



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

frais pharmaceutiques

Question écrite n° 18888

Texte de la question

M. Kléber Mesquida attire l'attention de M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées sur l'arrêté publié au Journal officiel du 19 avril 2003 qui ramène de 65 % à 35 % le remboursement de 617 médicaments. Cette décision prise avec une grande discrétion par le ministère de la santé, dans le but de réduire le déficit de la sécurité sociale, prévoyait une période transitoire d'un mois avant son application. Elle entre en vigueur ce lundi 19 mai 2003 mais ne fait pas l'unanimité. Ainsi l'Union régionale des caisses d'assurances maladie (URCAM) du Languedoc-Roussillon a fortement remis en cause cette décision. Premièrement, la décision du Gouvernement a été prise sans consultation des représentants sociaux ; deuxièmement, les économies qui seraient réalisées par la sécurité sociale vont coûter cher aux mutuelles et aux assurés sociaux : respectivement 200 MEUR et 100 MEUR selon les estimations de la Mutualité française. Les complémentaires santé prendront ainsi à leur charge les 30 % de la part non remboursée, mais se verront dans l'obligation d'augmenter dès janvier 2004 leur tarif, en moyenne, de 6 %. Il s'agit bien de transfert de charges de la sécurité sociale vers les assurés sociaux. De plus, les représentants des généralistes appellent à ne prescrire que des médicaments hors liste ministérielle, plus récents et plus chers. La sécurité sociale ne réalisera pas alors des économies et l'arrêté ne peut qu'être un vecteur d'augmentation des dépenses de santé. Aussi, il lui demande les mesures qu'il compte prendre afin de rétablir le niveau de remboursement indispensable à une bonne gestion de l'assurance maladie.

Texte de la réponse

L'arrêté, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en ramenant le taux de 617 médicaments de 65 % à 35 %, publié au Journal officiel le 19 avril 2003, est une des conséquences de l'opération de réévaluation du service médical rendu initiée en 1999. Le taux de prise en charge intermédiaire de 35 % existe depuis 1977. Il était à l'origine réservé aux médicaments intervenant dans les pathologies n'ayant pas un caractère de gravité. En 1999, l'application de ce taux a été élargie aux médicaments n'ayant pas un service médical rendu majeur ou important. Le service médical rendu est évalué en tenant compte de la gravité de la pathologie, du rapport efficacité/effets indésirables du produit, de sa place dans la stratégie thérapeutique et de son intérêt de santé publique. On retrouve ainsi parmi ces produits des médicaments intervenant dans des pathologies bénignes ou ayant un rapport efficacité/effets indésirables moyen ou encore des formes galéniques peu adaptées. En pratique, cette liste comprend, par exemple, des antifongiques cutanés, des antiseptiques, des antiacnéiques, certains médicaments qui traitent le reflux gastro-oesophagien ou les nausées ou encore des antihistaminiques... Les médicaments à efficacité importante intervenant dans les pathologies graves restent pris en charge à 65 % ou à 100 % dans le cas par exemple d'affections de longue durée. Cette liste a été arrêtée au terme de plusieurs mois de concertation avec les mutuelles et les caisses d'assurance maladie, les industriels, les pharmaciens. Du fait de la croissance importante de la part des médicaments vignetés à 100 % d'une part et de la croissance moindre, mais cependant importante, de la prise en charge à 100 % pour des patients en affection de longue durée ou autres, l'augmentation des dépenses de médicaments est de plus en plus supportée par l'assurance maladie et de moins en moins par les patients ou leurs assurances complémentaires.

En fait, la charge des complémentaires sur le poste médicaments augmente moins vite que celle de l'assurance maladie. D'après la CNAMTS, le taux moyen de prise en charge des médicaments est de 75 % (ville et hôpital confondus) et de 73,4 % en ville en 2003. En tout état de cause, l'objectif du Gouvernement est de mettre en place un nouveau partenariat entre les acteurs du monde de la santé, l'État devant être le garant des principes fondamentaux de notre système de soins et d'assurance maladie. Il doit fixer les principales orientations. Pour faciliter la mise en oeuvre des objectifs de santé et éclairer les choix des gestionnaires, la Haute Autorité de santé se voit confier l'évaluation scientifique des produits de santé, des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques. Cette Haute Autorité est constituée sous la forme d'une autorité administrative indépendante. Elle permettra d'objectiver, en accord avec les professionnels, les conditions de remboursement des soins par l'assurance maladie et les organismes de protection complémentaire. L'union nationale des caisses d'assurance maladie regroupe les instances dirigeantes des trois principaux régimes (CNAMTS, MSA, CANAM). Elle aura notamment, en lien avec les professionnels de santé et les organismes complémentaires, un rôle important d'initiative et de proposition s'agissant de la gestion du domaine remboursable par l'assurance maladie. Elle s'appuiera pour cela sur les avis et recommandations formulées par la Haute Autorité en santé.

Données clés

Auteur : [M. Kléber Mesquida](#)

Circonscription : Hérault (5^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 18888

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : solidarités, santé et famille

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 26 mai 2003, page 4042

Réponse publiée le : 8 mars 2005, page 2548