



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'hospitalisation

Question écrite n° 74897

Texte de la question

Mme Conchita Lacuey appelle l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur l'arrêté du ministère de la santé qui ne permet plus aux établissements de santé privés comme publics de se faire rembourser cinq médicaments anticancéreux utilisés quotidiennement dans le traitement des cancers du sein, de l'ovaire, du poumon et des cancers digestifs. Malgré les annonces du Président de la République qui dévoilait le 2 novembre 2009 le plan cancer II, représentant près de 750 millions d'euros de dépense, les conséquences financières pour les établissements de santé utilisant ces médicaments sont estimées entre 100 et 120 millions d'euros au niveau national. Si rien n'est fait, les établissements privés recevront 283 euros pour une prestation qui leur coûtera en réalité 338 euros. Les 55 euros de différence resteraient donc à la charge des cliniques aussi bien privées que publiques. Or, à quelques jours de la publication des tarifs, les organisations syndicales n'ont obtenu aucune garantie sur la réintégration du coût de ces médicaments dans les tarifs des cliniques et des hôpitaux. Aussi, elle lui demande d'indiquer la position du Gouvernement sur ce sujet et si elle compte répondre favorablement aux craintes des professionnels de santé.

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 : [Mme Conchita Lacuey](#)

Circonscription : Gironde (4^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 74897

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 30 mars 2010, page 3573

Réponse publiée le : 15 juin 2010, page 6736