



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'hospitalisation

Question écrite n° 75509

Texte de la question

M. Daniel Garrigue attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur l'accès aux traitements du cancer et en particulier aux traitements innovants. Cet accès a été garanti par les plans cancer successifs. Or l'arrêté paru au Journal officiel du 19 février 2010 a procédé à la radiation de cinq traitements anticancéreux (paclitaxel, vinorelbine, oxaliplatine, phosphate de fludaribine et epirubicine) de la liste des médicaments remboursés aux établissements de santé privés comme publics. Il rappelle que ces médicaments de référence sont utilisés quotidiennement et demeurent donc indispensables dans le traitement des cancers. Leur non-remboursement a pour conséquence une charge financière accrue pour lesdits établissements hospitaliers. Il lui demande donc quelles sont les mesures prévues pour compenser ces importants surcoûts pour les établissements ou si des garanties sont prévues pour la réintégration du coût de ces médicaments dans les tarifs des hôpitaux et des cliniques.

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. Daniel Garrigue](#)

Circonscription : Dordogne (2^e circonscription) - Députés n'appartenant à aucun groupe

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 75509

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 6 avril 2010, page 3866

Réponse publiée le : 15 juin 2010, page 6736