- (b) Tout avis jugé nécessaire ou pouvant être donné à la Société par le Ministre sera réputé avoir été valablement donné s'il est remis en main propre au bureau de la présidente de la Société ou s'il est expédié par courrier recommandé au bureau de la présidente.
- (c) Tout avis donné par courrier recommandé sera réputé avoir été donné 48 heures après avoir été mis à la poste.

14.0 DISPOSITIONS DIVERSES

- (a) *Modification* – Nulle modification de la présente Entente n'est valide, sauf si elle est énoncée par écrit et signée par un représentant autorisé de chacune des Parties.
- (b) *Nullité* – Si l'une ou l'autre des dispositions de la présente Entente est déclarée nulle par un tribunal compétent, les autres dispositions demeureront en vigueur.
- (c) *Renonciations* – Le fait pour l'une ou l'autre des parties de renoncer à invoquer un manquement ou une dérogation à l'une ou l'autre des dispositions de la présente Entente ne signifie pas qu'elle renonce à invoquer tout manquement ou toute dérogation ultérieure et ne doit pas être interprété comme tel.
- (d) *Langue* – Les Parties ont demandé que la présente Entente ainsi que tous les documents qui s'y rattachent soient rédigés en anglais. Les Parties ont demandé que

la présente Entente ainsi que tous les documents qui s’y rattachent soient rédigés en anglais.

- (e) *Divisibilité* – Si l’une ou l’autre des parties de la présente Entente était jugée inexécutable ou nulle, elle sera séparée du reste de la présente Entente qui, elle, demeurera valide et en vigueur.
- (f) *Intégralité de l’Entente* – La présente Entente constitue l’intégralité de la convention entre les Parties et elle remplace toutes les ententes et les négociations antérieures quant à son objet.
- (g) *Engagement de parfaire* – Chaque Partie fera tous les actes et passera tous les documents dans les limites de son pouvoir que l’autre Partie pourra lui demander raisonnablement à tout moment pour donner pleinement effet aux dispositions de la présente Entente.

EN FOI DE QUOI les Parties ont passé la présente Entente qui prendra effet à la Date d’entrée en vigueur.

SIGNÉE ET REMISE

en présence de :

Témoïn

Témoïn

) **SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DE LA**
) **PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK**
) représentée par la **MINISTRE DE LA SANTÉ**
)

) Original contract signed
)

) _____
) L’Hon. Dorothy Shephard
) Ministre de la Santé
)

) Date de la signature: _____, 2022
)

) **LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU**
) **NOUVEAU-BRUNSWICK**
)

) Original contract signed
)

) _____
) Dr Mark MacMillan
) Président
)

) Date de la signature : _____, 2022
)

Annexe A

LIGNES DIRECTRICES SUR LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE

1.0 Attribution de crédits de FMC

À compter du 1^{er} avril 2017, pour être admissibles aux crédits de formation médicale continue (FMC), les médecins (dont les médecins suppléants) doivent respecter les critères suivants :

Pour les médecins avec rémunération à l'acte :

- Être autorisé au Nouveau-Brunswick.
- Le revenu de l'Assurance-maladie doit être égal ou supérieur au seuil de revenu de l'Assurance-maladie établi pour l'année pour laquelle le remboursement est demandé.

Pour les médecins salariés :

- Être autorisé au Nouveau-Brunswick.
- Être employé selon la partie I ou la partie III de la *Loi relative aux relations de travail dans les services publics*.
- Être rémunéré selon le Régime de rémunération du personnel médical pendant plus de six (6) mois et occuper au moins un poste à temps partiel (0,5 ETP).

1.1.1 Les médecins avec rémunération à l'acte actifs qui touchent un revenu annuel de l'Assurance-maladie inférieur au seuil de revenu seront admissibles à des crédits annuels de FMC une fois pendant une période de deux ans, sous réserve des critères établis du programme, à condition que le revenu de l'Assurance-maladie cumulé pendant cette période de deux ans soit égal ou supérieur au seuil de revenu de la deuxième année. L'affectation annuelle sera versée dès que le revenu cumulatif du médecin provenant de l'Assurance-maladie au cours de la période de deux ans atteindra le seuil de revenu pour la deuxième année. Cette disposition ne s'applique pas aux suppléants ou aux médecins salariés.

1.1.2 Les médecins rémunérés à l'acte ou salariés en congé de maternité seront admissibles à des crédits entiers pendant cet exercice.

Les médecins qui deviennent invalides ou malades seront admissibles aux crédits entiers pendant cet exercice. Ces demandes seront évaluées au cas par cas.

1.1.3 Dans un exercice, un médecin peut uniquement recevoir des crédits pour la rémunération à l'acte (rémunération à l'acte ou à la vacation/APF ou APP) aux termes du programme des salariés. Les médecins qui changent de modèle de

rémunération au cours d'un exercice et qui répondent aux critères d'admissibilité des deux programmes recevront des crédits aux termes du programme auquel ils ont été admissibles en premier.

2.0 Valeur des crédits

2.1 Au plus tard le 31 mars de chaque année, la Société versera la valeur des crédits de FMC au ministère de la Santé.

2.2 Depuis le 1^{er} janvier 2005, il existe deux types de crédits, soit urbains et ruraux. Les médecins qui exercent à des endroits extérieurs aux villes suivantes et à leurs environs seront admissibles à des crédits ruraux : Moncton, Dieppe et Riverview ou Saint John, Rothesay, Hampton, Quispamsis et Grand Bay-Westfield ou Fredericton, Oromocto et New Maryland.

2.2.1 En cas de contestation, les parties devront régler le litige en utilisant ce qui suit en tant que mesure de référence : pour que les revenus soient considérés « ruraux » au sens de ce programme, au moins 75 % doivent avoir été générés dans une ou plusieurs collectivités qui répondent à la définition de collectivité rurale. Si moins de 75 % des revenus sont générés dans des collectivités rurales, les taux de contribution urbains s'appliquent.

2.3 Si, au cours d'un exercice, un médecin transfère sa pratique d'un milieu urbain à un milieu rural ou vice-versa, à partir de cet exercice et sous réserve de tous les autres critères d'admissibilité, le médecin recevrait les crédits pour lesquels il était admissible en premier, qu'ils soient ruraux ou urbains.

3.0 Accumulation des crédits

3.1 Les crédits accumulés doivent être réclamés dans un délai de trois ans.

4.0 Admissibilité des cours

4.1 Le médecin doit exercer activement la profession au Nouveau-Brunswick au moment de la FMC.

4.2 En règle générale, les cours doivent être accrédités. La décision finale quant à l'admissibilité aux cours appartiendra au ministère de la Santé et à la Société.

4.3 Les programmes de FMC à domicile approuvés par le Collège des médecins de famille du Canada, l'American Academy of Family Physicians ou un organisme analogue représentant une spécialité précise peuvent être pris en considération en vue d'un financement. Les dépenses liées à du matériel (ordinateurs et télévisions, entre autres) ou les autres dépenses (livres, abonnements à des revues spécialisées ou autres documents semblables qui pourraient être requis pour suivre la FMC à domicile) ne sont pas des dépenses admissibles. Tout autre programme de formation médicale continue à domicile est évalué au cas par cas.

5.0 Processus de demande

5.1 Les médecins doivent remplir les formulaires d'inscription au programme disponibles auprès du bureau de la Société. Les demandes dûment remplies doivent être présentées au bureau de la Société, accompagnées des documents suivants :

- Certificat de présence (le reçu de l'inscription n'est pas une preuve de présence)

6.0 Évaluation des demandes

6.1 Frais de scolarité/frais d'inscription

Les frais de scolarité et les frais d'inscription seront remboursés à 100 % en plus des frais journaliers. Un reçu est requis pour les frais de scolarité ou d'inscription. Les cotisations annuelles et charges sociales ne seront pas remboursées.

6.2 Frais journaliers

Le tableau ci-dessous est utilisé pour évaluer les paiements de frais journaliers (comme l'hébergement, les repas et les transports, par exemple le kilométrage, la location d'une voiture ou le billet d'avion).

<u>Type</u>	<u>Frais journaliers</u>
N.-B.	300 \$
Î.-P.-É./N.-É., Québec, T.-N.-L., Ontario/Maine	500 \$
Reste du Canada	600 \$
International, sauf le Maine	700 \$

6.2.1 Jours de déplacement

La formule et l'échelle suivantes seront utilisées pour déterminer le nombre de jours de déplacement admissibles au remboursement :

<u>Jours de déplacement</u>	<u>Jours admissibles au remboursement</u>
<100 km	0 jour
Entre 101 km – 400 km	une demi-journée
Entre 401 km – 800 km	une journée
> 800 km	deux jours

6.2.2 Jours du programme

Le nombre maximal de jours de programme sera déterminé selon le nombre de jours réels de participation ou le nombre d'heures de FMC, selon la formule/l'échelle ci-dessous, le chiffre le moins élevé étant retenu.

Nombre total d'heures de FMC	Nombre maximal de jours
------------------------------	-------------------------

pour le programme	admissibles à un remboursement
Jusqu'à 3,5	1
Plus de 3,5 à 7	2
Plus de 7 à 10,5	3
Plus de 10,5 à 14	4
Plus de 14 à 17,5	5
Plus de 17,5 à 21	6
Plus de 21 à 24,5	7
Plus de 24,5 à 28	8

6.2.3 Coûts indirects/remplacement du revenu

Les médecins rémunérés à l'acte seront admissibles au remboursement de coûts indirects et de remplacement du revenu suivant :

Maximum de 300 \$ par jour.

En général, l'allocation pour les coûts indirects du cabinet sera versée à 100 % pour chaque jour de programme et pour les jours de déplacement attribués selon la formule des jours de déplacement indiquée à la section 6.2.

6.3 FMC mobile/à domicile

Les demandes de remboursement de frais de FMC mobile/à domicile seront admissibles au remboursement suivant :

- Frais d'inscription (un reçu est nécessaire)
- Coûts indirects/remplacement du revenu

Remarque :

- Les dépenses de FMC admissibles seront remboursées à hauteur du montant le moins élevé entre les crédits de FMC disponibles et le total des dépenses de FMC admissibles.
- S'il reste un solde dans la demande de remboursement des dépenses de FMC, celui-ci sera automatiquement payé lorsque le médecin reçoit plus de crédits dans le programme.

7.0 Chèques de remboursement

Chaque mois, la Société envoie au ministère de la Santé les comptes des médecins admissibles à un remboursement. La Société doit vérifier l'admissibilité des médecins qui demandent un remboursement de leurs frais de formation médicale continue et traiter les demandes. Le ministère de la Santé s'occupera du traitement des factures et fera des chèques libellés à l'ordre de la Société. Cette dernière distribue ensuite les remboursements à chaque médecin demandeur.

8.0 Tenue à jour des documents

- 8.1 Il appartiendra à la Société de tenir à jour tous les documents requis pour étayer les factures envoyées au ministère de la Santé en vue d'un paiement.
- 8.2 La Société doit tenir une liste maîtresse des crédits obtenus et utilisés par chaque médecin.
- 8.3 Le ministère de la Santé fournira à la Société, sur demande, de l'information sur le revenu d'un médecin relativement aux exigences d'obtention de FMC ou, dans le cas d'un médecin salarié, une liste des médecins salariés.
- 8.4 Pour les besoins de la gestion des crédits de FMC ruraux, le ministère de la Santé doit fournir à la Société, deux fois par année, une liste électronique de médecins admissibles. La liste doit être produite avec le Code d'emplacement géographique normalisé de l'Assurance-maladie.

Si la Société ajoute de nouveaux médecins à sa base de données, une mention « urbain » ou « rural » sera attribuée selon la description aux paragraphes 2.2 et 2.3. Les nouvelles affectations seront vérifiées auprès du Ministère à la fin de chaque mois.

9.0 Financement du programme

- 9.1 À compter du 1^{er} avril 2014, le financement et le seuil de revenu pour les médecins admissibles seront ajustés tous les ans dans le cadre des processus de négociation et de distribution.
- 9.2 La Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) enverra une facture au plus tard le 10 avril de l'exercice pour le « financement initial du programme » de 350 000 \$. La SMNB devra continuer d'envoyer des factures mensuelles suffisamment détaillées. Le financement du programme initial sera rapproché à la fin de l'exercice, sur la facture de mars pour la FMC.
- 9.3 Les changements convenus au 1^{er} avril 2017 seront réévalués tous les ans.

10.0 Vérifications de la FMC

En plus de toute autre vérification qui pourrait être menée par le vérificateur général, le ministère de la Santé se réserve le droit de vérifier tous les documents pertinents aux comptes de la FMC conservés par la Société.

11.0 Frais d'administration du programme

À compter du 1^{er} avril 2016 et jusqu'au 30 mars 2020, la Société appliquera des frais d'administration de 3 % sur le montant à payer en ce qui touche les demandes individuelles de financement. À compter du 31 mars 2020, des frais d'administration de 1,5 % seront imposés. Le montant sera ajouté à chaque série de demandes soumises.

Annexe B

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE

PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES PRIMES D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ MÉDICALE

La Société a négocié la mise sur pied d'un fonds annuel avec le ministère de la Santé pour le remboursement aux médecins d'une partie de leurs primes d'assurance responsabilité médicale.

Historiquement, tous les médecins admissibles obtenaient leur assurance responsabilité médicale par l'intermédiaire de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM). Les catégories de risque mentionnées dans le présent document renvoient donc aux codes de travail (CDT) de l'ACPM et le niveau de remboursement est calculé en utilisant le barème des cotisations de l'ACPM comme cadre de référence. Toutefois, les médecins admissibles peuvent se faire rembourser les primes versées à d'autres compagnies, pourvu que les documents justificatifs appropriés soient présentés à la Société.

1.0 Critères d'admissibilité

Un médecin est admissible à un remboursement s'il satisfait aux conditions suivantes :

- a) Est membre de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (les médecins suppléants sont admissibles).
- b) Est médecin au Nouveau-Brunswick qui est rémunéré à l'acte ou à la vacation ou qui est salarié.

Rémunération à l'acte (dont les modes de rémunération à la vacation et de substitution) : le médecin touche des revenus du ministère de la Santé pendant la période d'évaluation en vue du remboursement ou

Médecins salariés : le médecin salarié actif se trouve dans la liste des médecins salariés de l'Assurance-maladie pendant la période où il est évalué en vue du remboursement.

- c) N'a pas reçu de remboursement pour les primes de l'ACPM payées par une autre organisation ou province, durant la même période pour laquelle il demande un remboursement du Nouveau-Brunswick. Cette disposition n'entend pas exclure les remboursements aux régies régionales de la santé qui ont déjà payé les primes du médecin.
- d) Fait partie du CDT de l'ACPM décrit dans la formule ou sous une catégorie équivalente d'un autre assureur.

- e) Le code de province de travail (PDT) de l'ACPM indique que le médecin a travaillé au Nouveau-Brunswick durant la période pour laquelle il demande un remboursement du Nouveau-Brunswick.
- f) A payé ses primes de l'ACPM intégralement pour la période pour laquelle il demande un remboursement.

2.0 Remboursement du médecin

2.1 La franchise peut être modifiée pendant la durée du contrat sous réserve d'un commun accord des parties.

Les médecins toucheront le montant le plus élevé entre 47 % de leur prime ET la différence entre le CDT approprié et la franchise.

Les médecins recevront un remboursement trimestriel pour leurs primes de l'ACPM selon les calendriers suivants :

- En mai pour la période précédente de janvier à mars
- En août pour la période précédente d'avril à juin
- En novembre pour la période précédente de juillet à septembre
- En février pour la période précédente d'octobre à décembre

2.2 Les médecins spécialisés (avec rémunération à l'acte et salariés) dont les primes de l'ACPM sont de $\geq 15\ 000$ \$ reçoivent un paiement en versements pour six mois, à savoir un paiement initial en février pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin et un autre paiement en juillet, pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre.

2.2.1 La vérification du revenu pour tous les médecins, dont ceux dont les primes $\geq 15\ 000$ \$, devra se faire tous les trimestres.

2.2.2 Toutes les autres spécialités continueront d'être remboursées tous les trimestres, dont la vérification trimestrielle du revenu.

2.2.3 Les médecins suppléants seront maintenant admissibles au remboursement tous les trimestres et non une fois par année, à la fin de l'année.

2.3 Les demandes de remboursement doivent être reçues par la Société dans un délai d'un an après que le médecin a payé ses primes d'assurance responsabilité médicale.

2.4 Si un médecin satisfait à tous les critères d'admissibilité pour une partie seulement de l'année, il a droit à un remboursement au prorata.

2.4.1 Le montant du remboursement est calculé comme suit : le nombre total de mois

pendant lesquels le médecin a été membre de la Société, exerçant au Nouveau-Brunswick selon un code PDT de l'ACPM et sous un code de travail admissible de l'ACPM, y compris le mois d'inscription (ou de départ), divisé par 12, multiplié par le plein remboursement pour la catégorie de risque pertinente. (Le total est arrondi au dollar près.)

- 2.4.2 Si la Société est avisée de la date exacte à laquelle le médecin a quitté le Nouveau-Brunswick ou a commencé à exercer au Nouveau-Brunswick, le remboursement est calculé au prorata selon la date de départ ou de commencement. Le nombre de mois admissibles suppose que le médecin est dans une catégorie admissible pendant les mois indiqués.

3.0 Traitement des paiements

3.1 Information sur les paiements de l'ACPM versés aux médecins

3.1.1 La Société acceptera uniquement une confirmation de l'ACPM quant aux montants payés, en format électronique. Ce document est versé dans un site Web sécurisé de l'ACPM et peut être téléchargé par la Société médicale du Nouveau-Brunswick. L'ACPM a été avisée qu'elle doit envoyer par télécopieur une confirmation à tout médecin du Nouveau-Brunswick qui en fait la demande.

3.1.2 La saisie des données pour le dossier électronique repose sur le code de la province de travail (PDT) de l'ACPM. L'ACPM fournit à la Société des renseignements sur tous les médecins qui ont indiqué à l'ACPM qu'ils exercent ou ont exercé au Nouveau-Brunswick pendant l'année d'évaluation et qui n'ont pas retiré leur autorisation pour la divulgation d'information. Cela signifie que les médecins suppléants sont inclus d'office dans le fichier électronique de l'ACPM.

3.1.3 Le fichier électronique trimestriel est disponible seulement après que l'ACPM a traité le paiement des cotisations mensuelles, soit vers le 20 du mois.

3.2 Évaluation d'admissibilité au remboursement

3.2.1 L'information sur les paiements et les codes de travail et de province que reçoit l'ACPM est comparée à la base de données des membres de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ainsi qu'aux données de facturation de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick pour déterminer si le médecin répond ou non aux critères d'admissibilité du programme de financement comme le prévoit le paragraphe 1.0. L'évaluation se fera chaque trimestre.

- 3.2.2 On consulte la banque de données afin de repérer les membres de la Société qui n'ont pas été inclus dans le fichier électronique de l'ACPM et qui pourraient être admissibles à un remboursement.
- 3.2.3 Un médecin peut, au cours de l'année, changer son code de travail ou de province de travail de l'ACPM. Chacun de ces transferts électroniques envoyés à la Société par l'ACPM contient des renseignements d'adhésion pour l'année entière d'adhésion. Les périodes antérieures sont vérifiées par rapport aux renseignements antérieurement reçus afin de s'assurer que les membres reçoivent le bon remboursement et qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer des ajustements.

4.0 Avis aux médecins

- 4.1 Étant donné que la Société a un accès direct au fichier électronique de l'ACPM renfermant des renseignements sur les paiements effectués par des médecins, la majorité des médecins admissibles n'auront pas à faire quoi que ce soit afin de recevoir un remboursement.
- 4.2 Les médecins sont informés du programme lorsqu'ils deviennent membres de la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
- 4.3 Des « rappels » peuvent être joints au bulletin de la Société ainsi qu'à ses bulletins économiques ou à d'autres publications.

5.0 Échéancier

- a) En mars de chaque exercice, soumettre la demande de paiement manuelle au Ministère pour obtenir des fonds pour l'année, conformément au paragraphe 6.1.
- b) Confirmer les dates d'accès au fichier électronique auprès de l'ACPM.

Les données de l'ACPM devraient être disponibles pour téléchargement le premier jour ouvrable suivant les dates indiquées ci-dessous.

20 mars	(période de janvier à mars)
20 juin	(période d'avril à juin)
20 septembre	(période de juillet à septembre)
20 décembre	(période d'octobre à décembre)

- c) En mai, en août, en novembre et en février, effectuer les paiements et expédier les lettres de suivi aux médecins.
- d) Au plus tard à la fin d'avril, envoyer un relevé des paiements au Ministère, indiquant les paiements totaux versés aux médecins au cours de l'année civile antérieure.

6.0 Formule de financement du programme

La formule de remboursement décrite à la section 2 sera financée comme suit :

6.1 Le Ministère financera le programme de remboursement grâce à un financement de 8 802 972 \$ (soit 6 869 151 pour la rémunération à l'acte et 1 933 821 pour les salariés). Le fonds de financement protégé total de 8 802 972 \$ sera transféré à la Société médicale du Nouveau-Brunswick le 1^{er} avril chaque année.

6.1.1 Le résidu du fonds de financement protégé à la fin de l'exercice sera géré par la Société médicale afin de compenser les responsabilités futures du programme.

6.1.2 Si le coût total du programme de remboursement dépasse 8 802 972 \$, le reste du financement requis sera prélevé à même la réserve existante jusqu'à son épuisement.

6.1.3 Tous les coûts en plus du fonds de financement protégé, une fois le résidu épuisé, seront financés par le processus de négociation ou par la répartition de la rémunération.

7.0 Intérêts

Les intérêts gagnés avec les fonds reçus du Programme de rémunération de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick reviendront à la Société médicale et seront considérés en tant que frais d'administration pour le fonctionnement du Programme de rémunération.

Annexe C

PROGRAMME DE SERVICE DE GARDE AUTORISÉ ET PROGRAMME DE DEUXIÈME APPEL

1.0 Mandat

- 1.1 Rémunérer les spécialistes et les omnipraticiens en service de garde autorisé ou en service de deuxième appel dans les hôpitaux, les foyers de soins et les prisons provinciales du Nouveau-Brunswick.

2.0 Objectif

- 2.1 L'objectif premier du programme consiste à répondre aux besoins en matière d'urgence et besoins urgents du public et à veiller à rémunérer les médecins qui fournissent un service de garde autorisé un service de deuxième appel tels qu'ils sont définis.

3.0 Définitions

- 3.1 Lorsqu'ils sont utilisés dans la présente annexe C, les termes suivants doivent avoir le sens indiqué qui décrit chacun d'eux:

3.1.1 « Hôpital non régional » s'entend de tous les hôpitaux, autres qu'un « hôpital régional »;

3.1.2 « Hôpital régional » s'entend des hôpitaux du Nouveau-Brunswick suivants : Hôpital Dr-Everett-Chalmers, Hôpital régional de Saint John, Hôpital de Moncton, Hôpital Dr Georges-L.-Dumont, Hôpital de Campbellton, Hôpital Chaleur, Hôpital d'Edmundston, Hôpital de Miramichi;

3.1.3 « Garde » s'entend de toute période, hors des heures normales de travail (du lundi au vendredi, les fins de semaine et les jours fériés), pendant laquelle un médecin est disponible pour donner suite aux demandes urgentes ou imminentes à partir d'un établissement (hôpital, foyer de soins ou prison provinciale du Nouveau-Brunswick) afin d'examiner, de soigner un patient et de lui offrir des services de diagnostic ou des conseils.

3.1.3.1 Dans le cas d'un établissement de santé, les services sur demande comprennent les services offerts aux patients qui quittent l'hôpital ou aux patients indépendants qui proviennent de la collectivité par l'intermédiaire de la salle d'urgence, sont aiguillés par des médecins d'autres établissements ou sont des patients hospitalisés dont des médecins d'une autre spécialité prennent en charge les soins.

3.1.3.2 Dans le cas des foyers de soins, ces services sont offerts à tous les pensionnaires actuels ou à ceux qui viennent d'être admis.

3.1.4 « Sur place » s'entend d'une présence sur les lieux d'un établissement.

4.0 Règlements intérieurs, règles et règlements en matière de privilège relatifs au personnel

La présente annexe ne modifie pas, ni n'annule ou rend caduc les statuts et règlements, les règles de privilège et les règlements de tout personnel médical convenus entre une régie régionale de la santé et un médecin au sujet du travail effectué dans le cadre du service de garde;

5.0 Exclusions

5.1 Le programme s'applique aux médecins qui travaillent en vertu de n'importe quelles modalités de rémunération. Les médecins qui touchent déjà une rémunération pour leur service de garde ou qui sont déjà rémunérés grâce à d'autres méthodes de rémunération approuvées par le Ministère et la Société seront exclus du remboursement pour service de garde autorisé ou pour service de deuxième appel.

5.2 Exclusions convenues entre le Ministère et la Société :

- Le service de garde des chirurgiens et des anesthésistes à Sussex;
- Les salles d'urgence dans les hôpitaux non régionaux;
- Les intensivistes qui travaillent dans des unités de soins intensifs fermées sans médecin sur place;
- Le service de garde aux hôpitaux psychiatriques Centre hospitalier Restigouche et Centracare;
- Le service de garde des obstétriciens en milieu rural de l'Hôpital de Campbellton;
- Le responsable du réseau de traumatologie provincial ainsi que les chefs de l'équipe de traumatologie à l'Hôpital régional de Saint John et à l'Hôpital de Moncton;
- Les unités de soins intensifs néonataux de Fredericton – Hôpital D'Everett-Chalmers, Saint John - Hôpital régional de Saint John et Moncton - Hôpital de Moncton;
- Autres options de rémunération;
- Toute disposition de rémunération future convenue entre les parties qui comprend la rémunération du service de garde.
- Programme hospitaliste (Hôpital régional de Saint John)

6.0 Principes

6.1 La rémunération n'est disponible que pour les périodes de garde autorisées déterminées par le Comité consultatif médical pour la zone et par le Comité régional consultatif médical au sein de chaque région régionale de la santé, ou par les foyers de soins individuels ou à la suite d'une demande du ministère de la Sécurité publique au nom des prisons provinciales du Nouveau-Brunswick.

6.2 Le médecin doit répondre à l'appel en moins de 10 minutes ou, le cas échéant, il doit se présenter en moins de 20 minutes, sauf si d'autres dispositions ont été définies par la RRS, par le foyer de soins ou par la prison provinciale du Nouveau-Brunswick.

6.3 Le présent programme ne comprend pas les consultations périodiques ou le travail non défini comme urgent ou imminent. Les médecins peuvent continuer à offrir ces services durant la période de service de garde, mais ils doivent être disponibles selon les modalités décrites à l'article 6.2 ci-dessus. Le présent programme ne comprend pas le service de garde de routine pour les propres patients du médecin et ceux faisant partie du même groupe de service de garde; toutefois, il s'applique aux nouvelles admissions et aux patients sans médecin. Comme toujours, le fait de fournir des services de garde comprend les soins aux patients hospitalisés.

6.3.1 La rémunération ne s'applique pas à la disponibilité pour le service de garde durant les heures normales de travail en semaine.

6.3.2 La prime pour urgence après les heures normales de travail ne s'applique pas au code de service 8989 ni à tout autre code de service pour une rémunération de disponibilité.

6.4 Toute demande pour une nouvelle rotation du service de garde doit être présentée au Comité consultatif médical et au Comité consultatif médical régional et, si elle est approuvée, doit être soumise au ministère de la Santé par écrit. Le Ministère fera parvenir toutes les demandes de nouveaux groupes de service de garde à la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Le processus d'approbation se fera dorénavant en deux temps :

1. Approbation du service de garde par le Comité consultatif médical ou le Comité consultatif médical régional
2. Approbation du financement par le Comité des affaires économiques de la Société médicale et le ministère de la Santé

Le Comité des affaires économiques de RAA de la SMNB, en collaboration avec le ministère de la Santé, sera responsable de l'approbation ou du refus d'une nouvelle rotation d'un groupe de service de garde. Chaque année, le Comité des affaires économiques fera rapport au Conseil d'administration de la Société médicale sur les demandes reçues au cours de l'année et sur les décisions relatives à leur approbation.

6.5 Le Comité des affaires économiques de RAA de la SMNB procédera à un examen périodique de tous les groupes de service de garde actifs, en collaboration avec le ministère de la Santé. Le Comité a le pouvoir de demander aux groupes de comparaître devant lui pour examen.

6.6 Le Ministère exige un préavis de la part de la RRS, du foyer de soins ou de la prison provinciale du Nouveau-Brunswick au sujet de tout ajout ou l'élimination du nombre de rotations. Tous les changements ne seront effectués qu'à la suite d'une consultation en bonne et due forme avec la Société. Lorsqu'une décision sera prise relativement au nombre de rotations, le Ministère avisera par écrit les parties concernées de la décision.

6.7 Indépendamment de l'article 6.6, le nombre de rotations dans les prisons provinciales du Nouveau-Brunswick ne doit pas excéder deux (2), à moins d'une entente contraire conclue entre les parties.

6.8 Le deuxième appel sera indemnisé à partir du 1^{er} avril 2006 pour l'anesthésie, les services obstétriques et de gynécologie et la chirurgie générale dans les huit (8) hôpitaux régionaux, comme l'a prévu chaque RRS.

6.9 Les rotations du service de garde pour la médecine générale, les spécialistes et les prisons seront rémunérées au même taux. Les rotations du service de garde pour les foyers de soins seront rémunérées au taux de 148,47 \$ jusqu'au 31 mars, 2020, date à laquelle le taux sera révisé.

6.10 Critère de disponibilité : Si un médecin participe en tant que membre d'un groupe offrant un service en tout temps, 365 jours par année (24 heures sur 24, 7 jours sur 7), il peut alors se qualifier. Dans le cas d'un médecin membre d'un groupe qui est incapable de travailler 365 jours, voici ce qui s'applique : un médecin seul doit être disponible pour un minimum de 90 jours par année Un groupe de deux (2) médecins doit être disponible pour un minimum de 180 jours, un groupe de trois (3) médecins doit être disponible pour un minimum de 270 jours et un groupe de quatre (4) médecins ou plus doit être disponible pour 365 jours. Ce critère sera vérifié trimestriellement par les parties.

6.11 À compter du 1^{er} avril 2014, 2 000 000 \$ seront transférés du programme de service de garde des médecins salariés au budget de service de garde de RAA autorisé afin de créer un fonds unique de financement de service de garde protégé.

6.12 Pour toutes les demandes visant les services de garde, y compris par les médecins rémunérés à l'acte, les médecins salariés ou ceux qui sont payés selon d'autres modes de rémunération ou de financement (le cas échéant), la facturation doit être effectuée en fonction de la rémunération à l'acte, à moins d'une entente contraire conclue entre les parties.

- 6.13 Un médecin ne pourra toucher qu'une seule rémunération de disponibilité par nuit, sans égard au nombre de services couverts ou si la rémunération s'applique à une ou à plusieurs régions/ à un ou à plusieurs foyers de soins / à une ou à plusieurs prisons provinciales du Nouveau-Brunswick.
- 6.13.1 La seule exception à l'article 6.13 ci-haut, est qu'à partir du 1er avril 2017, un médecin ou groupe de médecins pourra facturer jusqu'à 2 rotations du service de garde lorsqu'il sera appelé à couvrir deux ou plusieurs zones, et qu'une rotation de garde est déjà financée dans l'autre zone et où une position est vacante, et
- a) Un poste vacant de spécialiste existe dans cette zone ; ou
 - b) D'autres circonstances exceptionnelles sont convenues entre les parties.
- 6.14 Les médecins suppléants pourront toucher cette rémunération, s'ils remplacent un médecin qui répond aux critères.
- 6.15 Lorsqu'un médecin est appelé à examiner, à diagnostiquer et à soigner un patient, il/elle peut facturer selon le tarif approprié de rémunération à l'acte (RAA) et l'indemnisation pour urgence après les heures normales, selon le cas.
- 6.16 Les RRS doivent présenter certains renseignements mensuels détaillés sur demande, notamment le nom, la spécialité et la date de service du médecin. Les régions doivent tenir un registre sur les services de rotation fournis par les médecins de l'extérieur de la région.
- 6.17 Des fonds de financement distincts assurent une meilleure gestion du programme ainsi que sa pérennité. Voici la liste des fonds de financement :
- A. Fonds de financement de médecine générale
Y compris les services dans les hôpitaux non régionaux, de MG en toxicomanie, de MG en obstétrique ou gynécologie, de MG en matière d'agression sexuelle, de soins palliatifs, de MG en gériatrie, de postes hospitaliers, de méthadone, de néonatalogie et d'assistance dans un bloc opératoire
 - B. Fonds de financement de spécialité
 - C. Fonds de financement de foyer de soins
Fonds de financement des prisons
 - D. Fonds de financement des prisons

7.0 Facturation

- 7.1 Les codes de service suivants ont été créés pour la facturation à l'acte. The date of service on the claim will reflect the date the on-call shift begins. One Physician will be compensated per date of service. Only one service/date can be billed on a claim.
- | | |
|----------------------|---|
| Code de service 8989 | Rotations en médecine générale (RAA et salariés) |
| Code de service 8990 | Rotations des groupes de spécialité (RAA et salariés) |
| Code de service 8991 | Rotations dans les foyers de soins |
| Code de service 8992 | Rotations dans les prisons provinciales |
- 7.2 On a créé le code de service 8997 pour la facturation selon le régime de rémunération à l'acte pour le deuxième appel.
- 7.3 À compter du 16 janvier 2016, les demandes de paiement pour le service de garde autorisé qui sont soumises après trois mois (92 jours) seront refusées.

8.0 **Reliquat**

- 8.1 Les dépenses annuelles ne dépasseront pas les fonds alloués.
- 8.2 Trois (3) pour cent des fonds alloués seront retenus pour financer les dépenses attribuables à l'ajout de médecins autorisés au cours de l'année. Tout reliquat à la clôture de l'exercice sera alloué rétroactivement pour ajuster les honoraires des médecins qui ont fourni des services de garde au cours de la période.
- 8.3 En collaboration avec le ministère de la Santé, le Comité des affaires économiques de RAA de l'AMNB déterminera chaque année si les demandes de groupes de service de garde seront financées à même un fonds de prévoyance ou par une répartition de la rémunération; si on décide de ne pas financer une demande donnée, le groupe de généralistes ou de spécialistes qui a soumis la demande devrait déterminer si un nouveau groupe de service de garde sera financé à partir du budget actuel, ce qui pourrait entraîner une baisse des taux de service de garde pour ce fonds de financement.
- 8.4 Le cas échéant, un financement supplémentaire du service de deuxième appel fera partie du fonds de financement original et, par conséquent, tout reliquat sera disponible aux rajustements rétroactifs, y compris la retenue de 3 %.
- 8.5 Si le reliquat est épuisé avant la fin de l'exercice, le dépassement de crédit sera financé par tous fonds disponibles provenant des fonds du service de deuxième appel et du service de garde interrégional avant que le reliquat de ceux-ci ne soit payé.
- 8.6 Le pourcentage de retenue sera examiné par les parties à la clôture de chaque exercice.

9.0 **Dépassement de crédit**

Si le montant réel dépensé excède le montant disponible au cours d'un exercice, le taux du prochain exercice sera alors rajusté proportionnellement.

Annexe D

PROGRAMME DE CONGÉ PARENTAL MÉDECINS D'EXERCICE PRIVÉ

1.0 Objectif

L'objectif du présent document est d'établir les critères auxquels doivent répondre les médecins rémunérés à l'acte afin d'être admissibles au congé parental, qui comprend les congés de maternité, de paternité, d'adoption et de naissance d'une mère porteuse.

2.0 Description

Depuis le 1^{er} janvier 2006, le Ministère offre un programme en vertu duquel sont offertes des prestations pour congés de maternité, de paternité, d'adoption et de naissance d'une mère porteuse aux médecins rémunérés à l'acte qui répondent aux critères d'admissibilité indiqués dans le présent document.

3.0 Avantages

3.1 Les médecins reçoivent un remboursement correspondant au plus à 17 semaines consécutives à raison de huit cents dollars (800 \$) par semaine. Depuis le 1^{er} avril 2012, ce montant est passé à 1 000 \$ par semaine. Aucun « complément » n'est autorisé de toute autre source.

3.2

- a) Depuis le 1^{er} avril 2014, le Ministère fournit un montant forfaitaire de 400 000 \$ par année pour financer le programme de congé parental des médecins rémunérés à l'acte.
- b) Ce montant représente une caisse autonome qui n'enregistrera aucun dépassement de coûts.
- c) Si le montant n'est pas dépensé au complet, la Société conservera le solde en vue de l'utiliser pour les années à venir.

4.0 Critères d'admissibilité

4.1 Les médecins sont admissibles aux prestations à condition que leur revenu soit égal ou supérieur au seuil de revenu, soit durant l'année financière, soit durant la période de douze mois précédant la demande de prestations. Pour être admissible, le médecin doit être inscrit auprès du ministère de la Santé en tant que médecin rémunéré à l'acte actif au moment de la demande d'adhésion au programme. Semblable au seuil fixé pour la formation médicale continue (FMC), ce seuil sera ajusté à l'aide de la même formule qui s'applique au seuil fixé pour la FMC.

4.2 Les médecins sont admissibles s'ils résident au Nouveau-Brunswick, ont une pratique établie au

Nouveau-Brunswick depuis un an et sont membres en règle de la Société.

- 4.3 Le programme n'est pas offert aux suppléants.
- 4.4 En règle générale, la rémunération du congé parental commence à partir de la semaine de la date de naissance. Si l'enfant doit rester à l'hôpital, la date de début de la rémunération du congé parental peut être reportée jusqu'à la semaine où l'enfant reçoit son autorisation de sortie de l'hôpital. Si l'enfant adoptif est âgé de cinq ans ou moins, la rémunération du congé parental commence à partir de la semaine où les parents adoptifs prennent l'enfant en charge.
- 4.5 La rémunération du congé parental peut commencer avant la semaine de la naissance de l'enfant uniquement si la mère doit cesser de travailler pour des raisons médicales. Si la mère doit commencer son congé de maternité avant la semaine de la naissance, un certificat médical sera exigé indiquant la raison médicale rendant le congé nécessaire.
- 4.6 La durée cumulative du congé de maternité et du congé parental combinés que peut prendre l'un ou l'autre parent médecin par rapport à la même naissance, adoption ou naissance d'une mère porteuse ne peut pas dépasser 17 semaines.
- 4.7 À compter du 1^{er} avril 2009, les médecins qui continueront d'être rémunérés à l'acte durant un congé parental ne seront pas admissibles aux prestations parentales durant les semaines où les montants facturés dépasseront 1 200 \$ par semaine.
- 4.8
- a) Lorsqu'un médecin suppléant a été embauché pour remplacer un médecin en congé parental, le numéro de facturation du médecin en congé sera habituellement suspendu.
 - b) À compter du 1^{er} avril 2009, si le médecin en congé parental doit remplir des fonctions nécessaires, le montant facturé ne devra pas dépasser 1 200 \$ par semaine, sinon le médecin perdra son droit aux prestations parentales, qui seront virées à la caisse des médecins rémunérés à l'acte.
- 4.9 Le médecin doit habituellement donner un préavis écrit de quatre semaines avant le début de son congé parental. Il doit également informer par écrit la Société et le registraire des médecins du Ministère de la durée du congé parental qu'il prévoit prendre. Un certificat médical est exigé pour les congés de maternité. Dans le cas d'une adoption, une lettre de l'agence d'adoption indiquant la date prévue du placement est exigée.

5.0 Documentation exigée (après la naissance ou le placement)

- 5.1 Les documents suivants sont exigés pour recevoir les prestations offertes en vertu du présent programme :
- a) **aux fins du congé de maternité et de paternité :**
 - (i) acte de naissance ou vérification écrite du médecin traitant ou de l'agence d'adoption, dont les naissances d'une mère porteuse;

- ii) si l'enfant doit rester à l'hôpital, un avis de congé est également nécessaire;
- b) **aux fins de l'adoption :**
 - i) lettre de l'agence d'adoption confirmant la date du placement.

5.2 La Société doit conserver tous les documents et les mettre à la disposition du Ministère sur demande.

6.0 Examen

6.1 Les parties conviennent d'examiner annuellement les paiements en vertu du programme de congé parental.

6.2 Le Ministère et la Société feront une évaluation individuelle des appels ou des exceptions.

7.0 Gestion du programme

7.1

- a) La Société gère le programme.
- b) Le Ministère accorde chaque année, le 1^{er} janvier, le financement intégral de 400 000 \$.
- c) Le revenu sera inclus dans les gains consolidés.
- d) La Société soumettra trimestriellement les détails sur les paiements au Ministère.

7.2 Nonobstant l'alinéa 3.2c) de la présente annexe, tous les intérêts courus par le présent fonds après avoir été reçus par la Société sont conservés par la Société.

8.0 Paiement

8.1 Les prestations seront versées sous la forme d'un paiement mensuel.

8.2 D'après les parties, il est entendu que les prestations parentales ou d'adoption sont des avantages imposables.

9.0 Portée

Le présent document s'applique à tous les médecins :

- a) rémunérés principalement à l'acte ou à la vacation ou dans le cadre d'autres modes de rémunération, plans de financement ou plans de financement consolidé;
- b) qui répondent aux critères d'admissibilité décrits à l'article 4 de la présente annexe.

10.0 Autorité

Les parties reconnaissent que l'autorité de la présente annexe est l'Entente cadre sur la rémunération à l'acte.

11.0 Changements

Le présent document ne peut être changé qu'avec le consentement écrit des deux parties.

12.0 Répartition de la rémunération

12.1 Le Ministère informera ses employés du présent document et de tout changement qui y est apporté.

12.2 La Société informera ses membres du document et de tout changement qui y est apporté, et leur communiquera des renseignements.

**ACCORD SUR LE RETOUR AU TRAVAIL DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE CONGÉ
PARENTAL**

Le présent accord est établi en double exemplaire ce ____ jour de _____.

Entre :

**La Société médicale du Nouveau-Brunswick
(ci-après dénommée SMNB)**

DE PREMIÈRE PART

-et-

**Le Dr _____ de _____ dans la province du Nouveau-
Brunswick**

(ci-après dénommé le Demandeur)

DE DEUXIÈME PART

Attendu que la SMNB a élaboré un programme de prestations de congé parental afin de fournir aux médecins du Nouveau-Brunswick un soutien financier à la suite de la naissance ou de l'adoption de leur enfant;

Attendu que le programme de congé parental de la SMNB exige habituellement qu'un médecin ait un cabinet établi au Nouveau-Brunswick pendant un an avant le début du congé;

Et attendu que le demandeur souhaite recevoir des prestations, mais qu'il ne dispose pas d'une année de service avant de prendre son congé;

Par conséquent, les parties conviennent de ce qui suit :

1. La SMNB convient de ce qui suit :
 - a. Fournir des prestations de congé parental conformément à l'annexe D de l'Entente cadre sur les services des médecins pour un maximum de 26 semaines.

2. Le Demandeur convient de ce qui suit :
 - a. Reprendre la pratique médicale au Nouveau-Brunswick au plus tard 12 mois après la date de début des prestations de congé parental.
 - b. Continuer à exercer la médecine au Nouveau-Brunswick pendant une période d'au moins 12 mois continus à compter de la date de la fin du congé parental.
 - c. Fournir à la SMNB tous les renseignements et documents qu'elle peut raisonnablement demander pour vérifier que le Demandeur s'est acquitté de ses obligations en vertu du présent accord.

3. Que lorsque le Demandeur ne remplit pas les obligations prévues aux points 2 a), b) ou c) :
 - a. Le Demandeur paiera à la SMNB, à titre de dommages-intérêts extrajudiciaires, le total des prestations de congé parental reçues, plus les intérêts au taux de

4,0 %, calculés au prorata lorsque la SMNB le juge approprié, à compter du jour où les fonds mentionnés à l'article 1 ont été avancés au Demandeur.

4. La SMNB convient que si le Demandeur est incapable de remplir son obligation en vertu des points 2 a), b) et c) en raison du décès du Demandeur, ou si le Demandeur devient invalide de façon permanente de sorte qu'il a droit aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, les obligations du Demandeur en vertu du présent accord prendront fin.
5. Le présent accord constitue l'intégralité de l'accord entre les parties. Aucune modification au présent accord n'aura d'effet à moins que les parties n'en conviennent par écrit.
6. Aucun retard ou abstention de la part de la SMNB dans l'exécution à l'encontre du Demandeur d'une obligation du présent accord ne doit porter atteinte à la capacité de la SMNB à exécuter cette obligation ou la modifier.

En foi de quoi, les parties ont apposé leur signature et leur sceau à la date indiquée ci-dessus :

Signé, scellé et remis)
en présence de :)

Témoin pour la SMNB

Pour : La SMNB

Date

Date

Signé et remis)
en présence de :)

Témoin pour le Demandeur

Signature du Demandeur

Date

Date

Adresse

Annexe E

PROGRAMME D'HONORAIRES SUPPLÉMENTAIRES

Les parties ont accepté de renouveler le programme d'honoraires supplémentaires. Les paramètres du programme sont les suivants :

1.0 Administration

- 1.1 Seuls les médecins rémunérés à l'acte seront admissibles dans le cadre de ce programme
- 1.2 Le programme sera géré par la Société.
- 1.3 Les médecins qui siègent à des comités ministériels et mixtes de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) et du ministère de la Santé approuvés en vertu de l'Entente cadre ont droit à des honoraires aux termes du programme.
- 1.4 Le Ministère remettra à la Société des comptes trimestriels détaillant les paiements effectués par le Ministère.
- 1.5 En fonction des comptes trimestriels, la Société préparera un compte, identifiant les médecins qui sont admissibles, et le soumettra subséquemment au Ministère en ce qui a trait au montant des honoraires disponibles en vertu de ce programme.
- 1.6 Le Ministre consent à effectuer des paiements de l'ordre de 3 % en ce qui concerne les coûts d'administration du programme de la Société.
- 1.7 Les dossiers et les comptes qui soutiennent ce programme seront conservés par la Société et seront disponibles aux fins de vérification par le Ministre.

2.0 Financement

- 2.1 À compter du 1^{er} avril 2009, le Ministère financera ce programme jusqu'à concurrence de 260 000 \$ par année.
- 2.2 La Société émettra les paiements directement aux médecins qui sont admissibles.
- 2.3
 - a) À compter du 1^{er} avril 2009, le programme veillera à ce que les médecins qui sont admissibles reçoivent jusqu'à concurrence de 500 \$ par demi-journée ou 1 000 \$ par journée complète.
 - b) Le programme sera responsable du paiement de la différence entre les montants

énoncés aux présentes et dans le *manuel des politiques et des procédures, politique 213, rémunération des comités ministériels du Ministère.*

- c) Depuis le 1^{er} avril 2016, pour les comités mixtes de la SMNB et du ministère de la Santé, ce programme financera les honoraires supplémentaires seulement, à l'exclusion des coûts des déplacements, des repas et d'hébergement

- 2.4 La Société paiera les médecins tous les trois mois de l'exercice financier.
- 2.5 Les médecins qui sont admissibles doivent résider dans la province au moment du paiement effectué par la Société.
- 2.6 Les paiements du programme seront effectués par la Société et serviront à couvrir les honoraires seulement; les autres dépenses sont exclues.
- 2.7 Il s'agit d'un fonds protégé, et tout surplus qui demeure dans le fonds à la fin de l'exercice doit être réaffecté ailleurs, comme on en aura convenu.

3.0 Révision

- 3.1 L'annexe sera révisée périodiquement, et des changements pourraient être adoptés, si cela convient aux parties.
- 3.2 Les augmentations de financement du programme seront précisées lors des négociations pour la RAA.
- 3.3 Les parties doivent examiner le financement pendant la répartition des honoraires ou les négociations.

Annexe F

Cadre d'évaluation de l'Assurance-maladie

Conformément à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et à son règlement, le ministère de la Santé peut élaborer, en consultation avec le Comité de revue professionnelle (CRP), des règles applicables à l'évaluation des comptes. Outre les mesures mentionnées dans la Loi, l'autorité provinciale peut également prendre des mesures pour refuser le paiement d'un compte ou pour prévoir que le paiement soit versé à un tarif inférieur à celui prévu dans l'entente sur les services assurés, ou toute autre mesure qu'elle juge nécessaire.

Le processus suivant vise à établir de nouvelles règles d'évaluation en ce qui concerne l'évaluation des comptes des médecins dont les méthodes de facturation nécessitent un examen. Il s'agit notamment des questions suivantes :

- si la qualité des services fournis était inférieure à un niveau minimal acceptable;
- si le niveau des services fournis dépassait ce qui pouvait être considéré comme médicalement requis;
- s'il y a eu abus relativement aux honoraires professionnels pratiqués en vertu du régime de services médicaux ou en vertu d'une convention passée en vertu de l'article 4.1 de la Loi.

Processus :

1. Examen trimestriel des données par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick

A. Omnipraticiens

À la fin de chaque trimestre, l'Assurance-maladie produira un rapport qui désignera les médecins dont les facturations totales pour tous les types de tarifs (paiements à l'acte, autre plan de financement, paiements à la vacation, services de garde) sont de trois (3) écarts-types ou plus au-dessus de la moyenne de rémunération de leur spécialité au cours d'un trimestre, selon le rapport sur les bénéficiaires consolidés trimestriel; et à un seuil de revenu annuel minimum de 190 000 \$.

- a. Si les facturations d'un médecin sont de trois (3) écarts-types ou plus au-dessus de la moyenne de sa spécialité à la fin d'un trimestre, il recevra une lettre du ministère de la Santé dans laquelle :
 - i. on lui expliquera le processus et les mesures possibles si les facturations demeurent supérieures à trois (3) écarts-types;
 - ii. on lui donnera l'occasion de répondre aux préoccupations soulevées dans la lettre.
- b. La liste trimestrielle des médecins désignés sera fournie au CRP, ainsi que les lettres de réponse de ces médecins.

Si un médecin dépasse trois (3) écarts-types au-dessus de la moyenne pour un deuxième trimestre au cours de la même période de 12 mois, l'autorité provinciale lui enverra une lettre visant à :

- a. L'aviser des préoccupations précises liées à ses méthodes de facturation et l'informer que le taux de paiement quotidien suivant sera mis en œuvre pour le nombre de visites au cabinet.

Patients par jour	Taux
De 0 à 55 (environ 2 écarts-types)	100 %
De 56 à 65	50 %
66 et plus	0 %

- b. L'inviter à présenter ses observations au CRP au sujet de la question examinée.

Après examen de toutes les observations faites par le médecin, ce dernier sera informé si, selon le cas :

- i. aucune autre mesure ne sera prise, la limite du nombre de patients par jour est supprimée et les fonds retenus sont remboursés;
- ii. l'Assurance-maladie effectuera une évaluation ou une vérification;
- iii. il devra rembourser un trop-perçu;
- iv. un examen externe sera effectué comme indiqué ci-dessous.

Le CRP informera le médecin par écrit des résultats de son examen de toute observation faite par l'autorité provinciale, comme indiqué ci-dessus.

B. Spécialistes

À la fin de chaque trimestre, l'Assurance-maladie produira un rapport qui désignera les médecins dont les facturations totales pour tous les types de tarifs (paiements à l'acte, autre plan de financement, paiements à la vacation, services de garde) sont de trois (3) écarts-types ou plus au-dessus de la moyenne de rémunération de leur spécialité au cours d'un trimestre, selon le rapport sur les gains consolidés trimestriel; et à un seuil de revenu annuel minimum de 250 000 \$.

- a. Si les facturations d'un médecin sont de trois (3) écarts-types ou plus au-dessus de la moyenne de sa spécialité à la fin d'un trimestre, il recevra une lettre du ministère de la Santé dans laquelle :
 - i. on lui expliquera le processus et les mesures possibles si les facturations demeurent supérieures à trois (3) écarts-types;
 - ii. on lui donnera l'occasion de répondre aux préoccupations soulevées dans la lettre.

- b. La liste trimestrielle des médecins désignés sera fournie au CRP, ainsi que les lettres de réponse de ces médecins.

Si un médecin dépasse trois (3) écarts-types au-dessus de la moyenne pour un deuxième trimestre au cours de la même période de 12 mois, l'autorité provinciale lui enverra une lettre visant à l'aviser :

- i. des préoccupations précises liées à ses méthodes de facturation et l'informer que le taux de paiement quotidien suivant sera mis en œuvre pour le nombre de visites au cabinet;
- ii. que toutes les futures facturations bihebdomadaires dépassant deux (2) écarts-types au-dessus de la moyenne de cette section spécialisée seront retenues par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick en attendant l'examen du CRP.

Après examen de toutes les observations faites par le médecin, ce dernier sera informé si :

- i. aucune autre mesure ne sera prise et les montants retenus en vertu du sous-alinéa 1.B(g)(iv) seront retournés au médecin;
- ii. l'Assurance-maladie effectuera une évaluation ou une vérification;
- iii. il devra rembourser un trop-perçu;
- iv. un examen externe sera effectué comme indiqué ci-dessous.

Le CRP informera le médecin par écrit des résultats de son examen de toute observation faite par l'autorité provinciale, comme indiqué ci-dessus.

2. Ordre d'examen externe

- a. Le médecin peut demander (à ses frais) un examen externe détaillé assisté par un médecin d'un expert-conseil ou d'un cabinet possédant une expertise pertinente, comme recommandé et approuvé par l'autorité provinciale, afin de déterminer plus précisément si :
 - i. la qualité des services fournis était inférieure à un niveau minimal acceptable;
 - ii. le niveau de services fournis dépassait ce qui pouvait être considéré comme médicalement requis;
 - iii. s'il y a eu abus relativement aux honoraires professionnels pratiqués en vertu du régime de services médicaux ou en vertu d'une convention passée en vertu de la *Loi sur les paiements des services médicaux*.

L'examen externe doit être réalisé dans les 90 jours suivant la demande.

Le CRP doit examiner les résultats de tout examen externe et formuler des recommandations au ministre, au besoin, dans les six semaines suivant la réception d'un rapport.

- b. Après la mise en œuvre des tarifs de paiement plafonnés susmentionnés, les médecins peuvent continuer à consulter des patients et à les facturer au-delà des niveaux prescrits, et tout paiement réduit ou retenu sera conservé en fiducie au ministère de la Santé jusqu'à la conclusion de tout examen externe.

3. Recommandations du CRP

- a. Si, à la suite d'une vérification ou d'une évaluation de l'Assurance-maladie, il est déterminé qu'il y a eu un trop-payé, les processus habituels de vérification et de recouvrement de l'Assurance-maladie seront suivis.
- b. Si, à la suite d'un examen externe, le CRP détermine :
 - i. que la qualité des services fournis était acceptable;
 - ii. que le niveau des services fournis était considéré comme médicalement requis;
 - iii. qu'il n'y a pas eu d'abus relativement aux honoraires pratiqués en vertu du régime de services médicaux;

tout paiement au médecin réduit ou retenu lui sera versé, et tous les coûts des services d'examen externe engagés par ce dernier pour effectuer l'examen externe lui seront remboursés sur présentation de la preuve de paiement. Aucune autre mesure en vertu de ce cadre de règles d'évaluation ne sera prise à l'encontre de ce médecin pendant au moins deux exercices.

- c. Si, à la suite de l'examen, le CRP détermine :
 - i. que la qualité des services fournis était inférieure au niveau minimal acceptable;
 - ii. que le niveau des services fournis dépassait ce qui pourrait être considéré comme médicalement requis;
 - iii. qu'il y a eu abus relativement aux honoraires professionnels pratiqués en vertu du régime de services médicaux ou en vertu d'une convention passée en vertu de *Loi sur le paiement des services médicaux* :

Le ministère de la Santé versera au médecin tout paiement réduit ou retenu, et le CRP pourrait formuler des recommandations supplémentaires à l'autorité provinciale concernant le recouvrement de tout trop-payé indiqué.

En outre, le CRP peut formuler toute recommandation qu'il juge appropriée, y compris la suspension d'une convention, conformément au paragraphe 5.5(6) de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Annexe G

PROGRAMME DE GARDE À L'ÉCHELLE PROVINCIALE

1. Définitions

Dans la présente annexe :

« Service de garde à l'échelle provinciale » s'entend de toute période, hors des heures normales de travail (du lundi au vendredi, les fins de semaine et les jours fériés), pendant laquelle un médecin sera disponible pour donner suite aux demandes urgentes ou imminentes à partir d'un établissement afin d'examiner et de soigner un patient et de lui offrir des services de diagnostic ou des conseils.

La définition de « service de garde autorisé » est présentée dans les lignes directrices du programme de service de garde autorisé, à l'annexe C de l'Entente cadre sur la rémunération à l'acte signée le 20 octobre 2009.

2. Mandat

2.1 Rémunérer les responsables du service de garde à l'échelle provinciale dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick pour les spécialités des groupes désignés. Ce programme sera organisé officiellement par le groupe de spécialité pour couvrir l'ensemble de la province. Sauf indication contraire, tous les médecins dans chaque groupe de spécialité doivent participer aux services de garde à l'échelle provinciale.

3. Objectif

3.1 L'objectif premier du programme consiste à rémunérer les médecins en service de garde à l'échelle provinciale, y compris pour donner des conseils médicaux à des médecins à l'intérieur ou à l'extérieur de leur région/zone de pratique, pour des aiguillages urgents ou imminents.

La présente entente ne modifie, n'annule ni ne rend sans objet aucun règlement administratif, règle et règlement en matière de privilège relatif au personnel médical, conclus entre une régie régionale de la santé et un médecin, en ce qui a trait au travail effectué suivant le service de garde.

4. Responsabilités du médecin en service de garde

4.1 Le médecin en service de garde fournira des services de garde à l'échelle provinciale dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

4.2 Il doit ordinairement y avoir une réponse dans les 20 minutes suivant l'appel, sauf si d'autres dispositions ont été définies par le ministère de la Santé.

- 4.3 Le programme ne comprend pas les consultations périodiques ou le travail non défini comme urgent ou imminent. Les médecins peuvent continuer à offrir ces services durant la période de service de garde, mais ils doivent être disponibles selon les modalités décrites à l'article 4.1.1 ci-dessus. Le programme ne comprend pas le service de garde de routine pour les propres patients du médecin et ceux faisant partie du même groupe de service de garde; toutefois, il s'applique aux nouvelles admissions et aux patients sans médecin. Comme toujours, le fait de fournir des services de garde comprend le soin aux patients hospitalisés.
- 4.4 Le groupe doit être disponible pour la prestation de services de garde au moins 115 jours (fins de semaine et jours fériés) par année.
- 4.5 Pour toutes les demandes visant les services de garde, y compris par les médecins rémunérés à l'acte, les médecins salariés ou ceux qui sont payés selon d'autres modes de rémunération ou de financement, la facturation doit être effectuée en fonction de la rémunération à l'acte.
- 4.6 Un médecin ne pourra toucher qu'une seule rémunération de service de garde par nuit, sans égard au nombre de services cliniques couverts.
- 4.7 Les médecins suppléants pourront toucher cette rémunération s'ils remplacent un médecin qui répond aux critères.
- 4.8 Lorsqu'un médecin est appelé à examiner, à diagnostiquer et à soigner un patient, il/elle peut facturer selon le tarif approprié de rémunération à l'acte (RAA) et l'indemnisation pour urgence après les heures normales, selon le cas.

5. Principes

- 5.1 Les RRS devront présenter certains renseignements mensuels détaillés sur demande, notamment le nom, la spécialité et la date de service du médecin.
- 5.1.1 Des horaires de rotation mensuels doivent être établis par le groupe de service de garde et envoyés à chaque RRS, qui devra ensuite les faire parvenir à chaque directeur médical pour que celui-ci en fasse part aux hôpitaux desservis par des services de garde.
- 5.2 La rémunération n'est accordée qu'au service de garde à l'échelle provinciale approuvé par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé.
- 5.3 Aucun autre paiement pour des services de garde supplémentaires ne sera accordé par une RRS.

6. Facturation

- 6.1 Le code de service 8998 a été créé pour la facturation selon le régime de rémunération à l'acte. La date de service inscrite sur la demande de paiement correspondra à la date à laquelle commence la période de travail de service de garde. Un médecin sera rémunéré

par date de service. Un seul service ou une seule date peut être facturé sur une demande de paiement.

6.2 La rémunération accordée pour chaque date de service sera établie à 500 \$.

6.3 Un médecin ne peut facturer qu'une fois par période de 24 heures.

7. Reliquat

7.1 Une réserve de fonds dédiés de 600 000 \$ a été mise de côté pour cette initiative.

7.2 Les dépenses annuelles ne dépasseront pas les fonds alloués.

7.3 Tout reliquat à la clôture de l'exercice sera alloué rétroactivement pour ajuster le tarif des médecins qui ont fourni des services de garde autorisés (selon l'annexe C de l'Entente cadre sur la rémunération à l'acte) au cours de la période. Le solde des fonds dédiés restera dans le fonds de financement protégé jusqu'au 31 mars 2014, moment où le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick en feront l'examen.

Révisé le 1^{er} avril 2014

ANNEXE H

Fonds de maintien à l'intention des médecins rémunérés à l'acte

Aperçu

1. Le gouvernement de la province du Nouveau-Brunswick (la « Province ») et la Société médicale du Nouveau-Brunswick (la « SMNB ») se sont entendus pour établir un programme (le « programme ») qui vise à maximiser le maintien des médecins rémunérés à l'acte participants dans la province. **Les médecins salariés et les médecins suppléants ne sont pas admissibles au programme.**
2. Chaque cabinet qui répond à certains critères relatifs à la durée et à la continuité de la pratique dans la province (« pratique admissible ») aura le droit de recevoir un paiement du fonds à la fin de la pratique dans la province au moment de la remise du numéro de facturation du médecin principal du cabinet admissible de médecins rémunérés à l'acte (« cabinet admissible »).
3. Pour chaque année financière débutant le 1^{er} avril 2005, la Province portera au crédit d'un compte théorique (le « fonds ») un montant en dollars (la « contribution ») à l'égard de chaque « cabinet admissible ».
 - a) La contribution sera versée avant la fin du premier trimestre selon une estimation pour l'année financière en cours et un rajustement afin de tenir compte des variances par rapport aux estimations de l'année précédente.
 - b) Le coût différentiel annuel associé à l'ajout de nouveaux postes au fonds sera assumé par le Ministère.
 - c) Le coût des mouvements entre les catégories sera la responsabilité de la Société.
 - d) Si le programme ou le fonds était aboli pour quelque motif que ce soit, la Province et la SMNB négocieront une affectation de rechange pour la contribution et pour tout reliquat du fonds.
4. Le montant annuel en dollars de la « contribution » pour chaque « cabinet admissible » sera établi en multipliant le nombre d'unités octroyées au « cabinet admissible » par la valeur unitaire applicable pour l'année financière en question.
 - a) La valeur unitaire ne peut pas être modifiée pendant la phase de l'allocation de la rémunération à l'acte.
 - b) Le nombre d'unités octroyées à un « cabinet admissible » sera basé sur le nombre d'années de service du médecin rémunéré à l'acte pour le compte de l'Assurance-maladie du N.-B. et sur l'endroit où se trouve son cabinet et sera établi en fonction de la rémunération à l'acte d'un équivalent à temps plein (ETP) du « cabinet admissible ».

Voir les tableaux 1, 2 et 3 de l'annexe A.

- c) Les années de service à titre de médecin suppléant ne sont pas incluses dans le nombre des « années de service ».
-

5. Aucune unité ne sera octroyée à un cabinet admissible pour l'année au cours de laquelle il devient une pratique admissible.
6. À l'instar d'autres programmes qui ont été établis à la suite de négociations sur la rémunération entre la SMNB et la Province, ce programme de maintien sera administré par la SMNB et les paiements seront effectués par la SMNB de fonds reçus de l'Assurance-maladie du N.-B. La SMNB présentera des demandes périodiques à l'Assurance-maladie du N.-B. afin d'obtenir le montant nécessaire pour effectuer les paiements aux médecins admissibles.
7. Pas plus que la Province, la SMNB ne détient ni ne détiendra une véritable caisse qui équivaldrait au total cumulatif des fonds affectés au programme. Cependant, la Province déclare un passif correspondant dans ses états financiers. Les paiements au titre du programme sont déduits du solde d'un fonds « théorique ».
8. Des intérêts théoriques s'accumuleront chaque année financière sur le solde du fonds, aux taux applicables aux sommes destinées à des fins spéciales, au sens du Règlement du N.-B. 83-227 établi en vertu de la *Loi sur l'administration financière*. Le montant des intérêts théoriques sera calculé le dernier jour du trimestre précédent et sera porté au crédit du solde du fonds le dernier jour du trimestre.
9. Chaque cabinet admissible doit avoir un seul médecin principal. Nul médecin ne peut agir comme médecin principal de plus d'un cabinet admissible à un moment donné. Un cabinet admissible peut être un médecin seul ou une société professionnelle. Lorsqu'un groupe de médecins rémunérés à l'acte exercent leur profession ensemble au sein d'une société en nom collectif, l'intérêt de chaque associé dans la société est réputé constituer un cabinet admissible distinct et les unités appartiennent directement au médecin associé. Pour les besoins du programme, seuls les services dispensés par le médecin principal seront considérés comme des services dispensés par le cabinet admissible.

Transfert d'unités

10. Lors du passage du médecin principal d'un cabinet admissible à un autre, le premier cabinet admissible peut transférer les unités au second cabinet admissible. Par exemple, si un médecin qui pratique en tant que propriétaire d'un cabinet admissible décide de constituer son cabinet en société, les unités que détient le médecin à titre de propriétaire du premier cabinet admissible peuvent être transférées à la société professionnelle.

Catégorisation des cabinets « ruraux » et « urbains »

11. La détermination de l'endroit où est situé un cabinet sera faite en appliquant la définition utilisée à l'égard du programme de financement supplémentaire pour la FMC en vigueur le premier jour de chaque année financière. Pour l'année débutant le 1^{er} avril 2005, un cabinet sera considéré comme rural s'il est situé à l'extérieur des municipalités suivantes et ailleurs qu'entre elles :
 - Moncton, Dieppe et Riverview;
 - Saint John, Rothesay, Hampton, Quispamsis et Grand Bay-Westfield;
 - Fredericton, Oromocto et New Maryland.
 12. Si un cabinet est situé à plus d'un endroit au cours d'une année en particulier (soit en raison d'un déménagement, soit parce que la pratique est exercée à plusieurs endroits), le cabinet sera réputé
-

être « rural » pour l'année en question si au moins 75 % de sa facturation ont été produites dans une ou des localités qui répondent à la définition de « rurale ».

13. La détermination de l'emplacement d'un cabinet comme « rural » ou « urbain » pour les années financières qui ont débuté avant le 1^{er} avril 2005 sera faite pour chaque cabinet. La Province remettra à la SMNB une liste sur la détermination de l'endroit de chaque cabinet dans la province au cours de la période en cause et avisera le médecin principal de chaque cabinet de cette détermination. En ce qui concerne chaque nouveau cabinet établi après le 1^{er} avril 2005, la Province et la SMNB s'entendront pour déterminer s'il est situé dans un endroit urbain ou rural.

Détermination de l'admissibilité à recevoir un paiement du fonds

14. Un cabinet sera une pratique admissible et sera admissible à recevoir un paiement du fonds calculé à la date de la renonciation au numéro de médecin de son médecin principal dans l'un ou l'autre des cas suivants :
 - a) Le médecin principal a dispensé des services sur une base d'honoraires à l'acte dans la province pendant au moins 15 années ininterrompues. Une pause au cours des années de service rémunéré à l'acte ne constituera pas une interruption du service continu si :
 - i. la pause est d'une durée de moins de 12 mois;
 - ii. la pause est d'une durée de plus de 12 mois, mais elle a des fins éducatives et elle a été approuvée au préalable par la Province et la SMNB;
 - b) Le médecin principal a dispensé des services sur une base d'honoraires à l'acte dans la province pendant au moins 20 années en tout, dans la mesure où il n'y a eu aucune interruption de plus de trois ans dans les années de service rémunéré à l'acte pendant cette période, sauf pour une pause à des fins éducatives [prévue au sous-alinéa 14a)(ii) ci-dessus] qui a été approuvée au préalable par la Province et la SMNB.
 - c) **Un médecin payé en vertu du Régime de rémunération du personnel médical qui a changé de mode de rémunération principal pour passer de la rémunération à l'acte à la rémunération salariale conservera les parts qu'il aura accumulées avant la date du transfert [en vertu des alinéas 14 a) et b)], mais n'accumulera pas d'autres parts au cours de l'année de transfert.**
 15. Si le médecin principal d'un cabinet cesse de pratiquer dans la province parce qu'il décède avant d'avoir renoncé à son numéro de médecin, le cabinet sera une pratique admissible en date du décès du médecin, sans égard au nombre d'années de service du médecin. Un montant sera payable à la succession en fonction du nombre d'unités accumulées par le médecin, multiplié par la valeur unitaire calculée au moment du paiement.
 16. Le cabinet d'un médecin principal ayant une incapacité permanente sera une pratique admissible à la date à laquelle la Province ou la SMNB sera avisée de l'incapacité et le numéro de médecin sera abandonné à cause de ladite incapacité, sans égard au nombre d'années de service. Un médecin pourra être considéré comme ayant une incapacité permanente après avoir été examiné par un médecin indépendant qui est acceptable pour la Province et pour la SMNB et qui atteste que le médecin n'est pas capable de pratiquer la médecine et qu'il ne deviendra pas capable de la pratiquer au cours de sa vie en raison d'un état pathologique reconnu.
-

Déchéance des unités dans le fonds

17. Un cabinet sera déchu de toutes ses unités au troisième anniversaire de la date à laquelle une interruption de service a commencé, sauf pour une pause à des fins éducatives du médecin principal qui a été approuvée au préalable par la Province et la SMNB.
18. Pour les besoins de la détermination du nombre d'unités impayées, une pratique admissible sera réputée avoir encaissé toutes les unités le premier jour de l'année financière au cours de laquelle elle est devenue une pratique admissible.

Détermination du paiement à une pratique admissible

19. Quand il devient une pratique admissible, un cabinet a le droit de recevoir un paiement équivalent à la somme de :
 - a) la fraction du fonds qui revient à la pratique admissible, déterminée en date du dernier jour de la dernière année financière terminée (la « date de la détermination »); et
 - b) le montant de la contribution (calculé au pro rata) versée au fonds à l'égard de ce cabinet pendant l'année au cours de laquelle il devient une pratique admissible.
20. Dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle la SMNB a été avisée qu'un cabinet est devenu une pratique admissible, la SMNB remettra au médecin principal de cette pratique admissible un relevé indiquant le montant du paiement auquel a droit cette pratique admissible. Si la SMNB n'est pas en mesure de faire un calcul précis du montant du paiement dans ce délai, elle donnera un montant estimatif.
21. À moins d'une directive contraire du médecin principal, la SMNB versera un paiement à la pratique admissible dès qu'elle pourra raisonnablement le faire après avoir reçu le paiement de la Province. Toutefois, la SMNB n'aura aucune obligation de payer quelque montant que ce soit à la pratique admissible, à moins qu'elle n'ait reçu de la Province un paiement équivalent au montant demandé.

Obligations fiscales relatives au paiement à une pratique admissible

22. Selon la décision anticipée qui a été obtenue de l'Agence du revenu du Canada (l'ARC) :
 - a) Le paiement du programme à une pratique admissible doit être déclaré comme un revenu l'année au cours de laquelle le numéro de facturation à l'Assurance-maladie est remis;
 - b) La Société remettra un feuillet T4A ou T4A-NR supplémentaire (pour les non-résidents du Canada) à la pratique admissible après que le paiement aura été effectué;
 - c) Ni la Province ni la Société ne sont tenus de retenir quelque montant que ce soit à même le paiement à la pratique admissible, sauf si le paiement est assujéti au paragraphe 105(1) du Règlement de l'impôt sur le revenu en raison du fait qu'il est versé à une personne qui ne réside pas au Canada à ce moment-là pour l'application de la *Loi de l'impôt sur le revenu*;

Remarque : L'ARC n'a pas rendu de décision en ce qui concerne l'assujettissement à la TPS/TVH du paiement à la pratique admissible, mais elle a fourni une interprétation. Selon celle-ci, dans la mesure où les paiements sont versés dans le cadre du régime d'assurance-maladie, ils paraissent

être une contrepartie d'une fourniture exonérée prévue à l'article 9 de la partie II de l'annexe V de la *Loi sur la taxe d'accise*.

Traitement et administration des paiements

23. Chaque trimestre ou à tout autre intervalle sur lequel s'entendent la Province et la SMNB (« l'intervalle entre les déclarations »), la SMNB fera parvenir à la Province une demande de paiement à même le fonds. Le montant demandé comprendra :
- a) Tous les montants payables au cours du prochain intervalle entre les déclarations à l'égard des pratiques admissibles, mais seulement dans la mesure où lesdits montants n'ont pas été demandés et payés antérieurement.
 - b) Les montants payables à la SMNB pour payer ses frais d'administration du programme. Bien que la SMNB ait l'intention de récupérer l'intégralité de ses frais d'administration du programme, y compris ses coûts en capital, la Société ne tirera aucun bénéfice du programme. La définition des coûts en capital sera compatible avec les états financiers vérifiés de la Société.
 - c) Le solde théorique du fonds sera réduit du montant de tous les paiements faits par la Province à la Société en application des alinéas *a)* et *b)* ci-dessus.
 - d) L'Agence du revenu du Canada a statué que les paiements de la Province à la Société à l'égard des frais d'administration sont une contrepartie d'une fourniture taxable et sont donc assujettis à la TPS/TVH. Aucune retenue ne sera pratiquée sur le fonds à l'égard de cette taxe.
24. La Province aura le droit d'examiner toutes les demandes de paiement reçues de la SMNB. Pour faciliter cet examen, la SMNB fournira aux mandataires de la Province un accès raisonnable à tous les livres et registres ou documents de la SMNB qui concernent l'administration du fonds.

Tenue des dossiers

25. Il incombera à la SMNB de tenir une ou des bases de données, selon les besoins, qui contiennent toute l'information nécessaire à l'administration du programme et qui permettent de produire les rapports exigés.
26. Au plus tard 30 jours après la fin de chaque année financière, la Province transmettra à la SMNB les renseignements ci-dessous au sujet de chaque cabinet dans la province en date du 31 mars de l'année financière en question sur un support électronique mutuellement acceptable :
- a) le nom du médecin principal;
 - b) la désignation comme cabinet urbain ou rural;
 - c) le calcul des ETP pour chaque médecin, comme le prévoit le paragraphe 2.2(4) de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.
- 26.1 Tous les trimestres, la Province fournira ce qui suit :
- d) le dernier jour de chaque trimestre, le taux d'intérêt théorique appliqué au fonds (voir le paragraphe 8 ci-dessus);
 - e) le solde d'ouverture du fonds;
-

- f) la liste de tous les médecins qui ont quitté la province ou qui ont pris leur retraite; et
- g) tout autre renseignement jugé utile à l'administration du fonds.

26.2 Avant le démarrage du programme, la Province fournira, pour chaque médecin principal, les années de service ininterrompues et les années de service cumulatives dans la province en date du 1^{er} avril 2005.

Déclarations

27. Au plus tard 90 jours après la fin de chaque année financière, la SMNB remettra à la Province des rapports qui contiennent les renseignements suivants au sujet du fonds pour l'année financière en question :

- a) le solde d'ouverture du fonds;
- b) une estimation des contributions au fonds pendant l'année financière courante et un rapprochement des fonds versés à titre de contributions l'année financière précédente;
- c) les montants payés à l'égard des pratiques admissibles au cours de l'année;
- d) les montants payés à la SMNB pour l'administration au cours de l'année;
- e) le solde du fonds à la fin de l'année;
- f) le nombre cumulatif d'unités octroyées aux cabinets et impayées en date du 31 mars de l'année précédente;
- g) le nombre d'unités octroyées et impayées à la fin de l'année financière.

28. Chaque trimestre ou à tout autre intervalle sur lequel s'entendent la Province et la SMNB, la SMNB remettra à la Province un rapport sur les cabinets qui sont devenus des pratiques admissibles au cours de la période en question. Celui-ci doit contenir ce qui suit :

- a) le nom du médecin principal de chaque pratique admissible;
- b) l'intérêt proportionnel dans le fonds en date du dernier jour de la dernière année financière terminée;
- c) le montant de la contribution à l'égard de ce cabinet pendant l'année financière en cours;
- d) le montant global payable à l'égard de tous les cabinets qui sont devenus des pratiques admissibles au cours de cette période.

29. La SMNB mettra à la disposition de chaque médecin principal un rapport ou un dossier individualisé pour chaque année dans lequel figureront les renseignements de la base de données qui concernent le cabinet du médecin en question. La SMNB mettra à la disposition de tous les médecins les renseignements énumérés au paragraphe 27 ci-dessus.

Règlement des différends

30. Au cas où soit la SMNB, soit la Province désire remettre en question un montant, une détermination ou un autre renseignement fourni dans le cadre du programme, cette partie donnera à l'autre partie un avis écrit de son intention au plus tard 60 jours après la réception du rapport ou de l'avis du montant en litige. L'autre partie devra répondre audit avis dans les 30 jours qui suivent au moyen d'une proposition écrite visant à corriger le problème. Si la partie qui a donné

l'avis n'est pas satisfaite de la proposition, les parties retiendront les services d'un médiateur et le différend sera tranché conformément au *Règlement sur la négociation et le règlement des différends* (2002-53) établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Immunité

31. La SMNB s'est engagée à indemniser la Province contre toute action, réclamation, poursuite, demande et perte et contre tout préjudice découlant du programme.

32. Dans le même ordre d'idées, chaque médecin qui demande de recevoir un paiement du programme sera tenu de signer un document afin d'indemniser la SMNB contre toute action, réclamation, poursuite, demande et perte et contre tout préjudice découlant du programme.

Révisé le 1^{er} avril 2014

Annexe I

Comité mixte de surveillance – cadre de référence

Nom du comité	Comité mixte de référence de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB)/du ministère de la Santé
Relève de	Comités économiques des médecins rémunérés à l'acte et salariés de la SMNB Ministère de la Santé, sous-ministre adjoint de la Division des politiques, de la planification, de l'Assurance-maladie et des Services pharmaceutiques
Fonctions	<p>Le comité sera chargé de trouver des solutions potentielles à des enjeux en cours ou non réglés, dont les changements proposés aux tarifs, les règles de facturation et d'évaluation et d'autres questions administratives, financières ou économiques liées aux relations contractuelles entre le ministère de la Santé et la SMNB pour les médecins rémunérés à l'acte, salariés et ayant un autre plan/mode de financement. Le comité pourrait être utilisé pour planifier le travail ensemble et établir les priorités communes pour des questions apparentées.</p> <p>Le comité travaille et prend des décisions par consensus.</p> <p>Le comité se réunira au moins huit fois par année, idéalement aux six semaines ou au besoin.</p>
Composition	<p>Le comité doit être composé de six (6) membres; trois de la SMNB et trois du ministère de la Santé.</p> <p>Le comité a le pouvoir d'ajouter des membres au besoin selon les enjeux qu'il doit traiter.</p> <p>Le comité sera coprésidé par les parties.</p>

ANNEXE J
Éléments de financement spécifiques

	2,0% 2020-21	1,5% 2021-22	1,5% 2022-23	1,5% 2023-24	1,5% 2024-25
Honoraires à l'acte					
Base	540 251 254 \$	552 172 876 \$	563 346 816 \$	585 549 225 \$	596 455 805 \$
Augmentation économique générale (AÉG)	10 805 025 \$	5 521 729 \$	8 450 202 \$	8 783 238 \$	8 946 837 \$
AÉG 0,5% - Priorités cibles		2 760 864 \$		(GEI \$ estimated)	(GEI \$ estimated)
Sous-total	551 056 279 \$	560 455 469 \$	571 797 018 \$	594 332 464 \$	605 402 642 \$
Autres priorités cibles (2)					
Programme Hospitaliste			11 779 000 \$ (1)		
Unités de soins intensifs fermées		1 255 565 \$			
SJRH Medical Care Unit		323 544 \$			
MFNB Coûts opérationnels		- 122 000 \$	49 000 \$	120 000 \$	- 16 000 \$
MFNB Économies par capitation		- 415 000 \$			
Augmentation du taux des salles d'urgences	1 116 597 \$	1 849 238 \$	1 924 207 \$	2 003 341 \$	
Sous-total	1 116 597 \$	2 891 347 \$	13 752 207 \$	2 123 341 \$	- 16 000 \$
Total	552 172 876 \$	563 346 816 \$	585 549 225 \$	596 455 805 \$	605 386 642 \$

(1) Le financement du programme hospitaliste, bien qu'assigné à l'année fiscale 2022-23, peut être payé rétroactivement au 1er avril 2021 à condition que l'hôpital demandant la rétroactivité ait fonctionné selon un modèle hospitaliste à la vacation.

(2) Le financement des autres priorités cibles sont des estimations et est sujet à changement.

Annexe L

(Omis intentionnellement)

Annexe M

PRINCIPES SUR LES FACTURATIONS DE CONSULTATION

Ces principes ont été élaborés pour aider les médecins dans la facturation appropriée des codes de consultation que l'on trouve dans les différentes sections du Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick. Vous y trouverez les directives concernant les aiguillages, les examens physiques, les exigences en matière de documentation, l'applicabilité de la prime d'urgence après les heures de travail et les facturations de consultation lorsque les médecins sont payés à la vacation.

Introduction

Une consultation facturable fait référence à une situation dans laquelle un fournisseur reconnu (voir chapitre 1, section 1.7.1 (h) ou section 1.7.2 (j) du Manuel des médecins) demande spécifiquement l'opinion d'un médecin compétent pour donner son avis dans un domaine donné en raison de la complexité, de la difficulté ou de la gravité du cas. La demande peut découler de l'évaluation du patient par le médecin orienteur ou de son adhésion à une demande du patient ou d'une personne agissant au nom du patient.

Une consultation EST :

- *Initiée par le médecin traitant, et non pas par le consultant.*
- *Une demande écrite ou verbale pour l'évaluation d'un patient qui est correctement consignée au dossier clinique du patient, y compris la date et l'heure de la demande.*
- *Faite par un professionnel de la santé reconnu des domaines connexes.*
- *Une demande de réévaluation d'un patient à la suite d'un changement dans l'état du patient.*

Une consultation N'EST PAS :

- *Une visite ou un service de suivi à un patient lorsque la condition diagnostiquée a été traitée par le consultant/médecin/spécialiste.*
- *Une visite de suivi subséquente organisée par le consultant (voir les codes de visite indiqués à la section sur les spécialités).*
- *Pour assurer des soins de routine ou temporaires à des patients en l'absence du médecin.*
- *Un transfert d'un spécialiste à un autre spécialiste du même domaine pour une poursuite des services*
- *Un patient qui a été orienté pour un acte qui n'a pas reçu l'évaluation correcte d'une consultation.*

Nota : Pour facturer une consultation d'un patient orienté pour une procédure de diagnostic, une demande de consultation pour évaluation doit être remplie.

Documentation nécessaire pour prouver l'aiguillage

Pour répondre aux exigences de facturation d'une consultation, la documentation d'un aiguillage par écrit ou par téléphone doit être versée au dossier du patient. La documentation doit inclure les éléments suivants :

- A. Nom, numéro d'assurance-maladie et date de naissance du patient
- B. Nom du consultant ou du service vers lequel est effectué l'aiguillage
- C. Spécialité
- D. Date de l'aiguillage
- E. Nom du médecin orienteur
- F. Raison de la demande d'opinion
- G. La date et l'heure d'une demande par téléphone, s'il y a lieu

Nota : Un formulaire délivré par le consultant au médecin orienteur, en lui demandant de le signer et de le retourner au médecin consultant, ne constitue pas une demande de consultation acceptable.

Documentation nécessaire dans le rapport de consultation

Aux fins de répondre à une demande de consultation, « le médecin consultant doit effectuer une évaluation du patient » conformément à la définition générale d'une consultation à la section 1.2.4 du chapitre 3, et en faire rapport au médecin orienteur.

La documentation doit inclure les éléments suivants :

- A. Communication écrite envoyée au médecin orienteur comprenant le nom, le numéro d'assurance-maladie et la date de naissance du patient
- B. Nom du médecin orienteur
- C. Date de la consultation
- D. Nom du médecin consultant
- E. Preuve que la vérification des antécédents médicaux et des examens appropriés (des systèmes pertinents) a été effectuée
- F. Examen des données de laboratoire ou autres données pertinentes (le cas échéant)
- G. Opinion et autres recommandations pour la gestion

Nota : Il incombe au médecin de tenir des dossiers cliniques adéquats qui supportent le service réclamé lors de l'utilisation de logiciels de dossiers médicaux électroniques (par exemple Meditech) pour la facturation d'un service. (Chapitre 1, section 7.2)

Prime d'urgence après les heures

La définition de services d'urgence, dans le cadre de la facturation des primes, fait référence aux services devant être effectués sans tarder en raison de l'état de santé du patient. L'heure à

laquelle le service est fourni ne constitue pas en elle-même le facteur déterminant pour la facturation des primes. Des preuves consignées doivent exister concernant la nature urgente du service fourni après les heures de travail. La prime n'est payable que lorsque les deux critères ont été remplis : un service d'urgence (Chapitre 3, section 1.2.2 d) effectué après les heures de travail (Chapitre 4, section 2.12).

Facturation des consultations rémunérées à l'acte et rémunération à la vacation

Sauf indication contraire, les honoraires à la vacation sont des honoraires tout compris, et le médecin ne doit pas facturer ses services à l'acte pendant qu'il est payé à la vacation, peu importe où le service est fourni.

Le 1^{er} avril 2014

Annexe N

AUTRES OPTIONS DE FINANCEMENT DES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS (USI) FERMÉES

Cette proposition a été conçue expressément comme un autre plan de financement pour les unités de soins intensifs fermées et s'applique exclusivement à cette section.

1. Mandat

Offrir une rémunération raisonnable aux médecins qui fournissent des services de soins intensifs dans une unité de soins intensifs fermée au moyen d'un autre plan de financement.

2. Définitions

2.1 Les « soins intensifs » (médecine interne / soins cardiaques) font appel aux compétences de membres de plusieurs disciplines et professions qui s'occupent des patients souffrant ou susceptibles de souffrir d'une défaillance critique d'un ou de plusieurs organes ou systèmes par suite d'une maladie ou d'une blessure.

2.2 Les « intensivistes » sont des médecins qui ont manifesté un intérêt et acquis une expérience ou une certification en médecine des soins intensifs. Les intensivistes qui travaillent dans une unité de soins intensifs fermée doivent être agréés pour fournir des services de soins intensifs ou avoir démontré l'expertise nécessaire pour fournir des services de soins intensifs, tel qu'il a été déterminé par les régies régionales de la santé (RRS).

2.3 Le « concept fermé » concerne les unités dans lesquelles une équipe d'intensivistes dûment reconnue est disponible en permanence pour assurer la prise en charge des patients gravement malades. Seul un membre de l'équipe des intensivistes peut admettre les patients et leur donner congé.

3. Produits livrables

3.1 Soins directs aux patients

L'équipe et chacun de ses membres s'engagent à :

3.1.1 fournir des soins médicaux complets aux patients admis dans une unité des soins intensifs (« USI »), y compris des admissions et des congés d'hôpital opportuns, commander correctement les services de diagnostic et prescrire correctement les produits pharmaceutiques, appliquer tous les protocoles adoptés par l'équipe concernant la prestation des soins aux patients de l'unité de soins intensifs, des dispositions efficaces pour assurer les soins de suivi par d'autres médecins;

3.1.2 assurer une couverture conformément aux conditions de l'entente sur l'autre plan de financement de chaque hôpital respectif;

- 3.1.4 respecter les règlements administratifs et les règles régissant la RRS et le personnel médical pour ce qui est de l'administration médicale de l'USI;
- 3.1.5 fournir les réclamations antérieures seulement de rémunération à l'acte (facturation fictive) par voie électronique au Ministère.

3.2 Généralités

Chaque membre de l'équipe s'engage à :

- 3.2.1 participer à l'autre plan de financement respectif;
- 3.2.2 renoncer à la facturation à une tierce partie sauf dans le cas des frais médicaux--juridiques;
- 3.2.3 renoncer à la facturation du paiement à l'acte pour tout service fourni par l'intensiviste lorsqu'il couvre les patients admis aux soins intensifs sur place ou hors site;
- 3.2.4 être exclu de toute participation à l'autre plan de financement ou de toute rémunération en vertu de celui-ci si le membre subit une perte ou une suspension des privilèges du personnel médical;
- 3.2.5 être exclu de toute participation à l'autre plan de financement ou de toute rémunération en vertu de celui-ci, si le membre subit une perte ou une suspension de son permis d'exercer dans la province du Nouveau-Brunswick;
- 3.2.6 maintenir les titres et les compétences actuels dans les soins intensifs postréanimation cardiaque;
- 3.2.7 participer à l'enseignement et aux réunions d'équipe, à l'élaboration des normes, des protocoles et des politiques;
- 3.2.8 évaluer le nouvel équipement et de nouvelles technologies;
- 3.2.9 participer à une formation médicale continue (pour réagir rapidement aux changements dans l'environnement);
- 3.2.10 participer à des activités de dons d'organe;
- 3.2.11 participer à des processus d'assurance de la qualité;
- 3.2.12 contribuer aux initiatives de recrutement et de maintien des effectifs.

4. **Financement**

- 4.1 Le financement de chaque autre plan de financement est assuré conformément aux dispositions

de l'entente sur l'autre plan de financement de chaque hôpital.

- 4.2 Lorsqu'il assure une couverture sur place ou hors site, l'intensiviste peut imposer un paiement à l'acte pour les services offerts à des patients qui ne sont pas encore admis à l'unité de soins intensifs fermée.
- 4.3 Chaque équipe est libre de décider de l'attribution d'un financement négocié.

Options de financement des unités de soins intensifs fermées

- 4.4 À compter du 1^{er} avril 2020, les tarifs des autres plans de financement des unités de soins intensifs suivants seront payables à chacune des USI fermées respectives fournissant une **couverture sur place, après les heures de travail** :

Hôpital	Budget
Hôpital D ^r Everett Chalmers	1 327 782 \$
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	1 327 782 \$
Hôpital Régional de Saint John	1 991 674 \$
L'Hôpital de Moncton	1 991 674 \$

- 4.5 À compter du 1^{er} avril 2022, les unités fermées bénéficiant d'une **couverture hors site après les heures de travail** se verront offrir 850 000 \$ par unité de soins intensifs fermée :
- 4.6 À compter du 1^{er} avril 2019, les autres plans de financement pour les unités de soins intensifs de l'Hôpital régional Chaleur et de l'Hôpital régional d'Edmunston qui **assurent une couverture hors site après les heures de travail** recevront 661 730 \$ par unité de soins intensifs fermée; le montant sera ajusté en fonction de la distribution.
- 4.7 Toute augmentation du nombre de lits dans l'une des unités de soins intensifs fermées respectives pendant la durée de la présente entente déclenchera une renégociation des taux payables à cette unité de soins intensifs fermée respective.
- 4.8 Toute demande d'amélioration du financement de l'autre plan de financement des unités de soins intensifs sera examinée et financée dans le cadre du processus de distribution.
- 4.9 Tout excédent de fonds réalisé par la réduction de la couverture des services de soins intensifs sera calculé et mis à la disposition du bassin de financement résiduel de la Société médicale du Nouveau-Brunswick aux fins de distribution générale.
- 4.10 Si une autre situation se présente lors de la création de nouvelles unités fermées, sous réserve de l'approbation du Ministère, ce dernier aura la responsabilité du financement connexe.
- 4.11 La présente entente ne se rapporte pas aux unités de soins coronariens.

- 4.12 Toute clause d'indexation de la répartition de la rémunération sera déterminée par le Comité des affaires économiques.
- 4.13 Tous les autres plans de financement des unités de soins intensifs fermées doivent être conformes à l'entente-cadre sur l'autre plan de financement énoncée à l'annexe T de l'*entente-cadre sur les services de médecin*.

Annexe O

Montant de base

Selon l'article 3.2 de cette entente;

Montant de base de la RAA

Paielements de la RAA (1er avril 2019 au 31 mars 2020)	389 763 752 \$
Paielements de capitation	3 505 036 \$
Paielements manuels (vacation, pratique collaborative et autres)	58 780 252 \$
Financement APF & AMP (incluant l'annualisation des changements)	43 613 105 \$
Changements de type de rémunération (incluant l'annualisation)	- 323 806 \$
Dépenses de FMC	5 186 169 \$
Financement pour ACME	5 869 151 \$
Financement du programme de garde autorisé/deuxième appel	14 947 820 \$
Financement du programme de congé parental	800 000 \$
Financement du programme d'honoraires supplémentaires	260 000 \$
Financement du programme de garde à l'échelle provinciale	600 000 \$
Financement du Fond de maintien en poste des médecins RAA	4 855 937 \$
Financement du programme de DME	1 500 000 \$
Financement pour le programme de médecins en crise	50 000 \$
Financement des réclamations en vertu du programme de gestion des maladies chroniqu	3 500 000 \$
Financement pour les demandes de frais d'ouverture de dossier	2 180 000 \$
Financement des demandes de bonification du code pour personnes âgées	2 042 897 \$
ACPM - Salariés	1 933 821 \$
FMC - Salariés	1 187 120 \$
Total	540 251 254 \$

ANNEXE P

HÔPITAL RÉGIONAL DE SAINT JOHN AUTRE PLAN DE FINANCEMENT POUR L'UNITÉ DE SOINS MÉDICAUX INTERMÉDIAIRES

Les parties ont accepté de négocier les modalités d'un autre plan de financement (APF) qui garantirait la prestation de soins médicaux à de 25 à 30 patients hospitalisés dans l'unité de soins médicaux intermédiaires (USMI) de l'Hôpital régional de Saint John (HRSJ).

Produits livrables

Les produits livrables pour les médecins participants de l'USMI comprendront la couverture totale des services de cette unité. Les produits livrables dans le cadre de cette proposition d'un APF comprennent, sans toutefois s'y limiter, les éléments suivants :

1. La prestation d'un service de médecine interne longitudinal et collaboratif pour suivre les patients hospitalisés dans l'USMI et fournir des conseils médicaux sur les travaux et la gestion.
2. La mise à disposition d'une unité d'intensification des soins pour ce qui suit :
 - a. Services aux patients hospitalisés du Service de médecine familiale et du Service d'urgence de l'HRSJ;
 - b. Services aux patients hospitalisés du Service de médecine familiale des hôpitaux du comté de Charlotte et de Sussex.
3. La mise à disposition d'une unité de soins courants pour :
 - a. L'unité de soins intensifs médicale de l'HRSJ.
4. La prestation de services à tous les patients ayant besoin de soins avancés qui ne sont pas couramment prodigués dans le cadre de services des médecins exerçant en milieu hospitalier et de médecin de famille.
5. La prestation de services aux patients victimes d'un accident vasculaire cérébral qui doivent être admis dans une unité de soins intensifs en neurologie.
6. Point d'admission provincial pour tous les patients ayant besoin d'un échange plasmatique.
7. Prise en charge des patients sous hémodialyse chronique lors d'une admission médicale aiguë.
8. Les médecins participants fourniront un plan de pratique à l'Assurance-maladie et à Horizon pour définir les heures de couverture et les taux de paiement prévus (deux médecins devraient assurer la couverture de l'USMI de 8 h à 18 h du lundi au vendredi, et un médecin devrait assurer la couverture de l'USMI de 8 h à 18 h, le samedi et le dimanche).
9. Les médecins de l'USMI ne soumettront par voie électronique à l'Assurance-maladie un historique des demandes de rémunération à l'acte (facturation pro forma) que sous un compte de facturation pro forma désigné, pour tous les services de l'USMI fournis aux patients y étant admis.
10. Les médecins salariés ne peuvent bénéficier du financement du présent APF que pour les services rendus après les heures de travail, pendant les jours fériés ou en fin de semaine.
11. Pendant les heures de service de l'USMI, les médecins de cette unité doivent accorder la priorité aux soins aux patients admis dans le cadre du programme de l'USMI.

Facturation à l'acte

1. Les médecins participants de l'USMI peuvent être rémunérés à l'acte à tout moment pendant les heures d'ouverture de cette unité pour des tâches effectuées en dehors de l'USMI (patients n'étant pas dans l'USMI), à condition que ces autres tâches n'interfèrent pas avec la disponibilité pour les services de l'USMI.
2. Les médecins participants de l'USMI peuvent être rémunérés à l'acte à tout moment pendant les heures d'ouverture de cette unité pour les nouvelles consultations de patients nouvellement admis dans ce service.
3. Les médecins salariés n'ont pas droit à la rémunération à l'acte pour les services rendus dans l'USMI pendant leurs heures de travail normales en tant que salariés.

Financement

Un bassin de financement distinct sera établi pour le présent APF :

- a. Un financement annuel total de 965 328 \$ sera transféré au Réseau de santé Horizon. La fréquence des transferts de fonds se fera celle convenue par Horizon et le ministère de la Santé.
- b. À la fin de chaque exercice, soit le 31 mars, les fonds restants dans le bassin seront reportés et affectés au nouveau financement de l'exercice suivant.
- c. À la fin de chaque exercice, soit le 31 mars, les parties consentent à ce que toute dépense excédentaire de la part des médecins ne soit pas financée par le ministre ni la RRS B et s'entendent à cet égard, à moins que les parties n'en conviennent autrement.
- d. Pendant la durée de l'entente, le financement annuel total sera assujéti à la répartition de la rémunération et ajusté selon celle-ci, telle qu'elle a été négociée par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé dans le cadre de l'entente-cadre sur les services de médecin.

Règlement des différends

Une référence à disposition standard relative au règlement des différends, c.-à-d. l'arbitrage traditionnel en vertu de la *Loi sur l'arbitrage*, L.N.-B. 1992, c. A-10.1, sera incluse.

Résiliation

La référence aux dispositions de résiliation standard, c.-à-d. un préavis écrit de 60 jours par l'une ou l'autre des parties, la résiliation par entente mutuelle écrite de toutes les parties, etc., devra être incluse.

Durée

Cette entente sera en vigueur du 1^{er} juin 2019 au 31 mars 2024.

Remarques

* Le libellé du contrat doit être rédigé et convenu entre les parties.

Financement actuel disponible

(Couverture d'environ 25 à 30 lits)

Patients hospitalisés dans l'USMI	Heures	Taux horaire total	Budget total
Couverture pendant un JOUR DE LA SEMAINE (1 x MI, de 8 h à 16 h) (5 jours x 8 h x 52 sem.)	2 080	142,80 \$/h	297 024 \$
(1 x MI, de 8 h à 13 h) (5 jours x 5 h x 52 sem.)	1 300	142,80 \$/h	185 640 \$
Patients hospitalisés dans l'USMI			
Couverture pendant la FIN DE SEMAINE (1 x MI, de 8 h à 12 h) (2 jours x 4 h x 52 sem.)	416	195 \$/h	81 120 \$
Service de garde autorisé pendant un JOUR DE LA SEMAINE			
DÉPASSEMENT DE CAPACITÉ (2 x MI, de 12 h 01 à 17 h) (5 jours x 10 h x 52 sem.)	2 600	30 \$/h	<u>78 000 \$</u>
BUDGET TOTAL			641 784 \$

Nouveau financement proposé pour l'APF

Patients hospitalisés à l'USMI	Heures	Taux horaire total	Budget total	Différence
Couverture pendant un JOUR DE LA SEMAINE (1 x MI, de 8 h à 18 h) (5 jours x 10 h x 52 sem.)	2 600	142,80 \$/h	371 280 \$	(+74 256)
(1 x MI, de 8 h à 18 h) (5 jours x 10 h x 52 sem.)	2 600	142,80 \$/h	371 280 \$	(+185 640)
Patients hospitalisés à l'USMI				
Couverture pendant la FIN DE SEMAINE (1 x MI, de 8 h à 18 h) (2 jours x 10 h x 52 sem.)	1 040	142,80 \$/h	148 512 \$	(+67 392)
Service de garde autorisé pendant un JOUR DE LA SEMAINE				
DÉPASSEMENT DE CAPACITÉ (2 x MI, de 12 h 01 à 17 h) (5 jours x 2 h x 52 sem.)	520	142,80 \$/h	<u>74 256 \$</u>	(-3 744)
BUDGET TOTAL			965 328 \$	(323 544)

Points de comparaison au Nouveau-Brunswick

Chaleur – Petite unité de soins intensifs fermée (de cinq à sept lits)

657 000 \$/an

1 MI disponible 10 heures par jour + Appel

Soins médicaux complexes de l'Hôpital régional Dr-Everett-Chalmers – Service de consultation pour les médecins exerçant en milieu hospitalier (de trois à cinq lits)

250 737 \$/an

1 MI disponible 5 heures par jour (jours de la semaine) + 5 heures en fin de semaine

Unité de soins concentrés de l'Hôpital du Haut de la Vallée – Couverture d'une unité de 5 lits

483 623 \$/an

1 MI disponible 8 heures par jour + appel après les heures de normales de travail et en fin de semaine

Annexe Q

Nouveaux services

Définition :

Un nouveau service est défini comme étant un nouveau tarif créé pour une nouvelle intervention, une nouvelle technique, une nouvelle technologie ou un nouveau programme. Le processus du Comité des nouveaux services ne doit servir ni à approuver des augmentations de tarif ni à créer de nouveaux tarifs plus élevés pour un service adéquatement décrit et payé sous un code de service existant.

Financement :

Le mandat du Comité des nouveaux services comprend la recherche de nouveau financement pour les nouveaux services approuvés.

Pour des services non approuvés, une section individuelle peut tenter de financer ces services au moyen de la répartition de la rémunération ou du processus de révision des tarifs prévus, ou bien à même le budget existant de la spécialité qui en fait la demande.

Aucun paiement pour des nouveaux services ne sera effectué avant que la soumission au Comité des nouveaux services n'ait été finalisée et que le service n'ait été approuvé pour aller de l'avant.

Processus :

Un médecin désirant soumettre un nouveau service doit procéder de la manière suivante :

1. Il soumet une demande par écrit à l'agent de liaison de la section pour approbation.
2. L'agent de liaison de la section envoie la soumission à la SMNB pour considération par le Comité des nouveaux services.
3. Les nouveaux services sont horodatés par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et un exemplaire est envoyé au ministère de la Santé.
4. Le ministère de la Santé procède à l'examen de la demande avec la RRS s'il y a lieu.
5. Les demandes sont examinées par le Comité et une réponse est fournie à la section dans les 6 mois suivants la réception de la demande.

Comité des nouveaux services :

Le Comité des nouveaux services est un sous-comité du Comité des affaires économiques de la SMNB et fera rapport des renseignements pertinents au Comité des affaires économiques au besoin.

On convient qu'il peut parfois s'avérer nécessaire que l'agent de liaison de la section délègue son autorité à d'autres membres de la Section. Dans un tel cas, l'agent de liaison

de la section doit indiquer clairement à qui il a délégué son autorité; tous les renseignements de suivi seront envoyés à la fois à l'agent de liaison et au délégué.

Des réunions auront lieu régulièrement, au moins tous les 2 mois. Ces réunions seront prévues au calendrier. Si une réunion est annulée ou remise, une nouvelle date de réunion devra être acceptée peu de temps après la date d'annulation.

Un procès-verbal et une liste des tâches doivent être rédigés pour chaque réunion. Le procès-verbal comprendra la liste des participants du comité, les nouveaux services discutés, toute note de discussion pertinente et toute mesure à prendre, en précisant les responsables du suivi. Le procès-verbal sera fourni au Comité des affaires économiques de la RAA.

Une liste principale numérique des nouveaux services en suspens sera maintenue par le ministère de la Santé et mise à jour après chaque réunion du Comité des nouveaux services. La liste principale comprendra le nouveau service demandé, la date de la demande, la section qui a fait la demande de nouveau service, le médecin qui a soumis la demande, le nom de l'agent de liaison de la section, les notes de discussion sur le nouveau service de la réunion du sous-comité et la durée estimée de l'intervention/service. Toute note ajoutée à la liste principale sera datée et une date d'achèvement sera jointe à toute mesure de suivi à prendre. On inscrira également sur la liste principale si la mesure à prendre a été réalisée ou non.

Toute demande doit être reçue par écrit sur le formulaire de demande de nouveau service approuvé.

Le 1^{er} avril 2014

Annexe R

Rémunération en cas d'annulation de chirurgies

Objectif :

Reconnaître le coût de renonciation au système de soins de santé du Nouveau-Brunswick des chirurgies annulées et établir un plan de rémunération s'appliquant aux médecins lorsque les chirurgies sont annulées pour des raisons non médicales ou administratives.

Tarif :

Le plein tarif payable au chirurgien, à l'assistant en chirurgie et à l'anesthésiologiste si la chirurgie n'avait pas été annulée pour les raisons non médicales définies dans le présent document.

- Raisons non médicales et administratives :
 - lit post-opératoire non disponible
 - équipement non disponible ou défaillance
 - indisponibilité du personnel de la salle d'opération
- Le tarif est seulement payable si la chirurgie est annulée dans les 24 heures précédant la date prévue d'une chirurgie (ou vendredi pour une chirurgie prévue pour le lundi).
- Le tarif est payable seulement lorsque les médecins ne peuvent pas procéder à d'autres interventions chirurgicales au lieu des chirurgies annulées.
- **Payable une fois par patient pour le même cas dans les 30 jours de l'annulation initiale.**
- **Applicable uniquement aux actes prévus comme étant réservés sur la carte de réservation de la salle d'opération.**
- Les tarifs s'appliquent aux interventions chirurgicales effectuées dans la salle d'opération principale.
- Les tarifs ne s'appliquent pas aux chirurgies qui ne nécessitent pas d'admission (y compris toutes les chirurgies d'un jour).
- Les médecins salariés (y compris les anesthésiologistes et les assistants en chirurgie) ou les médecins ayant d'autres dispositions de financement ne sont pas admissibles.
- La prime d'urgence après les heures de travail ne s'applique pas.
- Au besoin, la RRS confirmera si la chirurgie a été annulée ou non.
- Les renseignements exigés pour la vérification seront fournis par la RRS.
- Ce tarif ne s'applique pas à une chirurgie annulée pour des patients hors-province.

Les anesthésiologistes doivent utiliser la moyenne de temps accordée à l'intervention donnée facturée. Seules les modifications déterminées durant l'évaluation préanesthésique peuvent être facturées.

Révisé le 1^{er} avril 2014

Annexe S

SERVICES DE BIEN-ÊTRE DESTINÉS AUX MÉDECINS

1.0 Objet

Le présent document a pour but de déterminer le financement annuel dont disposera la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) pour offrir des services de santé et de bien-être aux médecins qui en sont membres.

2.0 Description

À compter du 1^{er} avril 2020, le ministère de la Santé maintiendra un fonds commun de financement protégé qui servira à fournir un soutien individualisé en matière de santé et de bien-être aux médecins qui exercent au Nouveau-Brunswick.

3.0 Avantages

La SMNB est autorisée à utiliser ce fonds commun de financement protégé pour permettre aux médecins d'avoir accès à des avantages tels que des initiatives de promotion de la santé et du bien-être, des services de conseil spécialisés et des services de traitement spécialisés en milieu hospitalier.

4.0 Financement

4.1 À compter du 1^{er} avril 2020, le Ministère augmentera le montant forfaitaire de 50 000 \$ par année pour le porter à 250 000 \$ par année afin de financer les services de bien-être destinés aux médecins en vertu de l'entente-cadre sur les services de médecin.

4.2 Ce montant représente une caisse autonome qui n'enregistrera aucun dépassement de coûts.

4.3 Les soldes des fonds communs sont rapprochés chaque année par le ministre et tout excédent est mis à la disposition de la Société, d'un commun accord, pour une autre utilisation ou une réaffectation. Tout dépassement des fonds sera financé à partir des surplus des autres fonds de financement protégés ou sera soustrait de la répartition de l'année suivante s'il n'existe aucun financement disponible pour l'année en cours.

5.0 Critères d'admissibilité

5.1 La SMNB peut établir des critères d'admissibilité au besoin, en consultation avec le ministère de la Santé.

6.0 Gestion de programmes

- 6.1 Le programme est géré par la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
- 6.2 Un rapport détaillant les paiements du programme de l'année précédente sera soumis au Ministère par la Société médicale du Nouveau-Brunswick au plus tard le 30 avril.
- 6.3 Tout intérêt cumulé par ce fonds une fois ce dernier confié à la Société revient à la Société.

7.0 Autorité

Les parties reconnaissent que l'autorité pour la présente annexe est l'entente-cadre sur les services de médecin.

8.0 Modifications

Le présent document ne peut être modifié qu'avec le consentement écrit des deux parties.

9.0 Diffusion

- 13.1 Le Ministère informera ses employés du présent document et de toute modification.
- 13.2 La Société médicale du Nouveau-Brunswick informera ses membres du document et de toute modification, et leur communiquera tous les renseignements pertinents.

Annexe T

CADRE DE GESTION DU PROJET

I. Contexte

En réponse à la nature évolutive de l'exercice de la médecine et des besoins du ministère de la Santé et des médecins d'assurer un accès aux soins de santé aux patients du Nouveau-Brunswick, la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) a dirigé et mené à bien des négociations avec le ministère de la Santé pour établir des modèles de rémunération de substitution (MRS), le cas échéant. Ces MRS sont négociés au nom de médecins ou de groupes de médecins qui rendent des services nécessaires qui ne cadrent pas toujours avec les modèles traditionnels de rémunération, comme la rémunération à l'acte et les salaires.

II. Définitions

Autre plan de financement (APF) – Les APF sont des ententes contractuelles entre le ministère de la Santé, la SMNB et la régie régionale de la santé (RRS). Les APF intègrent une souplesse à l'exercice, encouragent la coordination et l'intégration de services médicaux et offrent une rémunération stabilisée à des groupes hautement spécialisés, à des spécialistes et à des sous-spécialistes. Chaque APF comprend à tout le moins tous les médecins qui travaillent dans le service ou la division, mais il peut également englober des spécialités ou sous-spécialités dans la régie régionale de la santé (RRS) ou la province. Les APF créent un fonds fixe pour les services cliniques de médecins dans le cadre duquel les médecins ont l'autonomie et le contrôle sur les fonds affectés et trouvent des solutions pour atteindre les résultats convenus quant aux soins des patients et la protection. Les fonds tirés d'un APF sont répartis aux médecins dans le cadre d'un plan d'exercice créé et approuvé par les médecins du service ou de la division.

Plan de financement universitaire : Il s'agit d'un autre modèle de financement moins courant. Les plans de financement universitaires sont des ententes contractuelles établies entre les médecins, le ministère de la Santé et la régie régionale de la santé et peuvent comprendre d'autres organisations comme des hôpitaux, des universités et des donateurs privés. Les plans de financement universitaire s'appliquent aux départements ou aux divisions universitaires individuels et comportent différents produits livrables et des financements provenant de sources diverses. Ils reconnaissent et rémunèrent les médecins pour leurs services cliniques directs en plus de leur production universitaire, administrative et en recherche.

III. Les buts des modèles de rémunération de substitution peuvent comprendre les suivants :

1. Assurer de meilleurs soins aux patients partout au Nouveau-Brunswick.
2. Assurer une rémunération équitable et prévisible aux médecins partout au Nouveau-Brunswick.
3. Assurer un recrutement et un maintien en poste efficaces des médecins au Nouveau-Brunswick.
4. Veiller à ce que les objectifs pratiques et réalisables soient atteints
5. Assurer un accès aux soins de santé et au soutien des médecins dans les collectivités rurales et éloignées et à des spécialistes hautement qualifiés partout dans la province.

La SMNB et le ministère de la Santé reconnaissent que les modèles de rémunération de substitution sont un modèle de financement des soins de santé en constante évolution et qu'ils feront l'objet d'examen et de révisions, par consensus et au besoin.

IV. Processus :

a. Négociation de nouveaux APF

Étape 1 : Évaluation de l'exercice des médecins

Les médecins qui souhaitent que l'on examine leur demande de financement dans le cadre d'un autre modèle de rémunération doivent d'abord évaluer leur pratique pour dégager des renseignements pertinents et s'assurer d'être prêts à discuter avec la RRS, le ministère de la Santé et la SMNB. L'évaluation doit comprendre l'information suivante :

- i. Une description du groupe existant de médecins et de la portée de leur pratique (clinique et géographique)
- ii. Une description des activités actuelles auxquelles participe actuellement le groupe de médecins (cliniques, recherche, enseignement)
- iii. Un compte rendu du total des ressources faisant actuellement partie du groupe de médecins (rémunération totale)
- iv. Pour les médecins salariés, un compte rendu des mesures de référence et des données de facturation pro forma existantes
- v. Une évaluation préliminaire de l'intérêt parmi le groupe de médecins (il faut chercher du financement de substitution dans un milieu en particulier uniquement si tous les membres de cette discipline ou spécialité ont accepté d'y participer)

Une fois l'évaluation terminée, le groupe de médecins rencontrera des représentants de la SMNB pour confirmer que tous les renseignements pertinents s'y trouvent et établir l'échéancier des contacts avec le gouvernement.

Étape 2 : Circonscrire des données et produits livrables communs

En consultant la SMNB, le groupe de médecins devrait définir un ensemble de données commun qui servira de base à la définition de produits livrables. Les médecins qui souhaitent obtenir du financement de substitution devront tenir compte des données qui concernent les parties intéressées (médecins, gouvernement, RRS, université et autres) et les produits livrables associés au financement (cliniques, administratifs, d'enseignement/éducation et de recherche).

Choisir la méthode utilisée pour mesurer le rendement et les objectifs des modèles de rémunération de substitution est une composante fondamentale de cette partie du processus.

Après que les médecins auront trouvé les données communes, établi les produits livrables et les mesures du rendement, la SMNB travaillera avec le ministère de la Santé et toute autre partie de l'entente proposée pour relever les enjeux potentiels ou ceux à approfondir.

Étape 3 : Négociation, rédaction et révision de l'entente

En travaillant avec le ministère de la Santé et d'autres intervenants, la SMNB facilitera la négociation, la rédaction et la révision des modalités de l'entente de financement de substitution. La SMNB devra travailler de concert avec les représentants désignés du groupe de médecins pour s'assurer qu'il y a consensus et approbation parmi tous les médecins touchés en ce qui a trait à la rédaction de l'entente proposée. Tous les formulaires et modèles créés, modifiés ou supprimés en vertu du présent cadre d'APF sont assujettis à l'accord du comité consultatif sur l'APF.

Tous les contrats d'APF doivent inclure les modalités clés suivantes :

- La fourniture de ressources supplémentaires sera établie par une clause de réouverture du contrat.
- La pleine participation de tous les médecins de cette discipline ou spécialité particulière, sous réserve de l'entente de la SMNB, de la RRS et du ministère de la Santé.
- Tout revenu provenant de tiers, à l'exception des travaux médico-légaux, et les ententes de financement universitaire externe doivent être retournés au payeur, sauf indication contraire dans le contrat d'APF.
- Tout droit des médecins à soumettre une facture visant l'indemnité pour les services de garde obligatoires, les gains tirés de paiements à l'acte, une formation médicale continue, l'adhésion à l'Association canadienne de protection médicale, un congé parental et le programme de fonds de maintien en poste des médecins rémunérés à l'acte doivent être abordés dans chaque contrat.
- Chaque APF comprendra un plan de pratique qui doit aborder les points suivants :
 - Les attentes et les résultats convenus concernant les volumes de services et les heures et les jours travaillés par les médecins;
 - Les obligations des parties relatives à la facturation pro forma, au contrôle et à la conformité, à la surveillance du budget et à l'administration.

Le présent cadre s'appliquera à la décision sur les modalités initiales ainsi qu'à la renégociation des modalités à l'expiration du contrat.

Étape 4 : Mettre la dernière main à l'entente

À l'issue de la négociation de l'entente pertinente, la SMNB soumettra les éléments suivants au ministère de la Santé et à la RRS :

- Modèle d'entente de proposition d'un APF;
- Modèle de financement et de calcul des coûts de l'APF;
- Plan de pratique;
- Tout autre modèle et formulaire applicable.

Après examen et approbation par le ministère de la Santé et la RRS, un contrat détaillé sera rédigé en tenant compte de l'objet et de l'intention de la proposition d'un APF.

Pour obtenir un APF, la SMNB et tous les médecins doivent remplir et soumettre au ministère de la Santé tous les formulaires, modèles et plans de pratique requis.

b. ***Tenue à jour et révisions de l'APF***

Un comité consultatif sur l'APF sera établi aux fins de consultation et de conseils sur les questions de négociation et de renégociation de l'APF, au besoin. Le comité consultatif sur les APF est établi conformément au mandat joint en **annexe 1**.

c. ***Responsabilité relative à l'APF***

Le suivi des activités de l'APF et l'évaluation des produits livrables seront effectués sur une base annuelle (au minimum). Le non-respect des produits livrables entraînera des mesures financières ou administratives, pouvant aller jusqu'à la résiliation de l'APF.

ANNEXE 1
CADRE DE GESTION DE L'APF
MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF SUR L'APF

COMITÉ CONSULTATIF SUR L'APF
MANDAT

NOM DU PROJET :	Comité consultatif sur l'APF
DATE :	Mars 2021

OBJECTIF DU COMITÉ :

Le comité consultatif sur l'APF (le « comité ») sera composé de représentants du ministère de la Santé (MS), des régies régionales de la santé (RRS) et de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB). La fonction principale du comité est de traiter en collaboration les questions de négociations nouvelles et continues liées à la création et au maintien des APF.

RESPONSABILITÉS DU COMITÉ

- Examiner les données fournies par le MS, les RRS et le médecin;
- Fournir des conseils et des consultations sur la négociation des APF nouvellement proposés;
- Fournir des conseils et des consultations sur les questions qui peuvent se poser concernant les APF existants;
- Cerner les possibilités d'amélioration du processus d'APF;
- Fournir des commentaires et des recommandations aux parties, comme demandé.

RÉUNIONS DE COMITÉ

Le comité tiendra des réunions récurrentes en personne, par vidéo ou téléconférence. Le comité se réunira selon les besoins. Les parties doivent convenir mutuellement des dates de réunion.

ORDRE DU JOUR ET PROCÈS-VERBAL DES RÉUNIONS

- Un ordre du jour normalisé est préparé avant chaque réunion. Les questions à traiter et les mesures de suivi sont définies, attribuées ou revues, selon le cas, et un procès-verbal officiel de la réunion est ensuite préparé et distribué aux fins d'examen et d'approbation à la réunion suivante.
- Les réunions sont coprésidées par le MS et la SMNB.

ADHÉSION

Le comité sera composé de membres des parties désignées et d'autres membres spéciaux au besoin, y compris des signataires de l'APF.

Le comité comprend deux représentants du MS, deux membres du comité de négociation de la SMNB, un représentant du Réseau de santé Vitalité et un représentant du Réseau de santé Horizon.

Ce comité sera en vigueur du (date) au (date) et fournira des recommandations sur demande.

COÛTS DU COMITÉ

Chaque partie est responsable des coûts associés à ses propres membres. Les membres médecins sont admissibles à des fonds d'appoint par l'entremise du programme d'honoraires supplémentaires.

COMPOSITION DU COMITÉ

Nom	Organisme	Numéro de téléphone	Adresse électronique
Représentant	SMNB		
Représentant	Représentant du comité de négociation de la SMNB		
Représentant de RRS	RRS		
Représentant de RRS	RRS		
Représentant du MS	Ministère de la Santé		
Représentant du MS	Ministère de la Santé		

Annexe U

Rapprochement des primes d'urgence après les heures normales (PUHN)

Les parties conviennent de modifier et d'unifier les formulations existantes sur les PUHN au chapitre 4, section 2.12 du *Manuel des Médecins du Nouveau-Brunswick* :

2.12 *Prime d'urgence après les heures normales

Après les heures normales veut dire de 18 h à 8 h les jours ouvrables et toute la journée les samedis, dimanches et jours fériés, et comprend, dans le seul cas des non-spécialistes, l'anesthésie aux dépens d'heures de bureau régulièrement prévues. La prime s'élève à *50 % du taux normal de paiement, moyennant un minimum de 30 unités générales ou de trois unités d'anesthésie. La prime d'urgence augmente de *100 % pour les services rendus entre minuit et 6 h. Lorsque de multiples services sont dispensés, le minimum de 30 unités générales ou de trois unités d'anesthésie ne s'applique qu'au service principal.

Les services d'urgence à cette fin s'entendent de services qu'il faut dispenser sans délai en raison de l'affection pathologique du patient. Cela comprend les césariennes urgentes et, à compter du 1^{er} avril 2017, les chirurgies **urgentes** réalisées après les heures normales, en raison du manque de place dans les salles d'opération ou de manque de ressources pendant le jour.

La prime ne s'applique pas aux services dispensés par des médecins qui assurent un service prévu sur place pendant des périodes après les heures normales. La prime s'applique aux services d'urgence suivants :

- a. actes chirurgicaux exécutés sous anesthésie générale, médullaire ou épidurale, ainsi qu'une assistance chirurgicale et anesthésie s'y rattachant;
- b. actes exécutés par blocage majeur des racines nerveuses;
- c. réduction de luxations de l'épaule (code de service 502);
- d. anesthésie de jour pratiquée par des non-spécialistes aux dépens des heures de bureau régulières prévues;
- e. consultations;
- f. admissions d'urgence à l'hôpital;
- g. évaluations initiales aux unités de soins intensifs et de soins concentrés;
- h. traitement initial de traumatisme;
- i. admission après les heures normales;
- j. cadavre - exérèse d'organe, de tissu ou d'os;
- k. accouchements, y compris dans les cas où le déclenchement du travail sur recommandation médicale entraîne un accouchement après les heures normales;
- l. La sédation consciente (sédation modérée ou analgésie) représente un niveau plus profond de sédation ou d'analgésie que l'anxiolyse (sédation minimale). La sédation modérée s'entend d'une diminution de l'état de conscience induite par des médicaments pendant laquelle les patients répondent intentionnellement (le réflexe de retrait d'un stimulus douloureux n'est pas considéré en tant que réponse intentionnelle) à une commande

verbale, seule ou accompagnée d'une légère stimulation tactile. L'état médicalement contrôlé de la conscience réduite :

- permet de conserver les réflexes de défense;
- permet aux patients de maintenir des voies respiratoires libres de manière indépendante et continue.

Note de l'Assurance-maladie : Les demandes relatives au paiement de primes doivent indiquer l'heure à laquelle le service a été dispensé, y compris durant les fins de semaine et les jours fériés. Le montant total facturé (les honoraires et la prime) doit figurer sur la même ligne de la demande. Les services rendus sous blocage majeur des racines nerveuses doivent être indiqués dans la demande.

Voir le chapitre 4, section 2.12.1 indiquant les valeurs et autres précisions relatives à la facturation.

Visite d'urgence : Situation où les besoins du patient ou l'interprétation de l'état de santé du patient par le médecin exigent une intervention immédiate aux dépens de ses heures normales de bureau ou de l'exercice médical ordinaire. **La nécessité d'une intervention immédiate est le critère principal à envisager.** Un traitement immédiat motivé par le choix personnel ou la disponibilité du médecin n'est pas considéré comme une visite d'urgence. Les visites urgentes pour des affections aiguës ou chroniques qui n'empêchent pas une pratique médicale ordinaire ne constituent pas des visites d'urgence. **Les visites d'urgence peuvent comprendre tout code de visite pour des services dispensés en situation d'urgence en cabinet, à domicile, en foyer de soins, en extra-mural ou en hospitalisation, ainsi que les appels d'urgence où l'on voit le patient à l'extérieur, par exemple dans la rue. Toutes les demandes de paiement pour visites d'urgence doivent indiquer à quelle heure les services ont été rendus.** [chapitre 3, section 1.2.2 d)]

La définition de services d'urgence, dans le cadre de la facturation des primes, fait référence aux services devant être effectués sans tarder en raison de l'état de santé du patient. L'heure à laquelle le service est fourni ne constitue pas en elle-même le facteur déterminant pour la facturation des primes. Des preuves consignées doivent exister concernant la nature urgente du service fourni après les heures de travail. La prime n'est payable que lorsque les deux critères ont été remplis : un service d'urgence effectué après les heures de travail. [chapitre 3, section « Principes sur les facturations de consultation »]

La prime ne s'applique pas aux services dispensés par des médecins qui assurent un service prévu sur place pendant des périodes après les heures normales.

Une prime d'urgence après les heures de travail peut être facturée dans les cas suivants :

- Un médecin demande une consultation à 21 h 40 pour un patient présentant une insuffisance rénale avec fonctionnement compromis de l'organe. Une consultation est effectuée à 22 h. Le spécialiste facture une consultation avec prime d'urgence après les heures de travail. Les deux éléments sont payables, car les critères « urgence » et « après les heures de travail » sont remplis.

Une prime d'urgence après les heures de travail ne peut pas être facturée dans les cas suivants :

- Un médecin demande une consultation le 1^{er} avril à 11 h concernant le manque d'appétit d'un patient. Un spécialiste effectue la consultation le 6 avril à 20 h. Le spécialiste facture une consultation avec prime d'urgence après les heures de travail. La consultation est facturable, mais la prime ne l'est pas (fournir un service cinq jours après la demande ne démontre pas la nature urgente de la demande). [*chapitre 3, section « Principes sur les facturations de consultation »*]

La prime s'applique aux services d'urgence suivants :

[Les points a) à l) selon le chapitre 4, section 2.12.]

ANNEXE V

PROGRAMME MÉDECINE FAMILIALE NOUVEAU-BRUNSWICK

1.0 CONTEXTE

- 1.1 Le ministre et la Société ont conclu un protocole d'entente (le « PE ») daté du 29 janvier 2016 en vue de travailler ensemble pour établir un nouveau modèle de prestation de la médecine familiale au Nouveau-Brunswick.
- 1.2 Conformément au PE, les Parties ont convenu d'élaborer un document-cadre mutuellement acceptable qui présenterait des détails sur l'organisation, l'administration et les ressources nécessaires proposées pour mettre en œuvre un nouveau modèle de prestation de la médecine familiale au Nouveau-Brunswick.
- 1.3 Les Parties ont conçu un document-cadre qui leur est mutuellement acceptable (ci-après appelé le « **Guide des opérations de MFNB** ») et qui orientera les Parties à mesure qu'elles mettent en œuvre le nouveau modèle de prestation de la médecine familiale au Nouveau-Brunswick.

2.0 MÉDECINE FAMILIALE NOUVEAU-BRUNSWICK

- 2.1 Les Parties conviennent d'établir un nouveau modèle de prestation des soins primaires au Nouveau-Brunswick, intitulé Médecine familiale Nouveau-Brunswick (« **MFNB** »). Les principes qui sous-tendent le modèle sont notamment les suivants :
 - (a) veiller à l'adoption par les fournisseurs de soins primaires d'une approche interprofessionnelle fondée sur le travail d'équipe et axée sur le patient;
 - (b) assurer une prestation de la médecine familiale au Nouveau-Brunswick durable et responsable sur le plan financier;
 - (c) garantir aux patients un accès rapide et élargi à des professionnels de la santé;
 - (d) avoir pleinement recours aux dossiers médicaux électroniques (DME);
 - (e) mettre l'accent sur la prévention des maladies, les soins autoadministrés et la gestion des maladies chroniques;
 - (f) veiller à ce que les professionnels des soins de santé soient productifs et orientés vers la qualité.

- 2.2 MFNB sera financé par le Ministre et prendra la forme d'un programme, conformément à l'Entente-cadre sur les services de médecin (« **ECSM** ») dont la présente annexe V fait partie.

3.0 GUIDE DES OPÉRATIONS DE MFNB

- 3.1 Conformément aux objectifs et à la vision du PE, les Parties ont élaboré le Guide des opérations de MFNB qui est daté du 21 octobre 2016 et qui vise à servir de guide aux Parties alors qu'elles mettent en œuvre la vision pour MFNB. Le Guide des opérations de MFNB fait partie intégrante de la présente annexe.

- 3.2 Les Parties conviennent d'établir le Comité de gestion du programme MFNB conformément au cadre de référence du Comité de gestion du programme MFNB, comme l'indique le Guide des opérations de MFNB.
- 3.3 Les Parties conviennent que la Société a le mandat de mettre en œuvre MFNB à titre de programme de services aux médecins dans le cadre de l'ECSM, conformément au Guide des opérations de MFNB
- 3.4 Les Parties conviennent que le Guide des opérations de MFNB est un document itératif. Toutes les révisions qui sont apportées au Guide des opérations peuvent faire l'objet d'un consensus du Comité de gestion du programme MFNB.
- 3.5 Les Parties peuvent convenir de renégocier le cadre de référence de la présente annexe et le Guide des opérations de MFNB au besoin, si elles en conviennent mutuellement

4.0 COMMUNICATIONS

- 4.1 Les Parties conviennent de se consulter et d'adopter une approche harmonisée en matière de communications à l'intention des médecins et du public que l'une ou l'autre des Parties publiera relativement au programme MFNB.

5.0 ANNULATION DU PROGRAMME

Le programme Médecine familiale Nouveau-Brunswick peut seulement être annulé :

- (a) une année après que l'une ou l'autre des Parties donne un avis écrit d'annulation;
- (b) à une date fixée au moyen d'une entente écrite entre les Parties.

6.0 BUDGET

Le budget 2021-2026 du programme Médecine familiale Nouveau-Brunswick est le suivant :

	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
(Estimation des coûts variables)	5 ^e année	6 ^e année	7 ^e année	8 ^e année	9 ^e année
Personnel, administration et technologies de l'information (salaires, bureaux, déplacements, télécommunications, fournitures, communications, événements stratégiques, services juridiques, traduction)	504 000 \$	504 000 \$	600 000 \$	600 000 \$	600 000 \$
Groupe de gérance des médecins et comité de gestion du programme (conseil responsable des opérations)	24 000 \$	28 000 \$	32 000 \$	36 000 \$	40 000 \$
Intégration de la clinique et coûts permanents (coûts initiaux, honoraires, coûts permanents)	35 000 \$	35 000 \$	35 000 \$	35 000 \$	35 000 \$

Conférence annuelle	-	65 000 \$	65 000 \$	65 000 \$	65 000 \$
Enquête auprès des patients et des médecins	20 000 \$	-	20 000 \$	-	20 000 \$
Total des coûts d'organisation	583 000 \$	632 000 \$	752 000 \$	736 000 \$	760 000 \$

2.0 – Coûts du dossier médical électronique (DME) :

	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
(Estimation des coûts variables)	5 ^e année	6 ^e année	7 ^e année	8 ^e année	9 ^e année
Projection du nombre de médecins qui devraient adhérer au modèle	60	80	100	120	140
Mise en œuvre ponctuelle du DME (2 000 \$)	20 000 \$	40 000 \$	40 000 \$	40 000 \$	40 000 \$
Frais de fonctionnement du DME (454 \$ par mois)	327 000 \$	436 000 \$	545 000 \$	654 000 \$	763 000 \$
Soins à domicile ou autres fournisseurs / soutien de MFNB	15 000 \$	15 000 \$	15 000 \$	15 000 \$	15 000 \$
Technologie de l'information (fusion/scission/migration des données d'autres DME)	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$
Total des coûts des DME	412 000 \$	541 000 \$	650 000 \$	759 000 \$	868 000 \$

3.0 – Soutien pour les coûts indirects

	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
	5 ^e année	6 ^e année	7 ^e année	8 ^e année	9 ^e année
Projection du nombre de médecins qui devraient adhérer au modèle	60	80	100	120	140
Soutien pour les coûts indirects (5 000 \$ par an, rénovations de bureau, TI, etc.)	300 000 \$	400 000 \$	500 000 \$	600 000 \$	700 000 \$
Total du soutien pour les coûts indirects	300 000 \$	400 000 \$	500 000 \$	600 000 \$	700 000 \$

4.0 – Financement total prévu :

	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
	5 ^e année	6 ^e année	7 ^e année	8 ^e année	9 ^e année
Coûts liés à l'organisation	583 000 \$	632 000 \$	752 000 \$	736 000 \$	760 000 \$
Coûts des DME	412 000 \$	541 000 \$	650 000 \$	759 000 \$	868 000 \$
Coûts indirects (soutien)	300 000 \$	400 000 \$	500 000 \$	600 000 \$	700 000 \$
Coûts d'exploitation totaux	1 295 000 \$	1 573 000 \$	1 902 000 \$	2 095 000 \$	2 328 000 \$

Le ministère de la Santé remboursera la Société semestriellement les coûts engagés jusqu'au maximum des coûts organisationnels par an, comme indiqué dans le tableau ci-dessus. À la fin de chaque exercice financier, la Société fournira au Ministère une liste des coûts détaillés engagés pour justifier les montants facturés.

La Société est autorisée à reporter les fonds inutilisés à l'exercice suivant, jusqu'à concurrence de 10 % du total des coûts organisationnels de l'exercice, comme indiqué dans le tableau ci-dessus. Tout excédent accumulé ou annuel restant à la fin de la neuvième année sera restitué au Ministère.

La Société soumettra tous les trimestres aux fins de financement des factures, et des détails pertinents, lesquelles seront rapprochées à la fin de l'exercice financier.

Le plan opérationnel sera modifié à compter du 1^{er} avril 2022 pour comprendre :

- l'élimination de la rémunération minimale garantie et la mise en place d'un contrat de services professionnels de six mois pour les nouveaux médecins qui se joignent au programme;
- la mise en œuvre de l'indice du rapport âge/sexe du Nouveau-Brunswick avec une capitation au taux de base actuel de 96,09 \$.

Annexe W

**Régime de rémunération du personnel médical et
addenda du Régime de rémunération du personnel médical**

Médecin clinicien
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2020
Régime de rémunération du personnel médical

	NIVEAU	TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL								
		1	2	A	B	C	D	E		
6231 3 01	Médecin généraliste	6,684	6,980	7,177	7,504	7,834				
		173,784	181,480	186,602	195,104	203,684				
6233 3 01	Spécialiste non agréé			9,026	9,363	9,714				
				234,676	243,438	252,564				
6241 1 01	Médecin hygiéniste I			9,026	9,363	9,714				
				234,676	243,438	252,564				
6234 3 01	Spécialiste agréé			9,928	10,299	10,972				
				258,128	267,774	285,272				
6242 1 01	Médecin hygiéniste II			9,928	10,299	10,972				
				258,128	267,774	285,272				
6235 3 01	Chef de service ou de programme clinique**			10,756	11,167	11,736				
				279,656	290,342	305,136				
6243 1 01	Médecin hygiéniste en chef			10,756	11,167	11,736				
				279,656	290,342	305,136				
6236 1 01	Médecin hygiéniste en chef adjoint			9,566	9,924	10,296	10,709	*	11,134	*
				248,716	258,024	267,696	278,434		289,484	

Un ajustement du marché pour les oncologistes de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les Psychiatrie de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les pathologistes de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Les échelons 1 et 2 sont des taux de paie seulement applicables pour les employés qui sont des médecins généralistes non agréés.

*Les échelons D et E sont des taux de paie seulement applicables pour des employés qui sont des médecins spécialistes agréés.

****Remarque :** Les employés présentement rémunérés comme chef de service ou pour des tâches de supervision du personnel médical recevant 4%, selon le Régime de rémunération du personnel médical, continueront d'être rémunérés sur une base de «titulaire actuel seulement».

Médecin clinicien
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2021
Régime de rémunération du personnel médical

	NIVEAU	TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL								
		1	2	A	B	C	D	E		
6231 3 01	Médecin généraliste	6,784	7,085	7,285	7,617	7,952				
		176,384	184,210	189,410	198,042	206,752				
6233 3 01	Spécialiste non agréé			9,161	9,503	9,860				
				238,186	247,078	256,360				
6241 1 01	Médecin hygiéniste I			9,161	9,503	9,860				
				238,186	247,078	256,360				
6234 3 01	Spécialiste agréé			10,077	10,453	11,137				
				262,002	271,778	289,562				
6242 1 01	Médecin hygiéniste II			10,077	10,453	11,137				
				262,002	271,778	289,562				
6235 3 01	Chef de service ou de programme clinique**			10,917	11,335	11,912				
				283,842	294,710	309,712				
6243 1 01	Médecin hygiéniste en chef			10,917	11,335	11,912				
				283,842	294,710	309,712				
6236 1 01	Médecin hygiéniste en chef adjoint			9,709	10,073	10,450	10,870	*	11,301	*
				252,434	261,898	271,700	282,620		293,826	

Un ajustement du marché pour les oncologistes de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les Psychiatrie de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les pathologistes de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Les échelons 1 et 2 sont des taux de paie seulement applicables pour les employés qui sont des médecins généralistes non agréés.

*Les échelons D et E sont des taux de paie seulement applicables pour des employés qui sont des médecins spécialistes agréés.

****Remarque :** Les employés présentement rémunérés comme chef de service ou pour des tâches de supervision du personnel médical recevant 4%, selon le Régime de rémunération du personnel médical, continueront d'être rémunérés sur une base de «titulaire actuel seulement».

Médecin clinicien
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2022
Régime de rémunération du personnel médical

	NIVEAU	TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL						
		1	2	A	B	C	D	E
6231 3 01	Médecin généraliste	6,886	7,191	7,394	7,731	8,071		
		179,036	186,966	192,244	201,006	209,846		
6233 3 01	Spécialiste non agréé			9,298	9,646	10,008		
				241,748	250,796	260,208		
6241 1 01	Médecin hygiéniste I			9,298	9,646	10,008		
				241,748	250,796	260,208		
6234 3 01	Spécialiste agréé			10,228	10,610	11,304		
				265,928	275,860	293,904		
6242 1 01	Médecin hygiéniste II			10,228	10,610	11,304		
				265,928	275,860	293,904		
6235 3 01	Chef de service ou de programme clinique**			11,081	11,505	12,091		
				288,106	299,130	314,366		
6243 1 01	Médecin hygiéniste en chef			11,081	11,505	12,091		
				288,106	299,130	314,366		
6236 1 01	Médecin hygiéniste en chef adjoint			9,855	10,224	10,607	11,033	*
				256,230	265,824	275,782	286,858	11,471 *

Un ajustement du marché pour les oncologistes de 26,25% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les Psychiatrie de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les pathologistes de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Les échelons 1 et 2 sont des taux de paie seulement applicables pour les employés qui sont des médecins généralistes non agréés.

*Les échelons D et E sont des taux de paie seulement applicables pour des employés qui sont des médecins spécialistes agréés.

****Remarque :** Les employés présentement rémunérés comme chef de service ou pour des tâches de supervision du personnel médical recevant 4%, selon le Régime de rémunération du personnel médical, continueront d'être rémunérés sur une base de «titulaire actuel seulement».

Médecin clinicien
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2023
Régime de rémunération du personnel médical

	NIVEAU	TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL						
		1	2	A	B	C	D	E
6231 3 01	Médecin généraliste	6,989	7,299	7,505	7,847	8,192		
		181,714	189,774	195,130	204,022	212,992		
6233 3 01	Spécialiste non agréé			9,437	9,791	10,158		
				245,362	254,566	264,108		
6241 1 01	Médecin hygiéniste I			9,437	9,791	10,158		
				245,362	254,566	264,108		
6234 3 01	Spécialiste agréé			10,381	10,769	11,474		
				269,906	279,994	298,324		
6242 1 01	Médecin hygiéniste II			10,381	10,769	11,474		
				269,906	279,994	298,324		
6235 3 01	Chef de service ou de programme clinique**			11,247	11,678	12,272		
				292,422	303,628	319,072		
6243 1 01	Médecin hygiéniste en chef			11,247	11,678	12,272		
				292,422	303,628	319,072		
6236 1 01	Médecin hygiéniste en chef adjoint			10,003	10,377	10,766	11,198	*
				260,078	269,802	279,916	291,148	11,643 *

Un ajustement du marché pour les oncologistes de 26,25% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les Psychiatrie de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les pathologistes de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Les échelons 1 et 2 sont des taux de paie seulement applicables pour les employés qui sont des médecins généralistes non agréés.

*Les échelons D et E sont des taux de paie seulement applicables pour des employés qui sont des médecins spécialistes agréés.

****Remarque :** Les employés présentement rémunérés comme chef de service ou pour des tâches de supervision du personnel médical recevant 4%, selon le Régime de rémunération du personnel médical, continueront d'être rémunérés sur une base de «titulaire actuel seulement».

Médecin clinicien
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2024
Régime de rémunération du personnel médical

	NIVEAU	TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL						
		1	2	A	B	C	D	E
6231 3 01	Médecin généraliste	7,094	7,408	7,618	7,965	8,315		
		184,444	192,608	198,068	207,090	216,190		
6233 3 01	Spécialiste non agréé			9,579	9,938	10,310		
				249,054	258,388	268,060		
6241 1 01	Médecin hygiéniste I			9,579	9,938	10,310		
				249,054	258,388	268,060		
6234 3 01	Spécialiste agréé			10,537	10,931	11,646		
				273,962	284,206	302,796		
6242 1 01	Médecin hygiéniste II			10,537	10,931	11,646		
				273,962	284,206	302,796		
6235 3 01	Chef de service ou de programme clinique**			11,416	11,853	12,456		
				296,816	308,178	323,856		
6243 1 01	Médecin hygiéniste en chef			11,416	11,853	12,456		
				296,816	308,178	323,856		
6236 1 01	Médecin hygiéniste en chef adjoint			10,153	10,533	10,927	11,366 *	11,818 *
				263,978	273,858	284,102	295,516	307,268

Un ajustement du marché pour les oncologistes de 26,25% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les Psychiatrie de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Un ajustement du marché pour les pathologistes de 22,5% en plus des augmentations économiques générales

Les échelons 1 et 2 sont des taux de paie seulement applicables pour les employés qui sont des médecins généralistes non agréés.

*Les échelons D et E sont des taux de paie seulement applicables pour des employés qui sont des médecins spécialistes agréés.

****Remarque :** Les employés présentement rémunérés comme chef de service ou pour des tâches de supervision du personnel médical recevant 4%, selon le Régime de rémunération du personnel médical, continueront d'être rémunérés sur une base de «titulaire actuel seulement».

Médecin administrateur
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2020
Régime de rémunération du personnel médical

NIVEAU		TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL				
		1	A	B	C	D
6239 1 01	Médecin-administrateur(trice)	7,406	7,603	7,948	8,307	8,985 *
		192,556	197,678	206,648	215,982	233,610

*L'ÉCHELON "D" S'APPLIQUE AUX POSTES DE COORDINATEURS PROVINCIAUX, FORMATION MÉDICALE, DANS LES HÔPITAUX; L'ÉCHELON "C" EST LE MAXIMUM NORMAL POUR LES AUTRES POSTES.

Médecin administrateur
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2021
Régime de rémunération du personnel médical

NIVEAU		TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL				
		1	A	B	C	D
6239 1 01	Médecin-administrateur(trice)	7,517	7,717	8,067	8,432	9,120 *
		195,442	200,642	209,742	219,232	237,120

*L'ÉCHELON "D" S'APPLIQUE AUX POSTES DE COORDINATEURS PROVINCIAUX, FORMATION MÉDICALE, DANS LES HÔPITAUX; L'ÉCHELON "C" EST LE MAXIMUM NORMAL POUR LES AUTRES POSTES.

Médecin administrateur
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2022
Régime de rémunération du personnel médical

NIVEAU		TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL				
		1	A	B	C	D
6239 1 01	Médecin-administrateur(trice)	7,630	7,833	8,188	8,558	9,257 *
		198,380	203,658	212,888	222,508	240,682

*L'ÉCHELON "D" S'APPLIQUE AUX POSTES DE COORDINATEURS PROVINCIAUX, FORMATION MÉDICALE, DANS LES HÔPITAUX; L'ÉCHELON "C" EST LE MAXIMUM NORMAL POUR LES AUTRES POSTES.

Médecin administrateur
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2023
Régime de rémunération du personnel médical

NIVEAU		TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL				
		1	A	B	C	D
6239 1 01	Médecin-administrateur(trice)	7,744	7,950	8,311	8,686	9,396 *
		201,344	206,700	216,086	225,836	244,296

*L'ÉCHELON "D" S'APPLIQUE AUX POSTES DE COORDINATEURS PROVINCIAUX, FORMATION MÉDICALE, DANS LES HÔPITAUX; L'ÉCHELON "C" EST LE MAXIMUM NORMAL POUR LES AUTRES POSTES.

Médecin administrateur
Taux de paie à la quinzaine et annual: Le 1er avril 2024
Régime de rémunération du personnel médical

NIVEAU		TAUX DE PAIE A LA QUINZAINE ET ANNUAL				
		1	A	B	C	D
6239 1 01	Médecin-administrateur(trice)	7,860	8,069	8,436	8,816	9,537 *
		204,360	209,794	219,336	229,216	247,962

*L'ÉCHELON "D" S'APPLIQUE AUX POSTES DE COORDINATEURS PROVINCIAUX, FORMATION MÉDICALE, DANS LES HÔPITAUX; L'ÉCHELON "C" EST LE MAXIMUM NORMAL POUR LES AUTRES POSTES.

Addenda du Régime de rémunération du personnel médical	Addendum to the Medical Pay Plan																																																																																																		
<p>HONORAIRES D'AUTOPSIE : Type I : Mort subite et inattendue</p> <table border="1" data-bbox="191 306 597 621"> <thead> <tr> <th colspan="2">Taux applicable aux autopsies</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Type 1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020-2021</td> <td>790,33 \$</td> </tr> <tr> <td>2021-2022</td> <td>802,19 \$</td> </tr> <tr> <td>2022-2023</td> <td>814,22 \$</td> </tr> <tr> <td>2023-2024</td> <td>826,43 \$</td> </tr> <tr> <td>2024-2025</td> <td>838,83 \$</td> </tr> </tbody> </table> <p>Type II : Autopsie judiciaire</p> <table border="1" data-bbox="191 688 597 1003"> <thead> <tr> <th colspan="2">Taux applicables aux autopsies</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Type 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020-2021</td> <td>1 292,68 \$</td> </tr> <tr> <td>2021-2022</td> <td>1 312,07 \$</td> </tr> <tr> <td>2022-2023</td> <td>1 331,75 \$</td> </tr> <tr> <td>2023-2024</td> <td>1 351,72 \$</td> </tr> <tr> <td>2024-2025</td> <td>1 372,00 \$</td> </tr> </tbody> </table> <p>De plus, une prime de 35 % est accordée pour toutes les autopsies entreprises après 18 h les jours de la semaine, ainsi que pour les autopsies réalisées durant les fins de semaine et les jours fériés.</p> <p><u>PLAFOND DES REVENUS EN HONORAIRES À L'ACTE</u></p> <p>Les revenus en honoraires à l'acte permis aux termes du régime d'assurance-maladie pour le revenu tiré d'une pratique privée sont limités aux montants énumérés ci-dessous. Une fois le plafond annuel atteint, la rémunération s'établit à 50 % du barème des honoraires.</p> <table border="1" data-bbox="191 1539 721 1877"> <thead> <tr> <th colspan="3">Plafond des revenus en honoraires à l'acte (PRHA)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>AEG</th> <th>PRHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020-2021</td> <td>2,00 %</td> <td>55 517,44 \$</td> </tr> <tr> <td>2021-2022</td> <td>1,50 %</td> <td>56 350,20 \$</td> </tr> <tr> <td>2022-2023</td> <td>1,50 %</td> <td>57 195,46 \$</td> </tr> <tr> <td>2023-2024</td> <td>1,50 %</td> <td>58 053,39 \$</td> </tr> <tr> <td>2024-2025</td> <td>1,50 %</td> <td>58 924,19 \$</td> </tr> </tbody> </table>	Taux applicable aux autopsies			Type 1	2020-2021	790,33 \$	2021-2022	802,19 \$	2022-2023	814,22 \$	2023-2024	826,43 \$	2024-2025	838,83 \$	Taux applicables aux autopsies			Type 2	2020-2021	1 292,68 \$	2021-2022	1 312,07 \$	2022-2023	1 331,75 \$	2023-2024	1 351,72 \$	2024-2025	1 372,00 \$	Plafond des revenus en honoraires à l'acte (PRHA)				AEG	PRHA	2020-2021	2,00 %	55 517,44 \$	2021-2022	1,50 %	56 350,20 \$	2022-2023	1,50 %	57 195,46 \$	2023-2024	1,50 %	58 053,39 \$	2024-2025	1,50 %	58 924,19 \$	<p>AUTOPSY FEES: Type I: Sudden and unexpected death</p> <table border="1" data-bbox="880 306 1286 621"> <thead> <tr> <th colspan="2">Autopsy Rates</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Type 1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020-21</td> <td>\$790.33</td> </tr> <tr> <td>2021-22</td> <td>\$802.19</td> </tr> <tr> <td>2022-23</td> <td>\$814.22</td> </tr> <tr> <td>2023-24</td> <td>\$826.43</td> </tr> <tr> <td>2024-25</td> <td>\$838.83</td> </tr> </tbody> </table> <p>Type II: Forensic</p> <table border="1" data-bbox="880 688 1286 1003"> <thead> <tr> <th colspan="2">Autopsy Rates</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Type 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020-21</td> <td>\$1,292.68</td> </tr> <tr> <td>2021-22</td> <td>\$1,312.07</td> </tr> <tr> <td>2022-23</td> <td>\$1,331.75</td> </tr> <tr> <td>2023-24</td> <td>\$1,351.72</td> </tr> <tr> <td>2024-25</td> <td>\$1,372.00</td> </tr> </tbody> </table> <p>In addition, a 35 % premium is allocated for all autopsies, initiated after 6 p.m. on weekdays, as well as for autopsies performed on weekends and holidays.</p> <p><u>FEE FOR SERVICE INCOME THRESHOLD:</u></p> <p>The allowable fee-for-service earnings under Medicare for private practice income are limited to the amounts listed below. Once the annual income ceiling has been reached for that year, earnings are paid at 50% of the Fee Schedule.</p> <table border="1" data-bbox="880 1539 1409 1877"> <thead> <tr> <th colspan="3">Fee for Service Income Threshold (FIT)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>GEI</th> <th>FIT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020-21</td> <td>2,00 %</td> <td>\$55,517.44</td> </tr> <tr> <td>2021-22</td> <td>1,50 %</td> <td>\$56,350.20</td> </tr> <tr> <td>2022-23</td> <td>1,50 %</td> <td>\$57,195.46</td> </tr> <tr> <td>2023-24</td> <td>1,50 %</td> <td>\$58,053.39</td> </tr> <tr> <td>2024-25</td> <td>1,50 %</td> <td>\$58,924.19</td> </tr> </tbody> </table>	Autopsy Rates			Type 1	2020-21	\$790.33	2021-22	\$802.19	2022-23	\$814.22	2023-24	\$826.43	2024-25	\$838.83	Autopsy Rates			Type 2	2020-21	\$1,292.68	2021-22	\$1,312.07	2022-23	\$1,331.75	2023-24	\$1,351.72	2024-25	\$1,372.00	Fee for Service Income Threshold (FIT)				GEI	FIT	2020-21	2,00 %	\$55,517.44	2021-22	1,50 %	\$56,350.20	2022-23	1,50 %	\$57,195.46	2023-24	1,50 %	\$58,053.39	2024-25	1,50 %	\$58,924.19
Taux applicable aux autopsies																																																																																																			
	Type 1																																																																																																		
2020-2021	790,33 \$																																																																																																		
2021-2022	802,19 \$																																																																																																		
2022-2023	814,22 \$																																																																																																		
2023-2024	826,43 \$																																																																																																		
2024-2025	838,83 \$																																																																																																		
Taux applicables aux autopsies																																																																																																			
	Type 2																																																																																																		
2020-2021	1 292,68 \$																																																																																																		
2021-2022	1 312,07 \$																																																																																																		
2022-2023	1 331,75 \$																																																																																																		
2023-2024	1 351,72 \$																																																																																																		
2024-2025	1 372,00 \$																																																																																																		
Plafond des revenus en honoraires à l'acte (PRHA)																																																																																																			
	AEG	PRHA																																																																																																	
2020-2021	2,00 %	55 517,44 \$																																																																																																	
2021-2022	1,50 %	56 350,20 \$																																																																																																	
2022-2023	1,50 %	57 195,46 \$																																																																																																	
2023-2024	1,50 %	58 053,39 \$																																																																																																	
2024-2025	1,50 %	58 924,19 \$																																																																																																	
Autopsy Rates																																																																																																			
	Type 1																																																																																																		
2020-21	\$790.33																																																																																																		
2021-22	\$802.19																																																																																																		
2022-23	\$814.22																																																																																																		
2023-24	\$826.43																																																																																																		
2024-25	\$838.83																																																																																																		
Autopsy Rates																																																																																																			
	Type 2																																																																																																		
2020-21	\$1,292.68																																																																																																		
2021-22	\$1,312.07																																																																																																		
2022-23	\$1,331.75																																																																																																		
2023-24	\$1,351.72																																																																																																		
2024-25	\$1,372.00																																																																																																		
Fee for Service Income Threshold (FIT)																																																																																																			
	GEI	FIT																																																																																																	
2020-21	2,00 %	\$55,517.44																																																																																																	
2021-22	1,50 %	\$56,350.20																																																																																																	
2022-23	1,50 %	\$57,195.46																																																																																																	
2023-24	1,50 %	\$58,053.39																																																																																																	
2024-25	1,50 %	\$58,924.19																																																																																																	

SERVICE DE GARDE :

À compter du 1^{er} octobre 2005, les médecins salariés qui prennent part à la rotation d'un service de garde peuvent facturer à l'acte quand on fait appel à leurs services urgents et émergents en dehors des heures normales de travail. Les honoraires pour les services de garde rémunérés à l'acte ne seront pas appliqués au plafond annuel des revenus de pratique provenant de toutes les sources de l'Assurance-maladie.

**SERVICE SUR PLACE AUX ÉTABLISSEMENTS
PSYCHIATRIQUES CENTRACARE ET DU RESTIGOUCHE :**

Nuit	160 \$
Fin de semaine et jour férié	240 \$

Le tarif unique indiqué ci-dessus est global et s'applique à toute visite, quel qu'en soit le nombre ou à tout service sur place effectué en dehors des heures régulières de jour.

**ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DE
L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION
MÉDICALE (ACPM) POUR MÉDECINS SALARIÉS (à
compter du 1^{er} janvier 2005)**

Veuillez consulter l'annexe B de l'Entente-cadre sur les services de médecin.

FORMATION MÉDICALE CONTINUE :

- a) Les médecins salariés à temps plein ont droit à un nombre maximal de dix jours par exercice financier pour assister aux activités approuvées de formation médicale continue (FMC). Il est possible d'accumuler ces jours sur une période de deux ans.

- b) Les médecins salariés à temps partiel ont droit à des jours de FMC calculés au prorata.

ON-CALL:

Effective October 1, 2005, salaried physicians who take part in an on-call rotation may bill fee-for-service when called in to render urgent and emergent services outside normal working hours. Fee-for-service earnings related to on-call will not be applied against the annual threshold for additional practice income from all Medicare sources.

**ON SITE COVERAGE IN THE PSYCHIATRIC FACILITIES
OF CENTRACARE AND RESTIGOUCHE:**

Night	\$160
Weekend and Holiday	\$240

The above single fee is all inclusive and applies to any number of visits or to on-site coverage beyond the regular daytime hours.

**PROFESSIONAL LIABILITY COVERAGE (CMPA) FOR
SALARIED PHYSICIANS (effective January 1, 2005):**

Refer to Schedule B of the Physician Services Master Agreement.

CONTINUING MEDICAL EDUCATION:

- a) Full time salaried physicians are allowed up to ten days per fiscal year for the purpose of attending approved CME events. These days can be accumulated over a two-year period.

- b) Part time salaried physicians are entitled to CME days on prorated basis.

CONGÉS :

À compter du 1^{er} avril 2009, le cumul des crédits de congé sera calculé au taux suivant :

- a) 1 jour $\frac{2}{3}$ par mois, soit quatre (4) semaines par année à compter de la date d'embauche;
- b) 2 jours $\frac{1}{12}$ par mois, soit cinq (5) semaines par année à compter du 181^e mois d'emploi continu.

Remarque : Les médecins salariés ayant le statut d'employé sont protégés par les *Directives en matière de ressources humaines applicables au personnel de gestion et aux employés non syndiqués* (Partie I ou III des services publics), selon l'employeur (ministère de la Santé ou une régie régionale de la santé).

VACATION LEAVE:

The accumulation of vacation credits, effective April 1, 2009, shall be at a rate of:

- a) 1 $\frac{2}{3}$ days per month, 4 weeks per annum from date of hiring;
- b) 2 $\frac{1}{12}$ days per month, 5 weeks per annum, commencing with the 181st month of continuous employment.

Note: The salaried physicians with employee status are covered by the Human Resources Policies for Management and Non-Union Employees, Parts I or III, depending on the employer (Department of Health or Regional Health Authorities).

ANNEXE X

AUTRES POINTS

Heure de la journée

Les parties ont convenu d'étendre l'exigence relative à l'heure de la journée aux codes de consultations et de visite en cabinet, y compris les soins virtuels. Aucune règle supplémentaire ne sera mise en œuvre dans le système de l'Assurance-maladie en ce qui concerne ce changement.

Formule pour les foyers de soins

Les parties conviennent d'établir un groupe de travail mixte pour examiner et mettre à jour la formule existante pour déterminer les heures de vacation fournies aux foyers de soins.

Conversion du cahier des tarifs

Les parties conviennent d'établir un groupe de travail pour examiner la possibilité de convertir le Manuel des médecins existant, fondé sur la valeur unitaire, pour exprimer la valeur des services en dollars. Le groupe de travail s'efforcera de se réunir dans les 60 jours suivant la signature de l'Entente-cadre sur les services de médecin.

Lieu de service pour les codes de service

Les parties conviennent d'établir un groupe de travail composé de membres du ministère de la Santé et de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) pour examiner les codes de localisation des services dans des domaines précis qui préoccupent le ministère de la Santé. L'exercice serait une continuation du projet précédent d'examen des spécialités qui doit être achevé selon le calendrier de la présente Entente-cadre sur les services de médecin.

Anesthésie

Les parties conviennent d'établir un groupe de travail composé de membres du ministère de la Santé, de la SMNB et des régies régionales de la santé afin d'examiner les options de rémunération des anesthésiologistes pour relever les défis du recrutement, du maintien en poste et de l'accès, et pour formuler des recommandations dans les six mois suivant la signature de l'Entente-cadre sur les services de médecin. 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 les recommandations, le financement convenu et approuvé sera fourni en dehors de l'Entente-cadre sur les services de médecin.

Comité d'examen des technologies

Les parties conviennent que le conseil d'administration de la SMNB examinera les recommandations de l'examen des services touchés par les progrès médicaux et technologiques (établi en vertu de l'annexe L de l'entente précédente) dans les trois mois suivant la signature de la présente entente.

Frais d'ouverture de dossier

Les parties conviennent qu'à compter du 1^{er} avril 2022, les frais d'ouverture de dossier (maintenus en vertu de l'annexe F de l'entente précédente, et désormais mentionnés dans le Manuel des médecins) ne sont plus financés par un fonds de financement protégé de 2 180 000 \$. Les frais d'ouverture de dossier ne seront facturables qu'en tant que code de service.

Médecins rémunérés selon le régime de rémunération du personnel médical (RRPM) – Ajustement au marché et élimination du code 73

Les parties conviennent d'établir un ajustement au marché accru pour les psychiatres et les oncologues payés conformément au régime de rémunération du personnel médical, qui sera reflété dans l'**annexe W**. Les parties ont également convenu d'éliminer et de ne plus assurer le code de service 73 du Manuel des médecins – Consultation en radio-oncologie, en oncologie médicale et en hématologie.

Médecins rémunérés selon le RRPM – Seuil de revenu en honoraires à l'acte

Les parties conviennent qu'à compter du 1^{er} avril 2020, le montant du seuil de revenu de la rémunération à l'acte sera de 55 517,44 \$. Le seuil de revenu de la rémunération à l'acte augmente selon l'augmentation économique générale (AEG) de la RAA pour chaque année de la présente entente. Aucune rétroactivité n'est appliquée aux montants du seuil de revenu en honoraires à l'acte demandés antérieurement.

Les revenus en honoraires à l'acte pour les médecins suppléants peuvent être exclus du calcul du plafond des revenus en honoraires à l'acte moyennant l'approbation au préalable de l'Assurance-maladie.

Les exceptions à cette politique seront examinées au cas par cas pour les services prioritaires, comme convenu par les parties.

La politique du régime de rémunération du personnel médical sera modifiée pour tenir compte des changements susmentionnés.

Médecins rémunérés selon le RRPM – Levée du moratoire pour les médecins salariés

Le ministre accepte de lever le moratoire sur l'embauche de nouveaux médecins salariés. Les RRS auront le pouvoir d'offrir cette option de rémunération pour les postes à leur seule discrétion.

Médecins rémunérés selon le RRPM – FN 2016

La ministre réaffirme les dispositions contenues dans le FN 2016. Le ministère de la Santé créera un processus d'examen trimestriel pour résoudre toute variation particulière de cette politique cernée par la SMNB.

Médecins rémunérés selon le RRPM – Rondes de fin de semaine et politique sur les heures excessives

Les parties conviennent que la politique du régime de rémunération du personnel médical sera modifiée pour permettre aux médecins d'enregistrer et de soumettre les heures de ronde en fins de semaine comme heures admissibles à la politique sur les heures excessives.

Médecins rémunérés selon le RRPM – Frais d'autopsie du coroner

Les parties conviennent que l'addenda à la politique du régime de rémunération du personnel médical, joint à l'**annexe W**, sera modifié afin d'augmenter les frais d'autopsie des coroners d'un montant équivalent à l'AEG de la RAA de chaque année depuis 2012. Aucune rétroactivité ne sera appliquée aux frais d'autopsie réclamés avant le 1^{er} avril 2020.

Période pré et postopératoire

Les parties conviennent de réviser le Manuel des médecins afin de réduire la période préopératoire de 30 jours à 2 jours, et de réduire la période postopératoire de 30 jours à 14 jours.

Outil de classement par ordre de priorité des cas chirurgicaux

Les parties conviennent d'éliminer et de ne plus assurer le code de service 1810 de l'Outil de classement par ordre de priorité des cas chirurgicaux du Manuel des médecins.

Formation sur la facturation des médecins

Les parties conviennent d'ajouter le libellé suivant au Manuel des médecins :

« La formation aux règles de facturation de l'Assurance-maladie, aux codes de service, aux politiques et aux procédures conformément au Manuel des médecins est fournie gratuitement par les agents de liaison avec les praticiens de l'Assurance-maladie ». Suivre cette formation est obligatoire et l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick s'efforcera de fournir la formation en personne dans les trois mois après qu'un médecin a commencé à exercer.

L'Assurance-maladie fournit également un outil de formation préenregistré sur le Web, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour permettre de compléter à distance les éléments communs à tous les médecins (p. ex. les chapitres 1 à 4). La formation en ligne est obligatoire et doit être suivie dans les trois mois après avoir commencé à exercer.

Si un nouveau médecin ne suit pas la formation en ligne dans les trois mois après avoir commencé à exercer, l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick retiendra les factures jusqu'à ce qu'il finisse de suivre la formation. L'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick débloquera les fonds retenus une fois que la formation en ligne aura été suivie.

Des séances de suivi et de remise à niveau sont également proposées à tous les médecins.

Les changements entreront en vigueur trois mois après la date de signature d'une nouvelle Entente-cadre sur les services de médecin.

Annexe Y

RÉSEAU DE SOINS PRIMAIRES DU NOUVEAU BRUNSWICK

Objectif :

La Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) et le ministère de la Santé conviennent de ce qui suit :

- a) chaque résident du Nouveau-Brunswick a le droit d'avoir accès à un fournisseur de soins primaires;
- b) la liste d'Accès Patient sera éliminée et chaque résident du Nouveau-Brunswick sans fournisseur de soins primaires aura accès au réseau de soins primaires;
- c) le ministère de la Santé, en consultation avec la SMNB, établira un registre provincial des patients.

A. Registre des patients

Modalités

L'inscription des patients (« Registre des patients ») consisterait à répertorier tous les fournisseurs de soins primaires et les patients affiliés dans la province.

Une fois le registre des patients activé, le ministère de la Santé fournira à tous les fournisseurs de soins primaires un système permettant d'inscrire officiellement tous les patients au registre des patients dans un délai de vingt-quatre (24) mois.

Le processus d'inscription de chaque résident du Nouveau-Brunswick et de chaque fournisseur de soins primaires sera géré par le ministère de la Santé et prendra fin au plus tard vingt-quatre (24) mois après la signature de la présente entente.

Conditions

À la demande du ministère de la Santé, les fournisseurs de soins primaires qui ne fournissent pas de liste de patients à jour et exacte à la Régie régionale de la santé (RRS) et au ministère de la Santé, comme il est indiqué ci-dessus, n'auront pas droit aux frais d'ouverture de dossier prévus à l'annexe F.

B. Élimination des patients orphelins – Mise en œuvre du Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick

Mandat

Le Réseau de soins primaires du Nouveau-Brunswick (RSPNB) deviendra la porte d'entrée du système de santé pour tous les Néo-Brunswickois actuellement sans fournisseur de soins primaires.

Le RSPNB assurera un accès en temps opportun aux soins primaires en tirant parti de tous les partenaires du système de santé et de l'infrastructure physique existante dans la province.

Le mandat du RSPNB comprendra ce qui suit :

- le processus d'inscription au réseau pour les patients sans médecin. Les personnes remplissant les conditions requises comprennent les patients récemment orphelins depuis peu et les nouveaux citoyens du Nouveau-Brunswick;
- la coordination, la programmation et le triage des demandes de services de soins primaires pour tous les patients associés à un fournisseur dans le réseau;
- l'établissement et l'encadrement d'un processus officiel pour les patients qui souhaitent changer de fournisseur en raison de problèmes ou d'inquiétudes concernant la relation patient-fournisseur;
- la gestion du processus d'affectation officielle des patients du réseau aux fournisseurs de soins primaires qui acceptent de les recevoir, selon une méthode de triage médical;
- toutes les autres modalités, conditions et exigences que le ministère de la Santé et la SMNB jugent appropriées.

La SMNB collaborera et s'investira, et elle appuiera le mandat tel qu'il est défini ci-dessus.

C. Rémunération des médecins pour leur participation au RSPNB

1. Rémunération de base des médecins de premier recours

- a. 45,00 \$ par visite
- b. Une visite peut se dérouler en personne ou être tenue virtuellement

2. Rémunération supplémentaire des médecins

- a. Visite en cabinet pour les personnes âgées, en supplément (code 8101)
- b. Frais de fournitures médicales pour le test de Papanicolaou (code 1999)

3. Retombées supplémentaires

- a. Chaque clinique ou médecin participant aura accès à ce qui suit :
 - i. Un dossier médical électronique (DME) basé sur le nuage et une plateforme de soins virtuels pour assurer la continuité des soins aux patients du réseau
 - ii. Triage par des infirmières
 - iii. Technologie fournie par le GNB
 - iv. Autres frais généraux convenus entre le ministère de la Santé et la SMNB

4. Plafond des revenus en honoraires à l'acte

- a. Les médecins salariés qui souhaitent participer au RSPNB en dehors de leur régime de rémunération du personnel médical devront obtenir un formulaire de déclaration écrite approuvé pour les revenus de la rémunération à l'acte avant de rendre des services. Les revenus de la rémunération à l'acte seront exempts du plafond des revenus en honoraires à l'acte.

5. Participation des urgentologues

- a. Les urgentologues sont autorisés à participer au RSPNB en dehors de leurs heures normales de travail aux urgences.

6. Frais d'ouverture de dossier

- a. Conformément à l'annexe F, les frais d'ouverture de dossier ne seront versés que lorsqu'un fournisseur de soins primaires prend en charge les soins continus d'un patient figurant sur la liste fournie par le ministère de la Santé.

ANNEXE Z

Programme d'hospitalistes

Objectif

Créer un modèle d'hospitalistes à concept fermé pour remplacer la couverture traditionnelle des patients hospitalisés par les médecins de famille dans les huit hôpitaux régionaux du Nouveau-Brunswick remplissant les conditions requises.

Le « concept fermé » sous-tend des unités où une équipe de médecins dûment accrédités est disponible en permanence pour assurer la prise en charge des patients hospitalisés en soins primaires. Seul un membre de l'équipe hospitalière peut admettre les patients et leur donner leur congé.

Reconnaître le droit des Régies régionales de la santé (RRS) et des hôpitaux pouvant prendre en charge tous les patients hospitalisés, et promouvoir un meilleur accès aux médecins de famille dans leur pratique communautaire.

Normaliser la rémunération des hospitalistes et les niveaux de soins aux patients dans tous les hôpitaux de la province remplissant les conditions requises.

Offrir une rémunération supplémentaire aux médecins hospitalistes en fonction de leur rendement.

Veiller à ce que les médecins hospitalistes prennent en charge tous les patients hospitalisés – qu'ils aient ou non un médecin de famille –, dans un hôpital remplissant les conditions requises.

Hôpitaux remplissant les conditions requises

Hôpital régional Dr-Everett-Chalmers	Hôpital régional d'Edmundston
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	Hôpital de Moncton
Hôpital régional de Bathurst	Hôpital régional de Campbellton
Hôpital régional de Saint John	Hôpital régional de Miramichi

Financement estimé

De 10 à 12 millions de dollars pendant la durée de l'accord.

Modèle de rémunération

- A. Rémunération variable : Les groupes de médecins hospitalistes d'un hôpital remplissant les conditions requises seront rémunérés selon des taux à la vacation variables, comme suit.

Niveau de rendement	Taux
Niveau 1 (taux de base)	152,00 \$
Niveau 2 (répond aux attentes)	160,00 \$
Niveau 3 (dépasse les attentes)	168,00 \$

Le taux de base sera payé au niveau 1

- En fonction de leur rendement, calculé selon la méthode indiquée dans la section B, les médecins peuvent avoir droit à une prime rétroactive. La prime de niveau 2 est de 8 dollars par heure travaillée et la prime de niveau 3 est de 16 dollars par heure travaillée.
- La rémunération variable se fonde sur les éléments suivants :
 - a) responsabilité moyenne de 17 lits par hospitaliste par jour, selon la gravité des cas;
 - b) 8 heures par jour (normalement de 8 h à 16 h).

B. Le calcul de la rémunération variable des groupes de médecins hospitalistes sera effectué à l'échelle de l'hôpital et déterminé par les RRS en fonction des critères objectifs et subjectifs suivants, qui seront revus chaque année :

Critères objectifs

- Durée des séjours à l'hôpital;
- Taux de réadmission à l'hôpital;
- Coût des séjours hospitaliers;
- Admissions et congés de patients en temps voulu.

Chaque année, les RRS examineront, modifieront et détermineront les critères objectifs afin de s'assurer qu'ils demeurent des indicateurs précis du rendement et établiront si des modifications doivent être apportées aux critères. Cet examen, cette modification et cette détermination se font sous réserve :

- a) de la réception de recommandations non contraignantes de la part du comité médical consultatif local;
- b) de consultations avec le groupe de médecins hospitalistes d'un hôpital remplissant les conditions requises (« groupe d'hospitalistes ») et la SMNB.

Critères subjectifs

En plus des critères objectifs ci-dessus, les RRS doivent prendre en compte l'efficacité, le rendement et la qualité des soins du groupe d'hospitalistes en fonction des circonstances précises et uniques du groupe hospitaliste en question et de l'hôpital dans lequel l'hospitaliste travaille.

Chaque année, les RRS examineront, modifieront et détermineront les critères subjectifs afin de s'assurer qu'ils demeurent des indicateurs précis du rendement et établiront si des modifications doivent être apportées aux critères. Cet examen, cette modification et cette détermination se font sous réserve :

- a) de la réception de recommandations non contraignantes du comité médical consultatif local;
- b) de consultations avec le groupe d'hospitalistes et la SMNB.

À compter du 1^{er} janvier 2022, la période d'examen de la rémunération variable correspond à l'année civile, à savoir du 1^{er} janvier au 31 décembre. Le cas échéant, la prime de rémunération variable sera versée dans les soixante (60) jours suivant la fin de l'exercice financier de la RRS.

Supplémentaire :

- Les RRS établiront un plan de travail propre à chaque groupe d'hospitalistes participant, en consultation avec les médecins, et ce, à chaque exercice. Un examen de mi-année et un examen de fin d'année seront effectués en fonction du plan de travail et des indicateurs clés de rendement établis entre la RRS et le groupe d'hospitalistes participant.
- Les RRS acceptent d'affecter du personnel responsable de l'examen et du suivi des données d'indicateurs clés de rendement. Elles seront tenues de communiquer les données aux médecins hospitalistes concernés tous les trimestres.
- Les RRS doivent mettre les données d'indicateurs clés de rendement à la disposition d'un médecin hospitaliste, sur demande.
- Si la RRS ne prend pas de décision concernant l'examen d'un groupe d'hospitalistes dans les soixante (60) jours suivant l'expiration de l'exercice de la RRS, tous les médecins du groupe d'hospitalistes recevront une prime de niveau 2.
- Une fois qu'un hôpital remplissant les conditions requises aura mis en œuvre le modèle d'hospitalistes à concept fermé, seuls les médecins hospitalistes auront le droit d'être rémunérés pour les patients hospitalisés.
- Le groupe d'hospitalistes a la responsabilité d'assurer une couverture adéquate après les heures de garde.
- Outre la rémunération prévue dans la présente proposition, les hospitalistes ne recevront aucune rémunération supplémentaire pour le travail effectué au-delà de la moyenne de 17 lits par jour, 8 heures par jour, sauf accord contraire du ministère de la Santé.