



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

établissements de santé

Question écrite n° 92272

Texte de la question

M. Jean-Marc Roubaud appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004 qui porte le cadre législatif de la tarification à l'activité (T2A), l'un des volets du plan Hôpital dans ses articles 25 à 34. Ces articles définissent les conditions de mise en oeuvre des nouvelles règles d'allocation des ressources des établissements hospitaliers publics et privés. Ce nouveau mode de financement est notamment fondé sur l'exploitation des données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) au travers des groupes homogènes de malades (GHM) auxquels correspondent, sur le plan économique, les groupes homogènes de séjour (GHS). Les produits inscrits sur la liste des produits et prestations bénéficient d'un tarif de remboursement fixé par le comité économique des produits de santé (CEPS). Leur intégration dans les GHS suppose que les tarifs de ces derniers permettent une valorisation pertinente des dispositifs médicaux considérés. L'analyse des deux GHS montre l'inadaptation des tarifs des deux GHS et de facto la sous-évaluation du coût des dispositifs médicaux utilisés. Or, une récente analyse, sur la liste des dispositifs médicaux radiés de la liste des produits et prestations pour être inclus dans les GHS et celle des tarifs des GHS du secteur privé, montre que l'inadaptation des tarifs des deux GHS étudiés et de facto, la sous-évaluation du coût des dispositifs médicaux utilisés. Si cette situation devait être constatée pour d'autres GHS, elle mettrait en péril la capacité des professionnels de santé à choisir les dispositifs médicaux en fonction des seuls critères médicaux et la qualité des soins dispensés aux patients. Par ailleurs, les industriels seraient dissuadés de mettre sur le marché des produits reconnus comme innovants qui contribuent largement au progrès médical. Les professionnels de ce secteur soutiennent le principe de la réforme de la T2A sous la réserve expresse que les conditions de sa mise en oeuvre soient en adéquation avec les attentes des différents acteurs. Face à l'absence de dialogue dans ce dossier, ces derniers soulignent les risques et les enjeux attachés au déploiement de la T2A de façon non concertée. En conséquence, il lui demande de lui faire connaître sa position à ce sujet.

Texte de la réponse

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. Il s'agit d'un tarif « tout compris », hormis les honoraires des praticiens dans les établissements privés. Il a toutefois été prévu que certains médicaments particulièrement onéreux et certains dispositifs médicaux (DMI) pourraient être remboursés en plus des tarifs lorsqu'ils présentent de fortes spécificités, ne sont pas fréquemment utilisés ou lorsqu'il est constaté une forte disparité des prix. 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 pour 2006 l'intégration de nouvelles catégories de DMI dans les tarifs des GHS. Il faut, tout d'abord indiquer qu'il ne s'agit en aucune manière d'un déremboursement puisque les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) concernés ont été majorés du coût moyen des dispositifs intégrés. C'est ainsi une somme de 160 millions d'euros qui a été répartie entre les différents GHS concernés. Pour répondre à l'inquiétude des professionnels et des établissements, le

ministre de la santé et des solidarités a conclu le 4 avril 2006 avec les deux fédérations représentatives des établissements de santé privés un protocole d'accord visant, d'une part à établir un constat partagé 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'avère nécessaire. Un groupe opérationnel composé de représentants du ministère de la santé, de l'assurance maladie, des fédérations d'établissements et des professionnels médicaux a été mis en place avec pour objectif de soumettre au ministre des propositions d'évolution du dispositif au début du mois de juillet dernier de sorte que les modifications éventuelles retenues puissent entrer en vigueur à compter du 1er septembre prochain. Il a résulté de ces travaux que le principe général de l'intégration des DMI dans les tarifs n'est pas remis en cause mais qu'une demande forte, émanant aussi bien des professionnels que des fédérations d'établissements, s'est dégagée en vue de la définition de référentiels associés aux DMI. C'est dans cet esprit que le ministre a saisi le président de la Haute autorité de santé (HAS) le 24 mai dernier. Cette autorité, représentée dans les réunions du groupe, va réaliser des travaux en vue de la définition de référentiels avec le concours des sociétés savantes et des représentants des syndicats médicaux. Sur la base des propositions faites par le groupe opérationnel et, compte tenu des disparités observées entre les établissements, plusieurs mesures qui sont entrées en vigueur à compter du 1er septembre ont été arrêtées. En premier lieu, il a été décidé pour les établissements privés de réinscrire sur la liste de facturation en sus, à titre temporaire dans l'attente de la définition de référentiels par la HAS qui pourront ensuite être pris en compte dans la classification des groupes homogènes de malades (GHM), 16 dispositifs. Il s'agit des implants tendineux, des ligaments artificiels et de certains systèmes d'ancrage. Les tarifs des GHS concernés ont corrélativement été baissés. En second lieu, au sein du GHM relatif aux autres interventions pour obésité, les interventions de court-circuit gastrique qui impliquent une forte consommation de DMI seront mieux rémunérées. Enfin, dans le domaine de la chirurgie digestive lourde afin d'assurer une meilleure valorisation des DMI intégrés, une augmentation du tarif des 4 principaux GHS concernés a été décidée pour les établissements privés du secteur privé. Au-delà de ces mesures immédiates, le groupe opérationnel a vocation à accompagner pour l'avenir le processus de gestion des DMI.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Marc Roubaud](#)

Circonscription : Gard (3^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 92272

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : santé et solidarités

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 18 avril 2006, page 4124

Réponse publiée le : 28 novembre 2006, page 12547