ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'hospitalisation

Question écrite n° 76667

Texte de la question

M. Philippe Plisson attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur les conséquences du déremboursement de cinq médicaments anticancéreux. L'accès aux traitements du cancer et en particulier aux traitements innovants, doit être garanti à tous les malades. C'est ce que garantissent les plans cancer successifs. Le 2 novembre dernier, le Président de la République dévoilait le plan cancer II représentant près de 750 millions d'euros de dépenses. Or, depuis le vendredi 19 février 2010, un arrêté de son ministère ne permet plus aux établissements de santé privés comme publics de se faire rembourser cinq 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 sont estimées entre 100 et 120 millions d'euros au niveau national. Si rien n'est fait, les établissements privés recevront 283 euros pour une prestation qui leur coûtera en réalité 338 euros. Les 55 euros de différence resteraient donc à la charge des cliniques. Le principe est identique pour les établissements publics ; le président de l'INCA validait dans une dépêche de l'Agence de presse médicale la somme de 60 millions d'euros concernant le seul secteur public. À quelques jours de la publication des tarifs, les organisations syndicales n'ont obtenu aucune garantie sur la réintégration du coût de ces médicaments dans les tarifs des cliniques et des hôpitaux. L'activité de chimiothérapie est devenue un processus extrêmement sécurisé et réglementé. 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 qualité édictés par l'INCA. Aujourd'hui, l'activité de chimiothérapie se déroule dans des espaces dédiés et est réalisé par du personnel également dédié. Enfin, à ces surcoûts normatifs s'ajoutent des surcoûts connexes et spécifiques de personnes, motivés par des obligations de la médecine du travail, liés à l'exposition des personnels aux produits de chimiothérapie. Ce contexte difficile, que va aggraver une baisse attendue des tarifs 2010, rend inacceptable l'application de ce nouveau décret. L'accès pour tous aux traitements efficaces est un principe non négociable. Le coût à long terme, non évalué aujourd'hui, sera sans doute bien supérieur aux économies reposant sur une vision à court terme sans réelle politique de santé publique. Eu égard à ces observations, il lui demande l'annulation de l'arrêté du 15 février 2010 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

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. Philippe Plisson
Circonscription : Gironde (11e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 76667
Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations
Ministère interrogé : Santé et sports
Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clée(s)

Question publiée le : 20 avril 2010, page 4429
Réponse publiée le : 15 juin 2010, page 6736