



JGS LES

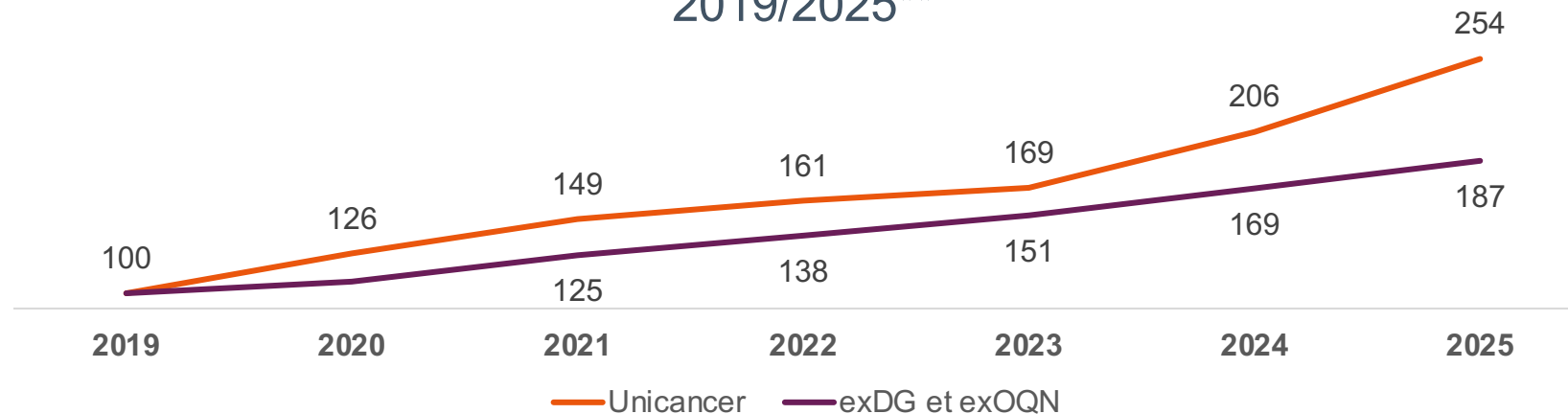
Sandrine Boucher
19/06/2026

La liste en sus, une problématique de remboursement stratégique

Un poids financier croissant et important

- Dépenses de produits de santé pris en charge par l'AM 42,6Mds€*
- Dépenses de médicaments brutes +7,5%* / an
- En 2025 26 traitements d'un coût annuel supérieur à 50k€/patient, en 2015 1 seul.
- LES MCO 2025** : **22,6Mds€** (ONDAM : 265,4 Md€ en 2025)
- LES + AP MCO 2025** : 24,8Mds€

Evolution des dépenses de la liste en sus MCO HAD 2019/2025**



Presque x 2
x 2,5 dans les
CLCC

La liste en sus, rappel des spécificités HAD et SMR

Un dispositif qui a été construit pour le MCO

- HAD :
 - Liste en sus MCO
 - Liste en sus spécifique HAD :
 - tarif inférieur aux séjours en MCO donc liste en sus MCO inadaptée
 - mais sur enveloppe fermée > prise en charge autour des 50%
- SMR :
 - Liste en sus MCO HAD
 - Liste en sus spécifique au SMR :
 - certains patients en cancérologie n'étaient plus pris en charge pour certaines prises en charge en cas de radiation sur MCO,
 - automaticité si critères remplis même sans demande d'inscription en SMR par les industriels désormais

La liste en sus, le constat du Ministère

Des problématiques

- Difficultés à établir une méthodologie à même d'assurer une **gestion dynamique** de la liste en sus
- Des produits restant **inscrits pendant de longues périodes** sur la liste en sus
- Des produits maintenus sur la liste en sus alors qu'il existe des alternatives intra GHS
- Une **évolution des pratiques** qui n'a pas forcément trouvé sa correspondance dans les GHS
- Une **augmentation forte du prix moyen** des produits de santé relevant de la liste en sus
- Les conséquences du dynamisme des dépenses de liste en sus, dans un contexte de **finances publiques contraintes**

La liste en sus, quelles finalités ?

Une différence d'appréhension entre établissements et tutelles

- Prise en charge en sus des GHS/GME de médicaments/produits innovants
- Indications précisément définies par arrêté ministériel pour les inscriptions et donc pour les radiations
- Objectif du Ministère : **Soutenir l'innovation**
- Objectifs des établissements : Gérer la consommation de MO ou DMO équitablement sans effet d'aubaine ni de préjudice / **Eviter les effets de sélection de patients / Préserver l'équilibre de la T2A**
 - Poids financier de la MO ou du DMO très important par rapport au tarif du GHS
 - Fréquence de consommation des MO ou DMO au sein d'un même GHS hétérogène entre les établissements
 - Intégration dans le GHS > des effets d'aubaine pour certains établissements financés par les autres (risque de sélection des patients)
 - Particulièrement vrai en oncologie du fait du tarif d'un GHS de séance de chimiothérapie

Onéreux <> Innovant !

Une différence qui conduit à une incompréhension

Les propositions d'évolution de la procédure

○ Propositions du Ministère :

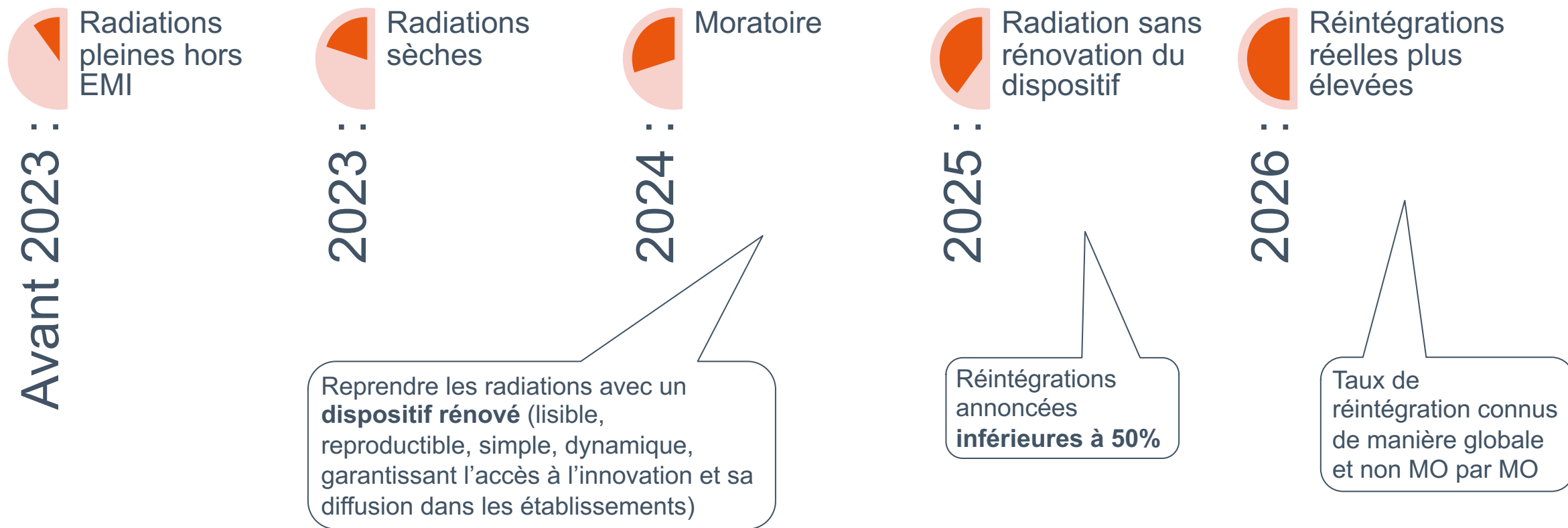
- Inscription pour une durée définie
- Diminuer le taux de prise en charge dans le temps
- Taux de prise en charge différencié selon les critères SMR / ASMR
- Usage fréquent mais hétérogène : intégration partielle dans les GHS + reliquat temporaire en sus
- Radiation des génériques / biosimilaires

○ Propositions des Fédérations :

- Revoir le critère de consommation majoritaire en ville
- Ne pas radier les molécules ou DM qui n'ont pas atteint un stade de maturité suffisant
- Gérer différemment les maladies rares
- Prendre en compte l'hétérogénéité entre établissements
- Rajouter un critère sur la fréquence d'utilisation au sein des GHM (MO)

Les radiations, l'histoire

Une rupture des conditions de radiation en 2023



Les radiations, comprendre le mécanisme de réintégration

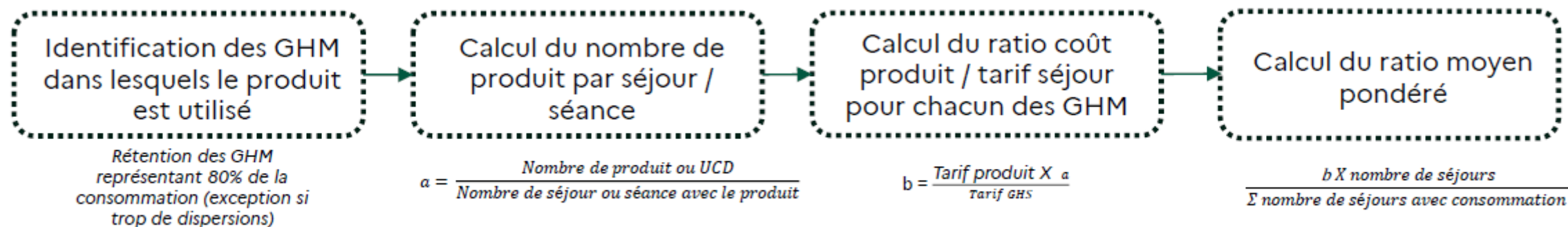
La décision de radiation

- Non respect des critères HAS
- Usage majoritairement en ville
- Ratio coût tarif inférieur à 30%
- Fréquence d'utilisation supérieur à 80% pour les DM

Les radiations, comprendre le mécanisme de réintégration

Zoom sur le critère Coût Tarif

- Sur la base du Tarif produit (Journal Officiel), Tarif GHS (Journal Officiel), et des données de consommation (Scan Santé – Activité MCO : données 2024 pour la présentation, soit n-2, pour une radiation en 2027)
- Validations à réaliser : ratio pondéré moyen $\geq 30\%$



GHM : groupe homogène de malade ; GHS : Groupe homogène de séjour ; HAS : Haute autorité de santé ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique; Nb : nombre

GHM avec le plus grand nombre de séjours consommateur de la MO ou du DM
Campagne 2026 : non prise en compte des honoraires, des actes d'imagerie et de biologie hors GHM en exOQN

Les radiations, comprendre le mécanisme de réintégration

Le périmètre de réintégration

Perte des remises pour l'AM

- Les racines des GHM correspondants à 80% de la consommation
 - » Une **économie** déjà réalisée à partir du périmètre : hors EMI et limitation des GHM. La consommation dans les racines hors périmètre n'est pas réintégrée.

Le taux de réintégration

- Coût moyen du traitement / Tarif par racine de GHM = Poids du Traitement
- Taux de réintégration dans la racine = Poids du traitement / 30%
- Exemple : la MO coûte 10% du tarif. 1/3 de la consommation est réintégrée.
 - » Un **cumul des économies** : EMI + Périmètre des racines + Réintégration partielle
 - » Si fixé au-delà de la capacité à négocier, cela nécessite d'aller trouver d'autres sources d'économie pour un établissement. Des économies ciblées sur les établissements consommateurs.
 - » Si fixé en dessous de la capacité à négocier, un effet d'aubaine pour certains établissements

% identique pour ts les GHS d'une racine

Inégalité de traitement exDG/exOQN

La LES, contenir les dépenses

Quelles pistes en dehors des radiations ?

- Inscription définitive ou réévaluation régulière avec des données de vie réelle / essais pragmatiques (capacité à absorber la charge par la Has ?)
- Evaluation d'un traitement ponctuel ou d'une stratégie thérapeutique
 - Prise en compte des effets indésirables,
 - Prise en compte des économies réalisées (coûts induits et qualité de vie)
- Evaluation de la pertinence
 - OMEDIT, CAQES
 - art 51 « Liste en Sus » (ExpéLES)
 - Projet de désescalade thérapeutique : prévention quaternaire
- Négociation des prix (monopôle, pression sociale, prix fixé sur le bénéfice thérapeutique)

Comment adresser la différence entre consommation en **ville** et consommation **hospitalière** ?

En ville : AMM
A l'hôpital : SMR / ASMR

En cancérologie* :
3,6 Mds€ en 2023,
Plus de 225 000 patients,
Augmentation de la consommation
+60% entre 2019 et 2023

(*) Source SNDS : traitement HDH

L'accès à l'innovation en France, quel avenir ?

Le forfait innovation

- Recours très faible au dispositif

Les accès précoces

- Baisse du volume en 2025

Les AHN

- Décote
- Délai d'inscription à la nomenclature
- Limitation du nb de bénéficiaires dans le RIHN 2.0

Les articles 51

- Enjeu de la généralisation



**RESTONS
CONNECTÉS**
www.unicancer.fr



facebook/unicancer
linkedin/company/unicancer
twitter.com/groupeunicancer
instagram.com/reseau.unicancer



101, rue de Tolbiac, 75654 Paris Cedex 13
Tél. 01 44 23 04 04
unicancer@unicancer.fr