



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

LETTRE-RÉSEAU

LR-DRM-105/2004

Document consultable dans Médi@m

Date :

11/08/2004

Domaine(s) :

Risques maladie

Ets sanitaires et médico-sociaux

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input checked="" type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Echanges de prestations inter-hospitaliers

Liens :

LR-DDRI-4/2001

Plan de classement :

241 243

Emetteur(s) :

DRM

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input checked="" type="checkbox"/> CRAM	<input checked="" type="checkbox"/> URCAM
	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input type="checkbox"/> Agents Comptables			
<input type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input type="checkbox"/> Régionaux	<input type="checkbox"/> Chef de service	
	<input type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion		

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Cette lettre-réseau vient, d'une part, rappeler les mécanismes d'échanges de prestations inter-établissements énoncés dans le guide technique d'échanges de prestations inter-hospitaliers disponible sur médiam et, d'autre part, d'apporter des précisions sur quelques cas précis.

Mots clés :

Etablissements de santé privé-public ; Echanges

La Directrice
des Risques Maladie

Bernadette MOREAU



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

LETTRE-RESEAU : LR/DRM/105/2004

Date : 11/08/2004

Objet : Echanges de prestations inter-hospitaliers

Affaire suivie par : Caroline GARCIN-PILLI (DRM/DREAM/DAHMES) 01.72.60.15.88

Mesdames et Messieurs les Directeurs,

L'objet de cette lettre-réseau est de rappeler les mécanismes d'échanges de prestations inter-établissements énoncés dans le guide technique d'échanges de prestations inter-établissements du 17 octobre 2001 (LR-DDRI-4/2001) et, d'autre part, d'apporter des précisions pratiques sur quelques cas précis suscitant des difficultés d'application par les établissements de santé et par les Caisses.

Je vous prie de croire, Mesdames et Messieurs les Directeurs, à l'assurance de ma considération distinguée.

La Directrice des Risques Maladie
Bernadette MOREAU

1. RAPPEL DE LA REGLE DE FACTURATION

La règle de facturation établie dans le guide technique des échanges de prestations inter-hospitaliers, du 17 octobre 2001 (LR-DDRI-4/2001), est la suivante : les actes ou prestations effectués à l'extérieur de l'établissement où est hospitalisé le malade doivent être facturés par l'établissement demandeur.

Cette règle est toutefois soumise à deux conditions tenant, d'une part, à la notion de transfert provisoire et, d'autre part, à celle d'établissement demandeur.

En effet, la règle précitée ne peut s'appliquer qu'en cas de transfert provisoire c'est à dire que le patient, après avoir bénéficié d'un acte ou prestation, retourne dans l'établissement d'origine dans lequel il est hospitalisé et cela dans un délai inférieur à 48 heures calendaires.

La règle de facturation s'applique alors aux frais de séjours ainsi qu'aux frais de transports.

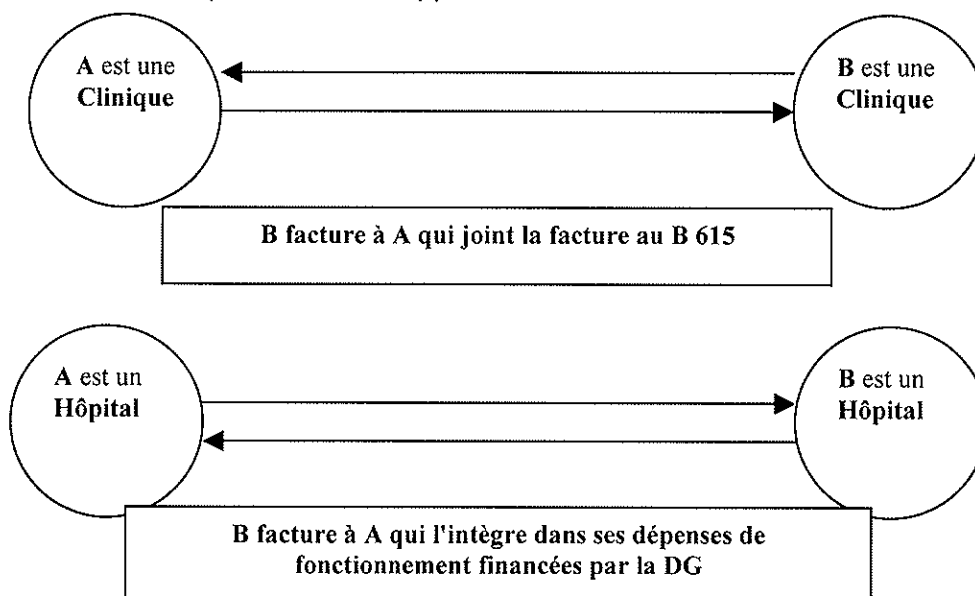
La seconde condition pour l'application de la règle de facturation tient à la notion d'établissement demandeur.

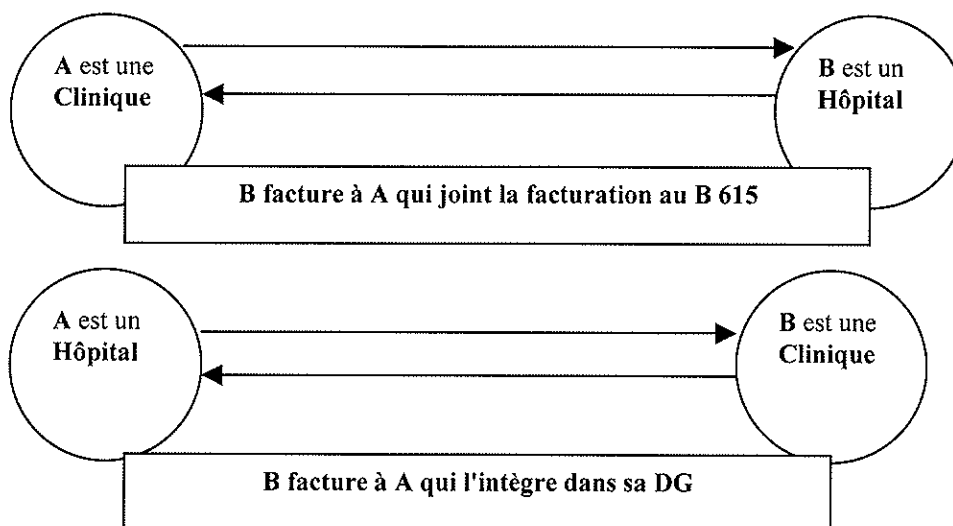
En outre, l'établissement demandeur est réputé être celui au sein duquel le médecin prescripteur exerce son activité. A défaut de prescription, la convocation du patient par un établissement extérieur, pour qu'il puisse bénéficier d'un acte ou d'une prestation, tient alors lieu de prescription.

Ainsi, l'établissement demandeur prend en charge l'acte ou le service, ou encore le transport.

Cas généraux :

Hypothèses envisagées lorsque l'établissement de séjour est appelé **A** et l'établissement prestataire est appelé **B**.





Cas spécifiques :

Il est important de souligner que les traitements pris en charge dans le cadre d'un réseau de soins au sens de l'article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale ou d'une convention de partage d'un équipement disposent de leurs propres règles de fonctionnement. Il en est de même des relations entre un établissement et une structure de soins libérale ou un cabinet de consultations privé.

En effet, les échanges entre deux établissements privés sont actuellement réglementés par l'arrêté du 23 avril 2001 et se décomposent ainsi :

- séjour avec hébergement : le retour du patient dans son établissement de séjour ne donne pas lieu à facturation d'un forfait ENT dès lors que le transfert est supérieur à 24 heures mais inférieur à 48 heures,
- séjour dans une structure alternative réalisant des actes de chirurgie anesthésie ambulatoire ou la médecine et l'obstétrique: en cas d'hospitalisation à temps complet, il n'y a pas lieu de facturer des forfaits d'accueil et de suivi (FA) ni du forfait d'accueil et de surveillance (AS),
- utilisation d'un plateau technique d'un autre établissement pour une durée inférieure à 24 heures : il y a dans ce cas lieu de facturer des FSO et FE correspondants sur la base des tarifs pratiqués par l'établissement prestataire.

Dans le cas de patient hospitalisé en clinique et qui doit bénéficier d'un acte ou d'un soin en hôpital, aux termes de la circulaire ministérielle du 22 mai 1986, l'établissement prestataire le facture à la clinique sur la base NGAP et LPP. A défaut de tarifs référencés, l'hôpital pourrait calculer sa prestation en se fondant sur son coût de revient, au regard des données comptables dont il dispose.

2. DIFFICULTES D'APPLICATION DE LA REGLE DE PRINCIPE

Des difficultés d'application de cette règle ont été soulevées tant par les caisses que par les établissements de santé, concernant notamment les cas suivants :

❶ Modalités de prise en charge des frais de transport en cas de convocation dans un établissement de santé public sous dotation globale (DG) d'un patient hospitalisé dans un établissement de soins de suite sous DG

Afin de résoudre cette difficulté, il convient au préalable de distinguer deux hypothèses : celle selon laquelle le prescripteur est l'établissement de soins de suite sous DG où séjourne le malade et celle selon laquelle le patient, séjournant dans un établissement de soins de suite sous DG, est convoqué par un établissement de santé public sous DG (après sortie de plus de 48 heures de ce dernier, donc dite définitive).

En effet, dans le **premier cas**, il est considéré que la prise en charge de la prestation, et des transports afférents, par l'établissement de soins de suite est justifiée par les règles d'échange de prestations inter-établissements fondées sur la circulaire ministérielle du 26 juin 1987.

En effet, il y a bien échange de prestations dès lors que l'établissement prescripteur (qui demande la réalisation de la prestation) est l'établissement de soins de suite.

Dans cette hypothèse, les prestations et les frais de transport sont inclus dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement de soins de suite et donc financés par sa DG.

En revanche, dans le **second cas**, l'établissement demandeur n'étant pas celui au sein duquel est hospitalisé le patient, la prestation ainsi que les frais de transport sont à la charge de l'établissement demandeur, qui est l'établissement de santé public sous DG et non l'établissement de soins de suite.

De ce fait, les frais sont inclus dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement de santé demandeur et non de l'établissement de soins de suite.

❷ Cas des modalités de prise en charge de transports d'un établissement SSR à un établissement de santé pour des soins itératifs

Aux termes d'un arrêt de chambre sociale de la Cour de cassation du 20 décembre 2000, une CPAM a été condamnée à prendre en charge des frais de transports itératifs d'une patiente hospitalisée dans un établissement de SSR, entre cet établissement et un Centre de lutte contre le cancer.

Toutefois, il ne s'agit que d'un arrêt d'espèce qui ne modifie pas la règle selon laquelle les frais de transport d'un patient hospitalisé dans un établissement financé par dotation globale vers un autre établissement, pour y bénéficier de soins itératifs, sont une charge d'exploitation couverte par la DG de l'établissement où le patient est hospitalisé (cf., en annexe 2, la lettre du Ministre du 15 février 2002 à Monsieur le Directeur de la CNAMTS, commentée LR/DDRI n°67/2002 du 3 avril 2002).

Lorsque l'établissement où est hospitalisé le patient est une clinique sous OQN, les caisses prennent alors en charge ces transports en sus.

④ Cas des modalités de prise en charge des transports effectués par le SMUR au sein d'une Clinique

Le principe établi par la circulaire ministérielle 87 H 345 du 6 juillet 1987 et la lettre ministérielle du 15 avril 1993 sur les transports SMUR est le suivant : tout transport réalisé entre deux établissements de santé s'analyse comme étant un transport secondaire.

Toutefois, l'INFO-CNAMTS n° 376 du 31 décembre 1996 vient préciser le cas des transports d'une clinique non autorisée en urgences à un établissement autorisé pour l'activité d'urgence.

Celle-ci prévoit, en effet, que dans la mesure où le malade ne fait qu'un bref séjour dans la clinique sans y être hospitalisé de façon formelle, la clinique ne peut alors pas facturer les frais de transport sur le bordereau 615, ni être considéré comme l'établissement demandeur.

En effet, au regard de l'état dans lequel se trouvait le malade, ce type de transport peut être assimilé à un transport primaire, et par conséquent, relever de la mission de service public du SMUR. Dans ce cas là, les frais de transport sont financés par la DG du Centre Hospitalier qui gère le SMUR.

Dès lors, il convient de distinguer deux hypothèses :

- *Hypothèse où le malade est accueilli en urgence au sein d'une clinique n'ayant pas de service d'urgence avant d'être orienté vers un centre hospitalier.*

Aux termes de l'INFO-CNAMTS n°376 du 31 décembre 1996 précitée, les frais de transport sont financés par la DG du Centre Hospitalier qui gère le SMUR.

- *Hypothèse où le malade est accueilli en urgence au sein d'une clinique qui facture un ATU avant de réorienter le patient vers un centre hospitalier ou une autre clinique.*

Dans cette hypothèse, conformément à la circulaire ministérielle du 6 juillet 1987 et à la lettre ministérielle du 15 avril 1993 sur les transports par SMUR, le transport du lieu de détresse du malade jusqu'aux urgences de la clinique, réalisé par le SMUR, s'analyse comme un transport primaire et, les frais correspondants sont inclus dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement gérant le SMUR, financées par sa DG.

Après avoir facturé l'ATU, lorsque la clinique envoie le malade aux urgences d'une autre clinique ou d'un centre hospitalier, il y a bien transport entre deux établissements: de celui dans lequel le patient a été hospitalisé en urgence vers un autre établissement de santé. Le transport s'analyse alors comme un transport secondaire.

Par conséquent, aux termes de la circulaire ministérielle précitée, le SMUR facture à la première clinique (établissement demandeur) les frais dudit transport. La clinique facture à son tour ces frais aux patients, en sus du prix de journée, frais pris en charge par les caisses.

Vous voudrez bien me faire connaître les difficultés rencontrées dans l'application de ces dispositions.