



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'hospitalisation

Question écrite n° 74893

Texte de la question

M. Jean-Pierre Grand attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur le déremboursement de cinq médicaments de référence dans le traitement des cancers du sein, de l'ovaire, du poumon et des cancers digestifs. En effet, un arrêté du 19 février 2010 les sort de la liste en sus pour les faire financer directement par les groupes homogènes de malades-groupes homogènes de séjour (GHM-GHS) concernés. Or la neutralité financière de ce changement de mode de prise en charge n'est pas assurée, le montant correspondant au coût constaté de ces médicaments n'étant pas réinjecté dans les tarifs des GHS. Les conséquences financières pour les établissements privés sont estimées entre 100 et 120 millions d'euros au niveau national. Ainsi, les établissements privés recevront 283 euros pour une prestation qui leur en coûtera en réalité 338 euros, les établissements publics 385 pour un coût de 440. La différence resterait à la charge des établissements pour chaque chimiothérapie. Ces dispositions sont contraires aux efforts entrepris en termes de qualité, d'innovation et de sécurité. Aussi, il lui demande de bien vouloir lui indiquer les mesures qu'elle entend prendre pour permettre l'égalité d'accès au traitement innovants pour les patients atteints d'un cancer et la neutralité financière de ce changement de mode de financement pour les 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. Jean-Pierre Grand](#)

Circonscription : Hérault (3^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 74893

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 30 mars 2010, page 3573

Réponse publiée le : 15 juin 2010, page 6736