

**ENTENTES INTERPROVINCIALES  
EN ASSURANCE SANTÉ**  
**SERVICES HOSPITALIERS INTERNES**

**MISE À JOUR : 19**

**MAI 2010**

**Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures**

**SOMMAIRE**

**NOTE :** Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

**- TARIFS INTERPROVINCIAUX**

- Nouvelle tarification en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010

**Pages :** [1](#), [3](#) et [25](#) et [26](#)

**REMARQUE :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 032 / 2010-05-19

**LÉGENDE**

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :

# corrections d'ordre administratif

+ modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque et archives nationales du Québec  
ISBN 978-2-551-12541-8

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de  
l'assurance maladie**  
**Québec** 



## 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 réclamé 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<sup>er</sup> avril 2010.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Transplantation</b> (par cas)	
	NOTE : La facturation des services de transplantation est soumise aux règles d'application (page 26).	
+ 100(*)	- acquisition d'organe hors Canada – Quand un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104 seulement), plus les frais d'acquisition d'organe à l'extérieur du pays, moins 20 178 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 20 178 \$ d'acquisition en organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement d'organe à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque	
+ 101	- coeur . . . . .	107 121,00
+ 102	- coeur et poumons . . . . .	151 296,00
+ 103	- poumons . . . . .	173 007,00
+ 104	- foie . . . . .	109 748,00
+ 106	- rein . . . . .	29 841,00
+ 108(*)	- rein et pancréas . . . . .	36 766,00

**AVIS :** 1) *Les services hospitaliers rendus au donneur d'un organe, maintenu artificiellement en vie, sont des services assurés par la province qui a délivré la carte santé du donneur.*

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

3) *La rémunération de l'équipe chirurgicale qui prélève l'organe ainsi que leurs 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.*

(\*) Les codes 100 et 108 sont nouveaux depuis le 1<sup>er</sup> avril 2005

## 5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

Tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2010.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Implants spéciaux :</b>	
	* Le prix facturé de l'appareil (facture requise), plus le per diem autorisé de l'hôpital pour toute hospitalisation associée à l'intervention.	
310	- implant cochléaire . . . . .	*
311	- stimulateur cardiaque . . . . .	*

**Veillez vous référer aux règles d'application pour la facturation des services de transplantation (greffe).**

## 5.1.2 Tarif journalier

# Tarifs en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2010.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	<b>Tarif journalier :</b>	
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 publique)	360,00
405	- Soins intensifs de courte durée . . . . .	Tarif journalier autorisé

## 5.1.3 Tarifs pour la facturation interprovinciale de certaines interventions cardiovasculaires

Tarifs en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 1998.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
501	Chirurgie cardiaque sans remplacement valvulaire . . . . .	2 400,00
502	Chirurgie cardiaque avec remplacement valvulaire . . . . .	5 300,00
503	Cathétérisme cardiaque sans tuteur . . . . .	1 800,00
504	Cathétérisme cardiaque avec tuteur . . . . .	4 500,00
505	Implantation ou remplacement de stimulateur cardiaque combiné (à l'exception des défibrillateurs-stimulateurs) . . . . .	3 500,00

**Remarque :** Chaque catégorie de service est limitée à la liste des « Opérations choisies sur l'appareil cardiovasculaire » (voir annexe IV) telle qu'elle figure dans la Classification des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC) et la classification canadienne des interventions (CCI).

**Règles d'application :**

1. Pour les services fournis le ou après le 1<sup>er</sup> avril 2008 les administrations qui ont mis en oeuvre la tarification partagée (tarifs séjour en salle commune et aux soins intensifs) ne peuvent pas facturer les codes des frais supplémentaires des interventions cardiovasculaires (codes 500) en aucun cas, c.-à d. même si un hôpital dans cette administration fourni des interventions cardiovasculaires très coûteuses et continue à facturer un tarif journalier combiné.
2. Les tarifs pour les interventions cardiovasculaires s'appliquent uniquement le jour où le service est rendu et s'ajoutent au per diem normalisé en salle commune de l'hôpital
3. Durant l'hospitalisation d'un patient, les interventions cardiovasculaires qui ne sont pas effectuées le même jour peuvent être facturées.
4. Lorsque plusieurs interventions cardiovasculaires sont effectuées lors d'un même séjour en salle d'opération, une seule intervention peut être facturée.
5. Lorsque des interventions répétées ou multiples sont effectuées sur un patient le même jour mais durant des séjours séparés ou distincts en salle d'opération, deux interventions, **au plus**, peuvent être facturées.

## 5.1.4 Tarifs de facturation interprovinciale pour les services de greffes de la moelle osseuse et des cellules souches

# Tarifs en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010 (\*).

CODES DES SERVICES	CATÉGORIE DE SERVICE	SÉJOUR MAXIMAL (SM)	TARIF MONOLITHIQUE DE BASE (\$)	TARIF QUOTIDIEN MAJORÉ ET NORMALISÉ – SEJOUR EXCÉDANT LE SM
600	Coûts d'acquisition (à l'extérieur du Canada) moelle osseuse, cellules souches et anticorps monoclonal . . .	---	Coût facturé	Coût facturé
+ 601	Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures) . . . . .	---	23 296,00	---
+ 602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures) . . . . .	---	27 954,00	---
+ 603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures) . . . . .	16 jours	52 416,00	1 941,00
+ 604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures) . . . . .	13 jours	69 889,00	3 494,00
+ 605	Greffe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA). . . . .	25 jours	120 624,00	2 072,00
+ 606	Greffe allogénique – chez l'enfant. . . . .	25 jours	149 356,00	3 754,00
+ 607	Greffe allogénique / adulte / patient DCNA. . . . .	25 jours	145 603,00	2 072,00

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

Avant le 1<sup>er</sup> septembre 1998, se reporter aux codes de services 105 et 107 des tarifs pour la facturation interprovinciale des interventions très coûteuses (en vigueur pour les congés obtenus le 1<sup>er</sup> avril 1998 ou après cette date) et aux Règles d'application pour la facturation des services de transplantation.

(\*) En vigueur pour les congés obtenus le 1<sup>er</sup> avril 2010 ou après cette date.

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

1. Tout séjour à l'hôpital, de l'admission au congé, qui est antérieur à l'admission pour une transplantation d'organe (c'est-à-dire, pour l'évaluation avant l'intervention, la stabilisation de l'état du malade, etc.) sera facturé au *per diem* autorisé de l'hôpital.
2. Tout séjour à l'hôpital qui fait suite au séjour au cours duquel la transplantation a eu lieu sera facturé au *per diem* autorisé de l'hôpital.
3. Chaque consultation externe ayant lieu avant et après le séjour à l'hôpital pour l'intervention très coûteuse sera facturée au tarif interprovincial autorisé, applicable aux services de consultation externe.
4. Chaque hôpital qui aura fourni les services peut facturer une transplantation d'organe de la façon suivante :
  - a) pour un patient hospitalisé, de l'admission au congé, au tarif interprovincial de transplantation convenu;
  - b) 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;
  - c) aucun montant supplémentaire ne sera facturé lors de l'implantation d'un coeur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un coeur naturel;
  - d) i) Prélèvement d'organes au Canada : il est reconnu que les techniques et les coûts du prélèvement d'organes peuvent varier considérablement d'un hôpital à l'autre et d'un cas à l'autre. Il reste néanmoins que les coûts de prélèvement de l'organe doivent être considérés comme faisant partie des coûts des fournitures nécessaires à l'intervention et, par conséquent, le coût est déjà inclus dans les tarifs pour la facturation interprovinciale de transplantation. Il incombe au centre de transplantation de payer les frais d'acquisition;
  - + ii) Acquisition d'organes hors Canada : quand un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province de résidence du receveur au moyen de la formule suivante : le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104 seulement), plus les frais d'acquisition d'organe à l'extérieur du pays, moins 20 178 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 20 178 \$ d'acquisition d'organes au pays. La facturation relative à l'approvisionnement d'organes à l'extérieur du pays doit accompagner la demande de facturation réciproque.
  - e) tout nouveau séjour à l'hôpital du même patient pour une nouvelle transplantation du même organe sera considéré comme un nouveau cas et pourra être facturé au tarif de l'intervention très coûteuse, tel qu'indiqué précédemment.



**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 de l'admission, mais pas la date de la 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. Frais d'acquisition :
  - a) lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues au Canada, les coûts sont compris dans le tarif monolithique. Il incombe au centre de transplantation de payer les frais d'acquisition;
  - b) lorsque la moelle osseuse ou les cellules souches sont obtenues à l'étranger, le coût facturé effectivement payé par le centre de transplantation peut être réclamé à la province d'origine du patient. La facture originale doit accompagner la demande de facturation réciproque.
6. Lorsque les patients sortent de l'hôpital dans les 72 heures qui suivent la date de l'intervention, les frais doivent être facturés par l'hôpital qui a dispensé le service de transplantation au tarif prévu dans les cas où les congés sont obtenus dans les 72 heures (adulte ou enfant).
7. Par « enfant », on entend une personne de 17 ans et moins.
8. Les personnes qui obtiennent leur congé et qui présentent des complications consécutives à une greffe de moelle osseuse ou de cellules souches peuvent être réhospitalisées 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 pour ce qui concerne les frais d'acquisition évoqués au paragraphe 5b), les demandes de remboursement à l'égard des greffes de la moelle osseuse et de cellules souches doivent être présentées comme une demande complète au moment de la sortie de l'hôpital.
11. L'attribution d'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.

