



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

frais d'appareillage

Question écrite n° 90606

Texte de la question

M. Olivier Jardé souhaite attirer l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur la nouvelle problématique à laquelle se trouvent confrontés les chirurgiens orthopédiques et traumatologiques quant au remboursement du matériel de fixation des fractures. Par arrêtés du 28 février 2006, le traitement des fractures a été supprimé de la liste des produits et des prestations remboursable, prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Le coût de ce matériel chirurgical indispensable reposera uniquement sur le budget des établissements publics et privés et, à terme, son choix relèvera d'une maîtrise purement comptable. Les chirurgiens n'auraient plus la faculté de choisir leur matériel d'ostéosynthèse, par expérience sur des critères d'efficacité. Le choix des techniques et des implants, guidé par le coût, serait donc imposé aux chirurgiens qui ne garderont qu'un droit : celui d'assumer la responsabilité pénale d'actes dont ils ont perdu partiellement la maîtrise. En plus de menacer la qualité des soins accordés aux patients, cette restriction constitue un net recul quant à l'innovation (protocole avec les fabricants) pour améliorer la qualité des soins mis alors à leur disposition, Par ailleurs, cette spécialité devenant non rentable pour de nombreux établissements privés, le traitement de la traumatologie se reportera de fait vers les établissements publics. Aussi, il souhaite connaître ses intentions quant aux mesures à prendre afin de pallier les préoccupantes contraintes que fait subir une telle politique de restriction budgétaire sur les implants et de régulation des dépenses sur la profession de chirurgien orthopédique et traumatologique.

Texte de la réponse

L'attention du ministre de la santé et des solidarités a été appelée sur les conséquences de la mise en oeuvre de la tarification à l'activité (T2A) relativement à la récente intégration d'un certain nombre de dispositifs médicaux implantables tels que les implants d'ostéosynthèse (vis, plaques, clous, etc.) dans les groupes homogènes de séjour (GHS). Le nouveau système de financement des établissements de santé - la tarification à l'activité (T2A) - mis en oeuvre progressivement depuis 2004, repose sur le financement forfaitaire par l'assurance maladie de séjours hospitaliers homogènes au plan médico-économique. Il s'agit d'un tarif tout compris, seuls les honoraires des praticiens, dans les établissements privés, ne sont pas inclus. Il a toutefois été prévu que certains médicaments et certains dispositifs médicaux particulièrement onéreux pourraient être remboursés en plus des tarifs lorsqu'ils présentent de fortes spécificités et ne sont pas fréquemment utilisés. C'est dans ce contexte, et pour progresser vers une convergence des listes de DMI remboursés en sus des tarifs dans le secteur public et dans le secteur privé, que le conseil de l'hospitalisation a recommandé l'intégration de nouvelles catégories de DMI dans les tarifs des GHS. Il ne s'agit donc en aucune manière d'un déremboursement, puisque les tarifs des GHS concernés ont été majorés du coût moyen des dispositifs intégrés. C'est ainsi une somme de près de 160 millions d'euros qui a été répartie entre différents GHS concernés. Pour répondre à l'inquiétude des professionnels de santé et des établissements, le ministre de la santé et des solidarités a signé, le 4 avril dernier, avec les deux fédérations représentatives des établissements de santé privés (la Fédération de l'hospitalisation privée - FHP - et la Fédération des établissements d'hospitalisation et d'hospitalisation privés - FEHAP) un protocole d'accord visant, d'une part, à établir un constat

d'image de l'incidence financière pour les établissements de l'intégration des DMI et, d'autre part, à envisager une adaptation du dispositif s'il s'avérait nécessaire. Un groupe de travail a été constitué et fera des propositions portant notamment sur une plus grande segmentation des GHS en vue d'une meilleure homogénéité tarifaire et sur la modification de la liste des DMI facturables en sus. Ces propositions seront adressées au début du mois de juillet prochain au ministre de la santé et des solidarités pour une entrée en vigueur au 1er septembre 2006. Ce groupe travail comprend des représentants du ministère de la santé, de l'assurance maladie, des fédérations d'établissements et des professionnels de santé. Sur la base des propositions qui auront été retenues, des mesures de compensation seront prises en faveur des établissements concernés afin de leur assurer un revenu équivalent à celui qu'ils auraient perçu de l'assurance maladie si ces propositions étaient entrées en vigueur au début de la campagne tarifaire 2006.

Données clés

Auteur : [M. Olivier Jardé](#)

Circonscription : Somme (2^e circonscription) - Union pour la Démocratie Française

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 90606

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : santé et solidarités

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 4 avril 2006, page 3590

Réponse publiée le : 5 septembre 2006, page 9424