

Nouvelles nomenclatures en établissement – III

POUR FAIRE SUITE AUX deux articles précédents, nous traitons enfin des nouveaux libellés pour la clientèle admise en soins de courte durée. Les exigences sont résumées dans le *tableau I*.

Les nouveaux libellés

Visite de prise en charge

Le patient nouvellement admis en soins de courte durée fait l'objet d'une visite de prise en charge qui comprend l'examen du patient, l'élaboration d'un plan d'évaluation ou de traitement, les ordonnances pertinentes et, au besoin, les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Cette visite est facturée une seule fois par séjour hospitalier, sans égard au

nombre de médecins différents qui traitent le patient. C'est le médecin qui en assume la responsabilité principale qui la réclame.

Bien qu'un examen doive être effectué, vous noterez que le type n'en est pas précisé. Il sera plus ou moins étendu selon les besoins du patient. Il ne s'agira donc pas nécessairement d'un examen complet majeur, bien que ce puisse fréquemment être le cas.

Cette nomenclature peut s'appliquer en centre hospitalier aux soins palliatifs, à l'unité de soins psychiatriques (pour les soins physiques), en gériatrie active et à une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), secteurs où les médecins peuvent être rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes. Comme ces médecins sont rémunérés à l'acte durant leur garde en disponibilité, ils peuvent parfois réclamer le tarif d'un examen, malgré que la prise en charge effective du patient ait lieu lorsqu'ils sont rémunérés sur base de temps.

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

Tableau I.

Résumé des exigences des différentes visites

Type de visite	Contact avec le patient requis	Examen requis	Restrictions
Visite de prise en charge	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Médecin ayant la responsabilité principale du patient ⊗ Rémunération non accessible durant la garde en disponibilité si le médecin est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire
Visite de suivi (première de la journée)	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Rémunération dans certains services de consultation externe ⊗ Aucun autre examen le même jour
Visite de suivi (subséquente)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Examen requis par l'état du patient
Visite de transfert	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Rémunération non accessible la fin de semaine ni le jour férié ⊗ Rémunération non accessible durant la garde en disponibilité pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes pour cette clientèle
Première visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Rémunération accessible dans certains services de consultation externe ⊗ Rémunération non applicable au suivi postopératoire
Échanges (avec des professionnels ou des proches)	Sur place	Non	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Chaque période complète de quinze minutes ⊗ Téléphone payable avec les proches

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes

En fin... la facturation noir sur blanc

(Suite de la page 144) >>>>

Dorénavant, le médecin habituellement rémunéré sur base de temps ne pourra plus se prévaloir de cette visite durant sa garde en disponibilité et devra plutôt réclamer une visite de suivi ou une intervention clinique. Celui qui est rémunéré à l'acte pour l'ensemble de ses services auprès de cette clientèle n'est pas soumis à cette restriction.

Visite de suivi

Le patient admis en soins de courte durée fait l'objet de visites de suivi, soit par le médecin qui assume la responsabilité principale du patient, soit par d'autres médecins qui sont appelés à intervenir auprès de lui. Ces visites peuvent avoir plusieurs buts en même temps, soit d'examiner le patient, de prendre connaissance des résultats d'examens ou de consultations, de revoir le plan d'évaluation ou de traitement, de faire des ordonnances ou d'échanger avec le patient, ses proches ou le personnel.

Pour donner droit à la rémunération, cette visite doit comporter un contact avec le patient consigné au dossier, du moins lors de la première visite de la journée. Le médecin n'a pas à pratiquer systématiquement d'examen du patient. Cet examen pourra ou non être nécessaire en fonction de la situation. Lorsque des échanges avec le patient ou ses proches surviennent dans un tel cadre, ils ne donnent pas droit à une rémunération supplémentaire.

Lorsque le médecin a déjà réclamé le même jour le tarif d'un examen (fait ailleurs, tel qu'à l'urgence, par exemple) ou d'une visite (de prise en charge, de suivi ou autre), il peut seulement réclamer le tarif d'une nouvelle visite de suivi s'il doit effectuer un examen du patient en raison d'une modification de l'état de ce dernier.

Il ne peut, par exemple, réclamer plusieurs visites de suivi du simple fait qu'il revoit le dossier pour prendre connaissance des résultats des tests de laboratoire qu'il a demandés le matin.

Le tarif de la deuxième visite de suivi le même jour est réduit par rapport à celui de la première, qui inclut le supplément de responsabilité payable une seule fois par jour pour un même patient. Il y a toutefois une exception, soit lorsqu'une des visites de suivi a été faite à l'occasion d'un déplacement d'urgence. Cette visite

Tableau II.

Services de consultation externe où la nomenclature s'appliquera

- ☉ Gériatrie active
- ☉ Soins palliatifs*
- ☉ Réadaptation
- ☉ Psychiatrie (soins physiques)

* Notez que les activités ambulatoires en soins palliatifs visées sont en lien avec un centre hospitalier. Le maintien à domicile dans le cadre des activités de CLSC ne l'est pas.

est alors toujours payée au plein tarif et n'influe pas sur le tarif de la « première » visite de suivi faite dans le cadre de la tournée, par exemple. Dans ce cas-ci, c'est la troisième visite de suivi qui serait rémunérée à un tarif réduit.

Nous avons déjà évoqué que cette nomenclature pouvait servir dans certains secteurs, comme la gériatrie active, les soins physiques en psychiatrie et les soins palliatifs. Or, ces secteurs offrent souvent un service de

consultation externe en lien avec leurs activités (tableau II). Bien que la nomenclature vise les patients admis en soins de courte durée, il a été convenu d'appliquer la visite de suivi au service de consultation externe de ces secteurs. Le médecin en gériatrie active qui choisirait d'être rémunéré à l'acte pourrait donc réclamer le tarif de la visite de suivi lors de visites de patients vus au service de consultation externe de gériatrie.

Toutefois, pour se prévaloir de ces libellés, lors de la facturation des services de consultation externe en lien avec les secteurs visés, le médecin devra utiliser le code d'établissement qui s'applique à la clientèle hospitalisée. Le médecin

qui exerce en gériatrie ou en unité de réadaptation fonctionnelle intensive devra donc utiliser le suffixe 2, celui qui pratique en psychiatrie, le suffixe 8 et celui qui exerce en soins palliatifs, le nouveau code 4XXX0. La facturation sera refusée si le médecin se sert du suffixe 1 prévu pour les consultations externes. Les numéros d'établissement seront énumérés dans la nouvelle annexe XXII de la brochure 1.

Lorsqu'un médecin a déjà réclamé le même jour un examen ou une visite, il peut seulement réclamer le tarif d'une nouvelle visite de suivi s'il doit effectuer un examen du patient en raison d'une modification de l'état de ce dernier.

<<<< (Suite à la page 142)

En fin... la facturation noir sur blanc

(Suite de la page 143) >>>

Visite de transfert

Il est courant qu'un patient admis en soins de courte durée soit pris en charge par un médecin « de tournée », généralement pendant une semaine, mais parfois moins longtemps. La semaine suivante, c'est un autre médecin qui assure les soins du groupe de patients. La visite au cours de laquelle le nouveau médecin prend connaissance du dossier comprend généralement une révision des informations consignées depuis le début du séjour, des rapports des consultants, de rapports d'examen et de laboratoire de même qu'un examen assez étendu, question de permettre au médecin de se former une opinion indépendante de l'état du patient et de formuler son plan d'intervention. Elle peut comprendre un examen du patient. De plus, à l'occasion de cette visite, le médecin pourra être appelé à discuter avec le personnel, de même qu'avec le patient ou ses proches.

Il pourra aussi arriver, pour différentes raisons, que le nouveau médecin ait peu d'interventions à faire, parce que le congé du patient est prévu le lendemain, par exemple. Le médecin doit quand même réclamer le tarif de la visite de transfert, qui a été établi en fonction de la moyenne de la facturation pour de tels examens durant des séjours hospitaliers.

Toutefois, cette visite ne peut être réclamée la fin de semaine ni un jour férié. Elle ne s'applique pas, par exemple, lorsque plusieurs médecins assurent individuellement le suivi de leurs patients hospitalisés, mais se partagent la garde en disponibilité la fin de semaine, tout en reprenant leurs patients respectifs le lundi suivant. Dans les rares cas où le transfert s'effectue la fin de semaine ou un jour férié, le médecin en cause pourra réclamer la visite de transfert le lundi ou la journée ouvrable suivante, même s'il a réclamé une visite de suivi auprès du même patient la fin de semaine ou le jour férié précédent.

De plus, la visite de transfert ne peut être réclamée durant la garde en disponibilité par un médecin qui est normalement rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes pour les services auprès de la clientèle en question. Différentes ententes particulières prévoient que les services durant la garde en disponibilité sont

rémunérés selon le mode de l'acte, malgré que le médecin soit autrement rétribué sur base de temps. On peut croire que le gros du travail lié au transfert se fera en semaine lorsque le médecin est payé sur base de temps.

Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

Il arrive couramment qu'un médecin soit appelé à évaluer un patient admis en soins de courte durée suivi par un autre médecin, du fait que le médecin traitant est un chirurgien qui ne dispose pas de l'expertise pour s'occuper du problème médical d'un patient qu'il a opéré (diabète, insuffisance cardiaque, BPCO, etc.) ou que le médecin traitant omnipraticien a besoin de l'avis d'un autre médecin possédant des compétences particulières (gériatrie, toxicologie, soins palliatifs, etc.).

Avec la nouvelle nomenclature, la première visite d'évaluation donnera droit à une rémunération particulière, soit celle de la visite d'évaluation pour effectuer un suivi conjoint ou donner une opinion, du moins dans la mesure où le médecin traitant cherche l'opinion du deuxième médecin ou sa participation au suivi et que celle-ci est nécessaire en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Un examen du patient est requis pour réclamer cette visite. Le médecin exécutera les autres tâches qui découlent des besoins du patient, y compris des échanges avec le patient, ses proches ou le personnel de l'établissement, si nécessaire.

Le médecin ne peut réclamer ce service à répétition pour le même patient. Lors des visites subséquentes, il est rémunéré pour la visite de suivi ou l'intervention clinique.

Ce code n'est pas prévu pour la participation d'un médecin au suivi postopératoire d'un patient opéré par un autre médecin. Dans ce cas, il s'applique seulement lorsque la participation du deuxième médecin est exigée pour le traitement des problèmes médicaux autres que nous avons évoqués plus haut, soit le diabète ou une autre affection comparable. Dans le jargon de l'entente, il s'agit alors de soins simultanés. Les modalités de rémunération du médecin qui assure le suivi postopératoire d'un patient opéré par un autre médecin ne

<<< (Suite à la page 141)

Généralités

Cabinet et domici

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes

En fin... la facturation noir sur blanc

(Suite de la page 142) >>>

changent pas. On les retrouve dans le préambule particulier de chirurgie dans le *Manuel de facturation*.

Enfin, nous avons déjà évoqué que les médecins qui exercent en gériatrie, en psychiatrie pour les soins physiques, en soins palliatifs, en réadaptation ou en toxicologie peuvent être tenus d'assurer des services au sein d'un service de consultation externe réservé à cette clientèle. Tout comme pour la visite de suivi, ce code d'acte peut être réclamé par le médecin qui exerce en consultation externe dans ces secteurs et qui a choisi d'être rémunéré selon le mode de l'acte en respectant les mêmes modalités. On comprendra qu'il s'agira généralement d'une situation qui permettrait présentement au médecin de réclamer le tarif d'une consultation.

Échanges avec d'autres professionnels ou les proches du patient

Un nouveau service fera son apparition avec la nouvelle nomenclature, soit la rémunération des échanges avec d'autres professionnels de la santé (y compris un spécialiste) ou avec les proches, dans la mesure où ils visent l'état du patient ou ses besoins.

Pour donner droit à la rémunération, ces échanges devront avoir une durée minimale de quinze minutes s'ils devaient durer plus longtemps, chaque période additionnelle devra avoir une durée minimale de quinze minutes. Pour les échanges de plus de quinze minutes, la règle pour la comptabilité du temps est donc différente de celle de l'intervention clinique, qui permet d'arrondir les unités supplémentaires vers le haut. Ici, c'est le contraire. L'arrondissement se fait vers le bas.

Ce code ne permet pas de rémunérer les échanges avec le patient. Toutefois, le médecin peut toujours choisir de réclamer le code de l'intervention clinique lorsqu'il satisfait aux exigences de durée et que c'est plus avantageux pour lui. Ce code peut alors servir à rétribuer des échanges avec le patient dans un cadre distinct de la visite ou au cours d'une visite, l'intervention clinique remplaçant la facturation d'une visite.

Il va de soi que la rémunération des échanges qui ont lieu dans le cadre de la visite est incluse dans le tarif de cette dernière. Ils ne peuvent faire l'objet d'une récla-

mation distincte. Ce dont il est question ici est une rencontre qui a lieu hors du cadre d'une visite : avec la famille, par exemple, pour discuter des possibilités de retour à domicile ou du degré de soins ou, pour prendre un exemple en soins gériatriques de courte durée, avec la physiothérapeute pour discuter de l'évolution de cinq ou six patients hospitalisés.

De façon générale, ce code ne peut servir pour des échanges par voie téléphonique. Une exception a cependant été créée, soit dans le cas des échanges avec les proches d'un patient qui peuvent se faire par voie téléphonique. Toutefois, les autres conditions s'appliquent sans modifications.

Enfin, comme pour certaines visites, ce code peut être réclamé dans certains services de consultation externe, dont la liste figure aux paragraphes 2.01 a) 3), 2.01 a) 5), 2.01 a) 6) et 2.01 b) 1) de la future annexe XXII qui verra le jour en même temps que la nouvelle nomenclature. Le code d'établissement lors de la facturation devra être conforme à ce qui a été expliqué dans le paragraphe sur la facturation de la visite de suivi.

Supplément d'honoraires pour un déplacement d'urgence

Il existe présentement une tarification distincte pour les déplacements d'urgence. Pour éviter la multiplication des codes, un supplément est prévu lorsque

le médecin doit se déplacer sans délai auprès d'un patient admis en soins de courte durée pour rendre un service qui est immédiatement requis. Le déplacement ne doit pas coïncider avec celui que le médecin doit faire pour assurer une garde sur place ou pour effectuer sa tournée quotidienne. De plus, le paragraphe 2.4.7.5 du Préambule général spécifie que le fait de passer d'un bâtiment à l'autre du même établissement, bâtiments situés sur le même terrain, ne constitue pas un déplacement au sens de l'entente. Les déplacements en cause doivent donc se faire de l'extérieur de l'établissement.

Le supplément varie selon l'heure de la journée. On retient l'heure du départ du médecin pour l'établissement afin de déterminer la période applicable.

Les échanges avec les autres professionnels ou les proches d'un patient en dehors du cadre d'une visite donneront droit à une rémunération lorsqu'ils ont une durée minimale de quinze minutes et que chaque période additionnelle a une durée d'au moins quinze minutes.

LE MOIS PROCHAIN, nous traiterons de la nouvelle nomenclature pour les soins de longue durée. D'ici là, bonne facturation ! 🍷

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Établissement

Honoraires

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes