

## Frais accessoires et services non assurés la notion « d'accessoire »

*Michel Desrosiers*

**N**OUS AVONS VU, dans notre dernière chronique, que la majorité des situations de non-conformité en ce qui a trait aux frais demandés aux personnes assurées sont faciles à régler, en modifiant une affiche, son emplacement ou sa taille ou encore en modifiant la forme d'un reçu. La question des frais accessoires peut être un enjeu plus important et certains peuvent même être tentés de contester la position de la RAMQ. Mieux vaut revoir les règles avant d'en venir là.

Les membres adressent régulièrement des questions à la Fédération en ce qui a trait aux frais accessoires. La « logique économique » ne prévaut pas toujours et les médecins ont souvent l'impression d'être coincés entre l'arbre et l'écorce. Bien souvent, selon qui doit en assumer le coût, certains services seront ou non inclus dans l'offre de service de la clinique.

### L'encadrement légal des frais accessoires

Le 9<sup>e</sup> alinéa de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* énonce la règle relative aux services accessoires (*encadré*). L'application est très large : elle vise 1) toute personne, ce qui englobe autant la clinique ou un promoteur que le médecin ou sa société individuelle ; 2) autant le fait de réclamer paiement que

*Le D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.*

### Encadré

#### **Loi sur l'assurance maladie Article 22, 9<sup>e</sup> alinéa**

Il est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées.

de le recevoir ; et 3) tous les services, les fournitures ou les frais qui sont accessoires à un service assuré rendu par un professionnel participant ou désengagé.

Alors qu'est-ce qui est « accessoire » à un service assuré ? De façon générale, tout ce qui en fait partie ou qui lui est assez intimement associé pour lui sembler accessoire. Prenons quelques exemples concrets.

### Facturation

Le médecin participant doit réclamer ses services à la RAMQ pour en recevoir le paiement. Pour ce faire, il engage des frais, même s'il fait sa facturation lui-même. La facturation des services à la RAMQ ne serait pas nécessaire sans les services assurés. Elle est donc accessoire au service assuré et le médecin ne peut demander de compensation au patient pour l'argent déboursé dans le but d'être payé par la RAMQ. Il en va de même de la personne assurée qui se présente sans sa carte d'assurance maladie et pour qui le mé-

**Il est interdit à toute personne (médecin, clinique, compagnie tierce) de percevoir des frais pour tous les services, les fournitures ou les frais qui sont accessoires à un service assuré rendu par un professionnel participant.**

### Repère

decin doit remplir le formulaire n° 1800, de façon à ce que la personne se fasse rembourser le coût de la consultation par la RAMQ.

### *Dossier médical*

La pratique de la médecine exige un certain cadre. Le médecin doit conserver un dossier et documenter ses échanges avec ses patients, ses constatations lors des examens, ses conclusions, ses diagnostics différentiels et définitifs de même que ses prescriptions et le résultat des examens qu'il demande. Il serait contraire aux exigences du Collège des médecins de pratiquer autrement. Lorsqu'un médecin voit un patient en cabinet pour effectuer un service assuré, le fait de constituer un dossier et de le conserver est accessoire au service assuré. Le médecin ne peut donc réclamer de frais pour l'ouverture du dossier ni de frais annuels pour le conserver.

### *Frais de cabinet*

Lors de l'examen et des échanges entre patient et médecin, certaines conditions doivent être respectées. Le patient doit savoir quand il peut consulter, le plus souvent en prenant rendez-vous auprès du personnel de la clinique. Lors de la visite, les échanges doivent être confidentiels, ce qui impose un lieu fermé qui évite que des passants entendent les confidences du patient. Le patient doit pouvoir se déshabiller de façon à être examiné, ce qui impose encore un lieu fermé, mais aussi chauffé ou climatisé pour permettre un tel examen. Différentes fournitures sont requises, comme du papier pour la table d'examen, des gants d'examen, un spéculum ainsi que des sutures et des aiguilles pour effectuer une réparation de plaie. Tous ces éléments sont accessoires au service offert. Il n'est pas possible d'offrir le service autrement. De plus, sans service assuré, ces dépenses n'auraient pas lieu. Le médecin ne peut donc demander de compensation à ses patients pour ces éléments.

### *Épreuves de laboratoire*

La prescription d'épreuves de laboratoire fait partie de la pratique médicale. Certaines de ces épreuves sont effectuées par le médecin lui-même, d'autres par son personnel. L'entente prévoit souvent des tarifs pour ces services, du moins quand c'est le médecin qui les effectue et stipule parfois que ces services sont inclus dans l'examen effectué. Aucun tarif n'est prévu lorsque le test de laboratoire est effectué par le personnel du médecin (sauf peut-être pour les examens courants de radiologie). Lorsque les épreuves se font dans le cadre de l'examen par le médecin, elles sont alors accessoires au service assuré. La situation qui donne le plus souvent lieu à du mécontentement est le « strep test ». Aucun tarif n'est prévu à l'entente pour ce service et le coût du matériel pour effectuer cet examen n'est pas négligeable. Le fait que ce test soit accessoire à un examen (et donc que le coût n'en soit pas récupérable) n'incite en rien les médecins à offrir ce service. Une prise de sang lors d'un examen assuré est aussi accessoire au service et ne peut faire l'objet d'une réclamation au patient. Les manipulations subséquentes (centrifugation ou transport, par exemple) sont toutefois une autre histoire. La grille tarifaire de la Fédération propose d'ailleurs un tarif pour le transport d'un échantillon médical.

Par ailleurs, lorsque la clinique offre un service de prélèvement où le patient peut se présenter ultérieurement, comme il pourrait aller au CLSC ou à un laboratoire privé, le service effectué par du personnel non participant de la clinique (infirmière employée par la clinique) n'est alors pas accessoire, mais bien un service non assuré.

Comme si ce n'était pas déjà assez compliqué, la RAMQ s'interroge sur les associations entre certains cabinets et des laboratoires privés. Comme nous venons de le voir, les prélèvements peuvent ou non être accessoires à un service assuré selon le contexte. Mais il y a un coût à faire effectuer des examens en labo-

***En clinique médicale, le fait d'ouvrir ou de conserver un dossier médical en lien avec des services assurés est accessoire à ces services et ne peut donner lieu à la perception de frais auprès du patient.***

***Le fait d'exercer en cabinet et d'utiliser des fournitures courantes pour offrir des services assurés est accessoire à ces services et ne peut donner lieu à une facturation au patient.***

ratoire privé, ce qui introduit deux autres volets puisque les laboratoires privés « facturent » ces services de laboratoire à la clinique à un taux inférieur à celui qui est réclamé au patient lorsque la clinique effectue les prélèvements.

Dans certains cas, l'ampleur de la différence entre le prix de détail facturé au patient et le prix de gros que paie la clinique ou le médecin amène la RAMQ à se demander s'il ne s'agit pas d'une forme de compensation pour les frais de fonctionnement de la clinique, ce qui pourrait, à ses yeux, en faire des frais accessoires interdits.

Dans d'autres cas, certains promoteurs ont offert l'accès à un médecin à condition de faire faire un bilan sanguin dans un laboratoire privé déterminé avant de pouvoir voir le médecin. L'accès au médecin étant accessoire au service assuré, vous aurez deviné qu'une telle approche est interdite. La même analyse s'applique aux forfaits annuels donnant accès au médecin et la facturation d'autres services dans le même but. Il s'agirait alors de frais accessoires. Autrement, il s'agirait de frais additionnels pour des services assurés, ce qu'interdit aussi la loi.

Vous comprendrez donc que dans le cadre d'une enquête ou d'une visite par l'unité d'inspection en ce qui a trait aux frais, la RAMQ s'intéresse particulièrement à ces questions lorsqu'une clinique effectue des prélèvements sanguins au cours d'une visite médicale, pour ensuite les acheminer à un laboratoire privé.

### **La limite des frais accessoires – ce qui est permis**

Certains frais sont expressément permis en raison de l'exception évoquée à la toute fin du paragraphe de la *Loi sur l'assurance maladie* qui traite des frais accessoires, soit par entente. Le Préambule général du manuel de facturation prévoit que le médecin peut demander compensation pour certains frais, soit les médicaments ou les produits anesthésiques administrés lors d'un service assuré ou la pose d'un stérilet, lorsqu'il en a assumé les frais. Bien que ces services

soient manifestement accessoires au service assuré au cours duquel ils sont offerts, les parties se sont au moins entendues sur ce grain de « logique économique ».

D'autres services sont carrément non assurés, comme les résumés de dossier, les rapports destinés à un assureur ou à un tiers (ex. : un billet d'absence ou de maladie). Bien qu'ils puissent parfois être rendus lors d'un service assuré, ils sont indépendants et ne constituent donc pas des services accessoires. Contrairement à la constitution d'un dossier, qui témoigne d'une rencontre avec un patient, la production d'un billet médical est exclue du service assuré. Les normes de pratique n'exigent pas la production d'un tel billet. Il s'agit d'un besoin administratif du patient. La Fédération estime que certains autres services ne sont pas assurés, tels que les frais de transport des échantillons médicaux ou des prélèvements. Il pourrait en être de même de la centrifugation des échantillons.

Il est donc permis au médecin de réclamer des frais à un patient ou à un tiers pour ces services, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une condition pour avoir accès au médecin ou pour bénéficier d'un service assuré. Si ces services étaient conditionnels, ils deviendraient alors accessoires au service ou un paiement supplémentaire à ce que prévoit l'entente pour un service assuré, comme nous venons de le voir.

En ce qui a trait à la manière de facturer les frais pour les services non assurés, une divergence d'opinions persiste entre la Fédération et la RAMQ par rapport aux forfaits annuels, pratique que la RAMQ qualifie de contraire à la loi. La Fédération tente de régler cette question par différents moyens, faute de quoi elle devra peut-être recourir au processus de règlements de différends ou de jugements déclaratoires pour faire définitivement trancher la question. Nous en reparlerons selon l'issue des démarches actuelles.

**L**A NOTION DES FRAIS accessoires vous paraît moins floue ? Nous traiterons subséquemment des préparatifs à la retraite. À la prochaine ! 🍷

**Advenant une différence importante entre le prix de détail réclamé au patient et le prix de gros que paie la clinique pour des épreuves de laboratoire, la RAMQ peut avoir l'impression qu'il s'agit de frais accessoires interdits.**

**Repère**