



# ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

## frais d'hospitalisation

Question écrite n° 74355

### Texte de la question

M. Yvan Lachaud attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur l'arrêté de son ministère du 19 février 2010, qui ne permet plus aux établissements de santé privés et publics de se faire rembourser cinq médicaments anticancéreux utilisés quotidiennement, des médicaments de référence dans le traitement des cancers du sein, de l'ovaire, du poumon et des cancers digestifs. Le non-remboursement de ces médicaments représenterait pour les établissements entre 100 et 120 millions d'euros au niveau national. Cet arrêté met donc en grande difficulté les établissements assurant la prise en charge du cancer et génère une inégalité d'accès aux traitements innovants pour les patients. En conséquence, il paraît à la fois injuste, contraire à la morale et à l'éthique, mais aussi crée par ailleurs une contradiction avec l'engagement réaffirmé du Président de la République pour le plan cancer. Cette disposition restrictive des pouvoirs publics répond à des préoccupations budgétaires dont les conséquences pour les patients ne sont pas mesurées. Il souhaite donc savoir quelle est la position du Gouvernement face à ce mouvement de protestation des établissements publics et des cliniques assurant la prise en charge du cancer.

### 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. Yvan Lachaud](#)

**Circonscription :** Gard (1<sup>re</sup> circonscription) - Nouveau Centre

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 74355

**Rubrique** : Assurance maladie maternité : prestations

**Ministère interrogé** : Santé et sports

**Ministère attributaire** : Santé et sports

Date(s) clé(s)

**Question publiée le** : 23 mars 2010, page 3262

**Réponse publiée le** : 15 juin 2010, page 6736