

Alors vous faites des visites à domicile ? – I

☉ **Ce qui constitue un « même toit » pour les fins de l'Entente ou la facturation de déplacements vous pose des problèmes ?**

☉ **Vous interrogez-vous sur la possibilité de facturer de la psychothérapie à domicile, sur le tarif de fin de semaine ou sur le traitement des revenus provenant des visites à domicile aux fins des plafonds trimestriels ?**

Nous traiterons de ces notions en deux articles consécutifs. Le premier abordera surtout la notion de visite à domicile et de tarif applicable. Le second se concentrera sur les aspects un peu plus « pointus » comme l'accès au forfait pour la clientèle vulnérable, la rémunération pour les constats de décès, la rémunération pour les déplacements, l'accès à la psychothérapie, le tarif de fins de semaine et le plafond trimestriel.

Visite ou examen ?

Le paragraphe 1.1.6 du Préambule général indique quand un service est rendu au domicile au sens de l'Entente, mais ne définit pas les exigences, qui doivent être déduites du libellé des différents examens. En ce qui a trait à la visite initiale, le manuel de facturation parle d'examen (avec ou sans urgence), sans en spécifier la sorte. Par la suite, des codes spécifiques pour les examens supplémentaires à domicile fixent la rémunération pour l'examen complet et l'examen ordinaire. Tout comme en cabinet, les tarifs pour les examens supplémentaires à domicile varient selon l'âge du patient.

Il n'y a pas de précision au Préambule général concernant l'acte diagnostique ou encore l'intervention thérapeutique ou chirurgicale effectuée à domicile. Un médecin peut pourtant être appelé à débrider une brûlure ou à « réparer » une plaie à domicile. C'est alors le tarif en cabinet qui s'applique, à moins d'indication contraire.

Cabinet ou domicile ?

Bien que nous ayons discuté en mai dernier de la caractérisation du lieu d'exercice, vous vous demandez peut-être quoi facturer lorsque vous voyez des patients hors cabinet, mais dans un lieu autre que le domicile du patient. Le paragraphe 1.1.6 b) du Préambule général prévoit que la tarification selon les règles du domicile s'applique lorsque le patient est vu ailleurs qu'au

cabinet ou en établissement. Le tarif à domicile peut donc s'appliquer ailleurs qu'au domicile du patient, voire dans une école, pourvu qu'il ne s'agisse pas d'un lieu aménagé par le Ministre ou ni d'un organisme public pour la « dispensation » de soins médicaux.

Sous le même toit

Vous vous souviendrez que le Préambule général prévoit que lorsque le médecin évalue plusieurs patients « sous le même toit » lors d'une même visite, le tarif des examens supplémentaires est différent de celui de l'examen initial. Notez que le critère est « sous le même toit » et non le même domicile. Lorsqu'un médecin effectue des visites dans une tour d'appartements, même lorsqu'il passe d'un appartement à l'autre, l'ensemble des visites se font sous le même toit. Lorsque le médecin dessert deux tours voisines, chacune des deux tours constitue un toit distinct pour les fins des visites à domicile.

« Je fais parfois plus d'un examen sous le même toit »

Cette notion de « sous le même toit » prend toute son importance lorsque le médecin effectue plusieurs visites lors du même déplacement. L'Entente prévoit que le premier examen se facture au taux de la visite à domicile. Règle générale, les examens supplémentaires sous le même toit se facturent soit comme examen ordinaire, soit comme examen complet au même tarif qu'en cabinet (codes 0022, 0074, 8873, 8874, 8878, 8879, 8880 ou 8881). Toutefois, lorsque ces examens supplémentaires s'appliquent à des patients en perte

(Suite à la page 167) >>>

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 168)

sévère d'autonomie (code 0007), jusqu'à deux de ces examens supplémentaires sous le même toit peuvent être facturés au tarif spécifique (code 0075).

Perte sévère d'autonomie

Le patient en perte sévère d'autonomie fait l'objet d'un traitement particulier associé à un tarif supérieur (code 0007). Ce tarif est, en outre, majoré la nuit (de 0 h à 7 h, code 0008). Un patient en perte sévère d'autonomie doit être incapable de se déplacer à l'extérieur de son domicile, nécessiter des soins médicaux actifs ainsi qu'un suivi. Pour facturer ce code d'examen, le clinicien doit être le médecin traitant du patient ou remplacer ce dernier. Lors d'une première visite, le médecin doit aussi remplir la fiche d'information prévue ou le formulaire de référence au maintien à domicile du CLSC et en transmettre une copie au programme de soutien à domicile du CLSC du territoire du patient. Cette même fiche doit être remplie et transmise au CLSC du territoire du patient au moins une fois par année. La simple prudence dicte de conserver une copie de cette fiche au dossier du patient, question de savoir ce que vous avez transmis au CLSC et quand. De plus, la présence de la fiche au dossier peut faciliter la démonstration à la RAMQ que vous répondez aux exigences du libellé. Vous pouvez être dispensé de remplir le formulaire dans certaines circonstances, notamment pour les patients à l'infirmerie d'une institution religieuse. Lors des visites subséquentes, mis à part cette transmission annuelle, le médecin doit aviser le CLSC lorsqu'il y a des modifications importantes dans le traitement ou les services que doit fournir le personnel du CLSC. Là encore, il est prudent de conserver une copie de l'avis au dossier.

Il arrive que le CLSC ne veuille pas inscrire des patients à son programme de maintien à domicile. Il peut y avoir plusieurs raisons à cette attitude : vous ne demandez pas de services du CLSC, le patient ne respecte pas les critères du programme de maintien à domicile ou encore il y a un certain délai avant que le patient puisse être inscrit au programme. L'Entente n'exige pas que le patient soit inscrit au programme de maintien à domicile pour que le médecin puisse utiliser le code d'examen prévu pour les patients en perte sévère d'autonomie.

Le formulaire d'information porte le numéro 3726 et se trouve dans le site Internet de la RAMQ (www.ramq.gouv.qc.ca) sous l'onglet « Services aux professionnels », puis l'hyperlien « Médecins omnipraticiens » et ensuite « Formulaires » à gauche de l'écran.

Parfois il s'agit d'une urgence

Le manuel de facturation prévoit deux tarifs pour une visite à domicile : « urgence » et « sauf urgence ». Le sous-paragraphe 2.4.7.1 du Préambule général indique quand un médecin peut réclamer le tarif d'urgence : « le service doit être immédiatement requis et un déplacement doit être exigé du médecin pour la dispensation du service. Cette rémunération majorée peut être réclamée en tout temps pour un patient à domicile ».

Il revient au médecin de juger quand le service est nécessaire immédiatement. Pour ce faire, il devra se fier sur ce qui l'a amené à se déplacer de façon urgente, soit sur les informations transmises par le patient. Le diagnostic final retenu à la suite d'une visite ne doit pas servir à cette fin. La visite devrait avoir lieu peu de temps après la demande du patient. Si vous avez le temps d'entreprendre d'autres visites à domicile avant de vous y rendre, on peut se demander à quel point une visite était nécessaire dans l'immédiat.

Lorsque vous effectuez une visite à domicile dans un contexte d'urgence, il est possible que votre patient doive être transporté à l'urgence d'un centre hospitalier pour y recevoir des soins que vous ne pouvez donner à domicile ou pour y subir des examens. Si vous devez l'accompagner, vous pouvez exceptionnellement réclamer la rémunération pour les transferts interétablissements décrit au paragraphe 2.4.9 du Préambule général. Bien que ce paragraphe soit réservé aux transferts entre établissements, le sous-paragraphe 2.4.9.2 en étend la portée aux transferts en provenance du domicile, mais le médecin doit alors fournir des notes explicatives. Les codes et les tarifs pertinents se trouvent à l'onglet « Examens et consultations » de votre manuel de facturation (codes 9087 et 9246).

Comme nous l'avons indiqué en introduction, le mois prochain nous compléterons notre traitement d'éléments liés à la rémunération pour les visites à domicile. D'ici là, je vous encourage à mettre ces informations en pratique. ☞

Le nombre de visites à domicile que vous pouvez réclamer est limité par la présence des patients « sous le même toit » et non au même domicile.