

Facturation à l'acte par le médecin rémunéré sur base de temps – III

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

odes spécifiques

Ententes particulières et Annexes

À CE JOUR, NOUS AVONS traité de rémunération à l'acte comme solution de rechange à la rémunération sur base de temps et de mesures qui ne sont pas directement en lien avec le temps travaillé. Toutefois, dans plusieurs situations, le médecin peut facturer des services à l'acte durant des heures pour lesquelles il est rémunéré sur base de temps. Certaines de ces situations sont spécifiques à certains milieux, mais plusieurs s'appliquent partout ou dans l'ensemble des milieux où l'inscription de clientèle est permise. Parlons-en !

Certains avantages sont payés « en plus » du temps de travail

Le plus grand nombre de questions de la part des médecins porte sur les actes qu'un médecin peut réclamer durant les heures où il est aussi rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes. C'est ici qu'on peut vraiment avoir l'impression d'être payé deux fois pour le même travail.

Commençons par les mesures qui s'appliquent dans tous les milieux.

Mesures accessibles partout

Supervision d'externes, d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en stage dans le programme de soins de première ligne (SPL) ou de résidents

L'entente particulière sur le médecin enseignant prévoit une rémunération forfaitaire lorsqu'un médecin supervise, pendant au moins trois heures et demie consécutives, un externe, un résident ou une IPS en stage dans le programme de SPL (l'inclusion de l'IPS-SPL est prévue dans la lettre d'entente 213). Les paiements se font sous forme d'une demi-indemnité journalière (un *demi-per diem*) en fonction du nombre d'externes ou de résidents supervisés, chacun à raison d'au moins 3,5 heures la même journée. Donc, un médecin peut réclamer plusieurs demi-indemnités journalières le même jour, bien qu'il soit déjà rémunéré pour le temps qu'il consacre à la supervision. (C'est le taux de l'externe qui s'applique à la supervision de l'IPS-SPL en formation.). **La possibi-**

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

lité de réclamer en plus des demi-indemnités pour la supervision peut surprendre, particulièrement dans une unité de médecine familiale, du fait que le médecin qui y exerce est déjà spécifiquement rémunéré pour le temps qu'il consacre à la supervision ou à l'enseignement au sein de l'unité. C'est pourtant ce que prévoit l'entente et ce qu'ont voulu les parties négociantes.

Surveillance générale par le médecin partenaire des activités médicales de l'IPS-SPL

Les médecins qui, en vertu d'une entente de partenariat, assurent la surveillance générale d'une IPS-SPL ou la supervision d'une candidate IPS-SPL vivent une situation comparable. Lorsqu'ils sont rémunérés sur base de temps, les médecins peuvent réclamer à la RAMQ, selon leur mode, le temps qu'ils prennent pour échanger avec l'IPS-SPL ou pour superviser la candidate IPS-SPL lorsqu'elle éprouve des difficultés ou lors d'une revue hebdomadaire des dossiers. Ils sont aussi en droit de se prévaloir de la rémunération forfaitaire accordée pour la supervision générale. Ces forfaits (42 par mois lorsque l'IPS-SPL a une pleine charge de travail) sont répartis entre les médecins selon leur participation. Les tarifs et les codes sont énoncés à l'article 2.01 de la lettre d'entente n° 229. Pour la candidate IPS-SPL à temps plein, les médecins partenaires se partagent alors cinquante forfaits par mois pour la supervision effectuée.

Ça y est pour les mesures applicables partout. Les autres mesures sont fonction de la nature de la pratique ou du lieu. De façon à éviter la répétition, nous les présentons ici regroupées. Suivront les mesures spécifiques à un seul milieu. Les mesures du premier regroupement sont faciles à oublier, du fait que le médecin n'a pas à transmettre une facturation spécifique à la RAMQ pour y avoir droit.

Dans certains types de milieux

Les médecins qui exercent en CHSLD, en gériatrie, en centre hospitalier en soins psychiatriques (CHSP), en centre de réadaptation, en Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que dans des milieux adhérents à certaines autres ententes particulières ou à certains accords bénéficient d'une mesure spécifique de bonification de

(Suite à la page 151) >>>

En fin... la facturation noir sur blanc

(Suite de la page 152) >>>

leur rémunération sous forme de « prime ». Ils n'ont pas à réclamer ce traitement. C'est la RAMQ qui le calcule et le verse trimestriellement à raison de 14,90 \$ de l'heure sur 95 % des heures payées dans ces milieux. Une bonification équivalente s'applique au médecin rémunéré à l'acte. Il ne s'agit alors pas d'une prime, mais bien d'une majoration réclamée au moyen d'un modificateur spécifique.

Dans des milieux où l'on effectue du suivi de clientèle

L'autre groupe de mesures est accessible dans tous les milieux où il est possible d'inscrire la clientèle et, dans le cas des suppléments obstétricaux, où un médecin peut effectuer du suivi. Ces situations peuvent donc se présenter dans les CLSC, dans les UMF en hôpital, de même que dans les UMF, les GMF ou les cliniques-réseau en CLSC. Pour l'obstétrique, il peut de plus s'agir de centres de consultation externe de centres hospitaliers. Ces situations sont regroupées ici pour éviter le dédoublement dans la discussion qui suit.

Forfait pour la prise en charge d'un patient sans médecin de famille dirigé par le coordonnateur médical d'un CSSS

Le médecin qui inscrit un patient sans médecin de famille qui lui a été dirigé par le coordonnateur local du guichet d'accès peut réclamer un forfait lors de l'examen donnant lieu à l'inscription dans l'optique d'en prendre charge et d'en assurer le suivi. Pour conserver le forfait, il doit minimalement assurer le suivi durant l'année qui suit, mais le forfait en entier lui est versé dès l'inscription. Le montant varie selon qu'il s'agisse d'un patient vulnérable ou non. Pour un patient vulnérable, le code est le 19951, et le tarif en établissement est de 173,80 \$. Lorsqu'il ne s'agit pas d'un patient vulnérable, le code est le 19952 et le tarif en établissement est de 83 \$. La facturation comporte certaines exigences particulières qui sont énumérées dans la Lettre d'entente n° 245.

Cette mesure remplace une mesure précédente (Lettre d'entente n° 195) visant exclusivement la clientèle vulnérable dirigée par le coordonnateur et dont le paiement forfaitaire se faisait en deux temps à au moins un an d'intervalle. Pour les patients inscrits avant le 1^{er} novembre 2011, et pour qui le deuxième forfait n'a pas encore été réclamé, il est toujours possible de le faire lors d'un examen ou d'une thérapie. Le code est alors le 15148, et le tarif en établissement est de 38,80 \$.

Forfait de responsabilité pour le patient vulnérable inscrit auprès du médecin ou des membres de son groupe de pratique

Le médecin qui effectue un examen (y compris l'intervention clinique) ou une thérapie auprès d'un patient vulnérable inscrit auprès de lui ou d'un médecin membre de son groupe peut en même temps réclamer le forfait de responsabilité. Bien que ce forfait soit limité à certains milieux, il demeure accessible même lorsque le médecin est rémunéré à tarif horaire pour les services qu'il rend. Le code, lorsque le patient est vu en établissement (CLSC ou UMF), est le 15169, et le tarif est de 7,55 \$. Lorsque le patient est vu à domicile, mais qu'il est inscrit en établissement, le code est le 15170 et le tarif, de 7,55 \$.

Supplément à l'examen de suivi de grossesse

Tout médecin qui effectue un examen de suivi de la grossesse d'une patiente en consultation externe d'un centre hospitalier ou dans un lieu où l'inscription est permise peut se prévaloir d'un supplément à l'examen du suivi de grossesse. Ce supplément s'applique uniquement à un examen de suivi de la grossesse et non à tout examen auprès d'une femme enceinte. Le code est le 15145, et le tarif en établissement est de 8,20 \$. Contrairement à ce qui prévaut pour le médecin rémunéré à l'acte, le médecin rémunéré sur base de temps peut toucher ce supplément même lors de l'examen au cours duquel il effectue la prise en charge de la grossesse.

Le médecin exerçant exclusivement à l'acte en établissement peut réclamer un code spécifique lors de l'examen de prise en charge de la grossesse (code 00059, tarif en établissement de 61,20 \$). Il ne s'agit pas d'un supplément, mais bien du code pour rémunérer l'examen effectué qui comporte les éléments de l'examen complet majeur pertinents à l'évaluation de la patiente enceinte. Le médecin rémunéré sur base de temps ne peut donc pas se prévaloir de ce code.

Supplément pour la prise en charge d'une patiente enceinte durant le premier trimestre

Le médecin peut se prévaloir d'un supplément lorsqu'il effectue la prise en charge d'une patiente enceinte avant la fin du premier trimestre. Le médecin qui n'effectue pas lui-même des accouchements doit avoir convenu d'une entente avec un médecin ou un groupe de médecins qui assureront l'accouchement pour pouvoir réclamer ce supplément. Le médecin rémunéré sur base de temps peut

◀◀◀ (Suite à la page 150)

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifique

Ententes particulières et Annexes

En fin... la facturation noir sur blanc

(Suite de la page 151) >>>

aussi réclamer ce supplément, en plus de sa rémunération horaire lors de l'examen au cours duquel il assure la prise en charge. Le code est le 15159, et le tarif en établissement est de 32,65 \$.

Supplément pour l'examen périodique d'un enfant de 0 à 5 ans inscrit auprès du médecin

Le médecin qui effectue l'examen périodique décrit à « L'ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans » peut se prévaloir d'un supplément pour cet examen. L'enfant doit cependant être inscrit auprès du médecin. Par ailleurs, la pratique de groupe en vigueur pour la facturation du forfait de responsabilité pour la clientèle vulnérable ne s'applique pas à cette mesure. De plus, l'accès est balisé selon l'âge de l'enfant. Le supplément s'applique à au plus sept examens effectués entre 0 et 15 mois. Par la suite, le supplément peut seulement être réclamé dans une fenêtre de cinq mois autour d'âges cibles. Dans tous les cas, il est accessible au médecin dont les activités sont rémunérées sur base de temps. Le code est le 08877, et le tarif en établissement est de 12,25 \$.

Supplément pour la prise en charge temporaire d'une patiente enceinte, lorsque le médecin a des privilèges d'obstétrique

Depuis le 1^{er} janvier dernier, le médecin qui détient des privilèges en obstétrique dans un centre hospitalier peut se prévaloir d'un supplément lorsqu'il prend en charge une patiente enceinte. Le supplément n'est payable qu'une seule fois et à un seul médecin au cours de la grossesse d'une patiente, et uniquement à un médecin auprès duquel la patiente n'est pas déjà inscrite.

L'inscription n'étant pas possible pour un suivi ponctuel (comme le suivi limité à la grossesse), cette mesure vise à compenser le fait que le médecin ne peut inscrire les patientes enceintes qu'il suit malgré les exigences et le nombre de visites requises. Cette mesure est comparable à celle qui existe en GMF (voir le mois prochain) et les conditions d'accès y sont similaires, à l'exception de celle qui prévoit que la patiente doit être inscrite auprès d'un autre médecin du GMF. Lorsqu'un médecin répond aux exigences des deux suppléments, ceux-ci sont cumulables.

Toujours est-il que le médecin rémunéré sur base de temps (en CLSC ou en UMF) peut se prévaloir de ces suppléments, même si la totalité de sa pratique de prise en charge est rémunérée sur base de temps. Le code est le

Tableau

Suppléments à la rémunération sur base de temps

Tous les milieux

- ⊗ Demi-indemnité journalière* de supervision (externe, résident, étudiante IPS-SPL)
- ⊗ Demi-indemnité journalière de surveillance générale d'une IPS-SPL
- ⊗ Demi-indemnité journalière de supervision générale d'une candidate IPS-SPL

CHSP, CHSLD et lits de soins de longue durée en centre hospitalier, certaines ententes particulières

- ⊗ Prime sur 95 % des heures payées

Lieux de prise en charge et de suivi

- ⊗ Forfait pour prise en charge de patients dirigés par le coordonnateur du CSSS
- ⊗ Forfait de responsabilité de clientèle vulnérable
- ⊗ Forfait annuel d'inscription générale
- ⊗ Forfait annuel de clientèle vulnérable
- ⊗ Supplément à l'examen de suivi de grossesse
- ⊗ Supplément de prise en charge de grossesse durant le 1^{er} trimestre
- ⊗ Supplément à l'examen d'un enfant de 0 à 5 ans
- ⊗ Supplément de prise en charge temporaire durant la grossesse

* Demi-per diem

15189, et le tarif en établissement est de 8,20 \$. Il ne s'applique pas en consultation externe de centre hospitalier.

Forfaits annuels liés à l'inscription de la clientèle

Enfin, l'inscription de clientèle donne droit à des forfaits annuels, selon que le patient est vulnérable ou non et, dans le cas d'un patient vulnérable, selon son âge. Nous en avons parlé le mois dernier. Ces montants ne font pas l'objet de facturation. Ils constituent toutefois une forme de rémunération à l'acte et s'ajoutent à la rémunération du médecin, bien que les activités donnant lieu au paiement de l'un ou de l'autre des forfaits puissent avoir été entièrement rémunérées sur base de temps (tableau).

ÇA DEVIENT PLUS CLAIR ? Il nous reste à traiter de quelques milieux spécifiques où les médecins peuvent réclamer certains suppléments selon le mode de l'acte pour des activités effectuées durant des heures rémunérées sur base de temps. Ce sera le sujet de la prochaine chronique. D'ici là, bonne facturation ! 🍷

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

odes spécifiques

Ententes particulières et Annexes