

Nouvelles nomenclatures en établissement – I

DE LONGUE DATE, les médecins se plaignent que la nomenclature en établissement est mal adaptée aux exigences quotidiennes. La rémunération par voie d'examen ne répond plus aux besoins des patients. Le tout changera d'ici l'automne. Si vous exercez dans ces secteurs, vous avez intérêt à revoir le tout !

Une situation existante inacceptable

En établissement, la rémunération actuelle repose sur le type d'examen (ordinaire, complet et complet majeur), d'où l'obligation d'un examen physique du patient ou tout du moins d'un contact avec ce dernier. Or, un contact ou un examen n'est pas toujours utile.

De plus, la rémunération sur base d'examen fait en sorte que la facturation varie énormément d'un médecin à l'autre, tant en ce qui a trait au type d'examen (ex : examen complet majeur à l'admission seulement contre un examen hebdomadaire lors du changement de médecin) qu'à la fréquence (quelques médecins réclament souvent plus d'un examen par patient par jour). Cet état de fait amène de la frustration chez les médecins et peut aussi donner lieu à des inspections par la RAMQ.

Vous avez été nombreux à dénoncer l'obligation de réclamer certains suppléments selon le secteur : supplément de responsabilité en soins de courte durée et bonification de 15,6 % en soins de longue durée. Enfin, particulièrement en réadaptation et en soins de longue durée, plusieurs médecins acceptent d'exercer à tarif horaire même s'ils préféreraient le faire à l'acte, mais les règles actuelles offrent peu de souplesse à cet égard.

Un nouveau cadre

Pour tenter de répondre à ces préoccupations, une nouvelle nomenclature a été créée pour les soins de courte durée*, la réadaptation et les soins de longue durée. Les examens cesseront donc d'exister dans ces secteurs. Ils seront remplacés par des « visites » de différentes natures qui prévoiront une rémunération fixe selon le type de

* Dans le cas des soins psychiatrique de courte durée, il faut souligner que seuls les soins physiques sont visés, à l'exclusion des soins psychiatriques.

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

visite et qui, selon leur nature, n'exigeront pas toujours un contact avec le patient. L'intervention clinique demeurera accessible, tout comme les actes (acte de congé, ponction, réanimation, chirurgie, etc.). La rémunération intégrera l'ensemble des suppléments spécifiques à une activité ou à un secteur, hormis les majorations applicables aux horaires défavorables. De nouveaux codes serviront pour la rémunération de certaines activités qui ne peuvent présentement être rétribuées qu'à tarif horaire ou à honoraires fixes, soit les échanges avec d'autres professionnels ou les proches d'un patient.

Par ailleurs, dans les milieux où les médecins effectuent des gardes sur place exigées par l'établissement, ces activités demeureront rémunérées sur base de temps, soit à honoraires fixes ou à tarif horaire entre 18 h et 8 h, ainsi que la fin de semaine et les jours fériés, même pour le médecin qui choisit d'être rémunéré selon la nouvelle nomenclature dans un tel établissement.

Enfin, comme toutes les activités cliniques seront dorénavant rémunérées, même selon le mode de l'acte, chaque médecin pourra choisir son mode de rémunération dans un milieu : acte, tarif horaire ou honoraires fixes. Le médecin qui voudra conserver le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pourra donc le faire.

Changements administratifs

Les changements nécessitent des adaptations : une à distance, soit à l'urgence, l'autre en regard des milieux visés, soit dans l'identification des lieux spécifiques.

À l'urgence, il est possible de réclamer le code d'examen et le tarif prévu pour le malade hospitalisé lorsque les formalités d'admission sont terminées, mais que l'établissement n'a pas de lit. Le médecin est alors mieux rémunéré du fait que le tarif est généralement plus élevé pour un patient hospitalisé que pour un patient inscrit à l'urgence. Avec la nouvelle nomenclature, ce ne sera pas possible. Le médecin qui assure la garde sur place à l'urgence devra toujours réclamer les codes et les tarifs d'un patient inscrit à l'urgence lorsque le patient est à l'urgence, même si les formalités d'admission sont terminées. Il pourra, par ailleurs, réclamer un montant compensatoire pour chaque examen d'un patient dont les formulaires d'admission sont remplis.

(Suite à la page 127) >>>

Généralités

Cabinet et domici

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes

En fin... la facturation noir sur blanc

◀◀◀ (Suite de la page 128)

En ce qui a trait à l'identification du lieu, jusqu'à présent la RAMQ valide la facturation en fonction du code d'établissement indiqué sur la facture, dont le dernier chiffre précise le secteur (clinique de consultation externe, urgence, admission en soins de courte durée, gériatrie active, soins de longue durée, psychiatrie). Cependant, dans le but de réduire le nombre des nomenclatures applicables par milieu, cette correspondance ne sera plus exacte. Selon les milieux, le médecin qui prodigue des soins de courte durée (dans un établissement de soins de longue durée comme un CHSLD, par exemple) pourrait être tenu d'utiliser la nomenclature des soins de longue durée ou de réadaptation. Le site Internet de la RAMQ contiendra un tableau indiquant les nomenclatures applicables dans chaque milieu et chaque établissement.

Il s'agit d'un changement malheureux, mais le médecin n'a à faire une telle vérification qu'une seule fois. Par la suite, il produit sa facturation selon les règles qui devraient demeurer constantes.

D'où vient l'argent ?

La nouvelle nomenclature, de même que la création de nouveaux codes pour rémunérer des services qui n'existaient pas auparavant, a un coût. Ces modifications sont financées à même l'argent réservé pour les mesures de productivité dans ces secteurs. La totalité de l'argent restant pour l'ensemble de la durée de l'entente y a été allouée. Ces mesures provoquent donc un certain rattrapage et même un dépassement par rapport à des bonifications offertes en première ligne. Toutefois, d'ici la fin de l'entente, il n'y aura plus de telles mesures ciblées dans les secteurs qui bénéficieront de la nouvelle nomenclature, sauf pour les augmentations paramétriques que toucheront tous les médecins et pour d'autres mesures générales.

Par conséquent, le médecin qui choisira de rester à tarif horaire dans ces secteurs ne recevra que l'indexation. Il ne touchera pas (mis à part une rare exception en CHSLD) les bonifications des nouvelles nomenclatures. Le médecin à honoraires fixes est dans une situation particulière en raison du poids de ses contributions passées au RREGOP dans l'évaluation de sa rémunération personnelle. C'est pourquoi, il est prévu de créer à court terme un mode mixte qui permettra à ces médecins de conserver leur rémunération à honoraires fixes, tout en ayant droit à une certaine rémunération à l'acte en plus. Selon l'expérience, un mode mixte pourra être créé pour les médecins qui resteront à tarif horaire, mais il sera bien

différent du tarif horaire existant et risque d'imposer autant d'obligations quant à la facturation à l'acte que le mode de l'acte. Il est donc possible que ce mode ne soit jamais requis.

Aucune mesure spécifique n'est prévue pour la rémunération des services administratifs rendus en lien avec la participation à des comités, aux assemblées du CMDP ou les activités d'un chef de service. Cette rémunération doit être revue d'ici la fin de l'entente actuelle (en 2016). Toutefois, peu d'argent a été réservé à cette fin. Ce financement n'est pas unique aux trois secteurs visés par la nouvelle nomenclature.

En attendant, il se passe quoi ?

Ces modifications sont promises depuis longtemps. Et les secteurs visés vivent des difficultés réelles de recrutement et de rétention. Malheureusement, la négociation a pris beaucoup plus de temps que prévu au départ. Du fait des modifications importantes requises pour en permettre la mise en place par la RAMQ, leur entrée en vigueur n'aura pas lieu avant octobre 2013. **D'ici là, pour éviter de pénaliser les médecins, il a été convenu de majorer de 20 % les tarifs existants au 1^{er} janvier 2013 (soit l'effet moyen sur la formation de la nouvelle nomenclature).**

Pour les médecins rémunérés à l'acte, l'opération est transparente. Pour ceux qui sont rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes, une simple majoration du taux horaire n'était pas possible. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la nouvelle nomenclature a un volet de valorisation de la productivité du fait que la rémunération est rattachée au volume des services spécifiques rendus, ce qui est absent de la rémunération sur base de temps.

Il a donc été convenu que le médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes aura droit, de façon rétroactive, à la majoration de 20 % de sa rémunération selon ces modes pour ses activités dans les secteurs visés, à condition qu'il opte pour le mode de facturation à l'acte lorsque la nouvelle nomenclature serait en vigueur. À défaut de le faire, il ne bénéficiera pas de cette mesure transitoire. Une modalité particulière pourrait s'appliquer aux médecins à honoraires fixes selon la rapidité avec laquelle le mode mixte pour les honoraires fixes sera finalisé.

AU COURS des prochains mois, nous traiterons dans le détail de chacun des nouveaux codes. D'ici là, bonne facturation !

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Établissement

Honoraires fi

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes