



**Caisse Nationale de l'Assurance
Maladie des Travailleurs Salariés**
Division des Affaires Hospitalières
et Médico-Sociales

GUIDE TECHNIQUE DES «ECHANGES DE PRESTATIONS INTER- HOSPITALIERS»

**I – MECANISME GENERAL DU DISPOSITIF ET
APPLICABILITE**

ECHANGE DE PRESTATIONS INTER-ETABLISSEMENTS

PROJET DE REVISION ET DE RECADRAGE DE LA CIRCULAIRE DU 26
JUN 1987 A L'ETUDE ACTUELLEMENT PAR UN GROUPE DE TRAVAIL
MINISTERIEL

préambule

Circulaire
du
26/6/1987

Les relations d'échanges des prestations qu'entretient un établissement de santé avec un autre établissement de santé ou un laboratoire de biologie sont une réalité voire une nécessité qui appelle l'adaptation des règles de facturation des prestations inter-établissements énoncées par la circulaire ministérielle n°87 11 277 du 26 juin 1987, d'une part, à la réorganisation en cours du cadre législatif et réglementaire du système de soins, d'autre part à l'évolution sans cesse des pratiques et des besoins.

L'ordonnance du 24 avril 1996 et la loi de financement 2000 fixent le cadre de l'organisation des soins délivrés par les établissements de santé. Ce cadre est destiné à évoluer vers une plus grande complémentarité en vue de mieux satisfaire les besoins, besoins qui sont aujourd'hui préalablement évalués dans le cadre des SROSS de 2^{ème} génération.

Les clivages existants entre l'activité en secteur public, hyper-spécialisée en équipements lourds et dans certains traitements, et celle relevant du secteur privé, plus axée sur les traitements aigus et les soins alternatifs, tendent à s'estomper au gré des opérations de regroupement et de coopération sanitaire.

Les missions des établissements dans un certain nombre de disciplines (urgences, transports sanitaires, oncologie, lutte contre la douleur, péri-natalogé etc..) sont désormais partagées d'une part entre les hôpitaux et les cliniques, d'autre part, entre les praticiens hospitaliers et les médecins libéraux.

Les statistiques mettent en évidence, malgré l'introduction du mécanisme de la dotation globale, l'essor rapide du nombre d'entrées et des consultations externes depuis plusieurs années ainsi que la progression des séjours d'hospitalisation de jour notamment dans les disciplines fortement évolutives en matière thérapeutique comme la cancérologie (+14,8% par an).

Or, la multiplication des échanges inter-établissements sans que soient définies parallèlement les conditions et les modalités permettant aux caisses de les prendre en charge, crée un besoin sans cesse renouvelé de cadrage des pratiques pour en améliorer la transparence et assurer l'égalité de traitement entre les différents intervenants.

Le projet de révision de la circulaire du 26 juin 1987 répond précisément à ce besoin de cadrage qui cependant, ne peut se faire que dans le respect de certaines limites imposées par le droit en vigueur, dans le domaine de l'hospitalisation publique (article L.174-1 du code de la sécurité sociale) comme dans celui du privé (article L.162-22-1 du code de la sécurité sociale et L.6114-3 du code de la santé publique).

I- Définition et fondement de la règle d'échanges inter-établissements

Règle de facturation

Selon le principe actuellement en vigueur, les actes ou prestations effectués à l'extérieur de l'établissement où est hospitalisé le malade doivent être facturés par l'établissement prestataire à l'établissement demandeur. *La continuité des soins* doit par conséquent être garantie au malade hospitalisé qui n'a pas à connaître ces échanges, lesquels feront l'objet d'une facturation groupée aux caisses.

Le remboursement des prestations échangées est effectué selon les règles de financement et de prise en charge définies par les textes réglementaires en vigueur.

Financement par la dotation globale

1- Dans le secteur de l'hospitalisation public, cette règle trouve sa justification dans le postulat suivant lequel les prestations délivrées par les établissements de santé publics ou PSPH forment un « tout compris » (suppression du lien entre la facturation et le volume des journées réalisées) donnant lieu à une prise en charge « globale » par l'établissement qui a admis le patient en hospitalisation, conformément aux dispositions de la circulaire n°3332 du 10 novembre 1982 (fascicule du code des règles de gestion page 39) elle-même issue du décret n° 82-634 du 8 juillet 1982.

L'affirmation de cette règle trouve naturellement son pendant dans les dispositions de la circulaire n°85- 1809 du 18 décembre 1985 relative aux examens pratiqués en externe par un établissement différent de celui du séjour du malade, et la circulaire n°86 H 242 du 22 mai 1986 diffusée par la circulaire CNAMTS CAB.DIR n°13/86 du 7 juillet 1986 relatives aux modalités d'imputation des journées en hospitalisation de jour.

2- Dans le domaine de l'hospitalisation privée, le principe retenu a été longtemps fondé sur des nécessités pratiques (soins que ne peut réaliser une clinique) plutôt que sur sa reconnaissance par les textes en vigueur, tels que la Convention Type de 1978 qui ne comportait aucune disposition y afférente.

Ets à PJ contractuel

Depuis, les échanges entre établissements appartenant au secteur privé sont inscrits dans plusieurs dispositions réglementaires qui en décrivent le mécanisme et fixent les limites en matière notamment de cumul de certaines prestations. (Convention type de 1997 article 17-V ; Arrêté du 23 avril 2001 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation des établissements relevant de l'article L.6114-3 du code de la santé publique, articles 1- 3° ; article 2 – II-3° alinéa 2 ; article 4- 6° alinéa 2 ; article 5-II- alinéa 3 ; article 7 – 2°- alinéa 2).

II- Conditions relatives aux échanges et mécanisme général

Pour que la règle s'applique, il faut au préalable en déterminer les conditions qui sont les suivantes :

1- Notion de transfert provisoire

Il n'y a lieu d'appliquer la règle des échanges que pour les transferts provisoires de patients à savoir, lorsque le transfert et le séjour dans un établissement extérieur n'excèdent pas 48 heures calendaires. Au-delà, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'un transfert définitif qui devra être traité indépendamment par chaque établissement.

Règle des 48 Heures

Le transfert provisoire suppose dans tous les cas que le patient retourne à son lieu d'hospitalisation d'origine.

Durant cette période de 48 heures, il sera dorénavant considéré que la règle s'applique aux *frais de séjour* comme aux *frais de transports* qui en découlent, nonobstant les dispositions de circulaires antérieures qui limitaient la notion de transfert provisoire à une durée de 24 heures pour les transports.

2- Notion d'établissement demandeur

Le principe est admis que c'est l'établissement dans lequel exerce le médecin prescripteur qui est réputé établissement demandeur. En l'absence de convocation expresse d'un patient en vue de passer un examen ou un soin à l'extérieur, la prescription qui a établi cet examen ou ce soin tient lieu de convocation.

**Règle
du «qui
prescrit
paie»**

Par conséquent, au regard du patient et des règles de facturation, la règle implique que durant la période de 48 heures entourant l'échange, on ne puisse considérer qu'il s'agit de deux hospitalisations distinctes et successives donnant lieu chacune à ses propres modalités de prise en charge et de facturation.

3- Mécanisme général

A- Etablissement de séjour

B- Etablissement prestataire

- | | | |
|--------------------|--------|---|
| 1- Clinique | —————> | Clinique (B facture à A qui joint la facture au B615) |
| 2- Hôpital | —————> | Hôpital (B facture à A qui l'intègre dans ses dépenses de fonctionnement financées par la DGF) |
| 3- Clinique | —————> | Hôpital (B facture à A qui joint la facturation au B 615) |
| 4- Hôpital | —————> | Clinique (B facture à A qui l'intègre dans sa DGF) |

III- Les restrictions et les limites à l'application de la règle

Les dispositions prévues dans le cadre de la circulaire du 26 juin 1987 ne s'appliquent pas aux traitements qui sont 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, ayant ses propres règles de fonctionnement.

**Réseaux
L.162-31-
1 CSS et
L.712-3-2
CSP**

De même, ne sont concernées que les relations établies par deux établissements de santé, ce qui exclut du champ de l'application de la règle, les relations entre un établissement et une structure de soins libérale ou un cabinet de consultation privé.

Cas des échanges entre deux établissements de santé privés :

- ***séjour avec hébergement*** : le retour du patient vers son établissement d'hospitalisation, après un séjour supérieur à 24 heures et inférieur à 48 heures, ne donne pas lieu à facturation d'un nouveau forfait d'entrée ENT.
- ***Séjour dans une structure alternative*** pratiquant la chirurgie anesthésie ambulatoire ou la médecine et l'obstétrique : le recours à service d'hospitalisation à temps complet ne donne pas lieu à facturation du forfait d'accueil et de suivi (FA) ni du forfait d'accueil et de surveillance (AS).
- ***L'utilisation d'un plateau technique*** d'un autre établissement pour une durée inférieure à 24 heures donne lieu à facturation des FSO et FE correspondants sur la base des tarifs pratiqués par l'établissement prestataire.

Arrêté
du 22
avril
2001

Cas du patient hospitalisé en clinique et nécessitant un acte ou un soin en hôpital :

L'hôpital facture à la clinique au tarif qui est prévu par référence à la réglementation en vigueur (nomenclature générale des actes professionnels, TIPS, etc..) sachant qu'à défaut de l'existence d'un tarif référencé, l'hôpital a la possibilité de calculer sa prestation sur la base de son coût de revient, compte tenu des données de sa comptabilité analytique.

Toutefois, en l'absence de tarif de référence la prestation échangée pose actuellement problème concernant son évaluation et sa liquidation. En tout état de cause, les relations inter-établissements ne peuvent aboutir à faire prendre en charge par les caisses les prestations dont la prise en charge n'est pas prévue par les textes.

Circulaire
86 H 242
du
22 mai
1986

IV- Cas particuliers

Les échanges liés à certaines activités ou à certains types de soins sont traités suivant des règles qui leur sont propres et qui n'ont pas beaucoup varié par rapport aux dispositions de la circulaire du 26 juin 1987. Il s'agit des :

- Actes d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de scanographie
- Actes réalisés par les laboratoires d'analyse privés ou dépendant des établissements de santé (circulaire 85 H 1091 du 23/08/1985 et NABM)
- Transports, à l'exclusion des transports d'urgence réalisés par les services du SAMU/SMUR qui obéissent à des règles particulières,
- Prélèvements des éléments du corps humain à des fins thérapeutiques (décret n°2000-409 du 11/05/2000- circulaire DSS/DH/DGS/2000/357 du 30/06/2000)
- Séances de soins itératifs ou chroniques telles que les traitements de chimiothérapie, de dialyse, de radiothérapie ou certaines affections listées dans le cadre de la circulaire

Enfin, la règle ne s'applique pas aux patients hébergés en centre de soins de longue durée ou en section de cure médicale disposant d'un budget annexe ou autonome, il appartient dans ce cas à l'établissement qui réalise la séance de les facturer le cas échéant.

ANNEXES (des tableaux seront produits lors d'une deuxième étape)