



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'hospitalisation

Question écrite n° 73885

Texte de la question

M. Kléber Mesquida attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports à propos de l'arrêté de son ministère en date du 19 février 2010 qui ne permet plus de rembourser aux établissements de santé privés comme publics cinq médicaments anticancéreux utilisés quotidiennement. Le non-remboursement de ces médicaments de référence dans le traitement du cancer va déstabiliser les établissements qui assurent la prise en charge de cette pathologie et générer des inégalités d'accès aux traitements pour les patients. Malgré les annonces du Président de la République le 2 novembre 2009 dans l'évocation du plan cancer II, « je n'ai pas le droit de faire des économies sur la souffrance des patients et de leurs familles », cette disposition restrictive des pouvoirs publics semble pourtant répondre à des préoccupations budgétaires. Les conséquences financières pour les établissements sont estimées entre 100 et 120 millions d'euros au niveau social. Or, à quelques jours de la publication des tarifs, les organisations syndicales sont inquiètes, n'ayant aucune garantie de la réintégration du coût des médicaments dans les tarifs des cliniques et des hôpitaux. Aussi, il lui demande si elle compte répondre favorablement aux craintes des professionnels de santé et réintégrer le coût des cinq médicaments dans les tarifs des établissements.

Texte de la réponse

Le coût des médicaments et des dispositifs médicaux implantables utilisés dans le cadre de la prise en charge des patients par les établissements hospitaliers, publics ou privés, est normalement couvert par les tarifs des prestations hospitalières qui constituent des forfaits tout compris (charges de personnel, médicaments, énergie, etc.) Par exception à ce principe, certains médicaments et dispositifs médicaux implantables sont financés par des tarifs de prestations hospitalières à travers le mécanisme dit de la liste en sus, qui a été mise en place, depuis 2004, pour favoriser la diffusion et l'accessibilité des innovations pharmaceutiques, en évitant de faire peser leurs prix élevés sur les tarifs moyens facturés par séjour ou par séance. Cette liste en sus a vocation à accueillir temporairement les produits dans l'attente de leur inclusion dans le tarif du groupe homogène de séjour (GHS). Ainsi chaque année, il est procédé à de nouvelles entrées et en parallèle à des sorties. Ces sorties ne concernent que des molécules ou des dispositifs médicaux dont l'utilisation est désormais courante et dont les coûts d'achats ont considérablement baissé depuis leur inscription. Dans le cas présent, les 5 molécules en question sont toutes disponibles sous la forme générique depuis plusieurs années et ont perdu leur caractère innovant. Bien évidemment, ces médicaments continueront d'être pris en charge par l'assurance maladie à travers la réintégration de leur coût, évalué sur la base du prix d'achat constaté, dans les tarifs des prestations hospitalières, comme pour l'ensemble des autres médicaments. Leur prescription ne sera donc en rien entravée et leur accès pour les patients sera préservé.

Données clés

Auteur : [M. Kléber Mesquida](#)

Circonscription : Hérault (5^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 73885

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 16 mars 2010, page 2879

Réponse publiée le : 15 juin 2010, page 6736