

Soutien aux frais de cabinet – II

PLUSIEURS MÉDECINS n'inscrivent pas de clientèle, pour différentes raisons. Le mois dernier, nous avons pourtant vu que le soutien aux frais de cabinet est lié à l'inscription. Certains aménagements sont possibles. Seriez-vous de ceux qui doivent faire quelques démarches pour en bénéficier ?

Les médecins qui assurent le suivi obstétrical et qui effectuent des accouchements n'inscrivent souvent pas les patientes suivies. Ils s'en tiennent plutôt au seul suivi obstétrical. D'autres médecins fournissent du soutien à leurs confrères en santé mentale, en santé des jeunes, en soins palliatifs, lors des visites à domicile ou pour un aspect plus « pointu » de la pratique, comme le diabète ou les problèmes musculosquelettiques. Enfin, certains offrent des services sur référence, comme consultants (dermatologie, toxicologie et dépendance, traitement de la douleur chronique) ou pour l'exécution des gestes plus techniques liés à la régulation des naissances (avortements ou pose de stérilets). Une multitude de situations peuvent exister.

Des aménagements ont été introduits pour deux situations spécifiques. D'autres situations peuvent être reconnues par le comité paritaire responsable de cette entente particulière.

Le suivi obstétrical

Différents moyens permettent de donner accès au soutien aux frais de cabinet lors d'activités de suivi obstétrical. D'abord, le supplément de suivi temporaire. Le médecin qui détient des privilèges obstétricaux (qui effectue des accouchements) et qui assure le suivi temporaire d'une patiente sans l'inscrire peut se prévaloir d'un supplément de prise en charge temporaire (code 15189, tarif de 10,90 \$ en cabinet, et de 8,20 \$ en établissement) une fois au cours du suivi de la grossesse, soit lors de la prise en charge. Il ne peut se prévaloir de ce code si la patiente est déjà inscrite auprès de lui. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire que la patiente soit inscrite auprès d'un autre médecin. Il peut s'agir d'une patiente sans médecin de famille.

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

Tableau I.

Comptabilité des activités de suivi obstétrical selon le modèle d'activités

Modèle

Suivi dans le cadre d'une pratique de prise en charge générale	<ul style="list-style-type: none"> ● Patientes inscrites ● Supplément à l'examen de suivi (15144 ou 15145) ● Examen de prise en charge (00059) ● Supplément pour le suivi temporaire (15189)
Suivi obstétrical sans accouchements	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen de prise en charge (00059) ● Supplément à l'examen de suivi de grossesse (15144 ou 15145)
Suivi obstétrical avec accouchements (solo ou en groupe)	<ul style="list-style-type: none"> ● Supplément pour le suivi temporaire (15189) ● Supplément à l'examen de suivi de grossesse (15144 ou 15145) ● Examen de prise en charge (00059)

La patiente qui a fait l'objet de la facturation du supplément pour le suivi temporaire de la grossesse est traitée comme une patiente inscrite pour l'accès au soutien aux frais de cabinet, et ce, tout au long de sa grossesse.

Cependant, plusieurs médecins qui font du suivi obstétrical pratiquent en groupe de deux ou trois. Pour que les patientes connaissent les différents membres du groupe, ils assurent le suivi obstétrical des patientes par rotation. Comme seulement l'un d'eux peut se prévaloir du supplément pour le suivi temporaire d'une grossesse, le supplément seul est insuffisant.

Comme solution, chaque visite d'une patiente qui fait l'objet de la facturation du supplément pour l'examen de suivi de grossesse (code 15144 ou 15145) est comptabilisée comme une visite aux fins du soutien aux frais de cabinet.

Par contre, le supplément à l'examen de suivi de grossesse ne peut pas être réclamé lors de l'examen de prise

(Suite à la page 111) >>>

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 112)

en charge. Comme certains médecins font le suivi obstétrical, mais n'effectuent pas d'accouchements, cette visite, la plus longue, serait exclue du calcul de l'atteinte du seuil. Pour éviter un tel résultat, la visite de prise en charge de grossesse (code 00059) est aussi comptabilisée pour l'atteinte du seuil.

L'ensemble des activités de suivi obstétrical en clinique médicale permet donc d'avoir accès au soutien aux frais de cabinet, sans égard au modèle de pratique des différents médecins qui rendent ces services (tableau I).

Les cliniques-réseau

Les médecins qui exercent en clinique-réseau prennent un engagement d'offrir des services de consultation sans rendez-vous à une clientèle élargie, en plus de leurs activités de prise en charge et de suivi. Dans ces milieux, une mesure particulière s'applique lors des activités à l'urgence désignée (tableau II). Tous les patients sont alors comptabilisés en fonction de l'atteinte du seuil, qu'ils soient inscrits auprès d'un médecin du milieu ou non. Mais le seuil est rehaussé à au moins dix ou vingt patients pour permettre l'admissibilité au montant de 25 \$ ou de 50 \$ respectivement. Cette modalité ne s'applique pas aux urgences dites « ouvertes » des GME, qui doivent s'adresser au comité paritaire.

L'évaluation de l'atteinte de ces seuils se fait distinctement entre l'urgence désignée et les activités sur rendez-vous. Les règles habituelles s'appliquent à ces dernières. Ces différences imposent des adaptations lors de la facturation des forfaits de soutien. Le médecin doit alors déjà indiquer le secteur spécifique dans lequel il a vu chaque patient. De plus, il doit utiliser le modificateur associé à l'urgence désignée de la clinique-réseau (176) lorsqu'il facture le soutien en lien avec ses activités à l'urgence désignée et celui des activités sur rendez-vous (180) lorsqu'il réclame le soutien en lien avec ces activités.

C'est donc dire que le fait de voir un patient inscrit lorsque le médecin exerce à l'urgence désignée ne réduit pas le seuil pour ce secteur. Si le médecin ne voyait que des patients inscrits lors de sa journée à l'urgence désignée, il devrait quand même en voir vingt pour bénéficier du forfait de 50 \$. Enfin, même si l'évaluation de l'atteinte du seuil se fait distinctement pour les acti-

Tableau II.

Seuils et comptabilité des activités en clinique-réseau

Lieu	Type de clientèle	Seuils
Secteur réservé aux services sur rendez-vous	Patients inscrits seulement	6 et 12
Urgence désignée	Tout patient	10 ou 20

vités sur rendez-vous et celles à l'urgence désignée il n'est pas possible de réclamer plus de 50 \$ par jour. Le plafond demeure le même.

Et les autres types de pratique ?

En ce qui a trait aux autres types de pratique décrits en introduction, aucune modalité de facturation ne permet à la RAMQ de les repérer automatiquement. Toutefois, l'entente particulière prévoit qu'il est possible de faire une demande au comité paritaire qui la gère pour faire reconnaître la pratique du médecin en cause.

Le comité développera des principes directeurs pour établir une distinction entre les pratiques qui peuvent bénéficier de la désignation et celles qui ne le peuvent pas.

Il pourrait alors modifier le seuil applicable.

De prime abord, il faut être conscient que certains médecins optent pour une pratique du fait qu'ils ne veulent pas assurer de prise en charge et de suivi, tandis que d'autres ne peuvent bénéficier de l'inscription en raison du type de pratique qu'ils ont choisi. Le médecin qui préfère fournir exclusivement des services de consultation sans rendez-vous sans s'intégrer à une offre dans le réseau ne pourra probablement pas avoir droit à une désignation par le comité paritaire. Toutefois, une grande proportion des médecins qui n'inscrivent pas de clientèle devrait pouvoir bénéficier de la mesure de soutien aux frais de cabinet. N'hésitez donc pas à formuler une demande au comité paritaire en expliquant bien la nature de votre pratique selon les différents lieux où vous exercez. Adressez votre demande au D^r Serge Dulude à la Fédération.

Dans l'urgence désignée d'une clinique-réseau, tous les patients, inscrits ou non, sont comptabilisés pour l'atteinte du seuil donnant droit au soutien, mais le seuil est rehaussé à 10 ou à 20 patients.

proportion des médecins qui n'inscrivent pas de clientèle devrait pouvoir bénéficier de la mesure de soutien aux frais de cabinet. N'hésitez donc pas à formuler une demande au comité paritaire en expliquant bien la nature de votre pratique selon les différents lieux où vous exercez. Adressez votre demande au D^r Serge Dulude à la Fédération.

LE MOIS PROCHAIN, nous traiterons de certains examens qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical, mais qui sont pourtant assurés. D'ici là, bonne facturation ! ☺

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes