

5. TARIFS INTERPROVINCIAUX**5.1 TARIFS DES SERVICES**

Les tarifs interprovinciaux des services internes sont déterminés par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance santé (CCEIAS).

Le tarif facturé doit correspondre au tarif journalier en vigueur à la date des services rendus dans l'établissement pour un séjour dans une salle commune, en unité de soins intensifs ou pour les nouveau-nés.

Cependant, pour certaines interventions très coûteuses, le prix de la journée est remplacé par un tarif global par hospitalisation.

5.1.1 Facturation interprovinciale des interventions chirurgicales très coûteuses**# Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2016**

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Transplantation (par cas)	
	NOTE : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application.	
+ 100	Acquisition d'organes hors Canada	
	Quand un organe vient de l'extérieur du Canada, son coût d'acquisition peut être facturé à la province d'origine du receveur au moyen de la formule suivante :	
	Pour les codes 101 à 104 : le tarif établi pour l'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 24 254 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.	
	Pour les codes 106 et 108 : les coûts réels facturés. Il ne faut pas déduire la somme de 24 254 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.	
	La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.	
	Grefe d'organes	
101	- cœur	128 754,00
102	- cœur et poumons	181 852,00
103	- poumons	207 948,00
104	- foie	131 914,00
106	- rein	35 868,00
108	- rein et pancréas	44 191,00

AVIS : 1) Les services hospitaliers rendus au donneur vivant sont assurés par la province qui a délivré la carte santé du receveur de l'organe.

2) La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que ses frais de transport sont des services assurés par la province qui a délivré la carte santé du receveur. Ces services sont inclus dans le tarif interprovincial pour les interventions coûteuses. Toutefois, la rémunération du chirurgien pour le prélèvement et son temps de déplacement ne sont pas inclus dans ce tarif.

5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2016

+ CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
Implants spéciaux		
S		
310	- Implants cochléaires	*
311	- Stimulateurs/pacemakers cardiaques ou défibrillateurs (de tous types)	*
312	- Valves aortiques (aussi connues sous l'appellation ITVA)	*
313	- Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV)	*

* Pour ces implants spéciaux, facturez le prix de la facture du dispositif plus le ou les tarifs journaliers autorisés de l'hôpital pour tous les jours du séjour associés à l'hospitalisation. La facture pour le dispositif doit être fournie à la province ou au territoire d'origine du patient avec la demande de remboursement.

Veillez vous référer aux Règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe) et aux définitions des implants spéciaux.

5.1.2 Tarif journalier

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2016

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
Tarif journalier pour nouveau-nés :		
401	- Soins de courte durée	Tarif journalier autorisé
+ 402	- Soins d'un nouveau-né bien portant. (Un nouveau-né malade est considéré comme un « enfant » et la facturation est faite suivant le tarif journalier standard d'hospitalisation en salle commune ou aux soins intensifs, selon le cas. Le tarif pour nouveau-nés bien portants ne peut être facturé lorsque le tarif journalier en salle commune ou aux soins intensifs est facturé.)	432,00
405	- Soins intensifs de courte durée	Tarif journalier autorisé

5.1.3 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2016.*

CODE DE SERVICE	CATÉGORIE DE SERVICE	SÉJOUR MAXIMAL (SM)	TARIF MONOLITHIQUE DE BASE (\$)	TARIF QUOTIDIEN MAJORÉ ET NORMALISÉ – SÉJOUR EXCÉDANT LE SM
600	Coûts d'acquisition (à l'extérieur du Canada) incluant anticorps monoclonal	---	Coût facturé	Coût facturé
T 601	Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)	---	28 000,00	---
T 602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)	---	33 599,00	---
T 603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	63 003,00	2 334,00
T 604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	84 004,00	4 198,00
T 605	Greffe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA)	25 jours	144 985,00	2 492,00
T 606	Greffe allogénique – chez l'enfant	25 jours	179 520,00	4 513,00
T 607	Greffe allogénique/adulte/patient DCNA	25 jours	175 010,00	2 492,00

Veillez vous référer aux Règles régissant les services de greffe de la moelle osseuse et des cellules souches.

* En vigueur pour les congés obtenus le 1^{er} avril 2016 ou après cette date.

5.2 RÈGLES D'APPLICATION POUR LA FACTURATION DES SERVICES DE TRANSPLANTATION (greffe)

1. Toute hospitalisation distincte (p. ex. pour une évaluation avant l'intervention, la stabilisation ou la réadmission après l'intervention) peut être facturée au tarif journalier autorisé.
 2. Chaque visite d'un patient en externe, distincte d'une hospitalisation liée à l'intervention très coûteuse, peut être facturée au tarif interprovincial autorisé pour les consultations externes.
 3. L'approvisionnement comprend tous les frais associés à l'acquisition, à l'entreposage, à l'expédition et à la viabilité de l'organe à transplanter, ainsi que les frais médicaux et hospitaliers liés à la conservation du donneur.
 4. Dans tous les cas, la province ou le territoire de résidence du receveur doit assumer les coûts associés à l'acquisition d'un organe au pays ou hors du Canada.
 5. Le tarif des codes 101 à 104 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, de l'admission au congé, ainsi que le coût de l'approvisionnement au pays.
 6. Le tarif des codes 106 et 108 comprend les coûts associés à toute l'hospitalisation du patient, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, de l'admission au congé, mais non le coût de l'approvisionnement au pays. L'administration qui fournit les soins peut facturer les frais d'acquisition à la province ou au territoire de résidence du patient greffé.
- + 7. Acquisition d'organes hors du Canada :
- Quand un organe vient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province d'origine du receveur au moyen de la formule suivante :
- Pour les codes 101 à 104 : le tarif établi pour l'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 24 254 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.
 - Pour les codes 106 et 108 : les coûts réels facturés. Il ne faut pas déduire la somme de 24 254 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.
 - La facturation relative à l'approvisionnement en organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
8. Transplantations multiples : même patient, même organe, même séjour – en raison de la rareté de ces cas et de la formule d'établissement du coût moyen utilisée pour la fixation du tarif interprovincial applicable à ces interventions, aucun montant supplémentaire ne sera ajouté lors de la facturation de ces transplantations multiples.
 9. Aucun montant supplémentaire ne sera facturé lors de l'implantation d'un cœur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un cœur naturel.
 10. Tout nouveau séjour à l'hôpital du même patient pour une nouvelle transplantation d'un même organe sera considéré comme un nouveau cas et pourra être facturé au tarif de l'intervention très coûteuse, comme indiqué précédemment.

S

+ Définitions des implants spéciaux :**310 Implants cochléaires****Codes CCI**

- 1.DM.53.LA-LK implantation d'un appareil interne, cochlée; implant cochléaire à un seul canal
- 1.DM.53.LA-LL implantation d'un appareil interne, cochlée; implant cochléaire à plusieurs canaux

311 Stimulateurs/pacemakers cardiaques ou défibrillateurs (tous types) ICD, etc.**Codes CCI****Approche transluminale percutanée (veineuse) ou approche SAI**

- 1.HZ.53.GR-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.GR-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe
- 1.HZ.53.GR-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.GR-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque
- 1.HZ.53.GR-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Approche percutanée (tunnel sous-cutané)

- 1.HZ.53.HA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur

Approche ouverte (thoracotomie)

- 1.HZ.53.LA-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.LA-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe
- 1.HZ.53.LA-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.LA-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque
- 1.HZ.53.LA-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

Approche ouverte sous-xiphœidienne

- 1.HZ.53.QA-NM stimulateur/pacemaker monochambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NK stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort
- 1.HZ.53.QA-NL stimulateur/pacemaker à rythme fixe

Approche combinée, ouverte (thoracotomie) et transluminale percutanée (veineuse)

- 1.HZ.53.SY-FS défibrillateur à synchronisation automatique ou défibrillateur
- 1.HZ.53.SY-FR stimulateur/pacemaker pour resynchronisation cardiaque
- 1.HZ.53.SY-FU défibrillateur pour resynchronisation cardiaque

312 Valves aortiques (aussi connues sous l'appellation ITVA)

Implantation d'une valve aortique xénogreffe de remplacement, sans l'excision de la valve naturelle, par l'approche transcathéter.

Codes CCI

- 1.HV.90.GP-XX-L excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xéno-greffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche transluminale percutanée (artérielle) (rétrograde)
- 1.HV.90.GR-XX-L excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xéno-greffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche transluminale transseptale percutanée
- 1.HV.90.ST-XX-L excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xéno-greffe valvulaire [p. ex. bovine ou porcine], approche ouverte avec technique à cœur fermé [transventriculaire]

313 Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV)

Les dispositifs d'aide ventriculaire (DAV) comprennent la pompe mécanique (sous toutes formes : externe, implantée ou paracorporelle), la trousse d'implantation, le contrôleur externe et son circuit de secours, la source d'alimentation principale CA avec les câbles pour le patient, les piles, les chargeurs, l'adaptateur CC pour l'auto, le moniteur pour transmettre les renseignements sur les fonctions du DAV et pour permettre de modifier les réglages du contrôleur DAV, et l'équipement nécessaire, notamment les canules et les circuits propres au dispositif, le Doppler pour la circulation sanguine et la trousse étanche.

Codes CCI

- 1.HP.53.GP-QP implantation d'un appareil interne, ventricule; pompe d'assistance ventriculaire, approche transluminale percutanée [p. ex. Impella]
- 1.HP.53.LA-QP implantation d'un appareil interne, ventricule; pompe d'assistance ventriculaire, approche ouverte [p. ex. HeartMate, Novacor]

Les codes attribués comprennent les interventions suivantes, dans la CCI :

Insertion, dispositif d'assistance biventriculaire [DABIV]

Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire gauche [DAVG]

Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire droite [DAVD]

Insertion, dispositif d'assistance ventriculaire [DAV]

- pour thérapie à long terme [p. ex. thérapie à visée définitive]

- pour thérapie à court terme [p. ex. thérapie en attente de sevrage ou en attente de transplantation]

Les codes attribués n'incluent pas l'ajustement, le repositionnement ou le retrait d'un DAV.

5.3 RÈGLES RÉGISSANT LES SERVICES DE GREFFE DE LA MOELLE OSSEUSE ET DES CELLULES SOUCHES

1. Tout séjour en milieu hospitalier distinct d'une hospitalisation aux fins d'une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches (c'est-à-dire pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation de l'état du malade, etc.) sera facturé au tarif quotidien autorisé de l'hôpital.
2. Toute consultation externe sera facturée au tarif interprovincial autorisé, applicable aux services de consultation externe.
3. Chaque tarif monolithique comprend tous les frais d'établissement associés à une greffe unique, notamment les frais d'hospitalisation et de diagnostic. Aux fins du calcul du séjour maximal, le séjour en milieu hospitalier comprend la date d'admission, mais pas la date de sortie.
4. Le tarif quotidien majoré et normalisé peut être appliqué pour les journées d'hospitalisation qui dépassent le séjour maximal prévu au cours de la période d'hospitalisation où la greffe a été pratiquée.
5. Coûts d'acquisition :
 - a) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues au Canada, le coût d'acquisition est compris dans le tarif monolithique. Il incombe au centre de transplantation de payer le coût d'acquisition.
 - b) Lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues à l'étranger, le coût payé par le centre de transplantation peut être réclamé à la province de résidence du patient. La facture originale doit accompagner la demande de facturation réciproque.
6. Lorsqu'un patient obtient son congé de l'hôpital dans les 72 heures qui suivent la date de l'intervention, les frais doivent être facturés par l'hôpital qui a rendu le service de transplantation au tarif prévu.
7. Par « enfant », on entend une personne de 17 ans et moins.
8. Une personne qui obtient son congé et qui présente des complications consécutives à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches peut être hospitalisée de nouveau au tarif quotidien autorisé de l'hôpital et non au tarif quotidien majoré et normalisé.
9. Toute nouvelle hospitalisation du même patient aux fins d'une nouvelle greffe sera considérée comme un nouveau cas et sera facturable conformément aux présentes règles.
10. Sauf en ce qui concerne les coûts d'acquisition désignés au paragraphe 5b., les demandes de remboursement à l'égard des greffes de moelle osseuse et de cellules souches doivent être présentées comme une demande complète au moment de la sortie de l'hôpital.
11. Un code de diagnostic est obligatoire et doit indiquer la principale raison justifiant la greffe ou le diagnostic définitif posé à l'égard du greffé.
12. Les greffes de moelle osseuse ou de cellules souches pratiquées dans le cadre d'essais cliniques ou à l'égard d'affections dont le traitement est encore jugé au stade expérimental ne sont pas admissibles à la facturation réciproque.