ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

médicaments génériques

Question écrite n° 4187

Texte de la question

M. Franck Marlin appelle l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la fin du tiers payant en cas de refus de médicament générique. En effet, si la réduction du déficit de la branche assurance maladie de la sécurité sociale est une nécessité, elle ne doit cependant pas être réalisée au détriment des malades. Or, d'une part, l'application de cette nouvelle mesure impacte fortement les personnes âgées, aux faibles ressources, ainsi que celles atteintes d'affections importantes ou de longue durée, puisque le tiers payant est désormais « strictement réservé aux patients acceptant les génériques, en application de l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale », comme l'indique le courrier adressé par la CPAM de l'Essonne aux personnes ayant refusé un ou plusieurs médicaments existant sous forme de génériques. De fait, les malades concernés se voient dans l'obligation de régler le montant de médicaments princeps pour lesquels une feuille de soin est éditée afin qu'ils se fassent rembourser la part prise en charge par l'assurance maladie. Le montant qui leur est désormais demandé peut atteindre plusieurs centaines d'euros mensuellement, ce qu'ils ne peuvent assumer même dans l'attente du remboursement. D'autre part, ils ne sont pas informés que, conformément à l'article L. 162-16-7 précité, la dispense d'avance de frais totale ou partielle s'applique « dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique », c'est-à-dire notamment lorsque le médecin prescripteur a porté la mention manuscrite « non substituable » sur l'ordonnance, écrite en toutes lettres et placée en face de chacune des lignes de prescription auxquelles elle s'applique. En outre, il semble que cette mesure soit appliquée différemment selon les départements et les caisses primaires d'assurance maladie, ce qui implique des iniquités évidentes. Enfin, sachant que les enjeux de la dématérialisation des feuilles de soin, avec l'instauration de la carte vitale, étaient principalement économiques puisque, en 1991, le coût de gestion d'une feuille de soins papier était estimé à environ 3 euros, il s'interroge sur le coût engendré par la délivrance de feuilles de soins comportant la mention « refus du générique » qui être adressées à la caisse dont l'assuré dépend et, par conséquent, sur l'économie réelle d'une telle mesure. Aussi il lui demande si le Gouvernement entend réviser ce dispositif.

Texte de la réponse

L'avenant n° 6 à l'accord national fixant les objectifs de délivrance de spécialités génériques conclu entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats de pharmaciens d'officine, vise à renforcer, en le généralisant, le dispositif tiers payant contre génériques prévu par l'article L.162-16-7. Lorsque le patient refuse la subtitution par un générique, le pharmacien ne pratique pas le tiers payant. Le patient doit faire l'avance des frais et se faire rembourser ensuite par sa caisse d'assurance maladie. Cette mesure contribue au développement de la substitution et à la promotion des génériques qui, tout en garantissant la sécurité et la qualité de ces produits par la notion de bioéquivalence, contribue par leurs moindres coûts, à l'équilibre de la sécurité sociale. Ainsi les économies réalisées par les génériques depuis 2000 sont de l'ordre de 10 milliards d'euros (source, rapport IGAS-IGF sur la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM 2013-2017). Cette mesure vise également à répondre à une hétérogénéité existante sur le

terrain en mettant notamment en place des objectifs spécifiques pour certains départements. Le générique permet au patient d'être soigné avec le même principe actif qu'avec le médicament de marque. Toutefois, comme le médicament n'est plus protégé par un brevet, cela permet de se soigner avec la même molécule par un prix inférieur : 1 % de générique en plus représente 15 M€ d'économie par l'assurance maladie. L'accord conventionnel comprend l'engagement des parties à garantir la stabilité de la délivrance du même générique pour les personnes âgées en ciblant tout particulièrement les traitements chroniques présents en cardiologie et en diabétologie. Pour les personnes en affection de longue durée et les personnes à faibles revenus, ce dispositif ne devrait pas pénaliser les plus démunis. En effet, soit ils acceptent le générique qui est le bio-équivalent, soit le médicament est non substituable et le médecin l'a précisé sur l'ordonnance, de façon manuscrite et en toute lettre. Dans ces deux cas, le tiers payant est accepté.

Données clés

Auteur : M. Franck Marlin
Circonscription : Essonne (2e circonscription) - Les Républicains
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 4187
Rubrique : Pharmacie et médicaments
Ministère interrogé : Affaires sociales et santé
Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clée(s)

Question publiée au JO le : 11 septembre 2012, page 4930
Réponse publiée au JO le : 20 novembre 2012, page 6715