

Retour sur l'intervention clinique

L'INTERVENTION CLINIQUE existe depuis l'hiver dernier. Elle fait encore l'objet de plusieurs questions de la part des médecins. Au-delà de problèmes de compréhension, certaines des règles de validation de la RAMQ ne correspondaient pas, au départ, aux intentions des parties négociantes. Les refus initiaux ont pu ajouter à la confusion. Gagneriez-vous à ce qu'on revoit ensemble ce que permet ce service ?

L'intervention clinique est née dans la foulée de la création d'un nouveau service de psychothérapie et de l'abolition de l'ancienne « thérapie psychiatrique de soutien ». Les médecins ont donc dû s'adapter à ce nouveau service, tout en se défaisant des exigences de l'ancien. Concrètement, ils ne pouvaient donc plus facturer un examen, en plus d'une séance de psychothérapie. L'intervention clinique remplace effectivement l'examen, l'acte ou l'autre service que rend le médecin. Pour un patient donné, le médecin passe d'une rémunération à la pièce à une rémunération en fonction du temps requis pour l'ensemble de l'intervention, tout en demeurant rétribué selon le mode de « l'acte ».

Le temps comptabilisé inclut alors la révision du dossier et des résultats de laboratoire, la rencontre avec le patient et les échanges avec les membres de la famille pendant la visite, de même que la rédaction du dossier, dans la mesure où toutes ces activités se font aussi au cours de la visite. Le médecin qui revoit ses dossiers la veille ou qui rédige les notes de l'ensemble de ses consultations à la toute fin de la journée ne pourra pas ajouter ce temps à la durée de la visite aux fins de l'intervention clinique.

Volume d'utilisation

Certains médecins indiquent qu'ils auraient recours à l'intervention clinique pour l'ensemble des

Le Dr Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Tableau I.

Suppléments qui ne peuvent être réclamés avec l'intervention clinique

- ⊗ Intervention préventive relative aux ITSS (code 15230)
- ⊗ Soutien médical à l'abandon du tabagisme (code 15161)
- ⊗ Discussion de cas (codes 15153, 15154 ou 15155)

services rendus durant une journée, mais qu'ils craignent de faire alors l'objet d'une enquête de la RAMQ. L'intervention clinique a été expressément créée pour permettre au médecin d'être rémunéré sur base de temps pour les services qu'il rend. Dans la mesure où vous en respectez les règles, il n'y a pas de raison de craindre les contrôles de la RAMQ. Inscrivez la durée de votre intervention au dossier et choisissez la forme de rétribution (intervention clinique ou examen) la plus avantageuse. Il va de soi que si vous réclamez trente heures d'intervention clinique la même journée, vous pourriez devoir répondre à des questions.

Forfaits, suppléments et certains services connexes

Comme l'intervention clinique constitue un moyen de rétribuer l'examen que le médecin effectue, il n'est que normal que certains forfaits ou suppléments qui s'ajoutent à l'examen s'appliquent aussi à l'intervention clinique. Sur ce point, le libellé ne traduisait pas clairement les intentions des parties négociantes, ce qui explique pourquoi la RAMQ a appliqué, au départ, des règles plus restrictives que voulues par les parties négociantes.

Certains suppléments à l'examen permettent au médecin d'obtenir une compensation pécuniaire pour
(Suite à la page 175) >>>

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Centres particuliers et Annexes

Tableau II.

Forfaits ou suppléments qui peuvent être réclamés sans ajustement du temps de l'intervention clinique

- ⊗ Plateau de chirurgie (le cas échéant, codes 01098 ou 01099)
- ⊗ Forfait de responsabilité du patient vulnérable (codes 15169, 15170 ou 15171)
- ⊗ Supplément à l'examen fait dans le cadre du suivi de grossesse (codes 15144 ou 15145)
- ⊗ Supplément pour la prise en charge de la grossesse au premier trimestre (code 15159)
- ⊗ Supplément à l'examen périodique de l'enfant de 0 à 5 ans (code 08877)
- ⊗ Supplément pour la prise en charge temporaire de la grossesse (code 15189)
- ⊗ Acte de congé en établissement (code 15158)
- ⊗ Supplément de responsabilité du patient hospitalisé (soins de courte durée) (code 00071)
- ⊗ Forfait de prise en charge et de suivi (forfait d'inscription ou annuel) en GMF (code 08875)
- ⊗ Supplément en GMF pour l'inscription temporaire de la patiente enceinte (code 19074)

(Suite de la page 176) >>>

le temps supplémentaire qu'exige la situation. C'est le cas du supplément pour le recours à un interprète, la rémunération pour le soutien médical à l'abandon du tabagisme et l'intervention préventive relative aux ITSS. Il est donc facile de comprendre que ces suppléments ne sont pas facturables avec l'intervention clinique (*tableau I*). Le médecin qui tient à les réclamer devra utiliser le code d'un examen ou d'un acte, selon le cas.

Cependant, plusieurs autres suppléments ou forfaits sont payables en plus de l'examen, sans qu'une durée précise n'y soit associée. C'est le cas notamment des forfaits et suppléments qui découlent de l'Entente particulière relative à la médecine familiale de prise en charge et de suivi de la clientèle. Ils sont énoncés dans le *tableau II*. Il n'y a alors aucun ajustement à faire à la durée de l'intervention clinique au moment de la facturation. La durée se calcule comme d'habitude, et ces suppléments ou forfaits se facturent « en sus », comme lorsque le médecin exerce à tarif horaire. Le traitement est le même pour les suppléments propres à l'exercice en GMF.

D'autres actes se facturent en association avec un

examen, sans nécessiter un temps disproportionné. C'est le cas, par exemple, de l'acte de congé, qui rémunère le fait de rédiger le sommaire du séjour d'admission avec diligence et au plus tard dans les deux jours du congé du patient hospitalisé. Cette tâche peut se faire lors de l'examen de congé, en fin de journée ou le lendemain.

Les parties négociantes se sont entendues pour permettre au médecin qui facture l'intervention clinique de réclamer l'acte de congé en plus, sans devoir indiquer de modificateur particulier. Ce traitement est comparable à celui qui s'applique au médecin rémunéré à tarif horaire pour de telles activités. Ce dernier peut réclamer ce service même si le temps requis pour remplir le sommaire d'admission est compris dans le temps pour lequel il est payé à tarif horaire.

Dans d'autres situations, la rédaction de certains autres formulaires peut donner lieu à un paiement en plus de l'examen. C'est le cas, notamment, des services médico-administratifs de la CSST. Dans ce cas particulier, les parties négociantes ont convenu que le médecin qui réclame l'intervention clinique peut aussi facturer ces services lorsqu'il les rend au cours de la même

Bien que certains services ne puissent jamais être réclamés en même temps que l'intervention clinique, plusieurs forfaits ou suppléments liés au suivi de la clientèle peuvent l'être, sans nécessiter d'ajustement du temps de l'intervention.

<<< (Suite à la page 174)

Tableau III.

Rémunération qui peut être réclamée avec réduction du temps de l'intervention clinique

- ☉ Rapports médico-administratifs de la CSST
- ☉ Rapport de classification par type en milieu de soins et de services prolongés (CTMSP) (code 09101)
- ☉ Rapport de confirmation diagnostique dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein (code 09817)
- ☉ Certificat du médecin qualifié témoignant des prélèvements sanguins à la demande d'agents de la paix (code 09820)
- ☉ Rapport médical à l'intention de la sécurité du revenu (code 09800)
- ☉ Rapport au curateur public (codes 09825 et 09826)

(Suite de la page 175) >>>>

visite. Toutefois, il doit alors soustraire le temps nécessaire pour remplir les formulaires du temps de son intervention clinique (tableau III). Ce traitement est comparable à celui qui s'applique au médecin rétribué à tarif horaire, qui peut opter pour une rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs de la CSST, même s'il est autrement payé à tarif horaire. Il soustrait donc ce temps des heures comptabilisées à tarif horaire.

Certains autres formulaires sont comparables à ceux de la CSST. C'est le cas du rapport de confirmation diagnostique dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein (code 09817), du certificat du médecin qualifié témoignant des prélèvements sanguins à la demande d'agents de la paix (code 09820), du rapport médical à l'intention de la sécurité du revenu (code 09800), de certains rapports au curateur public (codes 09825 et 09826) et du rapport CTMSP (code 09101). Le temps pris pour remplir ces rapports doit aussi être soustrait de celui de l'intervention clinique.

Lors de la facturation de certains services médico-administratifs en sus de l'intervention clinique, le médecin doit déduire le temps requis pour rendre ce service du temps de l'intervention clinique.

Tableau IV.

Services rendus en dehors de l'intervention clinique

- ☉ Constat de décès (codes 00013, 00014, 00016, 00018, 15234 ou 15266)
- ☉ Rédaction du bulletin de décès (code 15265)

Enfin, certains services sont rendus à la suite du décès d'un patient (tableau IV), soit le constat de décès (codes 00013, 00014, 00016, 00018, 15234 ou 15266) et la rédaction du bulletin de décès (code 15265). L'intervention clinique prenant fin au décès du patient, ces services peuvent être réclamés en sus. Le temps requis pour rendre ces services ne fait donc pas partie de l'intervention clinique.

Il est possible que certains d'entre vous aient subi des coupures malgré le respect des règles énoncées précédemment. La RAMQ a rajusté rétroactivement ses règles de validation et doit réviser les refus antérieurs. La révision pourra cependant exiger un certain temps. Question d'être payé plus rapidement, vous pouvez toujours refacturer les services refusés.

Si vous avez modifié votre facturation à la suite d'un refus pour réclamer un examen plus le supplément ou service en cause, la RAMQ ne pourra pas réviser votre facturation antérieure. Il faudra vous ajuster à l'avenir. Pour éviter qu'une situation comparable ne se reproduise, pensez à valider le traitement de la RAMQ auprès de votre Fédération. Plusieurs de vos confrères l'ont fait.

Enfin, n'oubliez pas que la facturation de l'intervention clinique en cabinet auprès d'un patient est comptabilisée, lorsque le patient est inscrit auprès du médecin ou d'un membre de son groupe, comme une visite pour l'atteinte du seuil de six ou douze visites donnant droit au soutien aux frais de cabinet (codes 19928 et 19929).

ÇA VOUS ÉCLAIRE ? Le mois prochain, il sera question du lieu habituel de suivi de la clientèle inscrite. D'ici là, bonne facturation ! 🦋