Mesures de l'Institut de pertinence des actes médicaux – Modifications à l'Accord-cadre

L'Institut de pertinence des actes médicaux a adopté les nouvelles mesures suivantes :

- Précisions apportées aux règles de soins d'urgence;
- Visites pour les patients réputés comme étant en niveau de soins alternatifs (NSA);
- Suivi à distance des cardiostimulateurs en cardiologie;
- Banque d'heures pour les activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales;
- Codes de facturation abolis et baisse de tarifs.

Ces changements entrent en vigueur aux différentes dates précisées dans ce document.

Précisions apportées aux Règles de Soins d'urgence (Règle 14 PG, Règle 4 PG SLE, art. 4 Annexe 38)

Les changements suivants entrent en vigueur rétroactivement le 15 février 2022.

Le mot ***appeler*** a été modifié par ***répondre*** à une urgence pendant l'horaire de garde. Le terme ***intervenant*** est également introduit :

Le médecin spécialiste qui répond à la demande d'un intervenant à une urgence pendant l'horaire de garde a droit au paiement d'honoraires majorés.

Par conséquent, la FMSQ vous recommande de prendre l'habitude d'inscrire dans vos notes au dossier les informations suivantes :

- Le nom de l'intervenant qui a fait la demande;
- La date et l'heure de l'appel;
- La date et l'heure des services;
- La raison pour laquelle le patient doit être vu en urgence.

Application de la règle de soins d'urgence (SUG)

Le soin d'urgence **ne s'applique pas** aux médecins 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.

Pour pouvoir se prévaloir du soin d'urgence au sens de la règle 14 PG, le médecin **doit être inscrit à la liste de garde** définie par le chef de département, service ou DSP. Il n'est pas nécessaire que le médecin soit identifié au terme d'une liste de garde au sens de l'Annexe 25, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire qu'un forfait de garde soit facturé.

Facturation.net

Les médecins comptent sur nous

Un médecin **non-inscrit à la liste de garde**, peut se prévaloir du soin d'urgence s'il est appelé pour prêter main-forte à un autre médecin spécialiste lors d'une situation urgente exceptionnelle. Dans ce cas, il devra ajouter l'élément de contexte ***Support en urgence pour une situation exceptionnelle (Raccourci #SUS)***.

Pour que le soin d'urgence soit payable, il faut que la demande de l'intervenant ait été effectuée pendant l'horaire de garde. Par exemple, si vous avez été appelé à 15h un lundi et que vous voyez le patient seulement à 21h, vous ne pouvez pas vous prévaloir du soin 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, au cours de l'horaire de garde prévu à l'article 14.1;
- 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.

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.

Instructions de facturation

Nous vous rappelons que pour appliquer la majoration pour soins d'urgence, vous devez :

- Utiliser l'élément de contexte ***Soins d'urgence selon la règle 14 PG (raccourci #SUG);***
- Pour le médecin **non-inscrit à la liste de garde** et qui est appelé en renfort, utilisez **également** l'élément de contexte ***Support en urgence pour une situation exceptionnelle (raccourci #SUS)***;
- Inscrire l'heure exacte des services;
- Conserver au dossier la date et l'heure de l'appel.

Vous avez 120 jours à compter du **13 avril** pour contacter votre conseiller afin d'ajouter l'élément de contexte ***Support en urgence pour une situation exceptionnelle (raccourci #SUS)*** depuis le **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 pourront être indiquées sur la facture.

825, boul. Lebourgneuf, bur. 300 Québec (Qc) G2J 0B9 • 740, rue Notre-Dame Ouest, bur. 1575 Montréal (Qc) H3C 3X6 Tél.: 418 622-4747 • Sans frais : 1 877 238-6555 • Téléc.: 418 622-0008 • info@facturation.net

Imagerie médicale

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

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.

Pour déterminer la majoration, on retient la date et l'heure de la réalisation de l'interprétation.

Instructions de facturation

Lors de la facturation, vous devez :

- Utiliser l'élément de contexte ***Soins d'urgence selon la règle 14 du PG (raccourci #SUG)***;
- Inscrire la date et l'heure de début du service (l'interprétation);
- Conserver au dossier du patient le nom du professionnel qui a demandé l'interprétation d'urgence ainsi que la date et l'heure de la réalisation de l'examen.

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 avez 120 jours à compter du **13 avril** pour contacter votre conseiller pour modifier rétroactivement vos services depuis le **15 février 2022**, s'il y a lieu.

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

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 **1er avril 2022**.

Suivi à distance des cardiostimulateurs - Cardiologie

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 313**);
- 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 685**);
- 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 693**).

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

La RAMQ réévaluera les services concernés. Aucune action n'est requise de votre part.

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 **1er janvier 2022**.

Code 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 :

- 9614 : Disaccharidases;
- 9620 : Fumarylacétoacétate hydrolase;
- 9621 : Galactose-1-PO4 uridyl transférase;
- 9627 : Acide hippurique;
- 9631 : Acide phytanique (quantitatif);
- 9649 : Autres métabolites;
- 9643 : Mucopolysaccharides (qualitatif);
- 9659 : Étude moléculaire d'un même gène par test de troncation d'un ou plusieurs fragments différents de la protéine codée par le gène étudié;
- 9668 : 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 9005, 9010, 9018 et 9025**). Ces changements entreront en vigueur le **1er mai 2022**.