



15ème législature

Question N° : 13284	De Mme Brigitte Kuster (Les Républicains - Paris)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique > établissements de santé	Tête d'analyse > Règles de facturation des hospitalisations de jour	Analyse > Règles de facturation des hospitalisations de jour.
Question publiée au JO le : 16/10/2018 Réponse publiée au JO le : 27/08/2019 page : 7692		

Texte de la question

Mme Brigitte Kuster attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur les règles de facturation des hospitalisations de jour. Pour faire suite à l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, le décret n° 2017-247 du 27 février 2017 et l'arrêté du 13 mars 2017 ont créé des forfaits (FPI, APE et AP2) pour une durée de 2 ans. Le forfait AP2 s'applique aux médicaments de la réserve hospitalière hors liste en sus, tels que les fers injectables, dont l'administration est faite à l'hôpital. Dans la pratique, il s'avère que le financement insuffisant associé à ce forfait AP2 n'a pas permis une prise en charge adéquate de certains patients anémiés et atteints de pathologies graves (insuffisance cardiaque, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, patients devant subir une chirurgie hémorragique et tout particulièrement les femmes en obstétrique et gynécologie). On constate, en effet, dans un certain nombre de cas un renoncement au traitement ou un sous-traitement pour des raisons purement économiques. Une nouvelle circulaire dite « frontière » est toujours attendue en 2018 mais n'a pas été publiée à ce jour. La demande adressée en ce sens en 2017 à la DGOS, notamment par la FHF et la Conférence des Présidents CMLE-CHU, est demeurée sans réponse. Le PLFSS pour 2019 mettant en avant la qualité des soins et la facturation au parcours, il est impératif que le financement des prises en charge de perfusions concernées par le forfait AP2 soit revu à la hausse pour permettre un traitement à dose thérapeutique des patients concernés et éviter une multiplication des séjours hospitaliers. Si tel est le cas, elle souhaite savoir si ce forfait au parcours comportera, outre les honoraires des professionnels, une rémunération pour couvrir le coût « réel » des médicaments, ou DM utilisés, ainsi que la mobilisation des structures et personnels paramédicaux. Enfin, elle lui demande quelle référence de prix sera utilisée pour les produits de la réserve hospitalière.

Texte de la réponse

La création du forfait AP2 a permis, à compter de 2017, la facturation des prises en charge pour l'administration de fer injectable dans un cadre de facturation externe. Lors de la campagne 2019, ce forfait, qui avait été créé pour 2 ans, a d'une part été pérennisé par les textes réglementaires de la campagne médecine, chirurgie, obstétrique et a, d'autre part, été revalorisé passant de 40 euros à 71,50 euros afin de tenir compte des remontées des acteurs de terrain sur l'insuffisance de son niveau. D'une manière plus générale, le sujet de l'administration des produits de la réserve hospitalière dans le cadre des prises en charge sans nuitée en établissements de santé est l'un des sujets que l'instruction dite « circulaire frontière » doit traiter. Les travaux de refonte de cette instruction ont été relancés dès le tout début de l'année 2019 dans le cadre d'un important chantier mené en lien étroit avec les acteurs hospitaliers, qu'il s'agisse des fédérations (l'ensemble des fédérations hospitalières dont la fédération hospitalière de France), des conférences (dont les conférences des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers



et de centres hospitaliers universitaires) ainsi que des sociétés savantes. Ce chantier s'est accompagné d'une prolongation du moratoire sur les contrôles de l'assurance maladie des hôpitaux de jour de médecine jusqu'au 1er mars 2020. Les prises en charge sont couvertes, lorsqu'elles sont réalisées en hôpital de jour, par ce moratoire et ne font donc pas l'objet de contrôles de la part de l'assurance maladie. Près d'une dizaine de réunions très constructives ont eu lieu dans le courant du 1er semestre 2019 et les options proposées et travaillées avec les acteurs pour faire évoluer le cadre juridique sont actuellement en cours d'arbitrage.