

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

MISE À JOUR : 20

MAI 2011

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^{er} avril 2011

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

REMARQUE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 286 / 2011-03-31

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^{er} avril 2011.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Transplantation (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 20 925 \$ pour l'approvisionnement en organes au pays. Pour les codes 106 et 108 : le coût réel facturé. Ne pas soustraire le coût de 20 925 \$ 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	111 084,00
+ 102	- coeur et poumons	156 894,00
+ 103	- poumons	179 408,00
+ 104	- foie	113 809,00
+ 106	- rein	30 945,00
+ 108(*)	- rein et pancréas	38 126,00

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^{er} avril 2005.

5.1.1 Interventions chirurgicales très coûteuses (suite)

Tarifs en vigueur le 1^{er} avril 2011.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Implants spéciaux :	
	* Le prix facturé de l'appareil (facture requise), plus le <i>per diem</i> 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^{er} avril 2011.

CODE DE SERVICE	DESCRIPTION	TARIF (\$)
	Tarif journalier :	
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)	373,00
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^{er} 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^{er} 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^{er} avril 2011 (*).

CODES DES SERVICES	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) moelle osseuse, cellules souches et anticorps monoclonal . . .	---	Coût facturé	Coût facturé
+ 601	Greffe autologue – chez l'adulte (congé en moins de 72 heures)	---	24 158,00	---
+ 602	Greffe autologue – chez l'enfant (congé en moins de 72 heures)	---	28 988,00	---
+ 603	Greffe autologue – chez l'adulte (congé après plus de 72 heures)	16 jours	54 355,00	2 013,00
+ 604	Greffe autologue – chez l'enfant (congé après plus de 72 heures)	13 jours	72 475,00	3 623,00
+ 605	Greffe allogénique – adulte, excluant patient donneur compatible non apparenté (DCNA).	25 jours	125 087,00	2 149,00
+ 606	Greffe allogénique – chez l'enfant.	25 jours	154 882,00	3 893,00
+ 607	Greffe allogénique / adulte / patient DCNA.	25 jours	150 990,00	2 149,00

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

Avant le 1^{er} 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^{er} 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^{er} avril 2011 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 réadmission après l'intervention) peut être facturée au tarif journalier autorisé.
2. Chaque visite d'un patient 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 frais associés à l'acquisition d'organes au pays ou hors du Canada.
5. Le tarif des codes 101 à 104 comprend les coûts associés à toute hospitalisation du patient, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, 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, de l'admission au congé, au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, 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 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 20 925 \$ 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 20 925 \$ 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 coeur artificiel en tant que mesure provisoire avant la transplantation d'un coeur naturel.
10. 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, comme indiqué précédemment.