



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

conventions avec les praticiens

Question écrite n° 74230

Texte de la question

M. Claude Leteurtre interroge M. le ministre de la santé et des solidarités sur les nouvelles dispositions tarifaires relatives aux endoscopies réalisées sans anesthésie. Ces dispositions fixent par exemple le tarif d'une gastroscopie réalisée en cabinet médical à 96 euros, tandis qu'il est en établissement hospitalier privé de 96 auquel s'ajoute un forfait ambulatoire de 176 euros. Cette situation va, à l'évidence, provoquer une migration des endoscopies sur le milieu hospitalier, les médecins pratiquant ces examens y ayant tout intérêt dans la mesure où le tarif appliqué en cabinet ne tient pas compte des frais de nettoyage, d'entretien et de réparation des endoscopes. Une telle migration entraînerait un surcoût qui peut être chiffré à plusieurs millions d'euros par an pour l'assurance maladie. Il lui demande, dans ces conditions, si l'instauration d'un forfait technique pour les examens endoscopiques réalisés en cabinet médical ne serait pas une solution permettant d'éviter un gâchis financier annoncé.

Texte de la réponse

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement, pour les établissements de santé privés, des actes réalisés en hospitalisation à temps partiel (dont les fibroscopies digestives hautes sans anesthésie) est assuré par le versement d'un tarif de prestation dénommé groupe homogène de séjour (GHS), dont le montant est fixé au niveau national, se substituant aux prix de journée d'hospitalisation à temps partiel et aux forfaits de salle d'opération existants antérieurement à la réforme. Le montant du GHS représente le tarif moyen de ces anciennes prestations. Au versement de ce montant à l'établissement s'ajoute le versement des honoraires relatifs aux actes effectués par les praticiens. Les derniers recensements (enquête de la Société française d'endoscopie digestive de novembre 2005) montrent que si 1,1 million d'endoscopies digestives hautes sont réalisées annuellement en France 30 % d'entre elles sont réalisées sans anesthésie, mais seulement 12 % sont réalisées en « cabinet de ville ». Ce chiffre est en constante diminution, moins en raison des modalités tarifaires que du fait des contraintes liées à l'environnement de sécurité requis, et de la demande des patients qui souhaitent une anesthésie pour ces examens, qui ne sont pas nécessairement douloureux mais désagréables à subir. L'honoraire médical de cet acte, fixé à 96 euros, résulte de la négociation intervenue en 2005 entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels à l'occasion de la mise en place de la classification commune des actes médicaux. Lorsque l'acte est réalisé dans un environnement hospitalier, l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation conditionne dorénavant le versement du GHS à la réalisation de trois conditions : la nécessité de disposer de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ; la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ; l'utilisation d'un lit ou d'une place pour la durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient. Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, l'établissement ne perçoit aucun GHS, et la prise en charge du patient ne peut donner lieu qu'à la facturation d'honoraires pour les actes réalisés, à l'identique de la prise en charge en médecine de ville. Dès lors, lorsqu'un acte ou une prestation est susceptible d'être réalisé soit en établissement de santé - public ou privé - du fait de l'état de santé du patient ou de la nécessité d'un

environnement technique, soit en ville, deux situations tarifaires sont prévues : le versement exclusif des honoraires (ces derniers tenant compte des frais de nettoyage, d'entretien et de réparation des endoscopes) ; le versement d'un GHS, en sus de l'honoraire, qui couvre des charges plus importantes que celles liées à la réalisation de l'acte en cabinet.

Données clés

Auteur : [M. Claude Leteurre](#)

Circonscription : Calvados (3^e circonscription) - Union pour la Démocratie Française

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 74230

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : santé et solidarités

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 11 avril 2006

Question publiée le : 27 septembre 2005, page 8889

Réponse publiée le : 18 avril 2006, page 4280