



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'hospitalisation

Question écrite n° 76664

Texte de la question

M. Alain Rousset attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur l'arrêté du 15 février 2010 de son ministère. Alors même que les plans cancer successifs garantissent à tous les malades l'accès aux traitements du cancer et en particulier aux traitements innovants, cet arrêté du 15 février 2010 ne permet plus aux établissements de santé privés comme publics de se faire rembourser 5 médicaments anticancéreux utilisés quotidiennement. Ces médicaments sont des médicaments de référence dans le traitement des cancers du sein, de l'ovaire, du poumon et des cancers digestifs. Les conséquences financières pour les établissements seraient estimées entre 100 et 120 millions d'euros au niveau national, et 60 millions d'euros pour le secteur public. Or les organisations syndicales n'ont obtenu aucune garantie sur la réintégration du coût de ses médicaments dans les tarifs des cliniques et des hôpitaux. L'activité de chimiothérapie se déroule dans un environnement technique, normé et coûteux. Un établissement hospitalier doit répondre aux obligations classiques d'autorisation d'activité, doublées de celles spécifiques à l'activité du cancer et complétées des critères de qualité édictés par l'INCA. Ce contexte difficile risque déjà d'être aggravé par une baisse attendue des tarifs 2010. C'est pourquoi il lui demande de lui indiquer quelles sont les raisons qui ont motivé cet arrêté, et quelles solutions entend apporter le Gouvernement pour que, *in fine*, ce déremboursement ne pénalise pas les patients.

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. Alain Rousset](#)

Circonscription : Gironde (7^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 76664

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 20 avril 2010, page 4428

Réponse publiée le : 15 juin 2010, page 6736