

Principes généraux

- Balance zéro
- Forfait (avis d'assignation + rétrovalidation) → Acte
- Plafond + LE189 → paliers régressifs
- Pas de mesures quantitatives
- Comparaison avec le ROC
 - L4E / spécimen
 - L4E / 1 ETC
 - Valeur du L4E
- Mesures fédératives : enseignement, chefferie et réunions
- Valorisation des actes propres à la pathologie
- Adaptation au développement de la pratique médicale (pertinence, technologies)
- Diminution de l'écart entre spécialités

Autopsies

| Description | L4E | Modifications/Commentaires |
|----------------------|-----|--|
| Plus qu'une cavité | 24 | 36 (une cavité 18, complète 48) |
| Autopsie pédiatrique | | Naissance vivante, mortinaissance, foetus... |

Consultations et congélations

(pas de changement)

Distinction claire entre consultation de pathologiste,
médecin traitant et transfert de routine

| Description | L4E | Modifications/Commentaires |
|-------------|------|----------------------------|
| 11905 | 1 | 0,5 |
| 11906 | 0,15 | 0 |
| 11907 | 0,5 | 0,15 |
| 11908 | 1 | 1 |
| 11910 | 1 | 0,5 |

Réunions

| Description | L4E | Modifications/Commentaires |
|--|--|---|
| Jumeler CDT et corrélation en multidisciplinaire | | |
| Présence | 3 L4E / 30 min 90 \$ / 30 min 180 \$ / 60 min 270 \$ / 90 min | code 15405 - 60 min - 211\$ (FMSQ) Code 15406 - 15 min - 52,75\$ Les 2 codes ensemble : 75 min - 263,75\$ Les 2 codes ensemble : 90 min - 316,50\$ |
| Présentation | L4E ou L4E x 1,5 | 2 L4E par cas, maximum 5 cas/patho/réunion (environ 300\$) |

Participation aux cliniques des tumeurs – Code 09168

CHIRURGIE GÉNÉRALE - 42,20 \$

Évaluation par un chirurgien général au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier

Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité

CHIRURGIE ORTHOPÉDISTE - 42,20\$

Évaluation par un chirurgien orthopédiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité

ENDOCRINOLOGIE - 58,15 \$

Évaluation par un médecin endocrinologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes

MÉDECINE INTERNE - 58,15 \$

Évaluation par un spécialiste en médecine interne au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes, et est payable à un interniste, par patient, par clinique des tumeurs

MÉDECINE NUCLÉAIRE - 52,80 \$

Évaluation par un spécialiste en médecine nucléaire au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins de deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité

NOTE : Le code 09168 est facturable 2 fois par médecin, par semaine.

GYNÉCOLOGIE ONCOLOGIE – 52,80 \$

Évaluation par un médecin gynécologue oncologue au vu du dossier d'une patiente dirigée par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs

comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes.

NOTE : Maximum 6 par médecin, par mois.

OPHTALMOLOGIE - 49,20 \$

Évaluation par un médecin ophtalmologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins ophtalmologistes

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE - 56,15 \$

Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de quatre médecins de la même spécialité

RADIO-ONCOLOGIE - 51,75 \$

Évaluation par un radio-oncologue, au vu du dossier, d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes

NOTE : Lorsque, dans le cadre d'une clinique des tumeurs, une consultation est faite auprès d'un patient, celle-ci est payable une fois par patient pour l'ensemble des radio-oncologues.

Code 15465 - 52,80 \$: Présentation à un ou plusieurs radio-oncologues du dossier d'un patient avec évaluation formelle du plan de traitement élaboré, avec note au dossier

NOTE : Le code 15465 n'est facturable que par le radio-oncologue présentateur, et ce, par site anatomique.

NOTE : Maximum 2 sites anatomiques par patient, par jour, pour l'ensemble des médecins.

UROLOGIE – 47,50 \$

Évaluation et rédaction d'un rapport au dossier hospitalier par un médecin urologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs où participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, par rapport

Cytologie

| Description | L4E | Modifications/Commentaires |
|------------------------------|------|----------------------------|
| Gynéco | 0,15 | 0,1 |
| Exfoliatif | 1 | 0,5 |
| Spermogramme complet | 2 | 1 |
| Spermogramme post vasectomie | 1 | 0,5 |
| Évaluation de la qualité | 3 | = congélation |

Biopsies

| Description | Modifications/ Commentaires |
|---|---|
| Médicales vs chirurgicales | |
| simples vs complexes | |
| Compenser niveaux, colos et frg : 1 L4E = 7 AP / 3 frg | |
| 0,5 : Polype GI / cutanées chirurgicales (10221, 10223) | Par polype sans max, introduire taille et par lésion, max 3 L4E |
| 1 : artérielle, cutanée annexielle, GI sauf polype, CEC | |
| 2 : biopsies spéciales, polype GI > 1 < 3 cm, GI dysplasie, cutanée maligne, métastase | |
| 3 : MIS / dysplasie (exérèse), dermatoses, alopecie | |
| 4 : polype GI > 3 cm | |
| 5 : myocardique, transplant, osseux non néo, testiculaire | |
| 6 : ouverte pulmonaire (sauf métastase), sarcome, hépatique (sauf métastase), rénale, moelle (sauf métastase), musculaire, cérébrale, mammotome, prostate | |
| 7 : lymphome | |

Chirurgie

| Description | L4E | Modifications/Commentaires |
|---|------|---|
| bénigne | 3 | reprise de marge : sein < 5 cm, cutanée ou bénigne > 2 cm |
| maligne | | |
| partielle sans ganglion | 6 | petits organes (appendice, vésicule biliaire, endocrine sauf thyroïde), marges seins et cutanées > 5 cm |
| partielle avec ganglion | 10 | |
| totale sans ganglion | 10 | sauf sein, utérus, ovaire = 12 |
| totale avec ganglion | 15 | |
| explant, conisation, résection endoscopique, membres, +cutanée maligne > 2 cm | 5 | inchangé |
| placenta mort in utéro | 4 | inchangé + NICU demandé par néonatalogiste |
| 13901 | 0,15 | 0,05 |
| 11659 | 0,33 | 0,25 (liste à travailler) |
| 11660 | 0,5 | (liste à travailler) |
| 11661 | 1 | (liste à travailler) |

Rapports à paramètres multiples

| Description | L4E | Modifications/Commentaires |
|---------------|-----|---|
| 10261 | 5 | 8 |
| autre rapport | 5 | (pour 2e néo primaire dans un N6), bx sein avec synoptique |

Ajouts professionnels

| Description | L4E | Modifications/Commentaires |
|----------------|------|--|
| 12101 | 0,15 | aboli |
| 12102 | 0,15 | aboli |
| 12104 | 0,5 | limité on Zheil |
| 12202 | 0,5 | liste à établir |
| nouveaux codes | ? | NGS, HGC (interprétation vs intégration) |
| EM | 5+2 | 3+2 |