

# RESSERREMENT DES CONTRÔLES ET EFFETS SUR LA FACTURATION

Votre facturation, qui était acceptée depuis quelques années, est subitement refusée sans qu'il y ait eu de modification à l'Entente. C'est probablement que la RAMQ n'avait pas encore mis en place les contrôles informatiques pour certains volets de la facturation. C'est ce qui est arrivé en juin. Avez-vous été surpris ?

Michel Desrosiers

Les médecins ont l'impression que la RAMQ contrôle tout de leur facturation, et ce, dès le traitement informatique initial. La vérité est cependant toute autre. Concevoir et programmer des modalités de contrôle prend du temps et peut nuire à l'instauration rapide de nouvelles mesures. Chaque fois que les parties apportent des modifications à l'Entente, la RAMQ doit évaluer si des mesures de contrôle sont requises. Elle choisit à l'occasion de ne pas en mettre en place ou de le faire plus tard lorsqu'elle aura le temps. Parfois, à la suite de l'analyse de la facturation, elle revoit la nécessité d'en instaurer une. Toujours est-il qu'une telle mise en œuvre différée amène certaines médecins à développer une mauvaise compréhension de l'Entente du fait que leur facturation « passe » un certain temps dans le système de facturation. Lorsque de nouveaux contrôles viennent bloquer cette facturation, généralement sans infolettre accompagnatrice, les médecins dont la facturation était inadéquate apprennent subitement qu'elle s'avère non conforme à l'Entente. Revoyons certaines règles.

## MODE MIXTE

Selon les règles générales du mode mixte, un médecin adhérent doit effectuer au moins 60 minutes de services continus dans un secteur du mode mixte pour pouvoir facturer le forfait horaire. Comme ce premier forfait horaire est distinct pour chaque mode mixte, le médecin qui exerce dans deux modes mixtes le même jour devra donc faire au moins une heure continue dans chaque mode pour pouvoir réclamer un forfait horaire dans chacun. Par la suite, les périodes additionnelles peuvent être discontinues.

À la suite de l'analyse de la facturation du mode mixte, la RAMQ s'est rendu compte que les informations demandées lors de la facturation ne lui permettaient pas de vérifier si ce qui était réclamé respectait les règles. Ces informations laissaient croire à un médecin qu'il pouvait, par exemple, réclamer sa première heure dans deux modes mixtes différents au cours des mêmes soixante minutes.

Le D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

La RAMQ exige déjà que le médecin inscrive le début de chaque première heure du mode mixte de façon distincte lorsqu'il exerce dans deux modes mixtes le même jour. Elle exige dorénavant qu'il spécifie en plus l'heure de début et de fin période additionnelle (en supposant qu'elles soient continues) pour chaque mode. Si les heures sont effectuées de façon discontinue, on comprend facilement l'obligation d'indiquer l'heure de début et de fin de chacune de chaque période additionnelle contiguë de 15 minutes. En plus de donner l'impression aux médecins de « poinçonner » à répétition, un tel découpage augmente les risques que ces derniers perdent des périodes additionnelles du fait qu'elles ne sont pas chacune d'au moins 15 minutes. Ces nouveaux irritants amèneront sans doute certains d'entre eux à réévaluer la pertinence de conserver le mode mixte.

En raison de l'ajout de ces exigences, la RAMQ peut désormais refuser les activités réclamées dans le mode mixte entre minuit et huit heures du matin, car ce mode ne s'applique pas durant cette période. Les médecins doivent donc facturer selon le mode à l'acte conformément aux règles du secteur en cause. Seule la Santé publique fait exception. S'il n'est jamais possible de réclamer des forfaits horaires en mode mixte durant la période en question, les médecins qui travaillent en Santé publique peuvent réclamer, dans ce secteur seulement, les suppléments d'honoraires au plein tarif (100 %), ce qui compense en bonne partie la perte du forfait horaire correspondant.

Vous devinez qu'en l'absence d'information de contrôle, la RAMQ ne pourra effectuer une révision automatisée de la facturation passée. Elle pourrait toutefois faire une inspection, processus beaucoup plus lourd et onéreux. On peut donc supposer qu'elle réserverait une telle démarche à une facturation qui lui semble manifestement aberrante.

## RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN COORDONNATEUR

Le médecin coordonnateur du GAMF est rémunéré conformément à l'Entente particulière sur le DRMG selon une banque annuelle de forfaits. Ces forfaits ne sont pas liés à une semaine ni à une journée spécifique. Par conséquent, un médecin peut les répartir tout au long de l'année ou encore les réclamer d'un coup au début ou à la fin de l'année. Néanmoins, il doit

toujours respecter le nombre maximal permis pour l'année. Ce mode de fonctionnement pourrait poser des problèmes lorsque deux médecins se partagent ce poste durant l'année. Ces derniers doivent donc « coordonner » leur facturation. Toutefois, il semble que ce ne soit pas toujours le cas, ce qui a amené la RAMQ à ajouter un contrôle systématique annuel de la facturation des forfaits.

L'application se fait de janvier à décembre. Les coordonnateurs ont intérêt à suivre leur facturation. S'ils ont accès à d'autres modalités de facturation, comme la lettre d'entente 269, ils doivent bien respecter les directives de facturation pour éviter des coupures injustifiées.

### **FACTURATION DE FORFAITS DE GARDE SUR PLACE À L'URGENCE**

Les divers forfaits de garde sur place à l'urgence peuvent être facturés pour une période définie. Dans le cas du code 19850, c'est de 8 h à 20 h, soit une période de douze heures. La RAMQ vérifie depuis longtemps le respect de la durée maximale. Toutefois, le système permet d'indiquer une date de fin de garde différente de celle de début. Le médecin qui commencerait sa garde à 16 h pour la terminer à 20 h le lendemain pourrait ainsi facturer douze heures à l'aide de ce code la première journée, même si seules les heures travaillées entre 16 h et 20 h la première journée sont réellement facturables.

La RAMQ a donc ajouté un contrôle quotidien et refuse dorénavant la facturation du médecin si le nombre d'heures des forfaits réclamés excède la période payable selon l'heure de début de facturation inscrite par le médecin. Les médecins qui ont réclamé des heures hors forfaits ont sans doute fait une erreur de facturation. Toutefois, ils peuvent voir ce nouveau contrôle comme un avantage puisque le forfait en vigueur après 20 h est plus élevé, du moins dans certains milieux.

D'autres médecins ont pu réclamer le forfait pour les heures additionnelles de nuit (code 09803) à partir de 7 h du matin pour l'entièreté de leur garde, soit une période de neuf heures. Depuis peu, le système tient compte de l'heure du début de la facturation du forfait pour calculer une durée maximale. En pareille situation, le médecin peut réclamer le code 09803 entre 7 h et 8 h. Cependant, pour la suite de sa garde, il devra plutôt utiliser le code applicable pendant le jour, soit le code 19850 dont nous venons justement de parler.

### **FACTURATION DE LA GARDE SUR PLACE ET DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EN SIMULTANÉ**

De longue date, la RAMQ ne permet pas la garde en disponibilité dans une installation quand elle est effectuée par un médecin rémunéré en même temps pour une garde sur place, car le médecin qui assure la garde sur place ne peut, selon elle, assurer en même temps la garde en disponibilité et se déplacer pour évaluer un patient dans une autre installation. Or, la RAMQ acceptait la facturation de la garde sur place à

l'urgence par le médecin qui réclamait la garde en disponibilité pour une autre installation. Depuis peu, elle a instauré un contrôle pour éviter ce qu'elle perçoit comme une double rémunération.

### **INCOMPATIBILITÉ DE FACTURATION POUR LA GARDE SUR PLACE POUR LE MALADE HOSPITALISÉ ET LE MODE MIXTE**

Plusieurs milieux ont adhéré à l'entente particulière sur le malade hospitalisé qui permet aux médecins de réclamer un forfait quotidien s'ils sont sur place au moins huit heures entre 8 h et 17 h tous les jours, en plus d'un pourcentage des services effectués. Lors de l'adhésion à cette entente particulière, il est possible d'exclure certains secteurs, le plus souvent parce que les médecins y sont rémunérés à tarif horaire ou parce que quelques lits sont pris en charge par un ou des médecins solos qui sont à l'hôpital pendant un court laps de temps chaque jour. Le médecin qui se prévaut de ce forfait ne peut facturer selon un autre mode ou une autre entente particulière le même jour (exception faite de l'*Entente particulière sur les soins intensifs* qui donne accès à un forfait quotidien pour les soins prodigués à un patient aux soins intensifs).

Or, fait surprenant, la RAMQ constate que certains médecins facturent ce forfait et des services au mode mixte dans le même milieu le même jour. C'est pourquoi elle a mis en place des modalités de contrôle pour bloquer une telle facturation.

Le médecin qui se prévaut d'un demi-forfait pour sa présence sur place pendant au moins quatre heures entre 8 h et 13 h et qui est actif dans une autre installation ou en cabinet après 13 h n'est pas touché par ce contrôle, car sa facturation est conforme. Par contre, celui qui effectue une semaine de tournée et qui assure en même temps les services dans une unité exclue se butera à des problèmes. L'entente particulière prévoit toutefois une solution au paragraphe 4.06.02. Bien que le médecin adhère normalement à un autre mode dans un secteur exclu par l'entente, comme le tarif horaire en unité de soins palliatifs, lorsqu'il est rémunéré en vertu de l'entente particulière sur le malade hospitalisé et qu'il donne des services dans cette unité, il est rétribué à l'acte pour ses services selon le pourcentage prévu à l'entente particulière. Si l'unité exclue est celle des soins palliatifs pendant la semaine ou la journée durant laquelle le médecin est rémunéré en vertu de l'entente particulière sur le malade hospitalisé, il réclamera les codes prévus pour les patients hospitalisés (niveau B) au pourcentage de l'entente particulière pour les services des patients dans l'unité de soins palliatifs.

Comprenez-vous mieux ce qui se passe? Évitez-vous désormais de croire que votre facturation est conforme si « elle passe à la RAMQ »? Le mois prochain, nous traiterons des forfaits et des suppléments liés à l'inscription de clientèle lors d'un congé d'invalidité, de maternité ou d'adoption. D'ici là, bonne facturation! //