

> Médecins spécialistes

Mesures de l'Institut de la pertinence des actes médicaux : modifications à l'Accord-cadre

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.

1 Banque d'heures pour les activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales

L'[article 7.1](#) du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales* est modifié. La banque d'heures allouée par année civile est diminuée à **1 250 heures**.

L'[article 7.2](#) est modifié. La banque d'heures supplémentaires par année civile est diminuée à **250 heures**.

Ces changements entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2022**.

2 Visites pour les patients réputés comme étant en niveau de soins alternatifs (NSA)

La [règle 5.8](#) est ajoutée au *Préambule général du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*. Cette règle précise les visites applicables pour les patients en centre de soins de courte durée (CHSCD) réputés comme étant en niveau de soins alternatifs (NSA), en attente d'une ressource intermédiaire de type familial (RI-RTF) ou en attente d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Médecin traitant

Si vous agissez en tant que médecin traitant d'un patient réputé être en NSA, vous pouvez facturer une seule visite de contrôle par semaine pour ce patient, y compris la tournée des malades le week-end. Vous ne pouvez pas facturer de visite principale, de visite de transfert ou un autre forfait quotidien. Toutefois, si le patient présente une détérioration significative ou urgente de son état qui requiert une évaluation médicale rapide et un changement de son statut à actif non NSA, vous pouvez facturer selon la tarification usuelle des visites.

Dans la semaine où survient le départ définitif du patient, vous pouvez également facturer une visite de départ lorsqu'applicable dans votre spécialité. Si la visite de départ n'est pas prévue pour votre spécialité, vous pouvez exceptionnellement facturer une deuxième visite de contrôle au cours de cette même semaine.

Médecin consultant

Si vous agissez à titre de médecin consultant dans le dossier d'un patient réputé être en NSA pour lequel une visite était prévue ou aurait été prévue en clinique externe advenant qu'il eût été en RI-RTF ou en CHSLD, une seule visite peut être facturée par semaine, par spécialité. Vous devez alors facturer une visite de la section *Clinique externe* de votre spécialité en inscrivant le secteur d'activité *Clinique externe*, et ce, peu importe le secteur dans lequel le patient est hospitalisé.

Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2022**.

3 Soins d'urgence

Les règles régissant la majoration des soins d'urgence sont précisées et entrent en vigueur rétroactivement au **15 février 2022**. Les changements qui suivent s'appliquent à :

- la [règle 14](#) du *Préambule général du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*;
- l'[article 4](#) de l'Annexe 38 pour la rémunération mixte;
- la [règle 4](#) du *Préambule général du Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement (SLE)*.

3.1 Règle 14 du Préambule général du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte

La [Règle 14 – Soins d'urgence](#) s'applique aux soins d'urgence donnés en médecine, en chirurgie et en anesthésiologie dans les centres hospitaliers de courte durée.

Les articles [14.1](#) et [14.2](#) sont modifiés, notamment pour y ajouter des précisions.

3.1.1 Médecin spécialiste non visé

La règle 14 **ne s'applique pas** au médecin spécialiste qui voit des malades comme médecin de première ligne aux urgences de l'établissement, c'est-à-dire qui effectue son quart de travail sur place dans :

- une urgence;
- une urgence pédiatrique;
- une urgence psychiatrique;
- une urgence d'un institut de cardiologie ou de pneumologie.

3.1.2 Honoraires majorés et horaire de garde

Si vous répondez, à la demande d'un intervenant, à une urgence pendant l'horaire de garde, vous avez droit au paiement d'honoraires majorés. L'horaire de garde s'entend, en semaine, de la période comprise entre 19 h et 7 h, du samedi, du dimanche et des jours fériés.

Si vous désirez vous prévaloir de la majoration d'urgence, vous **devez être inscrit à la liste de garde** définie par le chef de département, le chef de service ou le directeur des services professionnels de l'établissement. Il n'est pas nécessaire que vous soyez inscrit au terme d'une liste de garde au sens de l'Annexe 25.

Lorsque vous êtes **non inscrit à la liste de garde**, vous pouvez vous prévaloir de la majoration d'urgence si vous êtes appelé en renfort pour prêter main-forte à un autre médecin spécialiste lors d'une situation urgente exceptionnelle.

Instructions de facturation

Dans tous les cas, pour vous prévaloir de la majoration d'urgence, vous devez :

- utiliser l'élément de contexte ***Soins d'urgence selon la règle 14 du PG***;
- inscrire l'heure de début du service.

Si vous êtes **non inscrit à la liste de garde** et que vous êtes appelé en renfort, vous devez également :

- utiliser l'élément de contexte ***Support en urgence pour une situation exceptionnelle***;
- conserver au dossier la date et l'heure de l'appel.

Vous avez **120 jours** à compter de la date de cette infolettre pour modifier vos services rétroactivement au **15 février 2022**, s'il y a lieu.

Vous serez informé dans une prochaine infolettre de la date à compter de laquelle la date et l'heure de l'appel devront être indiquées sur la facture.

3.1.3 Services donnant droit à la majoration d'urgence

Les services donnant droit à la majoration d'urgence sont les suivants :

- un service médical rendu à la salle d'urgence par un médecin spécialiste (patients observés, patients en attente d'hospitalisation, patients ambulatoires), à l'exception des services de première ligne;
- un service rendu en urgence pour un patient hospitalisé et qui voit son état se dégrader de telle sorte qu'il nécessite une intervention rapide, selon la priorisation clinique des urgences au jugement du médecin. Dans un tel cas, la note consignée au dossier et la prise en charge du patient en font foi. Vous devez décrire que vous avez été appelé ainsi que le motif clinique justifiant l'urgence et les éléments de prise en charge;
- toute chirurgie ou procédé diagnostique et thérapeutique (PDT) non planifié ou tout accouchement.

3.1.4 Services ne donnant pas droit à la majoration d'urgence

Les services ne donnant pas droit à la majoration d'urgence sont les suivants :

- les services de première ligne comme les visites principales et de contrôle dans une urgence, une urgence pédiatrique, une urgence psychiatrique, une urgence cardiologique ou pneumologique;
- une consultation, une visite, une chirurgie, un procédé diagnostique et thérapeutique ou tout autre service réalisé en clinique externe pour un patient électif avec rendez-vous;
- une visite effectuée auprès d'un patient hospitalisé ne présentant pas de modification de son état de santé nécessitant une action rapide.

3.1.5 Autres modalités inchangées

Les autres modalités prévues à la règle 14 demeurent inchangées. Aucun changement n'est apporté aux articles 14.3 à 14.5.

3.2 Imagerie médicale

Des dispositions spécifiques sont prévues pour les activités d'imagerie médicale pour le médecin spécialiste en **radiologie diagnostique** ou en **médecine nucléaire**.

3.2.1 Interprétations et interventions donnant droit à la majoration d'urgence

Les interprétations et interventions donnant droit à la majoration d'urgence sont les suivantes :

- un examen diagnostique réalisé pendant l'horaire de garde prévu à l'article 14.1, pour lequel une interprétation en urgence est demandée et réalisée pendant l'horaire de garde;
- un examen diagnostique réalisé en dehors de l'horaire de garde prévu à l'article 14.1, pour lequel une interprétation en urgence est demandée et réalisée pendant l'horaire de garde;
- un procédé diagnostique ou un soin rendu en radiologie d'intervention qui est demandé en urgence et réalisé pendant l'horaire de garde prévu à l'article 14.1.

3.2.2 Majoration d'honoraires

La majoration d'honoraires demeure la même, soit de 150 % pour les services rendus entre minuit et 7 h, et de 70 % pour le reste de l'horaire de garde. Il est toutefois précisé que, pour déterminer la majoration, on retient la date et l'heure de la réalisation de l'interprétation.

Instructions de facturation

Pour vous prévaloir de la majoration d'urgence, vous devez :

- utiliser l'élément de contexte *Soins d'urgence selon la règle 14 du PG*;
- inscrire la date et l'heure de début du service (l'interprétation).

Vous avez **120 jours** à compter de la date de cette infolettre pour modifier vos services rétroactivement au **15 février 2022**, s'il y a lieu.

Conservez au dossier du patient :

- le nom du professionnel qui a demandé l'interprétation en urgence;
- la date et l'heure de la réalisation de l'examen;
- la date et l'heure de la demande d'interprétation en urgence.

Vous serez informé dans une prochaine infolettre de la date à compter de laquelle ces informations devront être indiquées sur la facture.

4 Suivi à distance des cardiostimulateurs

La [règle 19.8](#) est ajoutée à la *Règle d'application 19 – Cardiologie* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*.

Pour le médecin spécialiste classé en cardiologie, une visite principale ou de contrôle en télémédecine ne peut pas être facturée pour les suivis réalisés pour un même patient, par le même médecin, le même jour que les services suivants :

- programmation ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations ou vérifications par année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) (code de facturation **00313**);
- vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque unifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) – bénéficiaire de 2 ans ou plus (code de facturation **00685**);
- vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) – bénéficiaire de 2 ans ou plus (code de facturation **00693**).

Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2022**.

Nous réévaluerons les services concernés. Aucune action n'est requise de votre part.

5 Codes de facturation abolis et baisse de tarifs – Génétique médicale

Aux sections *Génétique biochimique* et *Génétique moléculaire* de l'onglet *M – Génétique médicale* du *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement*, les codes de facturation suivants seront abolis :

- **09614** : Disaccharidases;
- **09620** : Fumarylacétoacétate hydrolase;
- **09621** : Galactose-1-PO4 uridyl transférase;
- **09627** : Acide hippurique;
- **09631** : Acide phytanique (quantitatif);
- **09649** : Autres métabolites;
- **09643** : Mucopolysaccharides (qualitatif);

- **09659** : Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragments différents de la protéine codée par le gène étudié;
- **09668** : Étude moléculaire d'un même gène par Southern génomique utilisant une ou plusieurs réactions de digestion (polymorphisme(s)).

À la section *Génétique médicale* de l'onglet *B – Tarification des visites* du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*, la tarification du supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise pour une non-disponibilité au Québec sera diminuée à 10,10 \$ (codes de facturation **09005**, **09010**, **09018** et **09025**).

Ces changements entreront en vigueur le **1^{er} mai 2022**.

c. c. Agences de facturation commerciales