



Direction générale de l'offre de soins



FICHE TECHNIQUE 3

GCS ET PRESTATIONS MEDICALES CROISEES

Références :

Articles L. 6133-1 3° et L. 6133-6 du code de la santé publique (CSP) ;
Articles R. 6133-10 et R. 6133-11 du CSP.

Les prestations médicales croisées consistent à permettre à des professionnels médicaux de tout statut (praticien hospitalier, médecin salarié ou professionnel libéral) d'intervenir sur des patients pris en charge par n'importe lequel des établissements ou structures membres du GCS.

Les professionnels médicaux concernés sont les médecins, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.

Dans ce cadre, les professionnels médicaux libéraux peuvent intervenir dans les établissements publics ou dans les établissements privés à but non lucratif anciennement dits « participants au service public hospitalier ou anciennement sous dotation globale » auprès des patients de ces établissements. L'établissement de santé bénéficiaire de ces prestations verse directement leurs honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance, financés sur son budget propre, aux praticiens libéraux qui conservent leur statut libéral.

Parallèlement, les personnels médicaux des établissements publics de santé et des établissements privés à but non lucratif anciennement dits « participant au service public hospitalier ou anciennement sous dotation globale », membres du GCS, peuvent dispenser des soins au profit des patients des cliniques privées membres du GCS. L'établissement de santé facture l'intervention de ses personnels médicaux à la clinique qui se fait rembourser par l'assurance maladie.

I. LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS MEDICAUX LIBERAUX ET DES PERSONNELS MEDICAUX ET NON MEDICAUX DES ETABLISSEMENTS MEMBRES

La convention constitutive du GCS prévoit comme objet au groupement la réalisation de prestations médicales croisées entre ses membres et organise les modalités d'intervention des professionnels, par renvoi au règlement intérieur, ou à un protocole ad hoc. Il est en effet vivement recommandé que le

règlement intérieur ou un protocole spécifique fixe les modalités selon lesquelles sont réalisées les prestations médicales croisées. Ce protocole doit notamment préciser les mesures visant à assurer l'information des patients et la continuité de leur prise en charge. Ce protocole peut également prévoir les pouvoirs dévolus respectivement à l'administrateur du GCS et/ou au directeur de l'établissement de santé pour l'organisation des interventions des médecins libéraux.

Les « prestations médicales croisées » concernent des praticiens qui conservent leur statut d'origine, et demeurent en toute circonstance hors du budget du GCS.

Lorsqu'ils assistent les médecins libéraux dans le cadre du GCS, les conditions d'exercice des personnels non médicaux d'un établissement public de santé restent conformes à leur statut et l'organisation de leur travail obéit aux règles usuelles de fonctionnement de l'hôpital. Les relations de ces équipes avec les médecins libéraux pourront, en tant que de besoin, être précisées par le règlement intérieur.

Les praticiens adjoints contractuels peuvent participer à l'organisation de prestations médicales croisées lorsque le GCS est constitué exclusivement d'établissements publics ou d'établissements privés d'intérêt collectif et les assistants associés et praticiens attachés associés lorsque le GCS est constitué exclusivement d'établissements publics de santé.

II. LES PRESTATIONS DES PROFESSIONNELS MEDICAUX LIBERAUX

Les professionnels libéraux peuvent, soit être membres du GCS à titre individuel, soit constituer une structure ad hoc ayant pour objet l'adhésion au GCS et la participation des professionnels libéraux membres aux prestations médicales croisées. Dans ce dernier cas, il conviendra d'établir un contrat spécifique précisant les modalités suivant lesquelles chaque praticien exerçant à titre libéral sera associé au fonctionnement et aux activités organisées par les établissements dans le cadre du GCS.

La convention constitutive du GCS, accompagnée le cas échéant du contrat spécifique, doit être transmise par chaque praticien au conseil de l'ordre dont il relève.

Les patients d'un établissement public de santé traités par les médecins libéraux dans le cadre du GCS demeurent des usagers de l'établissement public de santé. Leur prise en charge par un professionnel libéral est neutre pour eux. Ils ne constituent pas une clientèle privée des praticiens libéraux. L'activité des professionnels libéraux dans le cadre des GCS « prestations médicales croisées » doit donc être intégrée dans la couverture assurantielle de l'établissement.

III. LES ETABLISSEMENTS OU PEUVENT INTERVENIR LES PROFESSIONNELS MEDICAUX LIBERAUX

Les établissements qui peuvent bénéficier des prestations des professionnels libéraux sont :

- Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du CSP ;
- Les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés au b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS).

IV. LE PAIEMENT DES ACTES ET CONSULTATIONS EFFECTUES PAR LES PROFESSIONNELS MEDICAUX LIBERAUX

L'établissement de santé rémunère directement les médecins libéraux, à l'acte ou à la consultation (effectués ou non au cours d'une permanence).

Actes et consultations sont valorisés par référence aux montants résultant de la classification commune des actes médicaux (CCAM) prévue à l'article L. 162-1-7 du CSS et des dispositions conventionnelles prévues à l'article L. 162-14-1 du même code. Ainsi, les actes des médecins libéraux seront rémunérés dans la limite des tarifs applicables aux médecins exerçant en secteur 1, déduction faite le cas échéant du coût des frais de mise à disposition d'équipements (locaux et matériels) et de personnels. En effet, il convient de rappeler que la cotation des actes à la NGAP ou la CCAM intègre les charges liées à l'exécution des actes.

Les médecins libéraux percevront donc des honoraires nets, fixés en pourcentage des tarifs conventionnels applicables à chaque acte.

Si la convention le prévoit, le professionnel médical libéral peut être tenu au versement d'une redevance. Cette dernière vient en minoration des honoraires versés par l'établissement de santé ou est valorisée dans la convention constitutive au titre des contributions aux charges de fonctionnement du GCS.

Il convient de rappeler que les praticiens exerçant à titre libéral dans le cadre d'un GCS n'ont pas de lien personnel avec les patients usagers de l'établissement public de santé et ne peuvent demander à ces derniers des dépassements d'honoraires.

V. LA PERMANENCE DE SOINS EFFECTUEE PAR LES MEDECINS LIBERAUX AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE MEMBRES DU GCS

Les médecins libéraux membres d'un GCS peuvent participer à l'organisation de la permanence des soins au sein de l'établissement de santé dans lequel ils interviennent. Cette permanence des soins donne lieu à une rémunération par forfait, en plus des actes, qui ne peut excéder un montant déterminé dans les conditions des articles L. 6146-2 et L. 6161-9 du CSP.

Un décret et un arrêté (à venir) commun à l'intervention des professionnels libéraux en établissement public de santé, en établissement de santé privé ou dans le cadre des prestations médicales croisées viendront définir les conditions de rémunération de cette permanence et pourront également préciser, si besoin, les activités de soins pour lesquelles la permanence n'est pas rémunérée.

La convention constitutive doit, pour chaque activité de soins concernée, préciser le nombre maximum de périodes de permanence de soins assurées par les médecins libéraux. Cette disposition permet d'informer le directeur général de l'ARS du recours aux professionnels libéraux par les établissements de santé pour assurer la permanence des soins pour les activités qui le nécessitent. L'augmentation du nombre maximum de permanences ou l'extension à d'autres activités de soins doivent par ailleurs donner lieu à un avenant à la convention constitutive.

Dans l'attente de la publication de ces textes, la participation des médecins libéraux à la permanence des soins de l'établissement ne peut être organisée et rémunérée que dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur et conformément à ce que les membres prévoient dans la convention constitutive.

VI. Les prestations des professionnels médicaux salariés

Dans le cadre d'un GCS, les personnels médicaux des établissements publics de santé, des établissements de santé privés mentionnés au b ou c de l'article L. 162-22-6 du CSS ou des centres de santé peuvent intervenir au profit des patients d'un établissement privé mentionné au d et e du même article.

Les patients bénéficiant de l'intervention de ces personnels demeurent dans une relation contractuelle avec l'établissement de santé privé, lequel doit tenir son assureur informé de cette organisation.

L'intervention des praticiens salariés est facturée à la clinique par l'établissement de santé employeur, à charge pour l'assurance maladie de rembourser l'établissement privé.

Les modalités de facturation de l'établissement employeur à l'établissement privé seront fixées par une délibération de l'assemblée générale du GCS.

L'article R. 6133-11 du CSP précise que les tarifs de la CCAM constituent la base du remboursement aux établissements par l'assurance maladie. Ces tarifs servent par ailleurs de base à la facturation au bénéficiaire des soins, pour la part restant à sa charge en application du ticket modérateur ou en totalité s'il n'est pas assuré, et pour les recours contre tiers.

Dans le cas où l'établissement de santé employeur aurait facturé à la clinique l'intervention de son praticien à un tarif inférieur à la valeur CCAM des actes réalisés, le remboursement de l'établissement privé par l'assurance maladie n'excédera pas les sommes réellement engagées.

Enfin, l'article 2 non codifié du décret du 26 décembre 2005 rend ce dispositif neutre au regard des dépenses d'assurance maladie. En effet, la prise en charge par l'assurance maladie des actes effectués par le praticien salarié au profit des patients d'une clinique privée ne doit pas conduire à un double paiement par l'assurance maladie, d'une part, par la dotation de l'établissement employeur incluant la rémunération du praticien et, d'autre part, par la facturation à l'assurance maladie des actes par la clinique. Aussi le décret prévoit-il que les sommes perçues par les établissements de santé anciennement financés par dotation globale en contrepartie de l'intervention d'un de leurs praticiens au profit d'un patient pris en charge dans une clinique viennent en atténuation du montant de leur dotation, à savoir :

- soit la dotation annuelle de financement (DAF) pour les activités de soins de suite et de réadaptation ou la psychiatrie ;
- soit la dotation annuelle complémentaire (DAC) pour les activités en MCO (prévue jusqu'en 2012).

Il faut souligner que certains GCS créés dans le seul but de permettre des prestations médicales croisées peuvent présenter la situation originale de ne générer aucune opération financière et budgétaire.

En effet, en application de l'article R.6133-10 du CSP, les actes médicaux et consultations, mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 6133-6 du CSP, assurés par les professionnels médicaux libéraux sont directement rémunérés par les établissements publics de santé ou les établissements de santé.

Dans la mesure où ces GCS, créés pour servir de support aux prestations médicales croisées ne génèrent aucun flux financier en dépense ou en recette, ils n'adoptent pas d'état prévisionnel de dépenses et de recettes. En conséquence, ces GCS ne sont pas dotés d'agence comptable.