



4. Les médicaments hors GHS

- Je suis Véronique Raimond, doctorante à Hospinnomics et chef de projet à la Haute Autorité de Santé en évaluation économique et santé publique. Les établissements de santé sont financés depuis 2004 selon la tarification à l'activité. Pour le séjour d'un patient, l'établissement est remboursé à la hauteur du tarif du séjour, qui tient compte de la nature du séjour, de l'état de sévérité du patient, des actes qui sont réalisés et de la durée du séjour. Les séjours sont classés grâce au Programme de médicalisation des systèmes d'information, qui permet de classer les séjours des patients en groupes homogènes de malades et groupes homogènes de séjours. Les tarifs des groupes homogènes de séjours sont définis chaque année et publiés par arrêté. Dans le public, les tarifs recouvrent toutes les activités qui sont réalisées au cours du séjour : les soins, les médicaments, les dispositifs médicaux, les frais d'hébergement, les frais fixes de l'établissement. Dans le privé, ce tarif exclut les actes médicaux, qui sont tarifés selon la tarification en ambulatoire. En principe, le tarif du séjour comprend tous les médicaments et dispositifs médicaux utilisés. Néanmoins, parfois, lorsque les dispositifs sont très coûteux ou utilisés chez un petit nombre de patients, ces dispositifs ou médicaments peuvent suivre des tarifs spécifiques, car la tarification au séjour est inadaptée. Ces produits sont alors tarifés sur la liste en sus des prestations d'hospitalisation, ou liste hors GHS. Comme pour tout séjour hospitalier, l'établissement se fait rembourser, le patient n'avance pas les frais. Le décret du 24 mars 2016 définit les critères d'éligibilité à la liste en sus des GHS. Ils sont quatre et sont cumulatifs. Premier critère : le produit est majoritairement utilisé à l'hôpital. Le deuxième est d'avoir un SMR important. Le troisième, d'avoir une ASMR de niveau 1 à 3, ou éventuellement de niveau 4, si la Commission de la Transparence a reconnu l'intérêt de santé publique. Le dernier critère est que le coût du traitement représente plus de 30 % du coût du séjour. La liste des critères est revue régulièrement et des produits en sortent, surtout si les critères d'entrée ne sont plus respectés, si l'utilisation à l'hôpital n'est plus majoritaire, si l'ASMR a été révisée et diffère du niveau 1 à 3 ou si le SMR est révisé et n'est plus important. Si le produit est utilisé dans plus de 80 % des séjours, son prix est intégré au tarif du GHS, il n'est plus facturé en sus des prestations d'hospitalisation mais continue à être remboursé selon les modalités actuelles des médicaments remboursables. Le tarif des produits hors GHS est fixé de façon similaire aux produits remboursables en ville. Il tient compte du prix dans les pays européens, éventuellement du prix de l'ATU et des volumes de ventes prévus, du chiffre d'affaires. Le tarif fixé avec le CEPS est fixé au niveau national, puis chaque établissement va négocier le prix de chaque médicament. Cela crée une incitation pour les établissements hospitaliers pouvant récupérer la moitié de la différence entre le tarif de remboursement et le prix final négocié. Plus ils négocient un prix faible par rapport au tarif, plus la différence, la somme remboursée sera importante. Le recours à ces dispositifs médicaux aux médicaments onéreux est conditionné par des contrats de bon usage, qui donnent les conditions dans lesquelles ces médicaments peuvent être utilisés pendant le séjour du patient. Voici le montant des produits remboursables hors GHS, en millions d'euros, de 2011 à 2016. On observe une croissance constante de la consommation dans les hôpitaux financés avant par dotation globale, structures publiques et du service public hospitalier, et une stagnation des consommations des structures financées sur objectif quantifié national avant donc les structures privées. C'était une présentation des moyens de financement des dispositifs médicaux et médicaments innovants et onéreux sur la liste des prestations hors GHS.

