

# La Pertinente

Infolettre de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM)

## Bilan des économies prévues au Protocole d'accord \*

### L'IPAM sur la bonne voie

L'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) a débuté ses activités en mars 2020. Les mesures de pertinence issues de ses travaux représentent 450 M\$ (sur 3 ans), soit 28 % du 1,605 G\$ (5 ans) prévu au Protocole d'accord, et ce, à partir d'actes jugés « peu ou non-pertinents ».

Les décisions prises depuis 2018 par le Gouvernement, la FMSQ et l'IPAM permettent de constater une réduction de l'enveloppe de rémunération de 1 391 100 000 \$, soit 87 % de la cible globale (au 23 novembre 2021).

#### Mesures de pertinence : près de 70 % de la cible

Après 1 an et 8 mois, la cible de l'IPAM (140 M\$ / 2 ans) est atteinte à près de 70 % (97 M\$ / 140 M\$).

Pour rencontrer l'objectif prévu après 2 ans, nous devons ajouter des mesures de pertinence représentant des économies de 42,8 M\$ d'ici la fin mars 2022. Nous travaillons tous en ce sens.

#### Un travail collaboratif avec tous les partenaires

Pour réaliser cette tâche, l'IPAM a mis en place divers comités de travail et fait appel à plusieurs partenaires dont le MSSS, la FMSQ, la RAMQ, l'INESSS, etc. Mentionnons que la quasi-totalité des mesures adoptées ont fait l'objet d'un consensus au comité de gouvernance.

Nous voulons remercier tous nos collaborateurs pour leur participation assidue aux travaux, pour leur rigueur et la dynamique positive qui anime les échanges.

### Dans ce numéro

Sujet	Page
Bilan des économies	1
<i>Spécialité</i>	
Endocrinologie	2
ORL	4
<i>Toutes les spécialités</i>	
Rémunération médico-administrative	3
Développement professionnel continu	4
<i>Médecins spécialistes et gestionnaires</i>	
Niveau de soins alternatifs (NSA)	5

### Assurer une vigilance

Dans les prochaines années, l'IPAM devra s'assurer que le volet des économies récurrentes provenant des mesures de pertinence se réalise tel que prévu car, le cas échéant, l'IPAM devra identifier des mesures additionnelles compensatoires.

**Jean-François Foisy**

Directeur général

**Jacques Cotton**

Président

### BILAN DES ÉCONOMIES au 23-11-2021

Année financière	Économies estimées (base annuelle)	Cible	% réalisé
2020-2021	43,6	70 M\$	
2021-2022 (8/12 mois)	53,6 (8/12 mois)	70 M\$	
	<b>97,2 M\$</b>	<b>140 M\$</b>	<b>69%</b>

\* Le Protocole d'accord intervenu entre le Gouvernement du Québec et la FMSQ relatif à la réduction de l'enveloppe budgétaire globale dédiée à la rémunération des médecins spécialistes (2019) prévoit une réduction de 1,605 G\$ sur 5 ans.

**Note 1 :** Au moment de publier, 5 mesures sont toujours en évaluation par le Comité d'expertise économique et s'ajouteront à ce bilan.

**Note 2 :** Le détail des économies est présenté dans la catégorie Mesures de pertinence / Valeur des économies du site Web de l'IPAM - [ipam.ca](http://ipam.ca).

L'IPAM a pour mandat d'identifier et d'adopter des mesures visant à restreindre ou éliminer des actes médicaux inappropriés, rendus à des fréquences excessives ou non conformes aux bonnes pratiques médicales.

Il a aussi la responsabilité de réallouer les sommes dégagées (1,605 G\$) dans des projets et activités permettant une amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés.

# Mesures de pertinence adoptées en novembre 2021

En novembre, l'IPAM a adopté 6 mesures de pertinence. Ces dernières touchent plus particulièrement deux spécialités mais trois importantes mesures concernent plusieurs, sinon toutes les spécialités. Douze (12) codes de facturation et l'annexe 44 (développement professionnel continu) sont affectés par ces décisions. Les économies en lien avec ces mesures sont estimées à ce jour à 31,7 M \$. Deux de ces mesures sont toujours en évaluation par le comité d'analyse et d'expertise économique de l'IPAM.

## Fixation de conditions de facturation

### Endocrinologie

Le libellé des codes 20534 et 00343 du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte* est modifié de la façon suivante :

**Code 20534** - *Initiation ou vérification de l'insulinothérapie du patient avec un diabète insulino-traité autre que type I, le LADA ou le diabète pancréatoprive* : un maximum de 4 par patient, par médecin, par année civile.

**Note 1** : Pour le médecin spécialiste en endocrinologie, ce code ne peut être facturé qu'un maximum de 2 fois par semaine (du dimanche au samedi), par patient, par médecin, pour les patients de 18 ans et plus hospitalisés ou admis à l'urgence.

**Note 2** : Cet acte peut être facturé pour tout type d'insulinothérapie à l'exception de l'injection unique quotidienne d'une insuline ou d'une échelle d'insuline sans dose de base.

**Note 3** : Seul le médecin spécialiste en endocrinologie peut facturer ce code à l'urgence ou en hospitalisation pour les patients âgés de 18 ans et plus.

**Code 00343** - *Initiation ou vérification de l'insulinothérapie du patient avec un diabète de type I, un LADA ou un diabète pancréatoprive* : un maximum de 4 par patient, par médecin, par année civile.

**Note 1** : Ce code ne peut être facturé qu'un maximum de 2 fois par semaine (du dimanche au samedi), par patient, par médecin pour les patients hospitalisés ou admis à l'urgence.

**Note 2** : Cet acte peut être facturé pour tout type d'insulinothérapie à l'exception de l'injection unique quotidienne d'une insuline ou d'une échelle d'insuline sans dose de base.

**Note 3** : Seul le médecin spécialiste en endocrinologie peut facturer ce code à l'urgence ou à l'hôpital pour les patients âgés de 18 ans et plus.

Le libellé des codes 15430, 09312, 09325, 00761, 09162, 09127, et 00345 du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte* est modifié de la façon suivante :

ENDOCRINOLOGIE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
09312	A	00343	M
09325	A	00345	M
15430	A	00761	M
		09127	M
		09162	M
		20534	M

Pour connaître le détail : [ipam.ca](http://ipam.ca)

### Économies estimées

Des économies récurrentes de 922 455 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure.

### Abrogation de codes

Les codes suivants seront abrogés :

**Code 15430** - *Prise en charge du patient de moins de 18 ans dans une unité de médecine de jour incluant toutes les visites pour le même médecin ou un médecin de même spécialité.*

**Code 09312** - *Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de 4 patients diabétiques, pour une période de service continu de 60 minutes ou plus.*

**Code 09325** - *Épreuve à la clonidine.*

### Ajout au libellé du code

La note suivante sera ajoutée au libellé du **code 00761** - *Épreuve de tolérance au glucose (...)* : « Peut être facturé uniquement par un médecin spécialiste en biochimie médicale ».

### Imposition d'un plafond

Le libellé des **codes 09162** - *Visite principale en clinique externe* et **09127** - *Visite principale en cabinet privé* sera modifié par l'imposition d'un plafond de visites à deux (2) par année, par patient, par le même médecin endocrinologue pour un diagnostic d'hypothyroïdie primaire non compliquée.

L'imposition d'un plafond de visites à deux (2) par année, par patient - par le même médecin endocrinologue s'appliquera également pour un diagnostic de dyslipidémie non compliquée.

**Note** : Pour se prévaloir de la rémunération associée aux codes de facturation 09162 et 09127, l'endocrinologue devra obligatoirement indiquer le diagnostic associé. L'absence de diagnostic entraînera le non-paiement de ces actes.

### Imposition d'une condition de pratique

La condition de pratique suivante sera ajoutée au libellé du **code 00345** - *Installation initiale et suivi annuel de la pompe et du cathéter, par patient, par année civile (pour Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables)* : « Ne peut pas être facturé en centre hospitalier (excluant en clinique externe) ».

### Économies estimées

Des économies récurrentes de 174 362 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure (7 codes modifiés ou abrogés).

### Abrogation de codes, modification d'un code

## Rémunération médico-administrative

Les codes **XXX173** - *Réunions de service* et **XXX248** - *Activités autres* du Manuel des médecins spécialistes - ACCORD CADRE - Brochure No 1, Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé, seront abrogés.

Les notes suivantes seront ajoutées au code **XXX171** - *Réunions de département* du Manuel des médecins spécialistes - ACCORD CADRE - Brochure No 1, Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé.

**Note 1** : Ce code est réservé à l'usage des chefs de départements cliniques reconnus et désignés par le directeur des services professionnels de leur établissement.

**Note 2** : Ce code est facturable à raison de deux (2) heures par réunion pour un maximum de dix (10) réunions ou vingt (20) heures par année pour les chefs de départements cliniques reconnus non autrement rémunérés.

### Économies estimées

Des économies récurrentes de 13 756 208 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure.

RÉMUNÉRATION MÉDICO-ADMINISTRATIVE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
XXX173	A	XXX171	M
XXX248	A		

Pour connaître le détail : [ipam.ca](http://ipam.ca)

**Abolition de l'annexe 44**

# Rémunération du développement professionnel continu

L'IPAM et toutes les parties prenantes au Protocole d'accord reconnaissent l'importance du développement professionnel continu. L'abolition de l'**Annexe 44 - Mesures incitatives : Programme de développement professionnel et de maintien des compétences** n'a donc pas trait à l'importance mais bien à la rémunération desdites heures considérées pour la formation.

La rémunération de la formation professionnelle n'existe pas dans tous les ordres professionnels. Les médecins ont des obligations déontologiques et sont engagés dans leur développement professionnel.

Une précédente mesure de pertinence (voir Infolettre RAMQ #316, février 2021) réduisait de 14 à 8 le nombre de demi-journées de formation de 3 h. L'IPAM prend maintenant la décision d'abolir toutes les demi-journées de formation.

### Économies estimées

Des économies récurrentes de 16 897 818 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure.

**Pertinence des consultations en lien avec l'allègement administratif du certificat médical**

# Oto-rhino-laryngologie

Dans le but de simplifier les démarches d'accès au programme d'aides auditives, il n'est plus nécessaire, pour les patients, d'obtenir un certificat médical signé par un ORL, et ce, à la condition qu'un audiologiste atteste la déficience auditive de la personne assurée et que les autres exigences applicables soient respectées; Cette décision est appliquée depuis le 1er novembre 2021 (Infolettre RAMQ no 166-21). L'IPAM estime que ce changement administratif permettra de réduire les consultations avec un médecin spécialiste en ORL pour déficience auditive et ainsi libérer des plages horaires pour d'autres types de consultations ou visites.

Ainsi, considérant l'allègement administratif annoncé dans l'Infolettre RAMQ no 166-21 du 22 octobre 2021, l'IPAM évaluera et souhaite que soit reconnue à son actif l'économie de pertinence découlant de ce changement.

### Économies estimées

Les économies récurrentes découlant de cette décision sont toujours à l'étude par le comité d'analyse d'expertise économique de l'IPAM.

FORMATION CONTINUE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
Annexe 44	A		

Pour connaître le détail : [ipam.ca](http://ipam.ca)

ORL			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
ÉTUDE POUR ÉCONOMIES			É
15458	É	15462	É
15459	É	00156	É
15460	É	00796	É

Pour connaître le détail : [ipam.ca](http://ipam.ca)

## Limitation des visites médicales en médecine spécialisée

# Prise en charge des patients avec des niveaux de soins alternatifs (NSA)

L'IPAM, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), a identifié que les visites quotidiennes ou fréquentes des patients en NSA demeurant hospitalisés dans des lits de soins aigus représentaient une faible valeur ajoutée.

Ces patients devraient normalement être admis dans un milieu de vie au sein duquel ils seraient pris en charge par un médecin de famille, lequel les verrait habituellement tout au plus une fois semaine. Ces patients sont normalement pris en charge par l'établissement avec le suivi diligent des autres professionnels de la santé impliqués.

À cet égard, l'IPAM propose :

### Phase 1 - à compter de janvier 2022 :

- Que le MSSS émette une directive aux établissements du réseau afin que les patients NSA soient identifiés à l'aide d'un code spécifique.
- Que le MSSS émette une directive à l'ensemble du réseau afin que ces patients soient uniquement sous la responsabilité des établissements en ce qui concerne leur surveillance quotidienne ainsi que leur surveillance longitudinale, hormis s'il y a une détérioration de leur état clinique; auquel cas le code «NSA» sera retiré, notamment si :
  - a) Le patient nécessite une évaluation médicale rapide laquelle ne peut pas attendre (en milieu de vie, celle-ci aurait résulté en une consultation dans un service d'urgence);
  - b) Le patient présente une détérioration significative de sa

condition clinique exigeant l'administration de nouveaux médicaments ou traitements, lesquels ne seraient pas normalement administrés en milieu de vie (CHSLD, ou autre).

**Note 1 :** Le médecin spécialiste est cependant responsable de voir le patient NSA à raison d'au maximum une fois la semaine en collaboration avec l'équipe professionnelle afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate.

**Note 2 :** Si la condition du patient nécessite un nouvel épisode de soins actifs, celui-ci devra alors être retiré des listes où sont identifiés les patients NSA. Le médecin spécialiste pourra alors soumettre les honoraires usuels pour les patients en soins actifs.

### Phase 2 - à partir du 1er décembre 2022 et au plus tard le 1er juillet 2023,

- Que le MSSS, en collaboration avec les établissements, mette en place des mesures visant à ce que les patients NSA ne soient plus admis sous la responsabilité des médecins spécialistes, lesquels étaient responsables de leurs soins pendant l'épisode d'hospitalisation en soins aigus ;
- Que les établissements, à la suite de la directive du MSSS, mettent en œuvre des mesures de suivi intégré de ces patients par une équipe interprofessionnelle désignée et encadrée de façon à ce que les patients aient accès à une supervision équivalente à ce qu'ils recevraient normalement dans leur milieu de vie ou de réadaptation ;

## NSA Modifications au MMS

### Nouveau code

Créer un nouveau code au Manuel des médecins spécialistes (MMS) – Rémunération à l'acte - tarification des visites, pour la visite de contrôle des patients NSA ;

### Ajout de notes

#### Note 1 : Pour les visites de contrôle

« Les patients NSA, dûment reconnus et pour lesquels un code a été attribué par l'établissement, sont considérés demeurer dans un milieu de vie. Ces patients doivent être vus à raison d'une fois la semaine (maximum). La visite maximale de 1 par semaine s'applique par patient.

Advenant que la condition clinique du patient se détériore, le code NSA sera relevé et la facturation usuelle pour un tel patient pourra être rétablie. Une visite principale pourrait être facturée le cas échéant.

La responsabilité de ces patients, pendant ladite semaine, sera dévolue à l'établissement. Le personnel soignant devra recevoir une formation adéquate pour un suivi en milieu de vie. »

#### Note 2 : Pour les visites de contrôle, les visites principales et/ou les visites de transferts

Pour les patients NSA dûment reconnus et pour lesquels un code a été attribué par l'établissement, ces patients sont considérés demeurer dans un milieu de vie. Si des visites de suivi étaient prévues en clinique externe alors que le patient est toujours à l'hôpital, les services médicaux doivent être facturés selon les modalités prévues – Clinique externe – établissement.

- Que les médecins spécialistes soient libérés de la charge de ces patients, le patient ayant reçu un congé des soins de ce médecin.

### **NSA - Visites en cliniques externes**

Dans l'éventualité où le patient identifié par le code NSA nécessite une visite en clinique externe, laquelle aurait été effectuée par un transport adéquat si ce patient avait été retourné dans son milieu de vie, il serait alors possible pour le médecin spécialiste de réclamer ses honoraires pour une telle visite comme si elle avait eu lieu en clinique externe. À cette fin, une note serait ajoutée au MMS.

- Que le MSSS et les établissements développent un mécanisme de désactivation du code NSA et de communication à la RAMQ de cette désactivation advenant que le patient présente une détérioration aiguë exigeant une réévaluation médicale. Dès lors, le patient sera à nouveau hospitalisé sous les soins d'un médecin spécialiste et la facturation en médecine spécialisée sera ainsi rétablie. Une visite principale pourrait alors être facturée ainsi que les visites subséquentes si le tout est jugé cliniquement nécessaire.

### **Économies estimées**

Sur réception des données fournies par le MSSS à l'IPAM quant au nombre de patients réputés en niveau de soins alternatifs par installation pour l'année civile 2019 (1er janvier au 31 décembre), l'IPAM estimera les économies anticipées par cette mesure.

L'IPAM souhaite que ces économies soient reconnues comme récurrentes en fonction du Protocole d'accord de 2019.

**Pour vous abonner à  
La Pertinente,  
rendez-vous sur la  
page d'accueil  
[ipam.ca](http://ipam.ca)**

La Pertinente est une publication de  
l'Institut de la pertinence des actes  
médicaux (IPAM)  
Courriel :  
[lapertinente.IPAM@ssss.gouv.qc.ca](mailto:lapertinente.IPAM@ssss.gouv.qc.ca)  
Web : [ipam.ca](http://ipam.ca)