

# LA LETTRE PATIENTS

SANOFI 

N°2 MAI  
2016

1/ LA LOI DE MODERNISATION  
DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ :  
L'ARTICLE 193 DIT « OPEN DATA » / P.1-2

2/ QUELLE PARTICIPATION FINANCIÈRE  
DU PATIENT POUR SES FRAIS DE SOINS  
ET DE PRODUITS DE SANTÉ EN VILLE  
ET À L'HÔPITAL ? / P.3-6

3/ LA LISTE EN SUS / P.7-8

## 1/ LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ : L'ARTICLE 193 DIT « OPEN DATA »

### LE SAVIEZ-VOUS ?

#### La loi de modernisation de notre système de santé

- C'est la dernière loi de santé qui a été proposée par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales de la santé et du droit des femmes. Elle a été adoptée par le parlement en décembre 2015.
- Ce texte important comporte 227 articles sur de nombreux sujets propositions de réformes et d'améliorations de notre environnement et système de santé
- Parue au journal officiel le 27 janvier 2016 la loi est désormais effective, cependant certains articles sont encore en attente de leur décret d'application

• L'article 193 aborde le sujet des données de santé et de « l'open data » ce point est détaillé ci-après

#### Qu'est-ce que l'Open Data en santé ?

• Définition générale :  
L'open data ou « données ouvertes » concerne des données numériques d'origine publique ou privée. Elles peuvent être notamment produites par une collectivité, un service public ou une entreprise. Les données sont diffusées de manière structurée selon une méthode et une licence ouverte garantissant son libre accès et sa réutilisation par tous, sans restriction technique, juridique ou financière

• Les données de santé sont mentionnées, dans la loi « Informatique et Libertés », comme des données sensibles, appelant une vigilance particulière

• Dans le domaine de la santé l'accès aux données est particulièrement réglementé, c'est pourquoi, les données de santé des patients sont sécurisées et réservées aux professionnels de santé interagissant directement avec eux. C'est par exemple le cas pour le dossier pharmaceutique qu'il est possible d'ouvrir chez votre pharmacien et qui recense l'historique des dispensations des médicaments en ville.

[WWW.DATA.GOUV.FR/FR/TOPICS/SANTE-ET-SOCIAL](http://WWW.DATA.GOUV.FR/FR/TOPICS/SANTE-ET-SOCIAL)

PRENEZ QUELQUES MINUTES POUR DÉCOUVRIR CETTE MINE D'INFORMATIONS DISPONIBLES À TOUS SUR DE NOMBREUSES DONNÉES CONCERNANT LA SANTÉ : DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ, LES COÛTS POUR LE PATIENT, LES CARACTÉRISTIQUES D'UN MÉDICAMENT... CE SITE EST LA DÉMONSTRATION DE L'ACCÈS AUX DONNÉES NUMÉRIQUES POUR LE GRAND PUBLIC.

240

C'EST LE NOMBRE DE TOUTES LES BASES DE DONNÉES EXISTANTES RECENSÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ. CES BASES RESSEMBLENT AUX DONNÉES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.

## « OPEN DATA » : VERS UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DES PRODUITS DE SANTÉ

L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé contient de nombreuses mesures qui concernent les données de santé des patients et certains aspects du fonctionnement de notre système de santé. Les principales mesures et changements qui vont intervenir suite à la publication de la loi sont décrits ci-après.

### La création du Système National des Données de Santé ou SNDS

Cette nouvelle base de données va regrouper et recouper un nombre important de données de santé pour permettre une exploitation plus poussée et coordonnée des informations qui étaient déjà disponibles :

- Données médicales nominatives de patients
- Données de consommations des soins et de médicaments
- Données nationales sur les causes de décès
- Données de remboursements des produits de santé, des actes médicaux
- Données de l'activité hospitalière

Les objectifs du SNDS sont nombreux et devront permettre de nombreuses avancées quant à l'utilisation des produits de santé comme par exemple une analyse fine de l'offre de soins et de la prise en charge médico-sociale des patients, qui permettra une meilleure répartition et une amélioration de la qualité des soins. Les réformes de santé et leur impact concret sont parfois difficiles à évaluer.

Le SNDS permettra d'affiner le suivi des réformes sanitaires. Par ailleurs les recherches et études résultant de l'exploitation de ces données seront facilitées dans le but de mieux analyser l'utilisation des produits de santé.

Le SNDS est un outil qui permettra de mieux accompagner l'évaluation et la prévision des dépenses de santé. En effet, chaque année, le parlement vote les orientations de recettes et de dépenses de l'assurance maladie via la loi annuelle de financement de la sécu-

rité sociale (Cf. newsletter N°1 de décembre 2015 consacrée à ce sujet).

La responsabilité du traitement des données du SNDS est désormais confiée par la loi à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés. (CNAMTS)

Un tel système de données doit cependant être bien encadré pour éviter toutes dérives, notamment au sujet du traitement de données personnelles des patients. A ce titre la loi prévoit différentes règles et encadrement spécifique :

- Toutes les données patients sont confidentielles et soumises au secret professionnel
- Aucune décision ne peut être prise à l'encontre d'une personne physique sur la base de ces données collectées
- Les données individuelles sont conservées au maximum pendant 20 ans
- Toute utilisation ou promotion commerciale de ces données est strictement interdite.

La loi insiste particulièrement sur la nécessité d'anonymiser les données de santé des patients. Les données nominatives devront être transformées et traitées sous forme « d'agrégats statistiques » de telle sorte que toute identification soit impossible.

Quelques exceptions existent cependant pour la recherche, ou l'accomplissement de missions de service public par l'Etat, seul quelques personnes nommément désignées auront accès à cette identification.

De plus il est bien préciser que les entreprises privées n'auront pas accès aux données nominatives des patients mais bien à des agrégats

statistiques qui devront être utilisés uniquement pour des buts de recherche ou de santé publique.

### Création de l'Institut National des Données de Santé ou INDS

C'est un groupement d'intérêt public formé entre l'Etat, des organismes assurant la représentation des malades, des producteurs de données de santé et leurs utilisateurs.

Cet institut veillera à la qualité des données de santé recueillies et à leur mise à disposition, garantira leur sécurité et facilitera leur utilisation par les éventuels organismes souhaitant réaliser des travaux sur la base de ces données. Cet institut publiera un rapport annuel qui fera état de l'utilisation des données de santé.

### L'utilisation du Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR) ou numéro de sécurité sociale

Ce numéro unique pour chaque individu permet d'identifier de façon fiable n'importe quel français. C'est le numéro utilisé sur les cartes vitales pour identifier les assurés sociaux bénéficiant de remboursements. Désormais, la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé impose que le numéro d'inscription au répertoire soit l'identifiant de référence pour les patients pris en charge dans les établissements sanitaires en France.

# 2 / QUELLE PARTICIPATION FINANCIÈRE DU PATIENT POUR SES FRAIS DE SOINS ET DE PRODUITS DE SANTÉ EN VILLE ET À L'HÔPITAL ?

## LE SAVIEZ-VOUS ?

### Le ticket modérateur

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé non prises en charge par l'Assurance Maladie. Son taux varie en fonction des actes, des produits, de la situation de l'assuré, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

Chaque acte de soin ou produit de santé est associé, pour l'assurance maladie, à un tarif ou prix conventionnel. C'est à ce tarif qu'est appliqué le taux de remboursement par la sécurité sociale.

Si le patient n'a pas suivi le parcours de soins coordonnés, son ticket modérateur sera plus élevé. A titre d'exemple, la consultation d'un médecin non enregistré comme médecin traitant implique un remboursement par l'assurance maladie de 30% de la consultation, au lieu de 70%.

### Le tiers payant

Le « tiers-payant » est une mesure qui évite au patient d'avancer chez son médecin, à l'hôpital ou chez son pharmacien les frais ou les honoraires médicaux qui seront ensuite remboursés et donc

pris en charge par l'assurance maladie, puis éventuellement par la complémentaire santé pour la partie restant à la charge du patient. Les dépassements d'honoraires et médicaments non remboursés ne peuvent pas bénéficier du tiers payant. Aussi, même si le « tiers-payant » donne l'illusion de soins gratuits, il faut rappeler que ce n'est qu'une procédure comptable qui évite au patient d'avancer des frais.

Mais la prise en charge par l'assurance maladie des soins et produits de santé représente un coût pour la société :

Selon un rapport de La Direction de la recherche des études et évaluation et statistiques (DREES) en 2014, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, est évaluée à 190,6 milliards d'euros, soit près de 2 900 euros par habitant.

### Les Affections Longue Durée (ALD)

Une affection longue durée dite « exonérante » est une maladie prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale sur la base des tarifs conventionnels. Une maladie est considérée comme une affection

longue durée, lorsque sa gravité ou son caractère chronique, éventuellement les deux, le justifient au regard du coût et de la durée du traitement.

La liste des ALD s'élevait aujourd'hui à 30 affections qui regroupent 400 pathologies. On peut y retrouver le diabète, des maladies du cœur, des affections psychiatriques ou atteintes neurologiques, des cancers...

A noter tout de même que si les patients en ALD bénéficient bien d'un remboursement à 100% par la sécurité sociale certaines sommes restent à charge du patient comme la participation forfaitaire de 1€, le forfait hospitalier ou encore les suppléments pour des chambres individuelles. Le remboursement de ces frais dépendra de la mutuelle ou des garanties complémentaires du patient.

### Le reste à charge

Le reste à charge du patient est la somme restante à payer par un patient une fois déduit ses remboursements provenant de sa Caisse d'Assurance maladie, ainsi que de son éventuel organisme complémentaire (assurance ou mutuelle santé).

# 511€

CE QUE DOIT PAYER EN MOYENNE UN PATIENT FRANÇAIS APRÈS UNE HOSPITALISATION AVANT INTERVENTION DE SA COMPLÉMENTAIRE/MUTUELLE SANTÉ. APRÈS REMBOURSEMENT PAR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ LE RESTE À CHARGE FINAL S'ÉLÈVE À 26€ EN MOYENNE.

# 16,2 MILLIARDS D'EUROS

C'EST LE RESTE À CHARGE DES MÉNAGES APRÈS REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES COMPLÉMENTAIRES ESTIMÉ PAR LA DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) EN 2014. CE CHIFFRE EST EN DIMINUTION DEPUIS 2008.

## Récapitulatif des principaux taux de remboursements pratiqués par l'assurance maladie.

Prestation pour l'assuré	Taux de remboursement par l'assurance maladie	Ticket modérateur à la charge du patient (avant prise en charge par un organisme complémentaire de santé)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient possède la Couverture Maladie Universelle</li> <li>Les patients en Affection Longue Durée</li> <li>Les femmes enceintes pour leurs examens obligatoires et au-delà de 6 mois de grossesse</li> <li>Les soins en cas d'accident du travail</li> </ul>	100%	0%
Frais d'hospitalisation	80%	20%
Consultation chez le médecin traitant	70%	30%
Frais de transport	65%	35%
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...) ainsi que pour les analyses en laboratoire de biologie	60%	40%
Consultation d'un médecin hors médecin traitant	30%	70%
Remboursement des médicaments en fonction de leur service médical rendu	15% 30% 65% 100%	85% 70% 35% 0%

## LES FRANCHISES MÉDICALES POUVANT RESTER À LA CHARGE DU PATIENT

L'assurance maladie française repose sur des principes d'universalité et de solidarité et se caractérise par une couverture et des remboursements souvent supérieurs par rapport aux règles qui prévalent dans la majorité des autres pays. Cependant, dans un souci de responsabilisation, il a été mis en place un système de franchise. Ainsi depuis 2008, le législateur a prévu un système mettant directement à contribution le patient pour un certain nombre d'actes ou de prestations de soins (médicaments, transports sanitaires...). Cette « franchise médicale », reste à la

charge du patient même lorsque ce dernier dispose d'une mutuelle.

La franchise médicale correspond à un montant qui vient automatiquement minorer un remboursement effectué par la caisse d'assurance maladie pour certaines prestations (soins hospitalisation, transport sanitaire, produits de santé).

### Franchise sur les médicaments :

Le montant de la franchise est de 0,50 euro par boîte de médicaments ou toute autre unité de conditionnement (flacon

par exemple) remboursés par la sécurité sociale. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et les femmes enceintes en sont exonérés. A noter que cette franchise est « invisible » pour le patient puisque les 50 centimes sont déduits directement du remboursement effectué par l'assurance maladie.

### La participation forfaitaire :

Fixée à 1 €, elle s'applique pour chaque consultation de médecin en ville, examens radiologiques et analyses de biologie médicale.

Elle s'applique également en établissement de santé (hors hospitalisation) et qui dispose de ses propres règles en matière de plafond.

Par exemple, dans le cadre d'une consultation chez un médecin traitant, la consultation est facturée à 23 € et remboursée théoriquement à 70 %, ce qui devrait correspondre à un remboursement total de 16,10 €. La participation forfaitaire s'applique sur cette somme, ce qui fait que le remboursement par

l'assurance maladie total n'est en réalité que de 15,10 €.

### Le forfait hospitalier et le forfait pour les soins coûteux

Le forfait hospitalier de séjour est facturé à 18 € par jour à l'hôpital et à 13,50 € en clinique. Pour les actes médicaux en hôpital dont le tarif est supérieur ou égal à 120€, un forfait également de 18 € est prévu.

### Le patient paie-t-il vraiment de sa poche l'ensemble de ces franchises ?

Bien qu'il existe des franchises pour différentes situations, il est prévu un montant total de la participation forfaitaire maximal de 50 euros par année civile (du 1er janvier au 31 décembre) et par personne.

Enfin, certains motifs d'hospitalisation peuvent permettre d'en être exonérés (Femme enceinte dans ses 4 derniers mois de grossesse, accident du travail...)

## SPÉCIFICITÉ DE L'HÔPITAL PUBLIC ET PRIVÉ

Les frais liés à l'hospitalisation sont pris en charge à 80 % par l'Assurance Maladie (sauf cas particuliers). Le patient est remboursé après envoi à la caisse d'Assurance Maladie du bon de sortie remis par l'établissement de soins.



Toutefois, si le patient possède une mutuelle ou une assurance santé complémentaire, ces frais peuvent être remboursés en partie ou en totalité.

Si le patient n'a pas de ressources suffisantes pour régler les frais d'hospitalisation qui restent à sa charge, deux recours s'offrent à lui :

Déposer une demande de Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire auprès de la caisse d'Assurance Maladie ou déposer une demande de prise en charge au titre de l'action sanitaire et sociale de la caisse d'Assurance Maladie.

### Les cliniques privées non conventionnées

Les cliniques privées non conventionnées sont très peu nombreuses en France. Néanmoins, si un patient choisit ce type d'établissement, il devra régler la totalité des frais à la clinique.

L'Assurance Maladie remboursera ensuite 80 % des frais de séjour et des honoraires médicaux, sur la base des tarifs officiels en vigueur.

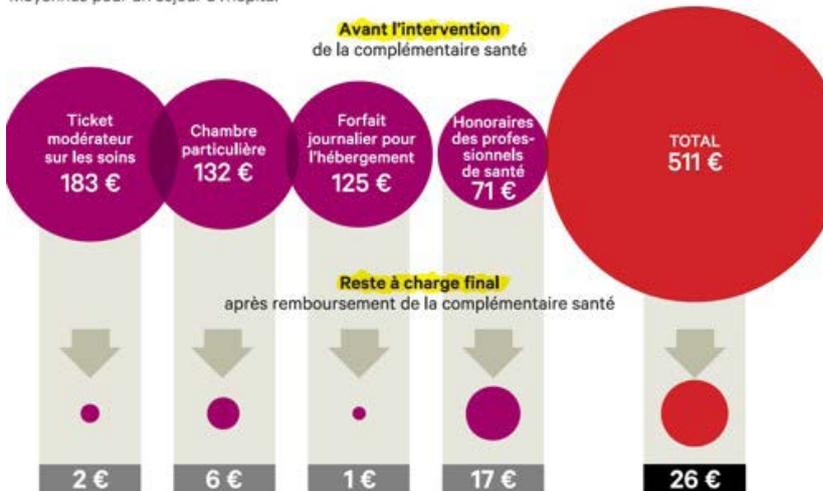
Attention, les cliniques privées non conventionnées appliquent des tarifs plus élevés que les tarifs officiels en vigueur, les frais restant à la charge du patient peuvent donc être très importants.

Par conséquent à la sortie d'hôpital, le patient devra régler :

- Le montant du ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie (20 % des frais d'hospitalisation), ainsi que le forfait journalier (18€/jour).
- Les éventuels suppléments pour le confort personnel, comme une chambre individuelle, le téléphone, la télévision...
- Les dépassements d'honoraires médicaux s'il y a lieu (le patient doit être informé en amont sur ces dépassements et donner son accord).

### Hospitalisation : ce que paient les patients

Moyennes pour un séjour à l'hôpital



\*LES ÉCHOS\* / IDE / SOURCE : OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES À CHARGE EN SANTÉ

## SPÉCIFICITÉ POUR LES SOINS ET PRODUITS DE SANTÉ DE VILLE

### Les soins de ville

Aujourd'hui, il est obligatoire de déclarer un médecin traitant auprès de sa caisse d'Assurance maladie dès l'âge de 16 ans. En déclarant son médecin traitant et en le consultant systématiquement en priorité à chaque problème de santé, le patient s'inscrit dans le respect du parcours de soins. Ce dernier l'oriente ensuite vers les spécialistes dont le patient a besoin et garanti un remboursement optimal pour le patient.

En consultant son médecin traitant le patient bénéficie d'un taux de remboursement de 70 % du tarif conventionnel. Le reste est pris en charge par votre assurance/mutuelle.

Si le patient n'a pas désigné de médecin traitant, s'il choisit de voir quelqu'un d'autre pour convenance personnelle ou s'il prend directement rendez-vous avec un spécialiste, il est « hors parcours de soins coordonnés ». La Sécurité sociale ne prend alors en charge qu'à hauteur de 30%.

### Le médicament

Pour rappel, le prix du médicament comprend le prix d'achat, les marges grossistes, la TVA et la rémunération du pharmacien pour la dispensation.

L'Assurance maladie rembourse en partie ou en totalité les médicaments et dispositifs médicaux achetés en pharmacie. Cela dépend du produit concerné ainsi que des conditions de prescription et de délivrance. Le taux de remboursement des dispositifs médicaux est fixe (60%). Celui des médicaments est variable (15%, 30%, 65%, 100%) et dépend

Selon la situation (par exemple : en affection de longue durée, ou si la patiente est enceinte de plus de six mois, ou si le patient bénéficie de la CMU complémentaire), les consultations peuvent être prises en charge à 100 %.

### Comprendre le secteur 1 et le secteur 2 des médecins

Le secteur 1 correspond au tarif servant de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie. En se rendant chez un praticien du secteur 1, vous vous assurez d'obtenir un remboursement optimal de la part de l'assurance maladie, à condition que ce soit dans le cadre de votre parcours de soin, et en dehors de toute demande particulière (comme une consultation hors horaires d'ouverture du cabinet).

Le secteur 2 est également appelé « Le secteur conventionné à honoraires libres ». Les tarifs pratiqués par les médecins qui exercent en secteur 2, sont libres

et sont fixés par le médecin, avec tact et mesure, en fonction des exigences de la caisse d'assurance maladie. La caisse de sécurité sociale rembourse le patient sur la base du tarif de base.

Concrètement, l'Assurance maladie rembourse 70 % du tarif des consultations. Chez le généraliste, le remboursement s'élève donc à 15,10 euros, que la visite médicale ait été facturée 23 euros en secteur 1, ou à un tarif plus élevé en secteur 2.

Chez le spécialiste, la prise en charge est de 16,50 euros pour une consultation facturée à 25 euros en secteur 1. Si le patient consulte un spécialiste en secteur 2, le remboursement est alors calculé sur une base de 23 euros quel que soit le montant des honoraires facturés. Soit un remboursement de 15,10 euros.

du service médical rendu attribué par la Commission de Transparence de la HAS. Pour être remboursé, le médicament et le dispositif médical doit figurer sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ou la Liste des Produits et Prestations Remboursables.

### Spécificité du générique : « Le tiers payant contre générique »

Afin d'inciter les patients à utiliser préférentiellement les génériques il a été mis en place une mesure dite du « Tiers-payant contre générique ».

Cette mesure permet de suspendre la facilité de remboursement via le tiers payant si le patient refuse la délivrance d'un médicament générique proposée par son pharmacien. Concrètement, si le patient refuse le générique proposé par le pharmacien, il devra avancer le prix du médicament, puis remplir sa feuille de soins et l'envoyer à l'assurance maladie pour obtenir son remboursement.

## 3/ LA LISTE EN SUS

### — LE SAVIEZ-VOUS ?

#### La Tarification à l'activité

- Depuis 2005, l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés est financée par la tarification à l'activité (T2A).
- Cette nouvelle tarification a pour but de fonder le financement des établissements en fonction de leur activité, celle-ci étant décrite par Groupe homogène de séjours (GHS) qui regroupe des malades en fonction de leur pathologie.
- Elle couvre 100 % de l'activité des établissements privés depuis 2005, tandis qu'elle a été appliquée de manière progressive dans le secteur public pour couvrir 100% de l'activité de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)

des établissements publics en 2008.

- La France n'est pas le premier pays à introduire une tarification à l'activité des soins hospitaliers. En adoptant ce mode de paiement elle rejoint une vingtaine de pays qui ont déjà mis en place une tarification de ce type.
- Malgré des principes de base communs, ces systèmes de

tarification à l'activité varient néanmoins dans leur architecture globale et chaque pays adopte les paramètres de fixation des tarifs en fonction de ses besoins et contraintes propres. Il n'existe donc pas un design unique de T2A

- Ce système de tarification induit des particularités dont la liste d'inscription des médicaments en sus de la T2A ou simplement Liste en sus.

**3** MILLIARDS D'EUROS

C'EST L'ENSEMBLE DES DÉPENSES ENGENDRÉES PAR LA LISTE EN SUS EN 2013.

**2%**

C'EST LA PART DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE CONSACRÉE À LA LISTE EN SUS.

## LA LISTE EN SUS À L'HÔPITAL

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est assuré selon plusieurs modalités. Dans le cas général, le financement est assuré par les tarifs des prestations d'hospitalisation (GHS – groupes homogènes de séjours), destiné à couvrir de façon forfaitaire les frais occasionnés par la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires

à l'hospitalisation du patient pour une pathologie.

Toutefois, un dispositif dérogatoire, décrit dans le code de la sécurité sociale, est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet d'assurer la diffusion du progrès technique.

La liste en sus permet ainsi à l'hôpital de proposer ces traitements

innovants et coûteux au patient le plus rapidement possible en ne faisant pas reposer sur son budget le coût des traitements inscrits sur la liste en sus.

L'inscription d'un médicament ou d'un dispositif médical sur la liste en sus ainsi que leur tarif fixé par le comité économique des produits de santé (CEPS) donnent lieu à une publication au Journal officiel.

## PARUTION D'UN NOUVEAU DÉCRET SUR LES CONDITIONS D'INSCRIPTION / RADIATION DE LA LISTE EN SUS

Le 25 mars 2016 paraissait le décret modifiant les conditions d'inscription et de radiation de la liste en sus. Ce décret change de façon importante les conditions d'inscription et de radiation des médicaments de la liste en sus.

Les principales mesures à retenir sont :

- Le médicament devra avoir un service médical rendu (SMR) majeur ou important
- Une amélioration de son service médical rendu (ASMR) majeur, important ou modéré
- Certaines exceptions sont possibles avec une ASMR mineur (absence d'alternatives ou le médica-

ment devra présenter un fort intérêt de santé publique) ou l'absence d'une AMSR (si leur comparateur est déjà inscrit sur la liste)

- Les médicaments seront inscrits sur cette liste indication par indication

Ce nouveau décret change de façon stricte les règles d'inscription sur la liste en sus, et avec ces nouvelles dispositions, certaines nouvelles molécules ne pourront pas y figurer ou certaines molécules déjà inscrites se verront radiées de cette liste en sus. Cette situation pourrait mettre en difficulté certains hôpitaux qui ne pourraient pas financer par eux-mêmes ces médicaments.

Le syndicat des industries du médicament (LEEM) a interpellé la ministre de la santé sur ce décret en soulignant que « ces nouveaux

*critères, tels qu'ils sont rédigés, vont donner lieu à des situations critiques de perte de chance pour les patients, ainsi qu'à une potentielle inégalité d'accès aux soins selon que les produits concernés sont administrés à la ville ou à l'hôpital d'une part, mais également selon les capacités financières de chaque établissement, d'autre part »*

Un courrier co-signé par une trentaine d'oncologue issus de centres hospitaliers universitaire et d'instituts contre le cancer ont également réagi en alertant la Ministre de la Santé Marisol Touraine : « Le groupe de

*travail alerte sur les conséquences de ces sorties de la liste en sus, qui ne concernent que les nouveaux anticancéreux injectables. Les établissements seront amenés à décider de financer ou non les traitements correspondants, ce qui créera inmanquablement des situations d'inégalités de fait entre patients, entre établissements, entre territoires de santé. »*

**Sources :**

IRDES Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères 2009, Ameli.fr, Agence Presse Médicale News

DREES (Comptes nationaux de la santé 2014), INSEE (Comptes nationaux, Février 2014, Ameli.fr)