

**ENTENTES INTERPROVINCIALES
EN ASSURANCE SANTÉ**

SERVICES HOSPITALIERS INTERNES

MISE À JOUR : 26

AVRIL 2015

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

- Modifications des tarifs
Pages : [1](#), [3](#), [4](#) et [5](#)
- Modifications officielles
Pages : [2](#), [5](#) et [6](#)
- Modifications administratives
Pages : [1](#) à 4

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante :
284 / 2015-03-19

LÉGENDE

- Les signes inscrits dans la marge de gauche signifient :
 - # : Modifications ou ajout de contenu administratif
 - + : Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements
- 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 978-2-550-48900-9

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^{er} avril 2015.

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	
+	Lorsqu'un 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'organes à l'extérieur du pays, moins 23 479 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays.	
+	Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Il ne faut pas soustraire la somme de 23 479 \$ 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	124 641,00
+ 102	- cœur et poumons	176 043,00
+ 103	- poumons	201 305,00
+ 104	- foie	127 700,00
+ 106	- rein	34 722,00
+ 108	- rein et pancréas	42 779,00

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 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.

5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

Tarifs en vigueur le 1^{er} avril 2015

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
Implants spéciaux		
+	Le prix de l'implant facturé plus le ou les tarifs journaliers autorisés de l'hôpital pour toute hospitalisation associée à l'intervention. La facture de l'implant doit être fournie à la province ou au territoire de résidence du patient, avec la réclamation.	
310	- implant cochléaire	*
311	- stimulateur cardiaque	*
+ 312	- valves aortiques	*
313	- dispositif d'assistance ventriculaire	*

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^{er} avril 2015

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 publique	418,00
405	- Soins intensifs de courte durée	Tarif journalier autorisé

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

Tarifs en vigueur à compter du 1^{er} avril 2015.*

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) incluant anticorps monoclonal	---	Coût facturé	Coût facturé
+ 601	Grefe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)	---	27 106,00	---
+ 602	Grefe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)	---	32 526,00	---
+ 603	Grefe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	60 990,00	2 259,00
+ 604	Grefe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	81 320,00	4 064,00
+ 605	Grefe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA)	25 jours	140 353,00	2 412,00
+ 606	Grefe allogénique – chez l'enfant	25 jours	173 785,00	4 369,00
+ 607	Grefe allogénique / adulte / patient DCNA	25 jours	169 419,00	2 412,00

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 2015 ou après cette date.

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

- + **1.** Chaque 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. La province ou le territoire qui fournit les soins peut facturer le coût d'acquisition à la province ou au territoire de résidence du patient greffé.
- + **7.** Acquisition d'organes hors du Canada :
Quand un organe provient de l'extérieur du Canada, le coût d'acquisition de l'organe peut être facturé à la province ou au territoire de résidence du receveur au moyen de la formule suivante :
 - Le tarif établi pour les transplantations très coûteuses (codes 101 à 104), plus les frais d'acquisition d'organes à l'extérieur du pays, moins 23 479 \$ 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 23 479 \$ 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 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.
- + **11.** Implantation d'une valve aortique xénogreffe de remplacement, sans l'excision de la valve naturelle, par l'approche transcathéter (code 312).
Les codes applicables de la CCI pour 2015-2016 sont les suivants :
 - 1.HV.90.GP-XX-L : Excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xénogreffe valvulaire (p. ex. bovine ou porcine), approche transluminale (artérielle) (rétrograde) percutanée
 - 1.HV.90.GR-XX-L : Excision totale avec reconstruction, valve aortique, remplacement de la valve seule avec xénogreffe 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 xénogreffe valvulaire (p. ex. bovine ou porcine), approche ouverte avec technique à cœur battant (transventriculaire).
- + **12.** Les dispositifs d'aide ventriculaire (DAV) (code 313) 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, adaptateur CC pour l'auto, le moniteur pour communiquer 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, la trousse étanche.

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 (SM), 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 SM 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 effectivement 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 dispensé 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 5.b), les demandes de remboursement à l'égard des greffes de la moelle osseuse et des 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.