



Numéro de dossier

2023-009

Date

2023-04-29

Volume	Chapitre	Sujet	Document
03	01	42	19

Document révisé le

2023-10-30

Sujet

Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes

Cette circulaire remplace celle du 9 juin 2022 (2022-009) même codification.

Expéditeur(s)

Le sous-ministre adjoint à la Direction générale du financement, de l'allocation des ressources et du budget

Destinataire(s)

Les présidentes-directrices générales et les présidents-directeurs généraux, les directrices générales et les directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux ainsi que les directrices générales et les directeurs généraux des établissements privés conventionnés exploitant une mission en centre hospitalier

Cette circulaire s'adresse également, en adaptant les destinataires :

- au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSSBJ)
- à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSS du Nunavik)

- au Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ)

Objet

Conformément à l'article 4 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28, r. 1), les services assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne comprennent pas les services auxquels un résident a droit gratuitement en vertu d'une loi du Parlement du Canada ou en vertu d'une loi du Québec notamment la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (RLRQ, chapitre A-3.001) et la Loi sur l'assurance automobile (RLRQ, chapitre A-25). Ces services non assurés par la RAMQ sont facturés aux tiers selon les tarifs de la présente circulaire. Les personnes qui n'ont pas le statut de résidents au sens des articles 5 à 8 de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29) et son règlement d'application (RLRQ, chapitre A-29, r. 5) ne sont pas admissibles aux services assurés.

Les non-résidents doivent payer le coût des services qu'ils ont reçus à moins qu'ils proviennent d'un pays avec lequel le Québec a conclu une entente de réciprocité conformément à l'article 10 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (RLRQ, chapitre M-19.2).

Les services facturés à des tiers ou à des non-résidents sont ceux qui leur sont fournis par les centres hospitaliers, les centres locaux de services communautaires, les centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux. Les nouveaux tarifs des services facturés de la présente circulaire entrent en vigueur à partir de sa date de publication.

Principe

La facturation à la tierce responsabilité porte sur les services rendus à un résident du Québec qui reçoit certains services non assurés, à un non-résident du Québec ou à un usager relevant de la responsabilité d'un organisme comme la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), le ministère des Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada ou le ministère de la Défense nationale.

Notes

Les ressortissants ukrainiens qui arriveront au Québec dans le contexte de la guerre bénéficieront d'une couverture complète au Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ), permettant l'accès aux services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) incluant les services des cliniques de réfugiés (bilans de santé).

Pour ce faire, la RAMQ est autorisée, à la suite de l'inscription de la personne, à donner l'accès à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments du Québec, sans délai de carence aux ressortissants ukrainiens, aux citoyens canadiens ainsi qu'aux résidents permanents qui fuient la guerre en Ukraine. Cette mesure temporaire est applicable à partir du 24 février 2022 et pour une durée de trois ans, avec réévaluation du statut des personnes concernées après un an, lorsque jugé requis.

Lorsqu'un ressortissant ukrainien se présente en établissement pour recevoir des soins de santé sans sa carte d'assurance maladie, l'établissement doit les lui facturer, et ce dernier pourra se faire rembourser auprès de la RAMQ. Toutefois, l'établissement est tenu d'informer l'utilisateur de la procédure à suivre afin de communiquer avec la RAMQ. De plus, si l'utilisateur a procédé à son inscription à la RAMQ et est en attente de réception de sa carte, une confirmation d'inscription (valable 14 jours) pourrait lui être faxée directement par la RAMQ auprès de la clinique, du centre local de services communautaires (CLSC) ou du médecin.

Annexe 1 : Facturation des services rendus en externe pour les responsabilités autres que celles du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les honoraires médicaux aux points 2 (électrophysiologie), 3 (imagerie médicale – partie radiologie générale) et 9 (laboratoire) de ladite annexe ne sont facturables qu'en présence d'un usager non assuré ou non-résident canadien. Ces honoraires ne sont pas facturables à la CNESST. L'organisme verse un montant compensatoire à la RAMQ, en vertu de l'entente relative aux règles régissant le remboursement des services médicaux et médico-administratifs rendus par des médecins ou des services rendus par des chirurgiens buccaux ou maxillo-faciaux.

En vertu de l'entente type entre le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la CNESST, un délai maximal de facturation de 180 jours est autorisé après la date de dispensation des services, sauf les cas où surviendrait un renversement d'une décision de refus de réclamation du travailleur ou l'acceptation d'une réclamation du travailleur hors du délai prévu.

Seuls les services ambulatoires (codes 01 à 08), lorsqu'ils sont rendus à un patient le même jour que son admission, peuvent être facturés en plus du prix de journée.

Il est à noter que les tarifs sont déterminés sur la base des dépenses déclarées par les établissements dans leurs états financiers. Ils incluent les dépenses reliées aux activités opérationnelles (les coûts directs) et de soutien (les coûts indirects). Certains ajustements

sont effectués afin de tenir compte des dépenses non assumées par les établissements.

Enfin, les tarifs excluent la composante médicament déclarée au centre d'activités 6800 - Pharmacie, à l'exception de la chirurgie d'un jour, des épidurales, des épidurales sous fluoroscopie, des blocs facettaires sous fluoroscopie, des blocs stellaires, nerveux ou veineux et des agents de contraste utilisés en imagerie médicale. Les autres médicaments doivent être facturés à leur coût réel.

Annexe 2 : Prix de journée pour la courte et la longue durée ainsi que prix de journée pour les centres de réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes

Les prix de journée sont basés sur les coûts unitaires alloués à la clientèle admise dans chacun des hôpitaux de la province. Les coûts pour cette clientèle sont les coûts directs bruts après la déduction des revenus de recouvrement.

Le calcul du prix de journée de courte durée est basé sur les données du rapport financier annuel (formulaire AS-471) et du rapport statistique annuel (formulaire AS-478) des établissements. Le tarif journalier exclut la rémunération des médecins, à quelques exceptions près, puisqu'il tient compte de la rémunération des médecins spécialistes de laboratoires et des salaires, des avantages sociaux ainsi que des primes des médecins résidents. Il tient compte également des dépenses déclarées dans les différents centres d'activités en recherche et prend en considération l'amortissement.

Le prix de journée pour les soins de longue durée en CH, CHSLD, RI ou RTF concerne les usagers énumérés à l'article 360.1 du Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

Le prix de journée obtenu est ajusté afin de prendre en compte les cotisations du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics et du Régime de retraite du personnel d'encadrement. Il prend aussi en considération les dépenses administratives d'Héma-Québec et celles reliées à la coordination régionale.

Lorsqu'un patient est transféré, par ambulance, d'un hôpital à un autre pour un diagnostic ou des services thérapeutiques et qu'il retourne à l'hôpital initial dans les 24 heures, le coût du transfert est inclus dans le prix de journée du premier hôpital. Par conséquent, le coût de ce transfert ne doit pas être facturé au patient ou à l'organisme responsable.

Il importe de noter que les prix de journée 2023-2024 incluent la rémunération des médecins spécialistes en ultrasonographie, en mammographie, en tomographie par ordinateur, en imagerie par résonance magnétique, en radio-oncologie, en médecine nucléaire ainsi qu'en études angiographiques et interventionnelles. Les établissements sont tenus de rembourser les médecins spécialistes pour leur acte lorsqu'un patient hospitalisé reçoit ces services, en se référant aux sections suivantes des manuels cités ci-après, à l'exception des cas qui sont de la responsabilité de la CNESST.

Manuel des services de laboratoire en établissement :

- Section F : Médecine nucléaire
- Section H : Radiologie diagnostique
 - Mammographie : prendre le tarif de la colonne C = R1 (composante professionnelle);
 - Angioradiologie complète (sauf interprétation seule) :
(technique exécutée par un médecin radiologiste ou chirurgien vasculaire et dont l'interprétation est exécutée par un médecin radiologiste);
 - Tomographie par ordinateur;
 - Résonance magnétique.
- Section K : Ultrasonographie

Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte :

- Section C : Procédés diagnostiques et thérapeutiques sous la rubrique Radio-oncologie.

Voici le chemin d'accès pour y accéder : site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sous la rubrique Professionnels > Professionnels de la santé > Médecins spécialistes > Manuels et guides de facturation > Services de laboratoire en établissement (SLE):

Manuel

- Manuel des services de laboratoire en établissement

Guide de facturation

- Guide de facturation - Services de laboratoire en établissement (SLE)
- Guide de facturation - Rémunération à l'acte

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/manuels/Pages/sle.aspx>

et sous Manuels et guides de facturation > Rémunération à l'acte :

Manuel

- Manuel des médecins spécialistes - Rémunération à l'acte

Guide de facturation

- Guide de facturation - Rémunération à l'acte

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/manuels/Pages/facturation.aspx>

N.B. En ce qui concerne le transport des usagers, veuillez vous référer à la circulaire codifiée 01.01.40.10 portant sur la politique de déplacement des usagers.

Annexe 3 : Indemnisation des victimes d'actes criminels

À la suite du transfert des fonds de l'indemnisation des victimes d'actes criminels au MSSS, les procédures à suivre lorsqu'il s'agit d'une victime d'acte criminel ou de civisme se trouvent dans cette annexe.

Annexe 4 : Admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments des enfants nés au Québec

Le règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre A-29, r. 1) et le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (chapitre A-29.01, r. 4) prévoient l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de certains enfants dont les parents n'ont pas accès à ces régimes ou ne sont pas admissibles. Pour que l'enfant soit admissible au régime d'assurance maladie du Québec et au régime général de l'assurance médicaments, administré par la RAMQ, les parents doivent démontrer leurs intentions de demeurer au Québec avec leur enfant pour une période de plus de six mois dans l'année suivant la date de son inscription.

Suivi

Pour toute question relative à cette circulaire, nous vous invitons à communiquer avec la Direction des politiques de financement et de l'allocation des ressources à l'adresse dpfar.dafap@msss.gouv.qc.ca.

La direction des établissements visés doit prendre les dispositions nécessaires afin que les préposés à la facturation ou à la perception respectent et appliquent les nouveaux tarifs à compter de la date de publication de la circulaire. Il est à noter que la rétroaction n'est pas permise si la facture a déjà été réalisée. Les services rendus avant la date de publication de la circulaire qui n'ont pas encore été facturés à la date de publication seront facturés en se référant aux anciens tarifs.

Le sous-ministre adjoint,

Original signé par

Pierre-Albert Coubat

Direction(s) ou service(s) ressource(s)

Nom	Coordonnée(s)
Direction des politiques de financement et de l'allocation des ressources	dpfar.dafap@msss.gouv.qc.ca

Annexe(s) et pièce(s) jointe(s) à la circulaire

Nom du document	Date
2023-009_Annexe (2023-08-14)_1 - Tarifs - Services rendus externe MSSS.pdf	2023-08-14
2023-009_Annexe (2023-04-29)_2 - Prix de journée 2023-2024.pdf	2023-04-29
2023-009_Annexe (2023-04-29)_3 - IVAC 2023-2024.pdf	2023-04-29

Nom du document	Date
2023-009_Annexe (2023-10-30)_4 - Admissibilité_Régime d'assurance maladie_Régime d'assurance méd.pdf	2023-10-30