

> Médecins spécialistes

Mesures de l'Institut de la pertinence des actes médicaux : modifications à votre entente

L'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) a adopté de nouvelles mesures visant à respecter les exigences de l'entente entre le Secrétariat du Conseil du trésor et votre fédération. Ces mesures **entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2021**.


Nous vous avisons toutefois que les **changements annoncés à la section 6 de la présente infolettre seront implantés le 20 octobre 2021**.

SOMMAIRE

1	Rémunération mixte – Annexe 38	2
1.1	Facturation des heures travaillées et demi- <i>per diem</i>	2
1.2	Abolition d'un supplément pour la garde en disponibilité en radio-oncologie	2
2	Tarification des visites.....	3
2.1	Réductions tarifaires – Médecine d'urgence	3
2.2	Suppléments abolis – Psychiatrie	3
3	Ophthalmologie.....	3
3.1	Nouveaux plafonnement (PA 17)	3
3.2	Services abolis (inclus dans les honoraires de visites).....	3
3.3	Réductions tarifaires	4
4	Suppléments sur le tarif de base des chirurgies pour obésité morbide	4
5	Services de laboratoire en établissement (SLE).....	4
5.1	Plafonnement des activités – Addendum 6 en hématologie	4
5.2	Réductions tarifaires – Anatomopathologie, hématologie et pneumologie	4
5.3	Scintigraphie pulmonaire et tomographie assistée par positron – Médecine nucléaire.....	5
5.4	Abolition de codes de facturation – Anatomopathologie, médecine nucléaire et hématologie	5
6	Mesures implantées le 20 octobre 2021	5
6.1	Services abolis – Rémunération à l'acte	5
6.2	Limitations aux conditions de facturation – Rémunération à l'acte	6
	Annexe Liste des codes de facturation abolis à l'onglet E – Hématologie	7

c. c. Fédération des médecins spécialistes du Québec
Agences de facturation commerciales

Courriel, site Web et fils RSS

www.ramq.gouv.qc.ca/courriel
www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels
Abonnez-vous à nos fils RSS 

Téléphone

Québec 418 780-4208
Montréal 514 687-3612
Ailleurs au Québec 1 888 330-3023

Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi,
de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
(mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

1 Rémunération mixte – Annexe 38

1.1 Facturation des heures travaillées et demi-per diem

Les changements annoncés dans l'[infolettre 011](#) du 8 avril 2021 et l'[infolettre 066](#) du 28 mai 2021 sont remplacés par les suivants. Ainsi, le report d'heures demeure permis.

À compter du 1^{er} octobre 2021, si vous êtes rémunéré selon le mode mixte, vous devez facturer vos heures travaillées en demi-per diem selon les nouvelles modalités de la [règle 2 de l'Annexe 38](#).

Ce changement ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste.

- La facturation des heures travaillées se fait désormais en demi-per diem. La notion de per diem est retirée;
- Un maximum de 2 demi-per diem peut être facturé par journée travaillée;
- Vous devez participer à au moins une heure d'activités prévues à l'article 2.1 de l'Annexe 38 au cours d'une demi-journée d'activités pour avoir droit à un demi-per diem;
- Vous devez participer à au moins 4 h 30 d'activités pour un minimum d'une heure dans chacune des demi-journées pour avoir droit à 2 demi-per diem;
- Une demi-journée d'activités correspond à une période moyenne d'activités de 3 h 30, entre 7 h et 12 h et entre 12 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés;
- Le nombre maximum de demi-per diem que vous pouvez demander par période de 2 semaines s'obtient en divisant par 3,5 le nombre de vos heures de participation aux activités prévues à l'article 2.1 au cours de cette période de 2 semaines.

Lors de la facturation, vous devez utiliser des lignes distinctes pour chaque demi-per diem afin de distinguer les heures travaillées en avant-midi de celles travaillées en après-midi.

Par exemple, pour un même jour (quantième), si vous avez réalisé 6 h d'activités, soit 4 h en avant-midi et 2 h en après-midi, sur la [Demande de paiement – Rémunération mixte](#) (3743), pour pouvoir demander 2 demi-per diem, vous devez :

- cocher la case AM et inscrire 4 h d'activités pour l'avant-midi;
- sur une autre ligne, cocher la case PM et inscrire 2 h d'activités;
- au bout de chaque ligne, dans la case Per diem, inscrire 0,5;
- au bas du formulaire, dans la case Nombre de per diem, inscrire 1.

Nouveaux messages explicatifs

Selon les nouvelles modalités, une période d'activités de 4 h 30 que vous effectuez dans une même demi-journée (par exemple 4,5 h en AM et 0 h en PM) ou comprenant moins de 1 h dans une demi-journée (par exemple 4 h en AM et 0,5 h en PM) ne vous donne droit qu'à un demi-per diem. Pour ces situations, nous avons créé le message explicatif suivant :

835 : Un demi-per diem a été payé car vous devez participer à au moins 4,5 heures d'activités **dont un minimum d'une heure** dans chacune des demi-journées pour avoir droit à 2 demi-per diem.

Lorsque vos heures travaillées sont d'au moins 1 h mais n'atteignent pas 4 h 30 dans une journée (par exemple 3 h en AM et 1 h en PM), seulement un demi-per diem est payable avec le message explicatif suivant :

804 : Un demi-per diem a été payé compte tenu que les heures acceptées pour le quantième sont inférieures à 4,5 heures.

1.2 Abolition d'un supplément pour la garde en disponibilité en radio-oncologie

Aux [Modalités particulières](#) du tableau des suppléments d'honoraires en radio-oncologie, le supplément de garde en disponibilité pour les centres allongeant leurs heures de traitement (code de facturation **19071**) est aboli.

2 Tarification des visites

2.1 Réductions tarifaires – Médecine d’urgence

À la section *Médecine d’urgence* de l’onglet B – *Tarification des visites* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l’acte*, les tarifs des visites réalisées à la [salle d’urgence](#) sont réduits :

- **15210** : le tarif passe de 55,60 \$ à 54,60 \$;
- **15212** : le tarif passe de 113,30 \$ à 93,30 \$;
- **15215** : le tarif passe de 194,15 \$ à 174,15 \$;
- **15216** : le tarif passe de 91,25 \$ à 81,25 \$;
- **15224** : le tarif passe de 77,10 \$ à 76,10 \$;
- **15225** : le tarif passe de 158,65 \$ à 133,65 \$;
- **15226** : le tarif passe de 190,50 \$ à 185,50 \$;
- **15227** : le tarif passe de 271,85 \$ à 206,85 \$;
- **15228** : le tarif passe de 127,75 \$ à 117,75 \$.

2.2 Suppléments abolis – Psychiatrie

À la section *Psychiatrie* de l’onglet B – *Tarification des visites* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l’acte*, les services de révision de résultats d’analyses ou les suppléments liés à la rédaction de rapports particuliers (codes de facturation **15556**, **15560**, **15576**, **15580**, **15591**, **15676**, **15680** et **15690**) sont abolis.

3 Ophtalmologie

3.1 Nouveaux plafonnement (PA 17)

À la section [2.6 PA 17. Ophtalmologie](#) de l’onglet *Règles d’application et plafonnements* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l’acte*, des plafonnements semestriels sont introduits pour les services suivants :

- Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG, rendu en établissement (code de facturation **07002**) et en cabinet, y compris la composition technique et les frais de cabinet (code de facturation **07104**) : un plafonnement d’activités de 200 par semestre au total pour les 2 services par médecin. Pour le surplus, le médecin est payé à 25 % du tarif.
Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2021, le plafonnement est de 100 services médicaux. Le plafonnement de 200 services médicaux s’appliquera à partir du semestre débutant le 1^{er} janvier 2022.
- Rétinographie : photographie faite pour documenter une condition du pôle postérieur en vue d’en assurer le suivi dans le temps (code de facturation **00553**) : un plafonnement d’activités de 100 par semestre. Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.
Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2021, le plafonnement est de 50 services médicaux. Le plafonnement de 100 services médicaux s’appliquera à partir du semestre débutant le 1^{er} janvier 2022.

3.2 Services abolis (inclus dans les honoraires de visites)

À la section *Ophtalmologie* de l’onglet C – *Procédés diagnostiques et thérapeutiques* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l’acte*, les services suivants sont abolis :

- **00543** : Gonioscopie;
- **00576** : Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.).

Ces services sont désormais inclus dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale visés par la *Lettre d’entente n° 3*.

3.3 Réductions tarifaires

À l'onglet [T – Appareil visuel](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, les tarifs suivants sont réduits :

- Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie :
 - **07801** (en établissement) : le tarif passe de 134 \$ à 113 \$,
 - **07097** (en cabinet privé) : le tarif passe de 170 \$ à 149 \$;
- Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie :
 - **07802** (en établissement) : le tarif passe de 165 \$ à 134 \$,
 - **07098** (en cabinet privé) : le tarif passe de 201 \$ à 170 \$.

4 Suppléments sur le tarif de base des chirurgies pour obésité morbide

À l'onglet [L – Système digestif](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, les conditions de facturation liées à l'indice de masse corporelle (IMC) sont modifiées pour le supplément sur le tarif de base (codes de facturation **05510**, **05511**, **05512** et **05513**). Ce supplément devient applicable à partir d'un IMC supérieur ou égal à 55 pour les procédures associées à une chirurgie pour obésité morbide (codes de facturation **05305**, **05306**, **05307**, **05308**, **05309**, **05355**, **05373**, **05375**, **05376**, **05527**, **05528** et **05529**).

5 Services de laboratoire en établissement (SLE)

5.1 Plafonnement des activités – Addendum 6 en hématologie

À l'onglet [E – Hématologie](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*, les plafonnements d'activités prévus à l'[article 4](#) pour le médecin hématologue sont diminués.

- Les gains de pratique tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal sont désormais plafonnés au montant de 56 600 \$ par semestre.
Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2021, le plafonnement en établissement principal est établi à 58 400 \$. Le plafonnement de 56 600 \$ s'appliquera à partir du semestre débutant le 1^{er} janvier 2022.
- Les gains de pratique tirés de la médecine de laboratoire en établissement principal et en établissement secondaire sont désormais plafonnés au montant de 70 000 \$ par semestre.
Pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2021, le plafonnement en établissement principal et secondaire est établi à 72 200 \$. Le plafonnement de 70 000 \$ s'appliquera à partir du semestre débutant le 1^{er} janvier 2022.

5.2 Réductions tarifaires – Anato-pathologie, hématologie et pneumologie

À l'onglet [A – Anato-pathologie](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*, les tarifs suivants sont réduits :

- pour le code d'acte **13901** – Description macroscopique seulement, la valeur passe de 0,15 à 0,03 L4E;
- pour les codes d'acte **11801** et **11802** de la section *Réunions clinico-pathologiques*, la valeur des modificateurs (MOD=77, MOD=460 pour la pratique en pédiatrie et MOD=487 pour la pratique en neuropathologie) est réduite de 1,5 à 1,25 fois la valeur en unité L4E.

À la section [Génétique moléculaire](#) de l'onglet [E – Hématologie](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*, les tarifs suivants sont réduits :

- **60060** : le tarif passe de 31,65 \$ à 26,90 \$;
- **60061** : le tarif passe de 79,15 \$ à 67,30 \$;
- **60062** : le tarif passe de 211,10 \$ à 179,45 \$;
- **60063** : le tarif passe de 211,10 \$ à 179,45 \$;
- **60064** : le tarif passe de 39,60 \$ à 33,65 \$;
- **60065** : le tarif passe de 105,55 \$ à 89,70 \$;

- **60066** : le tarif passe de 44,85 \$ à 38,10 \$;
- **60067** : le tarif passe de 211,10 \$ à 179,45 \$.

À l'onglet [L – Épreuves de fonction respiratoire](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*, les tarifs de tous les codes de facturation sont réduits de 5 %.

5.3 Scintigraphie pulmonaire et tomographie assistée par positron – Médecine nucléaire

À l'onglet [F – Médecine nucléaire](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement* :

- le code d'acte **08703** de la section *Divers* ne peut pas être facturé avec les services de scintigraphie de ventilation et de perfusion pulmonaire (codes d'acte **08671** et **08673**) ainsi que de scintigraphie après inhalation d'aérosols marqués (code d'acte **08674**), le même jour pour le même patient;
- le libellé du code d'acte **08700** est modifié pour *Tomographie assistée par positron incluant tous les services médicaux effectués à la même séance (PG-7)*, en retirant l'exception pour le code d'acte **08713**. Le supplément prévu à l'article 6.1 (code d'acte **08713**) ne peut plus être facturé avec ce service de tomographie.

5.4 Abolition de codes de facturation – Anatomico-pathologie, médecine nucléaire et hématologie

À l'article 2.1 i) du [Protocole d'accord relatif à certaines activités effectuées par les médecins spécialistes dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein](#), le code d'acte **09814** pour les honoraires de 58 \$ pour remplir le Rapport de pathologie (parties I et II) est abrogé et cette tâche est accomplie par le service des archives des établissements.

À la section [Système respiratoire](#) de l'onglet *F – Médecine nucléaire* du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*, l'angiographie pulmonaire (code de facturation **08672**) est abolie.

À l'onglet [E – Hématologie](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*, **71 codes de facturation sont abolis**. Vous trouverez la liste des codes abolis en annexe de la présente infolettre.

6 Mesures implantées le 20 octobre 2021

Les changements annoncés à la présente section entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2021, mais seront implantés le **20 octobre 2021**. Entre le 1^{er} et le 19 octobre 2021, si vous facturez des services qui sont abolis ou pour lesquels une limitation est introduite, nous réévaluerons votre facturation et, s'il y a lieu, récupérerons les montants versés en trop.

6.1 Services abolis – Rémunération à l'acte

Au *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, les services suivants sont abolis.

À l'onglet *B – Tarification des visites* :

- À la section *Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique*, codes de facturation **09286, 09287, 09288, 09289** et **09290** : Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation). La règle 2.6 de l'*Addendum 4* ne s'applique plus pour cette spécialité.

À l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* :

- **00466** : Hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire;
- **00200** : Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétrostomie.

À l'onglet *G – Musculo-squelettique* :

- **02303** : Insertion de pince à traction squelettique crânienne;
- **09569** : Réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation).

À l'onglet *R – Appareil glandulaire* :

- **06310** : Implantation sous-cutanée de substance hormonale.

À l'onglet *S – Système nerveux* :

- **07654** : Supplément si plus de 3 cm – Craniotomie et résection volumétrique de tumeurs incluant la technique de localisation avec ou sans cadre, si faite lors de la chirurgie.

6.2 Limitations aux conditions de facturation – Rémunération à l'acte

Au *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, les limitations aux conditions de facturation des services suivants sont modifiées.

À l'onglet *Règles d'application* :

- *Règle d'application n° 19* : en cardiologie, les honoraires d'une consultation sont facturables une fois par période de 12 mois, par patient, par cardiologue, en clinique externe ou en cabinet privé.
- *Règle d'application n° 27* : en médecine interne, le supplément de consultation est facturable, au maximum, 2 fois par période de 12 mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

À l'onglet *B – Tarification des visites* :

- en pneumologie, les honoraires d'une consultation sont facturables une fois en clinique externe ou en cabinet privé, par patient, par pneumologue, par période de 12 mois.

À l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques* :

- **00781** : Dosage d'IgE spécifique. L'interprétation d'un ou plusieurs tests alimentaires pour un patient qui a préalablement été vu par le même médecin spécialiste en allergie-immunologie devient facturable une fois par patient, par période de 12 mois.
- **20133** et **20134** : Examen vestibulaire clinique complet (uni ou bilatéral) incluant le Dix-Hallpike. Ces services doivent être réalisés par un médecin classé en oto-rhino-laryngologie ou en neurologie.
- **00410** : Extraction de fécalomes volumineux. Ce service est facturable uniquement lorsqu'une approche chirurgicale et/ou endoscopique est requise soit par sa localisation, soit par des contre-indications cliniques ou après échec d'une désimpaction digitale par un autre professionnel de la santé.
- **00815** : Test de provocation bronchique non spécifique (histamine ou méthacholine ou les deux) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation. Ce service est facturable uniquement s'il est réalisé par un médecin spécialiste classé en immunologie clinique et allergie.

À l'onglet *S – Système nerveux* :

- **07595** : Craniotomie pour traumatisme crânien (pour neurochirurgien seulement). Ce service peut être facturé uniquement pour les traumatismes crâniens aigus, associés à des complications aiguës, dont des hématomes épiduraux aigus ou hématomes sous-duraux aigus; sont exclus les hématomes sous-duraux chroniques autant unilatéral (code de facturation **07597**) que bilatéral (code de facturation **07598**).

Annexe

Liste des codes de facturation abolis à l'onglet E – Hématologie

<p><i>Frottis spécial</i> 50080</p> <p><i>Banque de sang</i> 50110, 52075, 52085</p> <p><i>Cinétique globulaire erythrocytaire</i> 55010, 55020, 55030</p> <p><i>Cinétique leucocytaire</i> 55050, 55060</p> <p><i>Cinétique plaquettaire</i> 55070, 55080</p> <p><i>Volumes sanguins</i> 55090, 55100</p> <p><i>Ferrocinétique</i> 55130, 55140, 55150, 55180, 55190</p> <p><i>Divers</i> 55170, 55200</p> <p><i>Histocompatibilité HL-A</i> 56020</p> <p><i>Sérologie</i> 56120, 56125</p> <p><i>Immunologie cellulaire</i> 56170, 56180</p> <p><i>Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un mitogène non spécifique (PHA, PWN, CON A, etc.)</i> 56190, 56200</p>	<p><i>Évaluation par méthode isotopique de la transformation lymphocytaire à un antigène spécifique (P. P. D., médicaments, etc.)</i> 56210, 56220</p> <p><i>Évaluation de la fonction lymphocytaire en transformation à l'aide de la PHA (méthode isotopique)</i> 56230, 56240, 56250, 56260</p> <p><i>Évaluation des populations lymphocytaires et monocytaires par la technique des rosettes EA et EAC sur tissu congelé</i> 56310, 56320</p> <p><i>Évaluation de l'arc afférent de la réponse immune par l'analyse des facteurs solubles capables d'inhiber la migration des leucocytes/ou des macrophages/ou des monocytes</i> 56330</p> <p><i>Immunosérologie</i> 57050</p> <p><i>Enzymologie</i> 60010, 60011, 60012, 60013, 60014, 60015, 60016, 60017, 60018, 60019, 60020</p> <p><i>Métabolites</i> 60030, 60031, 60032, 60033, 60034, 60035, 60036, 60037, 60038, 60039, 60040, 60041, 60042, 60043, 60044, 60045, 60046, 60047, 60048, 60049, 60050, 60051, 60052</p>
---	--