

## Nouvelles nomenclatures en établissement – IV

**P**OURSUIVONS NOTRE TRAITEMENT des libellés de la nouvelle nomenclature en établissement. En particulier, revoyons ceux qui entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre prochain dans des milieux de soins de longue durée.

Il existe plusieurs similarités entre les libellés de l'hospitalisation de courte durée et de l'hébergement de longue durée, mais aussi des différences notables (*tableau*). Commençons par la différence la plus importante.

### Évaluation médicale globale

Contrairement à ce qui prévaut en hospitalisation de courte durée, il n'y a pas de visite de prise en charge en soins de longue durée. L'évaluation d'un nouveau patient hébergé dans une unité de soins de longue durée ne se fait généralement pas au cours d'une seule visite. Dans ces milieux en particulier, le médecin doit tenir compte des évaluations faites par d'autres professionnels et des informations fournies, et doit rencontrer les proches du patient pour bien cerner leurs attentes et leur perception des besoins du patient pour enfin formuler un plan de traitement. C'est ce processus « d'évaluation médicale globale » sur plusieurs visites que prône le Collège des médecins dans son guide sur la pratique en soins de longue durée.

La nouvelle nomenclature en soins de longue durée permet donc au médecin de réclamer un montant lorsqu'il termine l'évaluation médicale globale. Toutes les visites au cours desquelles le médecin effectue successivement son évaluation du patient sont rémunérées distinctement. Il en va de même des échanges avec les proches ou les professionnels qui sont nécessaires pour faire l'évaluation.

Ce service est généralement exigé à l'admission d'un patient, mais l'état de ce dernier peut changer en cours de séjour. Le montant prévu pour l'évaluation médicale globale peut donc être réclamé une fois par année (dans la mesure où une nouvelle évaluation est requise) ou plus souvent en cas de changement à l'état du patient.

Le libellé prévoit que ce code peut être réclamé après l'admission d'un patient en CHSLD ou dans une unité de soins de longue durée d'un centre hospitalier de soins psychiatriques. Il faut comprendre que lorsque cette éva-

luation est complétée dans une unité de soins de longue durée en CHSGS, le médecin peut aussi se prévaloir de la rémunération prévue.

La facturation est aussi permise dans un centre de jour, que celui-ci soit situé en CHSLD ou en CHSP. La démarche pour l'évaluation d'un patient en centre de jour est largement comparable à celle qui fait suite à l'admission d'un patient en CHSLD. Toutefois, la facturation de ce service n'est pas permise dans un centre de jour en CHSGS rattaché à une unité de soins gériatriques de courte durée du fait que la nomenclature applicable y est alors celle de l'hospitalisation de courte durée et qu'aucun code correspondant n'y est associé.

### Visites de suivi

Il existe deux types de visites de suivi en soins de longue durée. Ces visites s'appliquent tant dans des unités de soins de longue durée en CHSGS et en CHSP qu'en CHSLD. Comme la nomenclature s'applique dans une grande diversité de milieux, il a fallu tenir compte de réalités diversifiées et non imposer une vision unique de la pratique dans ces milieux.

#### Visite de suivi courant

On retrouve donc une visite de suivi courant qui n'exige pas d'examen. C'est celle que réclamera le médecin effectuant une « tournée sur dossiers » pour régler les problèmes courants (prescriptions, discussion avec le personnel, prise de connaissance des résultats d'examens ou d'avis d'autres professionnels). Elle n'exige pas de contact avec le patient, mais l'inclut au besoin (pour informer le patient d'un changement effectué ou pour répondre à ses questions, par exemple).

L'analyse de la facturation selon la nomenclature existante montre que dans plusieurs milieux, souvent de petite taille, une forte proportion des examens facturés sont des examens ordinaires. Il y a fort à parier que, dans ces milieux, la facturation prépondérante sera celle de la visite de suivi courante.

#### Visite de suivi exigeant un examen

Cependant, les patients en soins de longue durée peuvent présenter des complications ou des problèmes aigus

◀◀◀ (Suite à la page 111)

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes

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

# En fin... la facturation noir sur blanc

(Suite de la page 112) >>>>

ou nécessiter une évaluation quant à la maîtrise de la douleur, à un déséquilibre de leur diabète ou à un autre problème médical. **Comme un examen est alors exigé, le médecin devra réclamer la visite de suivi exigeant un examen.**

Le libellé prévoit que le médecin prodigue des services courants à la suite de l'examen physique rendu nécessaire par l'état du patient pour évaluer un nouveau problème, entreprendre ou évaluer un traitement ou encore suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication. La visite comprend donc l'ensemble des services courants associés (notes au dossier, échanges avec les proches ou avec d'autres professionnels et prescriptions qui s'imposent).

La description de ce qui peut rendre l'examen nécessaire ressemble à la description actuelle de l'examen ordinaire. Toutefois, contrairement au libellé de ce dernier examen, celui de la visite de suivi exigeant un examen fait de l'examen une exigence dans toutes les situations. Le contraste avec la description de la visite de suivi courant vient renforcer cette perception.

Par ailleurs, l'étendue de l'examen n'est pas spécifiée. Ce service est donc facturable si l'examen vise à évaluer une entorse du poignet ou encore une surinfection bronchique ou une fièvre d'origine indéterminée. Toutefois, le simple contact avec le patient pour l'informer du traitement prescrit sur la base d'informations au dossier ne suffit pas. En pareil cas, il s'agira alors d'une visite de suivi courant.

Enfin, la visite de suivi exigeant un examen ne peut pas être réclamée le même jour qu'une visite de suivi courant. Toutefois, si la situation d'un patient exige des réévaluations successives le même jour, la visite de suivi avec examen peut être réclamée plus d'une fois dans la même journée (modificateur 094) lors de la facturation des visites subséquentes.

## **Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale**

L'autre particularité dans les milieux de soins de longue durée est la rémunération pour la rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (parfois appelé le niveau de soins). Avec le vieillissement de la population, un tel formulaire peut être requis dans d'autres milieux (ex. : établissement de soins de courte durée). Cependant, de façon générale, c'est dans les milieux de soins de longue durée qu'il sert systématiquement et qu'il peut le plus éviter des transferts inutiles vers des milieux de soins de courte durée.

Ce service rémunère seulement le fait de remplir le formulaire. Les évaluations, la rencontre avec le patient ou

ses proches ou d'autres professionnels sont rémunérées distinctement. Comme il ne s'agit pas d'une prescription, mais bien de l'expression à la fois de l'évaluation médicale et des volontés du patient ou de ses proches, il y aura généralement des discussions avec ces derniers avant la rédaction de ce formulaire.

La fréquence à laquelle on peut réclamer ce service dépend de l'état du patient. On pourra donc le facturer lors de l'admission après l'évaluation médicale globale ou selon l'évolution de l'état du patient.

## **Visite de transfert**

Contrairement à ce qui prévaut pour l'hospitalisation de courte durée, il n'y a pas de code pour la visite de transfert en établissement de soins de longue durée. L'analyse de la facturation existante laisse croire qu'elle n'est pas requise. Il est d'ailleurs plus courant dans ces milieux que le même médecin s'occupe d'une clientèle ou d'une unité à longueur d'année, sauf pendant de brèves périodes pour cause de vacances.

## **Visite d'évaluation en vue de donner une opinion**

La visite d'évaluation en vue de donner une opinion est comparable à celle qui peut être réclamée à l'hospitalisation de courte durée. Vous pouvez consulter l'article précédent pour une description plus détaillée. Ce qui est particulier aux soins de longue durée est le fait que cette visite peut être réclamée dans un service de consultation externe ou un hôpital de jour associé à un secteur de pratique visé par la nomenclature applicable en soins de longue durée.

## **Échanges**

### *Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient*

En soins de longue durée, deux formes d'échanges rémunérés sont envisagées. Lorsque les échanges se font avec les proches d'un patient ou visent un patient spécifique, le service est comparable à ce qui est prévu dans les milieux d'hospitalisation de soins de courte durée avec quelques adaptations. Comme en établissement de soins de courte durée, la rencontre doit avoir lieu dans un cadre distinct de celui d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient. Le temps est comptabilisé comme en soins de courte durée, soit par périodes complètes de quinze minutes, une comptabilité qui est différente de celle qui s'applique à l'intervention clinique.

Comme en milieu de soins de courte durée, le service

◀◀◀ (Suite à la page 110)

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 111) >>>

peut être facturé pour des échanges téléphoniques avec les proches du patient, toujours dans le respect des autres exigences, particulièrement en ce qui a trait à la durée des échanges. Et le service peut être réclamé dans un service de consultation externe qui relève d'un secteur visé.

### *Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement*

Il est courant, en soins de longue durée, que le médecin ne soit présent qu'à temps partiel. Le recours à des protocoles et à des ordonnances collectives pour réduire la dépendance du personnel envers le médecin est avantageux pour tous. Cependant, la création de tels outils exige la participation du médecin, ce que n'encourageait pas à ce jour le mode de l'acte.

En soins de longue durée, une deuxième forme d'échanges est prévue, soit ceux avec d'autres professionnels pour répondre à des besoins collectifs. Ce service sert spécifiquement à rémunérer le médecin pour sa participation aux activités requises, que ce soit pour rédiger des ordonnances ou des protocoles, en faire la critique ou discuter avec les autres professionnels pour en créer de nouveaux. Il ne peut être réclamé en service de consultation externe ni à l'hôpital de jour pour des activités en lien avec cette clientèle.

### **Réponse téléphonique à une demande du personnel de l'établissement**

Une autre particularité des milieux de soins de longue durée est le fait que la majorité des médecins qui y exercent le font à temps partiel. Les activités complémentaires d'une proportion importante de ces médecins se font en cabinet et sont rémunérées à l'acte. C'est donc dire que lorsque ces médecins sont absents du milieu de soins de longue durée pour accomplir d'autres activités, le temps pris pour répondre à des demandes urgentes du milieu de soins de longue durée n'est actuellement pas rémunéré. De plus, ils peuvent devoir assumer des frais d'exploitation, tout en se voyant privés de la possibilité de voir d'autres patients qui leur permettraient d'en payer une partie. Il s'agit d'une non-incitation certaine à exercer en soins de longue durée.

Pour corriger cette situation, le médecin qui pratique en soins de longue durée peut se prévaloir d'une rémunération forfaitaire pour chaque réponse par téléphone à une demande urgente provenant du personnel de l'établissement. Ce service peut être réclamé entre 8 h et 18 h en semaine seulement (à l'exception des jours fériés). Du-

rant les autres périodes, une compensation pour la garde en disponibilité est généralement déjà prévue.

Certains médecins reçoivent de telles demandes du personnel de l'établissement par messagerie texte ou par courriel. Tant qu'ils répondent par téléphone, ils peuvent réclamer la rémunération de ce service, ce qu'ils ne peuvent pas faire s'ils répondent par télécopieur, par courriel ou par messagerie.

Du fait que le médecin qui exerce en cabinet peut avoir choisi d'être rémunéré à tarif horaire pour ses activités en soins de longue durée et que les réponses téléphoniques se font de l'extérieur de l'établissement, ce service est facturable sans égard au mode de rémunération du médecin pour les soins de longue durée. C'est donc dire qu'il s'applique autant au médecin payé à l'acte qu'à celui qui est rétribué à honoraires fixes ou à tarif horaire.

Toutefois, pour se prévaloir de la rémunération prévue, le médecin doit être à l'extérieur de l'établissement de soins de longue durée au moment où il répond à la demande. Il n'y a pas droit s'il se trouve dans une autre unité de l'établissement ou à la cafétéria.

En ce qui a trait à la facturation, ces services étant rendus de l'extérieur du milieu de soins, il peut être difficile de retenir le numéro d'assurance maladie de chaque patient qui fait l'objet d'un appel. Cette information ne sera donc pas requise lors de la facturation. Le simple nombre d'appels effectués à une date donnée suffit aux fins de facturation. En ce qui a trait aux notes devant être inscrites au dossier à l'appui de la facturation, rien n'est spécifié. Néanmoins, le membre du personnel qui fait appel au médecin devrait le noter au dossier. De plus, cette information pourrait servir lors d'un éventuel contrôle de la facturation par la RAMQ.

### **Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence**

Tout comme en hospitalisation de courte durée, un supplément est prévu pour les services rendus lors d'un déplacement d'urgence. L'état du patient doit exiger des soins urgents et le médecin doit se déplacer spécifiquement pour ces soins. Le médecin ne peut réclamer le supplément si son déplacement était déjà prévu pour faire sa tournée, par exemple. S'il rend d'autres services au cours du même déplacement, seuls les soins prodigués au premier patient donnent droit au supplément. Pour les autres, c'est la rémunération habituelle qui prévaut.

Le supplément varie selon l'heure de départ du médecin pour l'établissement, mais s'applique à toutes les heures de la journée.

<<< (Suite de la page 109)

Généralités

Cabinet et domici

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières  
et Annexes

# En fin... la facturation noir sur blanc

Tableau.

## Résumé des exigences des différents services offerts en milieu de soins de longue durée

Nature du service	Contact avec le patient requis	Examen requis	Restrictions
Visite de suivi courant	Non	Non	⊗ Le médecin ne peut réclamer le même jour une visite de suivi exigeant un examen.
Visite de suivi exigeant un examen	Oui	Oui	⊗ L'examen doit être requis en raison de l'état du patient. ⊗ Le médecin ne peut réclamer la visite de suivi courant le même jour. ⊗ Cette visite est accessible dans certains services de consultation externe ( <i>voir texte</i> ).
Évaluation médicale globale (EMG)	Non	Non	⊗ L'EMG doit avoir été effectuée en CHSLD, en unité de soins de longue durée, en CHSGS ou en CHSP. ⊗ Les examens, les visites ou les interventions nécessaires pour faire l'évaluation sont payés séparément.
Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale	Non	Non	⊗ Les examens et les échanges requis sont rémunérés séparément.
Visite de transfert			⊗ Cette visite n'existe pas en soins de longue durée.
Suivi conjoint ou pour donner une opinion	Oui	Oui	⊗ La participation ou l'opinion du médecin est nécessaire en raison de la gravité ou de la complexité du cas. ⊗ La rémunération est accessible dans certains services de consultation externe. ⊗ Ce service ne s'applique pas au suivi postopératoire.
Échanges avec d'autres professionnels ou les proches	Sur place	Non	⊗ Les échanges sont rémunérés par période complète de 15 minutes. ⊗ Les échanges par téléphone avec les proches sont rémunérés. ⊗ La rémunération est accessible dans certains services de consultation externe.
Échanges concernant l'ensemble des patients	Sur place	Non	⊗ Les échanges sont rémunérés par période complète de 15 minutes. ⊗ Les échanges téléphoniques et faits au service de consultation externe ne sont pas rémunérés.
Réponse téléphonique à une demande urgente du personnel de l'établissement	Non, avec le personnel, à distance	Non	⊗ Ce service peut être réclamé du lundi au vendredi de 8 h à 18 h seulement (à l'exclusion des jours fériés). ⊗ La rémunération est accessible sans égard au mode de rémunération du médecin.

(Suite de la page 110) >>>

En milieu de soins de longue durée, le médecin sera fréquemment appelé à se déplacer pour effectuer un constat de décès. Lorsque le personnel de l'établissement peut clairement indiquer qu'un patient est décédé (plutôt que demander au médecin de se rendre à l'établissement pour évaluer si d'autres traitements sont nécessaires), il ne s'agit pas d'une situation donnant droit au supplément. Néanmoins, n'oubliez pas qu'il existe un tarif spécifique pour le constat de décès avec déplacement (code 00014 ou 15234, selon l'heure) qui continuera de viser spécifique-

ment cette situation. Lorsque le déplacement doit se faire en horaire défavorable, le montant est majorable, comme pour les autres services.

**L**E MOIS PROCHAIN, nous traiterons des libellés en milieu de réadaptation tandis que le mois suivant, nous apporterons certaines précisions sur les milieux spécifiques de pratique (périnatalité, post-partum, psychiatrie). Dans la mesure où les codes de facturation seront alors connus, nous présenterons aussi un tableau des nouveaux services avec leur tarification pour chaque secteur. D'ici là, bonne facturation ! 🍀

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes