Ligne directrice de pratique - Honoraires et facturation

Approbation : Décembre 2013 **Dernière révision : Juin 2022**

Introduction

Les kinésiologues inscrits doivent offrir des services appropriés, sécuritaires et éthiques. Il est important que des services de kinésiologie soient offerts à la population et que celle-ci puisse bénéficier de ces services. La transparence, l'équité, le caractère raisonnable des prix et la communication appropriée de l'information aux patients/clients sur les honoraires et les procédures de facturation sont des éléments essentiels d'une pratique éthique appropriée.

Bien que certains services soient couverts par des régimes d'assurance ayant leurs propres directives sur les honoraires, les kinésiologues, en général, ne sont pas tenus de suivre le même barème d'honoraires. Toutefois, les kinésiologues sont tenus de respecter les principes d'équité, de transparence et de caractère raisonnable pour l'établissement de leurs honoraires. Par exemple, un praticien qui est le seul kinésiologue exerçant dans une petite communauté ne devrait pas imposer des honoraires supérieurs à ce que ses pairs considèrent comme raisonnable tout simplement parce qu'il est le seul praticien disponible. Cela irait à l'encontre du principe de protection du public parce que, en fait, le coût des services pourrait empêcher les personnes en ayant besoin de s'en prévaloir.

La présente ligne directrice vise à expliquer en plus de détail la norme de l'Ordre sur les honoraires et la facturation.

Honoraires raisonnables

Un professionnel de la santé réglementé doit s'assurer que les honoraires demandés sont suffisamment raisonnables pour que les services soient généralement accessibles au public. Le membre se rend coupable de faute professionnelle s'il demande des honoraires excessifs. Le caractère raisonnable des honoraires dépend de ce que les autres praticiens ayant des compétences similaires et exerçant dans des milieux similaires facturent. Cela ne veut pas dire forcément que l'on doive considérer comme excessifs les honoraires de tout praticien qui demande des honoraires supérieurs à un autre. Il y a plusieurs facteurs pouvant être pris en compte pour fixer les honoraires : les compétences et l'expérience du praticien, l'emplacement du cabinet, les coûts indirects associés, comme les frais de location dans les régions plus densément peuplées, l'utilisation de technologies, la taille du cabinet, le milieu de pratique (domicile ou clinique), etc. Le kinésiologue qui demande des honoraires plus élevés que ses pairs ou des cabinets similaires doit être capable de justifier la différence au moyen de facteurs objectifs vérifiables.

Les kinésiologues ne doivent pas fixer leurs honoraires en fonction d'un désir de profit qui pourrait être jugé excessif ni en fonction de la capacité du patient/client de payer. De plus, tous les autres

frais facturés pour les déplacements, l'utilisation de technologies, la production de rapports, etc. doivent être raisonnables et clairs pour le patient/client. Les paiements ont pour but de couvrir les dépenses et non de générer des revenus.

Les kinésiologues sont tenus de fournir une explication complète et exacte des honoraires et frais aux patients/clients. Les éléments qui doivent être abordés pendant la discussion sur les honoraires et la facturation sont soulignés dans la norme de pratique de l'Ordre sur les honoraires et la facturation. Les kinésiologues doivent s'assurer d'obtenir le consentement du patient/client à tous les aspects du processus de facturation des frais et honoraires.

Taxe de vente harmonisée (TVH)

Les kinésiologues peuvent facturer la TVH sur les produits et services fournis. Les kinésiologues qui facturent la TVH doivent obtenir un numéro de compte de la TVH auprès du gouvernement et doivent indiquer ce numéro sur leurs factures sur demande. Ils doivent s'assurer d'informer les patients/clients qu'ils facturent la TVH et préciser si leurs honoraires incluent ou non la taxe.

Honoraires forfaitaires (forfait pour un bloc de services[1])

À titre de professionnel de la santé réglementé, un membre peut facturer un forfait pour un bloc de services. Les honoraires forfaitaires sont facturés lorsqu'un patient/client achète plusieurs séances à un prix réduit par séance. Le membre doit toutefois respecter certaines conditions. Premièrement, le prix d'une séance unique ne peut pas être excessivement élevé de façon à encourager les patients/clients à acheter un bloc de séances à un prix par séance qui est en fait le prix raisonnable. Le prix d'un service ou d'une séance unique doit être conforme au prix utilisé par le reste des membres de la profession.

Deuxièmement, comme encourager ou offrir des services non nécessaires ou imposer des honoraires excessifs constitue une faute professionnelle, les kinésiologues ne peuvent pas encourager un patient/client à acheter plus de séances que ce dont il pourrait avoir besoin. Par exemple, un patient/client qui veut obtenir des services de réadaptation à la suite d'une entorse de cheville pourrait avoir besoin de seulement quelques séances pour atteindre son objectif. Il faut être plus prudent quand on offre un plus grand nombre de séances, car il peut être plus difficile de confirmer les progrès et objectifs du patient/client sur une période de temps prolongée. Le membre doit faire reposer sa recommandation quant au nombre de séances de traitement requis sur les résultats d'une évaluation complète. Il faut donner au patient/client une explication complète de ce qui est inclus lorsqu'il achète un bloc de séances et aborder avec lui tous les éléments soulignés dans la norme de pratique de l'Ordre sur les honoraires et la facturation.

De plus, la décision de poursuivre les services ou de changer le plan de traitement doit reposer sur les besoins établis lors d'une nouvelle évaluation. On doit obtenir le consentement du patient/client pour poursuivre le traitement chaque fois qu'un changement important est apporté ou si le

[1] Les honoraires forfaitaires (forfait pour un bloc de services) peuvent comprendre les systèmes de facturation récurrente, comme les honoraires facturés à intervalles réguliers (p. ex. mensuellement) pour avoir accès à un nombre déterminé ou indéterminé de séances de traitement.

traitement se prolonge bien au-delà de la période prévue sans donner les améliorations attendues. Le membre doit être honnête envers le patient/client et lui dire lorsque l'objectif a été atteint. Si l'objectif est atteint avant que toutes les séances du bloc aient été utilisées, le patient/client a droit au remboursement des séances non utilisées.

De plus, un patient/client a le droit de retirer son consentement au traitement en tout temps. Par conséquent, le contrat signé par le patient/client lorsqu'il achète un bloc de séances **doit indiquer que le remboursement est permis**. Le remboursement peut être assujetti à des frais d'annulation à condition que ces frais soient raisonnables.

Si l'employeur du membre vend un bloc de séances à un patient/client avant qu'une évaluation soit faite, le membre doit quand même faire une évaluation et formuler une estimation raisonnable du nombre prévu de séances dont le patient/client aura besoin en fonction de l'état et des objectifs du patient/client. Le membre doit être prudent et informer son employeur que la vente d'un bloc de séances avant la tenue d'une évaluation va à l'encontre de la norme de l'Ordre.

Les publicités sur les honoraires forfaitaires doivent être claires et inclure tous les éléments exigés dans la norme de l'Ordre sur les honoraires et la facturation. On doit également ajouter un astérisque (*) lorsqu'on mentionne les honoraires forfaitaires afin d'indiquer que le coût est subordonné à une évaluation préalable par un professionnel de la santé réglementé.

Rabais

Les membres peuvent offrir un rabais à des groupes de patients/clients tels que les personnes âgées et les étudiants. Il ne doit pas y avoir de conditions ou de restrictions cachées lorsque le rabais est offert en fonction de l'appartenance à un groupe en particulier. Le groupe devrait être défini et perçu par le public comme nécessitant un rabais, p. ex. les personnes âgées. Si une personne âgée a les moyens de payer le plein montant, cela ne doit pas l'empêcher de bénéficier du rabais s'il est annoncé par le membre ou l'employeur.

Réductions

Les membres peuvent offrir un rabais ou une réduction sur une base individuelle pour des motifs de difficultés personnelles. Les membres doivent faire preuve de grande prudence lorsqu'ils réduisent le prix pour des patients/clients. Ils doivent viser un équilibre entre le besoin de services du patient/client individuel et le besoin d'équité et d'objectivité envers tous les patients/clients. Les membres doivent être très prudents s'ils permettent une réduction et doivent examiner la réduction dans le contexte de la relation thérapeutique avec le patient/client. Ils doivent éviter de donner une réduction en se basant sur leurs sentiments personnels, car cela pourrait être considéré comme une transgression des limites de la relation thérapeutique.

Voici quelques facteurs à prendre en considération :

- le besoin de services du patient/client;
- le degré de difficulté financière du patient/client;

- la disponibilité d'autres services connexes ou d'autres professionnels de la santé à un prix moins élevé.

Les membres peuvent également offrir d'autres possibilités de paiement, comme les paiements différés ou par versements, aux patients/clients pour réduire leur fardeau financier.

Les membres doivent documenter en détail toute réduction des honoraires ou modification des modalités de paiement.

Les membres doivent également faire preuve de prudence lorsqu'ils envisagent de réduire leurs honoraires pour les patients/clients qui n'ont pas de couverture d'assurance. Cela pourrait être perçu comme une situation où le membre impose des honoraires plus élevés aux patients/clients qui ont une assurance. L'absence d'assurance n'entraîne pas forcément des problèmes financiers pour le patient/client.

Bien que les rabais soient permis dans des situations appropriées, l'augmentation des honoraires en fonction de la capacité du patient/client de payer constitue une faute professionnelle.

Non-paiement et arrêt des services

Les membres ne sont pas tenus de traiter des patients/clients qui ne peuvent pas ou ne veulent pas payer. Cela dit, le membre ne doit pas cesser immédiatement le traitement lorsqu'un patient/client est incapable de payer. Si un patient/client ne paye pas sa facture, il faut discuter avec lui des attentes de paiement et des conséquences. Il convient parfois de modifier les modalités de paiement et d'accorder une réduction. Dans certains cas, lorsque le patient/client n'est plus en mesure de payer, le membre peut l'aider à obtenir d'autres services avant de cesser le traitement.

Si l'on a fait des efforts raisonnables pour se faire payer et que cela n'a pas réussi, il peut être nécessaire de demander à être payé à l'avance ou même de cesser le traitement. Les membres qui envisagent de cesser le traitement devraient consulter la norme de l'Ordre sur la mise en congé du patient/client. En général, la mise en congé d'un patient/client pour des motifs financiers ne devrait être envisagée qu'en dernier recours lorsque toutes les autres solutions ont été examinées.

Facturation et tiers payeurs

Les membres doivent adopter des procédures de facturation exactes et précises et tenir à jour des dossiers appropriés en tout temps.

Lorsqu'ils envoient une facture à un tiers payeur, les membres doivent être honnêtes, divulguer tous les renseignements et respecter toute autre exigence du tiers payeur facturé. Les membres doivent facturer les services fournis et ne peuvent pas modifier la description pour qu'elle corresponde au régime d'assurance du patient/client si la description est trompeuse. La facture du membre doit donner les détails et préciser clairement le type de services fournis. C'est le tiers payeur qui doit décider s'il couvrira le service dans une catégorie donnée. Lorsqu'ils ont des questions précises au sujet de la couverture ou des exigences liées à la facturation allant au-delà des normes de l'Ordre, les membres devraient communiquer avec les tiers payeurs directement.

Lorsqu'un patient/client n'est pas sous la supervision ou les soins directs d'un autre professionnel de la santé réglementé, le membre ne doit pas facturer les services d'un autre professionnel que ceux-ci soient couverts ou non par le régime d'assurance du patient/client.

L'Ordre n'a pas de position précise sur la modification des honoraires en fonction de la personne qui offre le service. Dans les milieux multidisciplinaires en particulier, il est important que le membre fasse preuve de transparence envers les patients/clients et les tiers payeurs quant au service qui est facturé et par qui. Les tiers payeurs peuvent avoir des restrictions quant à ce qui peut être facturé, et les membres doivent respecter ces exigences.

Augmentation des honoraires

Les membres peuvent augmenter leurs honoraires à condition d'assurer le caractère raisonnable des honoraires, la transparence et la compréhension. Il peut être nécessaire d'augmenter les honoraires parce que les frais administratifs ont augmenté ou pour refléter d'autres augmentations du coût de la vie. Lorsqu'un membre suit une formation supplémentaire, il peut être raisonnable d'augmenter les honoraires pour refléter le niveau accru de service et d'expérience. Un autre exemple est lorsqu'un membre investit dans des technologies nouvelles et supérieures permettant d'offrir de meilleurs soins, quoique plus coûteux.

Il pourrait être plus difficile d'augmenter les honoraires à payer pour les patients/clients existants, et les membres ont une plus grande obligation de diligence envers ceux-ci. Un membre a l'obligation de continuer à fournir les soins, au besoin, jusqu'à ce que le patient/client puisse les obtenir ailleurs. Une augmentation des honoraires risque d'empêcher certains patients/clients existants de poursuivre le traitement. Cela ne veut pas dire qu'un membre ne peut jamais augmenter ses honoraires pour les patients/clients existants, mais il ne peut pas cesser immédiatement leurs traitements tout simplement parce qu'ils ne peuvent pas payer l'augmentation. Les membres voudront possiblement envisager de conserver les mêmes honoraires pour les patients/clients existants, si possible, de limiter l'augmentation ou d'augmenter les honoraires graduellement. Les patients/clients existants doivent être informés longtemps à l'avance de l'augmentation des honoraires pour leur permettre de se préparer financièrement ou d'obtenir les services ailleurs.

Administration

Le membre peut confier les tâches de facturation au personnel du bureau. Le personnel de bureau peut expliquer les honoraires et les procédures de facturation du membre aux patients/clients, mais il incombe au membre de s'assurer que l'information fournie est exacte, que le patient/client comprend l'information et qu'on lui a donné la possibilité de poser des questions.

Souvent, les membres font partie d'une clinique interdisciplinaire où les procédures de facturation sont gérées par du personnel administratif. Bien que cela soit admissible, le membre conserve la responsabilité de veiller à ce que les procédures de facturation respectent les normes de pratique. Les membres doivent savoir quels honoraires sont demandés pour leurs services, de quelle façon leur numéro d'inscription ou de facturation est utilisé et quelles sont les politiques de l'organisme en matière de facturation. Il est également important que les membres vérifient périodiquement les

factures et les procédures de facturation pour s'assurer de leur exactitude et, en cas d'erreur, qu'ils prennent des mesures raisonnables pour y remédier.