

Lettre DHOS du 9 février 2006 relative à la facturation de produits ou médicaments en soins externes

09/02/2006

Le ministre de la santé et des solidarités à Monsieur le directeur général du centre hospitalier universitaire de Montpellier, 555, route de Ganges, 34000 Montpellier.

Par message en date du 31 août 2005, vous avez interrogé la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés sur les conditions de facturation des produits ou médicaments dispensés en soins externes. Cette question appelle les observations suivantes.

Dans le régime de financement antérieurement en vigueur, la part des dépenses relatives aux produits pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et celles relatives aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (LPP) dispensés en consultations et actes externes, à la charge de l'assurance maladie, était couverte par la dotation globale.

Depuis la mise en place de la T2A, les dépenses relatives aux actes et consultations externes font l'objet d'une facturation sous réserve des dispositions du A du V de l'article 33 de la LFSS 2004. Par contre, la facturation des produits dispensés lors de cette activité n'est pas prévue. En effet, ces données relatives aux consommations de médicaments et de dispositifs médicaux générées par les actes et les consultations externes ne sont pas isolées des autres charges dans les systèmes d'information des établissements disponibles au plan national, aussi, le coût de ces produits est resté dans les charges moyennées dans les coûts d'hospitalisation couverts par les tarifs de prestations d'hospitalisation et la dotation annuelle complémentaire pendant la période transitoire.

A la suite de leur passage aux urgences, pour les patients qui ne sont pas hospitalisés en MCO dans l'établissement, les actes consultations et actes réalisés sont facturés comme exposé ci-dessus, par contre, les dépenses relatives aux produits dispensés lors de leur passage sont couvertes d'une part, par les forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU), d'autre part, par la dotation annuelle complémentaire et les tarifs journaliers de prestations, pendant la période transitoire.

Je rappelle également qu'il n'y a pas de ticket modérateur sur l'ATU. Dans ces établissements, les charges liées aux passages aux urgences, étaient jusqu'au 1er janvier 2005 couvertes par la dotation globale et les tarifs journaliers de prestations servant de base au calcul de la participation des assurés. Avec la mise en oeuvre de la T2A, les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation en MCO dans l'établissement, donnent lieu à facturation d'un ATU pour la part prise en charge par l'assurance maladie (à hauteur de la fraction du tarif, le reste étant couvert par la DAC). En revanche, la participation de l'assuré reste quant à elle, pour toutes les activités y compris l'urgence, comprise dans le ticket modérateur perçu sur les tarifs journaliers de prestations. Dès lors, pour 2005 et pour 2006, aucun ticket modérateur calculé sur la base de la prestation ATU ne doit être facturé aux patients pris en charge dans les services d'urgence de ces établissements.

Comme la réforme de la tarification ne doit pas avoir pour effet d'entraîner des dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie, outre les médicaments et produits dont la liste est arrêtée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale (cf. article L. 162-22-7) qui font l'objet d'une facturation en sus, la couverture financière des médicaments et des dispositifs médicaux dispensés en consultations et actes externes entraînerait une révision des tarifs d'hospitalisation et du montant de la dotation annuelle complémentaire. Mêmes si les dispositions de l'arrêté du 12 mars 1962 modifié par l'arrêté du 13 novembre 1975 prévoyaient la facturation d'articles de pansements et de produits pharmaceutiques, pour les assurés sociaux, leurs dépenses étaient couvertes par la dotation globale pour la part garantie par l'assurance maladie. C'est également le cas de l'attelle de Zimmer que vous évoquez dans votre message. Pour l'avenir, il conviendra donc d'isoler les coûts des médicaments et des dispositifs médicaux qui disposent respectivement d'une AMM et qui sont inscrits sur la liste LPP. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils pourraient à terme être facturés à l'assurance maladie. Par conséquent, dans l'état actuel du dispositif T2A, ces dépenses ne peuvent être facturées à l'assurance maladie ni aux patients pour les mêmes raisons que l'ATU.

Les médicaments ou les dispositifs médicaux, ne disposant pas d'AMM ou non inscrits sur la LPP, ont vocation à être couverts par l'assurance maladie, par la dotation de financement des missions d'intérêt général s'ils répondent aux conditions des articles D. 162-6 à D. 162-8 du code de la sécurité sociale et à l'**arrêté du 12 avril 2005** pris pour l'application de l'article D. 162-8 du même code.

En outre, pour information, je rappelle que pour les produits non pris en charge par les organismes obligatoires de sécurité sociale et qui ne peuvent relever des dispositions des articles D. 162-6 à D. 162-8 sus mentionnés, comme par exemple des vaccinations ne figurant pas sur la liste fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont facturées aux patients. Les dépenses relatives à ces produits dont le prix est libre en application de l'article L. 410-2

du code de commerce, ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. En effet, les dispositions de cet article s'appliquent aux prix des biens et services dont les prix ne sont pas administrés. J'ajoute également que, dans ce cas, l'acte de vaccination n'est pas, non plus, pris en charge par l'assurance maladie. En conséquence, il fait l'objet, comme le vaccin, d'une facturation directe au patient. Cette activité de vaccination constitue une activité subsidiaire au sens de l'article L. 6145-7 du code de la santé publique.

Je vous remercie de me faire connaître les difficultés d'application de ces dispositions.

Source : Bulletin Officiel du Ministère de la santé n° 2006-3 du 15 avril 2006