



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

frais pharmaceutiques

Question écrite n° 63363

Texte de la question

M. Jean-Paul Anciaux appelle l'attention de M. le ministre des solidarités, de la santé et de la famille sur les propositions de modifications tarifaires relatives à la prise en charge, par l'assurance maladie, des différents dispositifs d'autocontrôle et d'autotraitement du diabète inscrits au chapitre 1er du titre I de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. En ce qui concerne le diabète, reconnu comme l'une des priorités de santé publique en France, les associations de diabétiques s'inquiètent d'éventuels déremboursements ou baisses du taux de prise en charge des dispositifs susmentionnés. À la suite de la discussion du comité économique des produits de santé (CEPS) avec les entreprises concernées, un avis devait être publié au Journal officiel de la République française afin de rendre ces décisions les plus transparentes. Il lui demande où en est cette publication.

Texte de la réponse

S'agissant des modifications tarifaires relatives à la prise en charge, par l'assurance maladie, des différents dispositifs d'autocontrôle et d'autotraitement du diabète inscrits au chapitre 1er du titre I de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, le ministre de la santé et des solidarités confirme qu'en ce qui concerne le diabète, reconnu comme l'une des priorités de santé publique en France, les personnes qui en sont reconnues atteintes peuvent bénéficier, après avis du contrôle médical de leur caisse, d'une prise en charge à 100 % du tarif inscrit à la LPP, pour les soins en rapport avec cette affection. Le ministre tient donc à souligner que les modifications actuelles, comme cela a été annoncé concernant les dispositifs médicaux utilisés dans le diabète, ne constituent ni un déremboursement ni une baisse du taux de prise en charge des dispositifs suscités, mais seulement, compte tenu du coût réel des dispositifs concernés, une baisse négociée de leurs tarifs avec fixation d'un prix limite de vente, afin de garantir aux patients qu'aucun reste à charge ne subsistera. Il rappelle que les associations de patients et les prestataires de service ont été consultés tout au long de la phase d'évaluation. Ces modifications ont été publiées au Journal officiel de la République française du 10 janvier 2006 sous la forme d'un « avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public TTC de produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ».

Données clés

Auteur : [M. Jean-Paul Anciaux](#)

Circonscription : Saône-et-Loire (3^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 63363

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : solidarités, santé et famille

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 19 avril 2005, page 4014

Réponse publiée le : 7 mars 2006, page 2594