

Modifications à la rémunération aux soins intensifs

VOUS DONNEZ des services à l'unité des soins coronariens ou des soins intensifs ? Il y a du nouveau depuis le 1^{er} décembre 2013. Êtes-vous au courant ?

Tout comme en périnatalité, sujet de la chronique du mois dernier, les médecins exerçant aux soins intensifs peuvent avoir l'impression de ne pas bénéficier des majorations intégrées dans la nouvelle nomenclature pour les soins de courte durée du fait qu'ils sont généralement rémunérés sur base forfaitaire pour leurs services, et non pour des visites.

Des ajustements tarifaires ont été faits le 1^{er} octobre dernier, mais avaient seulement pour but de conserver le niveau de rémunération existant. D'autres modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} décembre 2013. Il reste à convenir d'une formule de paiement rétroactif depuis le 1^{er} avril dernier, question de compenser le retard dans la mise en place de ces mesures.

Ces changements ont nécessité des sommes supplémentaires et constituent une augmentation réelle de la rémunération pour ces services. L'effet moyen de ces hausses est comparable à celui de la nouvelle nomenclature en soins de courte durée. Les médecins qui exercent aux soins intensifs peuvent donc choisir

de recevoir ces bonifications en optant, pour un patient donné, pour la rémunération à l'acte selon la nouvelle nomenclature ou pour le forfait quotidien et les services facturables en plus.

Des premiers changements au 1^{er} octobre 2013

La nouvelle nomenclature a fait en sorte que le supplément de responsabilité quotidien à l'examen d'un patient hospitalisé a été aboli. Or, ce supplément était facturable, en plus du forfait quotidien aux soins intensifs. Il fallait donc ajuster le montant du forfait quotidien en conséquence. Curieusement, cette modification a exigé une injection d'argent parce que le supplément en question était réclamé en association avec seulement 40 % des forfaits quotidiens facturés. Elle est en vigueur depuis le 1^{er} octobre dernier. En ce qui a trait au Régime B, comme le supplément de responsabilité quotidien n'était pas facturable en sus du forfait quotidien pour l'unité ni du forfait de responsabilité quotidien par patient (la valeur du supplément étant comprise dans le tarif du forfait quotidien pour l'unité), le pourcentage du forfait quotidien facturable a été réduit pour conserver la parité. Ce pourcentage est donc passé de 45 % à 42,65 %. La somme des forfaits reste la même.

◀◀◀ (Suite à la page 103)

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

Tableau.

Nouveaux services (ou services modifiés) surtout facturés aux soins intensifs

Code	Description	Tarif
00669	Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire sous guidage échographique	48,45 \$
00412	Traitement d'un pneumo- et d'un hémothorax ou des deux par pleurotomie et drainage fermé, clarification du fait qu'il peut être réclamé pour le drainage fermé effectué par un drain à double J posé par voie percutanée	77,10 \$
20179	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organe, comprenant à la fois les actes diagnostiques et thérapeutiques et les visites par jour	665,65 \$
20180	En cas de décès cardiocirculatoire programmé avant la mort cérébrale, supplément le jour du décès cardiocirculatoire	250 \$

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Centres particuliers et Annexes

En fin... la facturation noir sur blanc

(Suite de la page 104) >>>

Le 1^{er} décembre 2013

Les autres modifications sont de deux types : la création de nouveaux codes de service (*tableau*) et l'exclusion de certains services du forfait quotidien.

Les nouveaux codes

Un tarif a été convenu pour la mise en place d'un cathéter dans une veine sous-clavière ou jugulaire sous guidage échographique. Sa facturation est sujette à l'exigence générale de tous les services de laboratoire, c'est-à-dire que le médecin doit détenir une nomination spécifique de l'établissement et que la RAMQ doit en avoir été informée par l'établissement.

Il semble que la pose du drain thoracique en double J donne souvent lieu à des questions sur le tarif applicable. Pour éviter l'ambiguïté existante, une note a été ajoutée au texte pour préciser que le code 00412 existant est facturable lors de la pose d'un tel drain.

La rémunération forfaitaire existante pour le maintien du donneur potentiel est remplacée par un forfait quotidien. En raison du montant des honoraires pour ce service, le médecin choisira ce code au lieu du forfait quotidien. Ce service est facturable par un seul médecin par jour. De plus, le jour du décès cardio-circulatoire programmé avant la mort cérébrale, le médecin peut réclamer un supplément.

Certains semblent hésitants à réclamer ce code, car ils craignent une interférence avec la facturation du médecin du centre receveur auquel ils transféreront ce patient. Vous n'avez rien à craindre à cet égard, car une rémunération spécifique est prévue pour ces situations dans l'entente de la FMSQ. Par ailleurs, vous devez avoir communiqué avec Transplant Québec pour pouvoir prétendre qu'il s'agit d'un donneur potentiel. Inscrivez votre démarche dans le dossier.

Les modifications au forfait quotidien

En plus des modifications apportées aux tarifs des forfaits quotidiens le 1^{er} octobre dernier, le tarif du

Encadré.

Services dorénavant exclus du forfait quotidien aux soins intensifs

- Les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code 15643)
- La ponction lombaire (code 00596)
- L'intubation endotrachéale seule hors réanimation (code 00182)
- Le traitement du pneumo- ou de l'hémithorax par pleurotomie et drainage fermé (code 00412)
- Le traitement de l'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (code 00413)
- La cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (code 00489)
- La mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire sous guidage échographique (code 00669)
- L'échographie ciblée d'urgence (code 00689)

forfait du jour deux et des jours subséquents est augmenté, ce qui réduit l'écart avec le tarif du jour un. Les médecins de ce secteur avaient demandé d'éliminer complètement cet écart, mais le financement était insuffisant pour le faire en plus des autres mesures.

Les autres modifications sont l'exclusion de différents services du forfait quotidien, ce qui permet au médecin de les facturer en plus de ce forfait lorsqu'il doit les rendre. Ces services sont énumérés dans l'encadré. En ce qui a trait aux échographies ou aux services sous guidage échographique, la RAMQ en paie au plus deux par jour, les deux services confondus. Autant le régime A que le régime B sont visés.

Le tarif du forfait quotidien a été rehaussé le 1^{er} octobre 2013 pour compenser l'abolition du supplément quotidien de responsabilité à l'examen du patient hospitalisé.

Plusieurs services sont exclus du forfait quotidien de responsabilité aux soins intensifs depuis le 1^{er} décembre 2013 et sont donc désormais facturables en sus de ce forfait.

M AINTENANT QUE vous comprenez mieux les modifications apportées aux soins intensifs, vous pourrez vous consacrer à vos patients. Le mois prochain, nous traiterons de plusieurs questions soulevées à la suite de l'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature en établissement. D'ici là, bonne facturation ! 🍀

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes