



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

remboursement

Question écrite n° 99317

Texte de la question

M. Jean-Sébastien Vialatte attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur l'accroissement des coûts liés au remboursement de certains actes de radiothérapie dans le secteur public depuis 2009. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 pose dans son article 34 le cadre d'une expérimentation dont l'objectif est d'élaborer un nouveau modèle de financement du traitement du cancer par radiothérapie, plus intégré et plus lisible, qui pourra prendre en compte toutes les composantes du parcours de soins lors du traitement du cancer en radiothérapie et accompagner l'évolution des techniques et des prises en charge. Dans cette optique l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) devait mener une enquête de pratique accompagnée d'une enquête de coûts dont le périmètre devait couvrir le cancer du sein et celui de la prostate pour un début d'expérimentation en 2015. L'absence de mise en place de cette expérimentation, d'une durée de quatre ans et par conséquent, du rapport d'évaluation dudit dispositif qui devait être remis au Parlement au 30 septembre 2016 (prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014), prive l'assurance maladie d'une économie de l'ordre de 100 millions d'euros. Par conséquent il lui demande si elle compte prendre et publier le décret d'application nécessaire à la mise en place de cette expérimentation dont l'objectif est d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie. Il lui demande également d'une part, à quel stade en sont les travaux de l'ATIH et de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et d'autre part, l'accès des acteurs concernés aux données correspondantes.

Texte de la réponse

Il convient de souligner que l'accroissement des dépenses liées à l'activité de radiothérapie s'observe aussi bien dans le secteur public hospitalier que dans le secteur privé libéral. Indépendamment de cette première observation, la « distorsion tarifaire » pour certains tarifs appliqués dans le secteur public concerne deux groupes homogènes de malades (GHM) déjà identifiés. Il s'agit d'une différence de valorisation entre deux types d'activité d'irradiation, l'activité d'irradiation effectuée sur « machines dédiées » étant valorisée à un niveau plus élevé que l'irradiation effectuée sur machines « polyvalentes » (ou « non dédiées »). En premier lieu, il convient de souligner que les tarifs des séances de radiothérapie dans le secteur public ex-DG, comme le reste des tarifs hospitaliers, sont tous établis sur la base de l'étude nationale de coûts (ENC), régulièrement mise à jour et qui fait l'objet d'une publication. Les écarts tarifaires pouvant être observés entre GHM sont ainsi basés sur le rationnel des études de coûts. De plus, l'analyse comparative des coûts des actes d'irradiation composant les deux GHM en question, qu'il s'agisse des coûts issus de l'ENC ou de la dernière enquête de coûts menée par l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) en 2015 dans le cadre du groupe de travail en cours sur la radiothérapie, montre des coûts de production nettement plus élevés en irradiation effectuée par machines dédiées, versus par machines polyvalentes, justifiant ainsi un différentiel tarifaire entre ces deux types d'activité. Aussi, dans le cadre de la campagne tarifaire 2016, de nouveaux ajustements tarifaires ont été mis en place sur l'activité de radiothérapie, selon le principe général de « neutralité tarifaire », et visant à réduire les sur- et sous-financements dits « extrêmes ». Ces ajustements tarifaires ont entraîné une diminution du différentiel de

valorisation relatif aux actes d'irradiation sus-évoqués, via une baisse du tarif de l'irradiation par « RCMI » sur machines dédiées et de la masse tarifaire associée, de l'ordre de 6 millions d'euros. Par ailleurs, concernant la mise en place de l'article 34 de la loi pour le financement de la sécurité sociale au titre de 2014, les travaux préparatoires et la concertation de l'ensemble des acteurs nécessaires à la mise en œuvre, de manière expérimentale, d'un nouveau modèle de financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie pour deux localisations (sein et prostate) ont été engagés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) depuis plus de deux ans. Il s'agit notamment d'une enquête de pratiques de l'activité de radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate, d'une enquête de coûts sur l'activité d'un échantillon de centres de radiothérapie, toutes deux réalisées par l'ATIH suite à un appel à candidatures, ainsi que de la réalisation par l'INCa d'un rapport de synthèse des recommandations nationales et internationales disponibles dans ce domaine. Ces travaux ont été finalisés et ont fait l'objet de plusieurs échanges et présentations lors de comités techniques et de comités de pilotage. Sur cette base, l'année 2016 a été consacrée, en concertation avec les acteurs, à la détermination des éléments du périmètre du nouveau modèle et à l'élaboration d'une proposition partagée, allant vers un modèle de financement de type forfaitaire fondé sur une approche par technique de radiothérapie. Pour rappel, la DGOS réunit régulièrement, en plus des groupes de travail techniques, des comités de pilotage décisionnels composés de l'ensemble des acteurs concernés : les institutionnels (DGOS, DSS, CNAMTS, ATIH, INCa, HAS, ASN), les fédérations hospitalières (Unicancer, FEHAP, FHF, FHP-MCO, UNHPC), les sociétés savantes (société française de radiothérapie oncologique et société française de physique médicale), le syndicat national des radiothérapeutes oncologues, et la ligue nationale contre le cancer. La concertation a abouti, à la demande des acteurs, à ce que l'année 2017 soit consacrée au lancement « à blanc » de cette expérimentation par la mise en place d'un nouveau recueil d'information médicalisé de la radiothérapie oncologique. Cette première année « à blanc », voulue par l'ensemble des acteurs, doit permettre de valider chacun des différents forfaits (et leurs composantes) proposés dans le cadre des travaux, de valoriser ce nouveau modèle, et d'évaluer l'impact de cette valorisation sur le revenu des structures et les comptes de l'assurance maladie. La démarche concertée voulue par la ministre des affaires sociales et de la santé, en réponse à une forte mobilisation des acteurs, et les différents travaux conduits, expliquent la raison pour laquelle le décret en Conseil d'Etat n'est pas encore publié, puisque, précisément, ce décret doit constituer l'aboutissement d'une démarche collective menée avec l'ensemble des acteurs concernés par ce projet. Enfin, depuis la promulgation de la LFSS 2014, un point spécifique sur l'état d'avancement de cette expérimentation est inscrit chaque année au sein du rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Sébastien Vialatte](#)

Circonscription : Var (7^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 99317

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [27 septembre 2016](#), page 8697

Réponse publiée au JO le : [24 janvier 2017](#), page 515