



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

frais pharmaceutiques

Question écrite n° 30279

Texte de la question

M. Christian Estrosi attire l'attention de M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées sur la volonté du Gouvernement d'équilibrer les comptes sociaux en refusant le remboursement de médicaments jugés de moindre importance. Ce déremboursement transfère les prescriptions vers des médicaments nouveaux et plus onéreux pour la collectivité, et entrave le développement de la médication familiale et des soins mineurs hors financement collectif. Il lui demande de bien vouloir lui indiquer pourquoi il n'envisage pas de ne plus dérembourser les médicaments à « service médical rendu » mineur, mais de les affecter d'un taux zéro. Ainsi, cela permettrait de les laisser à la charge des assurances complémentaires et pourrait introduire un ticket modérateur. Cette mesure n'engendrerait pas de hausse de cotisations des mutuelles, ces médicaments étant déjà pris en compte dans l'évaluation tarifaire. Les assureurs de complémentarité pourraient toutefois proposer des ajustements tarifaires pour étendre leur prise en charge.

Texte de la réponse

La commission de la transparence, commission indépendante comportant notamment des experts médicaux et scientifiques, est chargée d'évaluer, pour chaque médicament, le niveau du service médical rendu (SMR), critère qui conditionne sa prise en charge par la sécurité sociale. L'appréciation du SMR prend en compte l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique. En 1999, le ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'Etat à la santé ont demandé à cette commission de réévaluer le SMR de 4 500 spécialités, dont 835 ont été jugés insuffisants. Il a été décidé de procéder au déremboursement de ces produits sur une période de trois ans. Trois groupes de produits ont été définis : le premier groupe est constitué de ceux qui n'ont plus leur place dans la stratégie thérapeutique ; les deux autres groupes concernent d'une part les produits qui relèvent d'un choix d'automédication et enfin, d'autre part, les produits médicalement peu efficaces mais, pour l'heure, sans alternative thérapeutique. Le déremboursement se fait à raison d'un groupe par an sur trois ans. Le sérieux du travail scientifique d'évaluation du service médical rendu permet de garantir que les déremboursements n'entraîneront pas de dégradation de la prise en charge médicale des patients. L'objectif est de rationaliser la prise en charge et de permettre ainsi le financement des médicaments innovants et coûteux. Il n'est pas envisagé d'affecter d'un taux zéro les médicaments déremboursés. En effet, les assurances complémentaires n'ont pas besoin de cette mesure pour prendre en charge des médicaments déremboursés. Chacune est libre de fixer la liste des médicaments qu'elle souhaite prendre en charge. Actuellement, certaines assurances complémentaires remboursent déjà des produits que l'assurance maladie ne prend pas en charge.

Données clés

Auteur : [M. Christian Estrosi](#)

Circonscription : Alpes-Maritimes (5^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 30279

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : santé

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 15 décembre 2003, page 9582

Réponse publiée le : 10 février 2004, page 1093