



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

établissements d'accueil

Question écrite n° 16602

Texte de la question

M. Philippe Vitel attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur la prise en charge systématique par le forfait de soins des EHPAD des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPP) qui sont nécessaires à l'activité des établissements, étant d'usage collectif et non individualisable. En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 avait prévu cette prise en charge, et la date de cette intégration avait été fixée au 1er janvier 2007, puis repoussée au 1er janvier 2008 dans le cadre de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il semblerait qu'à ce jour, l'estimation du montant à intégrer dans le forfait de soins des EHPAD et du transfert financier à opérer entre les sous-enveloppes « soins de ville » et « médico-sociale » de l'ONDAM risque de ne pas être disponible en raison des délais de réalisation et d'exploitation des enquêtes en cours initiées par la CNAMTS, le ministère de la santé et la CNSA. Cette réforme doit se dérouler à enveloppe constante, et donc sans apporter d'économies au budget de fonctionnement de la santé. Cependant, il semblerait qu'elle suscite pourtant une forte opposition des organisations professionnelles des maisons de retraite (EHPAD), des fabricants de dispositifs médicaux et des prestataires/distributeurs des matériels, qui ont réclamé collectivement sans succès une concertation depuis le début de l'année. Pourtant, en l'état actuel, certains professionnels pensent qu'un nouveau report de l'application de cette disposition permettra l'aboutissement du chiffrage de la mesure, évitera les intenses perturbations que générerait une entrée en vigueur brutale au 1er janvier 2008 et devra autoriser la conduite d'une large concertation, ainsi que l'examen des propositions alternatives avancées par les organisations professionnelles, dans le souci partagé d'optimiser les dépenses de santé en EHPAD. L'arrêté d'application n'ayant pas encore été publié au Journal Officiel, lesdits professionnels proposent de reporter au 1er janvier 2009 la date d'entrée en vigueur de la disposition après avoir eu une concertation. Aussi, il souhaiterait connaître la position du Gouvernement sur ce sujet.

Texte de la réponse

La réforme de la tarification des maisons de retraite médicalisées a été mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2006. La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative rappelle que la réintégration des dispositifs médicaux (DM) dans le « forfait soins » des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été recommandée dans les conclusions du groupe de travail de l'IGAS présidé par M. Pierre Deloménie (mars 2005). Il répond au nécessaire souci d'une meilleure gestion des dispositifs médicaux au sein de ces établissements. L'article 48 de la LFSS pour 2006 qui prévoyait la date de cette réintégration à compter du 1er janvier 2007 a d'abord été repoussée au 1er janvier 2008 par l'article 88 de la LFSS pour 2008 dans le but de permettre la réalisation d'une étude financière et l'expertise des modalités pratiques de mise en oeuvre. L'année 2007 a été ainsi mise à profit pour réaliser et exploiter ces estimations dont les enseignements ont été présentés lors de la concertation menée avec les professions concernées. Toutefois, afin de faciliter l'organisation des acteurs de terrain et suite aux concertations qui ont eu lieu avec les professions concernées, la réintégration des DM interviendra finalement au 1er août 2008. Trois cent vingt millions d'euros en année pleine seront ainsi progressivement

transférés de l'enveloppe « soins de ville » à l'enveloppe médico-sociale. Des concertations préalables avec les représentants des professions concernées ont été menées. Un arrêté du 30 mai 2008 publié au Journal officiel du 4 juin 2008 détaille la liste des dispositifs médicaux concernés par la réintégration budgétaire au sein des « forfaits soins » des établissements sans pharmacie à usage interne (PUI). Les tarifs des établissements seront majorés dès le 1er août 2008. Des contrôles seront effectués par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour éviter une double prise en charge (« soins de ville » et « forfaits soins »). Pour les DM amortissables, la réintégration des DM ne sera pas forcément synonyme d'un recours à l'achat plutôt qu'à la location, les gestionnaires pourront en décider selon les cas et le type de matériel. Enfin, un premier bilan de la réforme sera réalisé au bout d'un an.

Données clés

Auteur : [M. Philippe Vitel](#)

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

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 16602

Rubrique : Personnes âgées

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 12 février 2008, page 1123

Réponse publiée le : 15 juillet 2008, page 6224