

Actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux

des règles particulières – III

Dans les deux derniers articles, nous avons traité des règles propres aux actes thérapeutiques et diagnostiques, à l'anesthésie et aux interventions chirurgicales. Il nous reste à discuter brièvement de la facturation d'interventions multiples lors d'une même séance et de l'assistance opératoire. Par la suite, l'interaction de ces règles étant parfois complexe, nous donnerons des exemples tirés de la vie courante pour vous permettre de mieux en comprendre l'interaction. Bonne lecture!

Interventions multiples au cours de la même séance

Parfois, le même médecin effectue plus d'une opération chez le même patient lors de la même séance. Le paragraphe 8.1 du Préambule spécifique de chirurgie prévoit alors que les interventions autres que l'opération (celle dont le tarif est le plus élevé) sont payées à demi-tarif. Le médecin doit alors utiliser le modificateur 050 au moment de la facturation.

Comme nous l'avons vu le mois dernier, le modificateur 050 s'applique lorsqu'un médecin effectue, lors de la même séance, plus d'une opération ou plus d'un acte diagnostique et thérapeutique et non lorsqu'un médecin pratique, lors de la même séance, une intervention chirurgicale et un acte thérapeutique et diagnostique.

Il y a des règles particulières lorsqu'une des interventions multiples est inscrite à la section « Système nerveux » ou « Appareil vasculaire non thoracique ». Nous nous contenterons de souligner cette particularité qui touche très peu d'omnipraticiens. Si le sujet vous intéresse, les règles particulières sont énoncées aux paragraphes 8.2 et 8.3 du Préambule spécifique de chirurgie.

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

Certains se demanderont peut-être si le « partage », par deux médecins, d'une intervention chirurgicale principale et d'une autre incluse ne permet pas aux deux d'être rémunérés pour leurs activités. Le paragraphe 9 du Préambule particulier de chirurgie envisage une telle situation et limite la rémunération qu'il est alors possible de réclamer. Si l'opération incluse ne permet pas au premier médecin d'être rémunéré, un deuxième médecin qui l'effectue à sa place lors de la même séance ne peut exiger de paiement non plus. Il en va de même du médecin qui pratique une intervention complémentaire pour laquelle un autre médecin ne pourrait demander à être payé.

Enfin, un médecin peut se faire assister par un autre lors d'une opération. Le paragraphe 11 du Préambule particulier de chirurgie prévoit cette éventualité et une rémunération lorsqu'une assistance est requise « en raison de la nature et de la complexité de l'intervention ». Le médecin qui assiste est alors rémunéré selon le tarif du rôle 4, soit à 22 % du tarif de l'intervention la mieux rémunérée et à 11 % du tarif des autres (en utilisant le modificateur 050). Lorsqu'un médecin assiste deux chirurgiens de spécialités différentes lors d'opérations distinctes, l'assistant reçoit 22 % du tarif de chacune des interventions.

Passons maintenant au traitement de quelques patients fictifs... et à la facturation des services rendus.

(Suite à la page 173) >>>>

En fin... la facturation noir sur blanc

◀◀◀ (Suite de la page 174)

Patient ayant des plaies multiples

M. Martin Laterreur se présente à l'urgence pour une plaie à l'avant-bras gauche et une autre au visage.

Intervention

À la suite de l'évaluation, le médecin soupçonne la présence d'un corps étranger dans la plaie du visage. Il en effectue l'exérèse, puis suture la plaie. Par la suite, il procède à la réparation de la plaie de l'avant-bras. Il s'agit donc de trois « chirurgies » (toutes se retrouvent à la section « Peau, phanères, tissu cellulaire – sous-cutané »). Donc, ce sont les règles générales et celles du Préambule particulier de chirurgie qui s'appliquent.

Facturation

Regardons d'abord comment notre médecin devra facturer le ou les examens effectués. Si le tarif de l'intervention est de plus de 45 \$, l'examen peut seulement être facturé dans un contexte d'évaluation d'urgence et le médecin doit alors indiquer le modificateur 179 lors de la facturation du ou des examens.

Notre médecin doit ensuite déterminer ce qui est facturable comme opération. On ne peut imaginer faire l'exérèse d'un corps étranger au visage sans réparer la plaie qui pourrait en résulter. La réparation est donc incluse lorsque le médecin réclame le tarif de l'exérèse de corps étranger. De la même façon, le médecin qui suture une plaie doit d'abord la nettoyer et en retirer les corps étrangers. L'exérèse d'un corps étranger est donc incluse lors de la réparation de la plaie au visage. Il en irait de même d'un éventuel débridement de la plaie.

L'élément qui détermine laquelle des deux chirurgies est incluse (exérèse de corps étranger ou réparation de la plaie du visage) est l'importance relative de l'une par rapport à l'autre. Si la plaie du visage est importante, c'est la suture qui constitue l'intervention principale. Si la plaie est petite, il se pourrait que l'exérèse du corps étranger soit l'opération principale. La tarification relative des services peut être un autre moyen de déterminer laquelle des deux interventions est la principale. Notre médecin devra réclamer soit la réparation de la plaie du visage (code 01320), soit l'exérèse du corps étranger de la même plaie (code 01196).

Qu'en est-il de la plaie à l'avant-bras (code 01323)? Elle nécessite une deuxième opération distincte effectuée au cours de la même séance. Selon les règles relatives aux interventions chirurgicales multiples, la deuxième opération est payable à 50 % du tarif le médecin doit utiliser le modificateur 050 au moment de sa facturation. Encore là, il faut déterminer laquelle des deux opérations (au visage et à l'avant-bras) peut faire l'objet de ce traitement. Dans le cas d'interventions multiples, la détermination découle de la tarification relative des deux services. Le service payé le plus cher est l'intervention principale et l'autre, ou les autres, sont payables à demi-tarif.

Certains seront peut-être tentés d'éviter l'application de ces règles en effectuant les deux interventions au cours de séances différentes. N'oubliez pas les principes généraux dont nous avons traité au printemps 2006! Les services assurés sont ceux qui sont nécessaires sur le plan médical. Les limites de la séance d'un examen ou d'une opération sont donc dictées par des contraintes médicales et non administratives. Si les deux interventions doivent être effectuées au cours de séances distinctes pour des raisons médicales, les règles régissant les interventions au cours de séances distinctes s'appliquent et non celles visant les chirurgies multiples. Toutefois, si le choix de procéder en deux séances est dicté par le désir de contourner les règles de facturation de l'Entente, il ne s'agit pas de deux séances distinctes aux fins de la facturation.

Dans l'exemple ci-dessus, toutes les interventions se retrouvent dans la section des chirurgies. Aucun des services ne figure à l'onglet « Actes diagnostiques et thérapeutiques ». Si un des gestes posés se retrouvait à cette section, le médecin devrait alors se souvenir que les règles visant les chirurgies multiples se limitent aux « chirurgies » et, à moins d'exception, ne visent donc pas l'acte thérapeutique ou diagnostique effectué en même temps. Si le médecin effectue une ponction du genou (code 00254) chez M. Laterreur au même moment que les interventions données en exemple, il sera donc rémunéré à 100 % du tarif applicable, le modificateur 050 ne s'appliquant qu'aux interventions chirurgicales. Bien sûr, si le médecin effectuait plus d'un acte thérapeutique ou diagnostique lors de la même séance, un des deux serait payable à 50 %, conformément à la règle énoncée au paragraphe 1.3 du Préambule particulier des actes

(Suite à la page 172) ▶▶▶

En fin... la facturation noir sur blanc

◀◀◀ (Suite de la page 173)

diagnostiques et thérapeutiques. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'un moyen de faire rémunérer des gestes qui font partie de la chirurgie.

Patiente ayant besoin d'une petite chirurgie sous anesthésie locale

À la suite d'un accident dans la cuisine, M^{me} Cécile Malhabile se présente au service de consultation sans rendez-vous pour une plaie profonde au quatrième doigt de la main gauche.

Intervention

Le médecin de garde fait un examen sommaire pour s'assurer qu'il n'y a pas d'atteinte nerveuse et pour vérifier la présence ou l'absence d'indices d'une atteinte tendineuse ou osseuse. Il effectue ensuite un bloc digital pour pouvoir mieux explorer la plaie et, par la suite, la réparer. Comme il n'y a pas d'atteinte tendineuse ou osseuse, le médecin suture la plaie. En raison de la localisation de la plaie, le médecin pose une attelle pour limiter la tension qui y est exercée.

Facturation

Notre médecin peut réclamer le tarif de l'examen. Si le tarif de l'intervention chirurgicale qu'il entend réclamer est de plus de 45 \$, il devra, pour être payé, inscrire le modificateur 179 pour préciser que l'examen a été effectué dans un contexte d'urgence le même jour que l'intervention. Le libellé du code 01323 précise que le tarif est fonction du lieu et de la longueur de la plaie et indique de plus « P.G. 2.4.7.7A ». Ce code signifie que le médecin en cabinet peut aussi réclamer le plateau principal de chirurgie (code 01098) s'il doit s'en servir pour effectuer le service.

En ce qui a trait à l'attelle, selon la situation, elle peut être considérée comme étant incluse dans l'opération principale (car elle est nécessaire pour effectuer l'opération) ou comme une intervention distincte. Lors du

traitement d'une fracture, comme nous le verrons le mois prochain, elle serait clairement incluse et ne pourrait faire l'objet d'une rémunération distincte. Dans le cas de M^{me} Malhabile, la pose d'une attelle constitue une opération distincte et serait donc payable à 50 % (modificateur 050).

Reste la question de l'anesthésie. Nous avons vu, dans le Préambule particulier d'anesthésie, que l'anesthésie locale n'est pas un service d'anesthésie et ne permet donc pas de réclamer les unités d'anesthésie qui accompagnent le libellé de la réparation de plaie. Manifestement, pour les parties négociantes, l'anesthésie locale (ou le bloc digital dans ce contexte) fait partie du service et n'est donc pas facturable à part.

L'existence du code 00255 (blocage d'un nerf somatique important tel que le nerf radial, cubital, etc.) peut avoir conduit certains médecins à utiliser ce code pour faire rémunérer le bloc digital. Cette pratique n'est pas appropriée. D'abord parce qu'un nerf interdigital n'est pas un nerf somatique important et, deuxièmement, parce qu'un tel bloc n'a d'autre but ici que l'anesthésie locale qui, comme nous venons de le voir, est comprise dans le service. Si un bloc radial était nécessaire pour effectuer une intervention, il ne pourrait alors être facturé par le médecin pratiquant l'intervention. Dans ce contexte, le bloc n'aurait pas de visée diagnostique ou thérapeutique autre que de permettre la chirurgie sous anesthésie. Enfin, en cabinet, le médecin n'oubliera pas de demander compensation pour le coût de l'agent anesthésique qu'il aura utilisé.

Enfant devant subir une neuroleptanalgie

De retour d'un voyage dans une région aux prises avec une épidémie de méningococcémie, Bobby Brindamour, un enfant de 18 mois, se présente à l'urgence en raison d'une fièvre.

(Suite à la page 171) ▶▶▶

L'existence du code 00255 (blocage d'un nerf somatique important tel que le nerf radial, cubital, etc.) peut avoir conduit certains médecins à utiliser ce code pour faire rémunérer le bloc digital. Cette pratique n'est pas appropriée.

Généralités

Libellé et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes

En fin... la facturation noir sur blanc

◀◀◀ (Suite de la page 172)

Intervention

Devant l'état du patient, l'infirmière au triage le fait voir en priorité par le médecin de garde qui, à la suite de son évaluation, craint une méningite bactérienne. Le médecin décide donc de faire une ponction lombaire. Comme l'enfant est agité, le médecin préfère lui administrer un sédatif par voie intraveineuse avant de procéder. L'enfant fait l'objet d'une surveillance cardiaque constante, et une mesure de sa saturation en oxygène est assurée par un moyen externe.

Facturation

Comme la ponction lombaire (code 00596) n'est pas une intervention chirurgicale (le code figure à l'onglet « Actes diagnostiques et thérapeutiques »), il n'est pas nécessaire que son tarif soit inférieur à 45 \$ pour permettre au médecin de réclamer la rémunération du ou des examens effectués le même jour. Cette affirmation demeure vraie même en dehors de la situation d'urgence. Le médecin pourrait donc, selon cette analyse, facturer le ou les examens pratiqués le même jour.

Vous noterez la mention « P.G. 2.9 » entre parenthèses dans le libellé de la ponction lombaire. Il s'agit d'une majoration de 25 % qui s'applique chez un enfant de moins de 2 ans. Le médecin doit alors indiquer le modificateur 060 lorsqu'il facture ce service et en augmenter le tarif réclamé d'autant.

Par ailleurs, la ponction lombaire a été effectuée sous neuroleptanalgie. Conformément à ce que nous avons déjà vu, le médecin peut alors réclamer le supplément prévu pour la neuroleptanalgie, mais pas les examens pratiqués à la suite de l'intervention en lien avec l'évaluation de l'état de conscience du patient. Si l'état de ce patient se détériorait à la suite de la sédation (par exemple, convulsions actives), le médecin pourrait alors être rémunéré pour les examens requis ou pour la réanimation.

Le généraliste et les soins postchirurgicaux

M^{me} Émilienne Brindacier s'est présentée « en catastrophe » à l'urgence de votre hôpital pour un tableau de choc et de douleur abdominale.

Intervention

Le médecin responsable des soins intensifs a d'abord été demandé. L'évaluation initiale évoquait une pancréatite associée à une acidocétose diabétique. Un examen plus poussé a révélé que cette patiente avait en plus un ulcère perforé. Cette dernière a dû subir une intervention chirurgicale, puis a ensuite été admise aux soins intensifs. Le médecin des soins intensifs s'est occupé de maîtriser le tableau médical au cours des jours suivants.

Facturation

Le médecin à l'hospitalisation, qu'il œuvre aux soins intensifs ou à l'étage, n'a pas participé à l'intervention chirurgicale de cette patiente et n'assure pas le suivi postopératoire. À moins d'indications contraires de la part du médecin qui assure l'hospitalisation, la RAMQ suppose qu'il s'agit de soins postopératoires compris dans le tarif de l'opération et risque d'en refuser la facturation. Dans les faits, il s'agit plutôt de soins pour des affections associées, de la « cotraitance » dans le langage de l'Entente. Le médecin qui assure la cotraitance peut être rémunéré pour ses services et devra inscrire le modificateur 022 lorsqu'il facturera les examens effectués. Il n'est, par ailleurs, pas nécessaire d'utiliser ce modificateur lors de la facturation du forfait quotidien aux soins intensifs et coronariens dans ce contexte.

NOUS ESPÉRONS que ces exemples vous auront permis de clarifier l'application de ces règles dans la pratique de tous les jours. Le mois prochain, nous traiterons des particularités de la section de l'appareil musculosquelettique. D'ici là, bonne facturation ! ☺

Lorsqu'un acte diagnostique et thérapeutique est effectué lors de la même séance que la neuroleptanalgie, le médecin peut réclamer le supplément prévu pour la neuroleptanalgie, mais pas les examens pratiqués à la suite de l'intervention en lien avec l'évaluation de l'état de conscience du patient.