

**Le 10 novembre 2004**

**ARH Languedoc**

**Roussillon REF :**

**OBJET :** Prise en charge de patients insuffisants rénaux chroniques hébergés en EHPAD

Madame,

Par télécopie du 4 novembre 2004, vous avez souhaité recueillir ma position quant à la prise en charge financière des soins infirmiers que nécessitent les patients insuffisants rénaux chroniques hébergés dans une structure de type EHPAD.

A ce propos, je vous prie de bien vouloir trouver une note technique réalisée par mes services, qui me permet de conclure au vu des textes en vigueur, que les budgets des EHPAD n'intègrent pas le coût de ces dépenses du fait du particularisme de la chronicité et de l'itérativité des séances de dialyse.

Je vous informe que j'adresse une copie de cette note et de cette correspondance à la CPAM de Montpellier afin qu'elle puisse prendre les mesures nécessaires au règlement de la situation évoquée.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'assurance de mes sentiments distingués.

**LE DIRECTEUR DE LA CAISSE  
REGIONALE D'ASSURANCE  
MALADIE**

**Alain ROUX**

**LE DIRECTEUR DE LA CAISSE  
REGIONALE D'ASSURANCE  
MALADIE**  
  
**Alain ROUX**

**NOTE TECHNIQUE RELATIVE AU MECANISME APPLICABLE AUX ECHANGES DE PRESTATIONS  
INTER-ETABLISSEMENTS**

**CAS GENERAL ET CAS PARTICULIER DE LA DIALYSE**

**1- CAS GENERAL**

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.

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

Au niveau des établissements public et PSPH, cette règle trouve sa justification dans le postulat suivant lequel les prestations délivrées par les établissements de santé publics de PSPH forment un "tout compris" donnant lieu à une prise en charge globale pour l'établissement qui a admis le patient en hospitalisation.

Au niveau des établissements privés, plusieurs dispositions réglementaires décrivent le mécanisme des échanges interétablissements et fixent les limites en matière notamment de cumul de certaines prestations, tel que l'arrêté du 23 avril 2001.

C'est ainsi qu'il y a lieu d'appliquer cette règle pour les seuls transferts provisoires de patient, qui suppose que le patient retourne à son lieu d'hospitalisation d'origine.

Si tel est le cas, la règle s'applique aux frais de séjour comme aux frais de transport qui en découlent.

La notion d'établissement demandeur mérite également d'être appréciée de la façon suivante : c'est l'établissement dans lequel exerce le médecin prescripteur qui est réputé établissement demandeur.

En dehors de ce cadre général, l'application de cette règle connaît des restrictions et les échanges liés à certaines activités ou à certains types de soins sont traités suivant des règles qui leurs sont propres, dont notamment les 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 du 28 juin 1986.

## **2 - CAS PARTICULIER DES SEANCES DE DIALYSE REALISEES DANS UN AUTRE ETABLISSEMENT QUE CELUI DANS LEQUEL EST HOSPITALISE LE PATIENT INSUFFISANT RENAL CHRONIQUE PAR NECESSITES MEDICALES**

Le particularisme de la chronicité et de l'itérativité des séances de dialyse nécessite que le mécanisme général applicable pour les transferts inter établissements soit appréhendé de manière spécifique notamment en ce qui concerne la notion d'établissement demandeur.

En effet, en matière d'insuffisance rénale chronique, la prescription de la séance de dialyse est faite à l'entrée en dialyse et ne peut être imputée au médecin qui travaille dans une structure d'hospitalisation.

Il convient plutôt d'appréhender la notion d'établissement demandeur comme l'établissement dans lequel le patient est habituellement dialysé.

Une notification de la CNAMTS publiée le 31 décembre 1990 a par ailleurs informé les Caisses que la double facturation d'un prix de journée d'hospitalisation et d'un forfait de séance de dialyse était inévitable dans le cas d'une hospitalisation dans un établissement autre que celui qui pratique la dialyse, à la condition que l'établissement ne dispose pas de poste de dialyse.

Cette disposition susvisée de la CNAMTS précise "qu'il ne peut être admis de facturation concomitante d'un forfait de séance de dialyse et d'un prix de journée, excepté si l'hospitalisation a lieu dans un établissement autre que celui qui pratique la dialyse, à la condition que cet établissement ne dispose pas de poste de dialyse".

Cette possibilité vient donc confirmer le fait qu'il ne peut être demandé à un établissement de santé ne disposant pas de poste de dialyse de supporter les frais des séances de dialyse réalisées sur des patients admis en hospitalisation mais devant être transférés dans un établissement qui pratique la dialyse.

Cette position doit également être applicable aux frais de transport occasionnés par le transfert des patients concernés, et ce, au regard de la circulaire CNAMTS du 18 juillet 1983 exposant aux organismes de sécurité sociale les nouvelles modalités de prise en charge fixées par le décret n° 88-678 du 6 mai 1988. En effet, le traitement ambulatoire dans l'établissement sanitaire donnant lieu à prise en charge d'un forfait de séance est une situation donnant lieu à prise en charge des frais de transport. Les frais de séjour et les frais de transport étant assujettis aux mêmes règles, il y a lieu de considérer que les frais de transport ne doivent pas être supportés par la structure d'hospitalisation qui ne dispose pas de poste de dialyse.

La période d'hospitalisation d'un dialysé chronique dans une structure qui ne dispose pas de poste de dialyse peut donc être considérée comme une modification du domicile et ne peut être assimilée à la notion de transfert provisoire.

Les nouveaux décrets de septembre 2002 stipulent par ailleurs que dans le cas d'une hospitalisation d'un patient dialysé dans un autre établissement de santé que celui qui traite de l'insuffisance rénale chronique, c'est au centre d'hémodialyse d'assurer la continuité des soins d'épuration extra rénale. Ce texte est donc sans équivoque sur la notion d'établissement demandeur.

**Exemple pour un EHPAD : l'établissement accueille en hospitalisation des patients habituellement dialysés par un centre ambulatoire ou à domicile par dialyse péritonéale, qui ont besoin de poursuivre leurs séances de dialyse.**

**Les dépenses afférentes à ces séances ne sont pas comprises dans le budget de fonctionnement de cet EHPAD.**

**Ces patients font donc l'objet pour leurs dialyses d'une prise en charge particulière.**

**Dans le cas d'un hébergement en EHPAD de patients traités en centre ambulatoire, qui ne dispose donc pas de poste de dialyse, la notification de la CNAMTS est applicable et permet de considérer comme réglementairement possible la facturation du forfait de séance par la structure qui pratique la dialyse comme si le patient n'était pas hospitalisé quand il s'agit de patients habituellement traités en centre.**

**Il convient en effet de considérer la structure de traitement habituel comme l'établissement demandeur. La facturation de la séance doit donc incomber à cette structure d'origine qu'elle soit sous DG ou sous OQN, mais en aucun cas, l'EHPAD ne doit supporter les dépenses correspondantes, qui ne sont pas intégrées dans son budget.**

**Dans le cas de patients traités par dialyse péritonéale, le recours à des infirmiers libéraux financés en sus du budget de l'établissement est également possible dans la mesure où le budget de l'établissement, établi à partir de la charge en soins de la population accueillie, ne prend pas en compte à ce jour celle spécifique à l'insuffisance rénale chronique.**

Montpellier, le 5 novembre 2001