

# RÉMUNÉRATION DE NIVEAU A ET B POUR L'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE – I

Michel Desrosiers

La nomenclature applicable à l'hospitalisation de courte durée a été modifiée il y a bientôt un an. Elle intégrait deux niveaux de tarification, soit A et B, ce deuxième s'appliquant dans certaines unités seulement. L'accès à l'un et à l'autre soulève encore des questions de la part des médecins et des agences qui font leur facturation. Traitons-en!

L'article 2.2.6 D du Préambule général du *Manuel de facturation* prévoit une nomenclature propre à l'hospitalisation de courte durée dans différents services (principalement des visites de différentes sortes et des échanges interprofessionnels) qui sont les mêmes, que le patient soit admis dans une unité générale ou spécifique. Toutefois, le code de facturation de même que le niveau du tarif peuvent varier selon le type d'unité.

La distinction entre ces deux niveaux de tarification est énoncée dans le paragraphe 2.01 de l'Annexe XXII de la Brochure 1. La tarification de niveau B touche généralement les milieux hospitaliers de soins de courte durée dans les lieux suivants : unité de soins de courte durée gériatrique, services gériatriques ambulatoires, hôpital de jour d'un programme de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, unité de décision clinique, unité de soins physiques dans un département de psychiatrie (y compris le centre de consultation externe), unité de soins palliatifs (dont le centre de consultation externe et la maison privée de soins palliatifs liée par entente avec un établissement).

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

Contrairement à ce qui prévaut pour l'hospitalisation générale de courte durée, un médecin exerçant dans les lieux visés par la rémunération de niveau B peut être rétribué selon le mode du tarif horaire pour ses activités au sein des unités visées. Toutefois, entre l'acte et le tarif horaire, la reconnaissance de l'activité se fait différemment. De ce fait, plusieurs médecins anciennement à tarif horaire ont de la difficulté à observer correctement les règles lorsqu'ils sont rémunérés selon le mode à l'acte.

**L'encadrement de l'accès à des modalités données est différent entre le tarif horaire et le mode à l'acte, ce qui rend la transition vers l'acte difficile pour certains.**

Une révision des effets de l'encadrement applicable à chaque mode permettra de faire ressortir ces différences. Dans un premier

temps, nous traiterons des principes. Et le mois prochain, nous regarderons des exemples concrets des conséquences de ces principes.

## ENCADREMENT DU TARIF HORAIRE DANS LES MILIEUX VISÉS

Le tarif horaire est accessible pour certaines activités en centre hospitalier de soins de courte durée, plus particulièrement celles auxquelles la rémunération de niveau B s'applique. Anciennement, c'était par l'entremise d'ententes particulières qu'un médecin avait accès au tarif horaire et ces ententes imposaient généralement l'adhésion de l'ensemble des médecins exerçant dans le milieu ou l'installation. Depuis octobre dernier, l'accès à ce mode est de plein droit, chaque médecin faisant maintenant un choix individuel sans effet sur d'autres médecins exerçant dans le même secteur\*. Du même coup, la contrainte des

\* Certaines activités sont toujours gérées par l'entremise d'une entente particulière, généralement celle dite des programmes spécifiques. Il s'agit le plus souvent d'activités ambulatoires effectuées en CHSGS : services pré-hospitaliers cliniques, clinique de la douleur, service d'oncologie, clinique des plaies, etc. Vous pouvez en consulter la liste dans l'annexe mise à jour en continu de cette entente particulière.

«banques d'heures» pour ces activités a été supprimée<sup>†</sup>.

Notez bien alors que le médecin est rétribué selon le mode du tarif horaire pour le secteur d'activité visé. Que ce médecin voie un patient à l'urgence, en consultation externe, dans une unité générale d'hospitalisation de courte durée ou dans l'unité spécifique, dans la mesure où l'activité fait partie du programme concerné, c'est la rémunération à tarif horaire qui est en vigueur. Cet encadrement est toujours de mise aujourd'hui pour le médecin rémunéré à tarif horaire. C'est donc en fonction du médecin (et de la nature de ses activités), et non du lieu précis dans le centre hospitalier où le patient est vu, que s'applique la rémunération.

### **ENCADREMENT DE L'ACTE DANS LES UNITÉS VISÉES EN SOINS DE COURTE DURÉE**

Le service à l'acte n'est pas défini en fonction du médecin, mais bien du lieu où les soins sont rendus au patient. C'était vrai avant l'adoption de la nouvelle nomenclature et ça le demeure. Il s'agit d'un cadre radicalement différent de celui du tarif horaire. Au lieu d'être payé en fonction du sous-secteur d'activité, le médecin rémunéré à l'acte voit sa rétribution varier à l'intérieur d'un secteur d'activité selon le lieu où il rend des services. Lorsqu'un patient de soins palliatifs est vu alors qu'il est inscrit à l'urgence, le médecin réclamera le tarif de l'examen ou de la consultation effectué. Le patient hospitalisé, vu à l'urgence ou en consultation à l'étage général d'hospitalisation

de courte durée, donnera plutôt lieu à la facturation d'une visite au tarif de niveau A. Une fois le patient admis dans l'unité de soins palliatifs, les visites deviennent facturables selon le niveau B.

### **CHANGEMENT D'ENCADREMENT, CHANGEMENT DE PERCEPTIONS**

Certains médecins se perçoivent comme des «consultants» en gériatrie ou en soins palliatifs, par exemple. Selon l'organisation applicable dans leur milieu,

---

**Dans un secteur visé, le tarif horaire s'applique au médecin sans égard au lieu dans l'hôpital où les services sont prodigués.**

**Contrairement au tarif horaire, le mode de l'acte et l'accès à un niveau particulier de rémunération sont fonction du lieu où le service est rendu et non du sous-secteur d'activité du médecin.**

---

les patients qu'ils étaient appelés à voir dans une unité spécifique ou ailleurs dans l'hôpital faisaient partie de la tournée d'autres médecins, soit ceux de la tournée générale. Ces derniers étaient habituellement payés à l'acte et

ne voulaient pas se prévaloir du tarif horaire. De plus, de l'époque des ententes particulières, des banques d'heures annuelles étaient octroyées et pouvaient imposer des limites sur le nombre de médecins pouvant être rémunérés pour les soins dans un secteur. Un fonctionnement mixte permettait de se soustraire à ces contraintes.

Du fait qu'anciennement l'option pour le tarif horaire liait l'ensemble des médecins dans un secteur, il n'était pas possible pour des médecins de l'extérieur d'un service «spécialisé» d'y être payés à l'acte. Pour déjouer le système, le médecin rétribué à l'acte devait réclamer ses services en indiquant le suffixe «3» destiné aux soins de courte durée «généraux» au lieu du suffixe spécifique du secteur en cause. Ce faisant, le médecin à l'acte ne semblait pas rendre des services dans le secteur spécifique. Il ne pouvait d'ailleurs pas se prévaloir des majorations prévues pour ces secteurs, n'étant pas perçu par la RAMQ comme y exerçant.

Vous aurez compris qu'un tel fonctionnement n'était pas conforme à l'entente. Il n'en demeure pas moins qu'il peut avoir coloré la compréhension qu'ont conservée certains médecins (à l'acte et à tarif horaire) de la facturation permise dans les unités spécifiques.

Ça devrait suffire comme résumé des principes. Le mois prochain, nous verrons des exemples des effets concrets de ceux-ci. D'ici là, bonne facturation! //

---

<sup>†</sup> Les programmes spécifiques sont toujours sujets à des banques d'heures fixées par le ministre sur recommandation du comité paritaire.