



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

frais d'appareillage

Question écrite n° 91500

Texte de la question

M. Jean-Claude Lenoir appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur les modalités de prise en charge des dispositifs médicaux implantables qui sont utilisés quotidiennement en chirurgie. Les chirurgiens s'inquiètent des conséquences de l'arrêté publié au Journal officiel du 28 février 2006 qui prévoit de radier la quasi-totalité de ces dispositifs de la liste des produits et prestations remboursables. Leur inquiétude est d'autant plus vive que les forfaits versés aux établissements dans le cadre des groupes homogènes de séjour, dans lesquels sera donc désormais inclus le coût de ces dispositifs, n'ont pas été revalorisés en conséquence. Les chirurgiens craignent, d'une part, que ces nouvelles dispositions aient pour effet d'inciter les établissements à sélectionner leurs patients en fonction de leur pathologie, et ce notamment dans le secteur libéral, qui est entièrement soumis à la tarification à l'activité. Ils font valoir que cette sélection se ferait au détriment des pathologies fortement utilisatrices de prothèses pour lesquelles les patients seraient alors soumis à une liste d'attente. Les chirurgiens craignent, d'autre part, que ces nouvelles dispositions conduisent à freiner l'utilisation des techniques les plus innovantes, les privant ainsi de leur liberté de prescription sans pour autant les exonérer de leur responsabilité et des charges financières en forte augmentation qui en découlent. Il lui demande quelles mesures le Gouvernement envisage de prendre afin de répondre à ces préoccupations.

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. Jean-Claude Lenoir](#)

Circonscription : Orne (2^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 91500

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : santé et solidarités

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 11 avril 2006, page 3832

Réponse publiée le : 5 septembre 2006, page 9424