Syndicat CFTC
La Vie à Défendre

SÉCURITÉ SOCIALE

POLITIQUE DU PRIX DU MÉDICAMENT

2019

SÉCURITÉ SOCIALE

POLITIQUE DU PRIX DU MÉDICAMENT

SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... p 3

LE PROCESSUS GÉNÉRAL DE LA MISE SUR LE MARCHÉ : ..... p 5

DES PROCÉDURES DE PRIX DÉROGATOIRES POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT ET L'ACCÈS À L'INNOVATION ..... p 13

PRINCEPS APRÈS EXPIRATION DU BREVET ET GÉNÉRIQUES ..... p 15

LE SYSTÈME DE PRIX DES MÉDICAMENTS HOSPITALIERS ..... p 17

CONCLUSION ..... p 18

LEXIQUE ..... p 18

INTRODUCTION

On entend par médicament, toute substance ou préparation pouvant être utilisée chez l'homme, ou pouvant lui **être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier** ses fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

Avant de se retrouver sur le comptoir d'une pharmacie, un médicament passe par différentes phases. L'accès au marché du médicament est un processus complexe qui peut durer plusieurs années et qui est soumis à différentes contraintes tant techniques qu'administratives.

Les médicaments ne sont pas des biens privés comme les autres, et ils nécessitent une régulation plutôt qu'un fonctionnement libre.

En France, le prix des médicaments remboursables par l'assurance maladie est régulé, tout comme l'ensemble des tarifs des services médicaux.
La régulation du prix du médicament poursuit trois grands objectifs : l'accès rapide des patients à un médicament sûr et efficace, le coût pour les finances publiques et le soutient à l'activité industrielle nationale (emplois, recherches, exportation).

Les prix récemment fixés par les industriels pour certains traitements innovants ont interpellé la communauté médicale et l'opinion publique. Le cas le plus connu en France est celui du Sovaldi® (sofosbuvir), médicament utilisé pour soigner l'hépatite C chronique, et vendu 13 667 euros la boîte (soit 41 000 euros pour un traitement curatif standard d'une durée de 3 mois).

Pour mieux comprendre cette situation, il semble utile de revenir sur les motivations de la régulation des prix et de décrire les modalités de la régulation française.

Les pouvoirs publics ont mis en place des mécanismes de régulation à l'entrée d'un médicament dans notre système de santé. Le prix fixé au départ est, lui aussi, amené à évoluer dans le temps en fonction de l'efficacité du médicament ou de la découverte d'autres molécules.

LE PROCESSUS GÉNÉRAL DE LA MISE SUR LE MARCHÉ :

PREMIÈRE ÉTAPE : L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ

Un premier niveau européen

L'Agence européenne du médicament (EMA) est chargée de l'évaluation scientifique des demandes d'autorisation de mise sur le marché. Tous les médicaments à **usage humain, innovants ou dérivés, destinés au traitement des infections les plus graves,** sont soumis à la procédure centralisée qui fait de l'EMA le point d'entrée de l'innovation sur le marché européen et permet aux industriels de ne soumettre qu'une seule demande.

Les autres médicaments sont soumis à une procédure décentralisée. Le dossier est déposé devant les autorités de tous les États membres (EM) dont l'un est désigné comme « référent » et procède à l'examen de la demande. Si l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est accordée, elle est valable pour l'ensemble des EM.

L'autorisation de mise sur le marché (AMM), délivrée par la commission européenne, après avis de l'EMA, est valable 5 ans et reconnue par tous les États membres. Elle mentionne les caractéristiques du produit, sa dénomination commune, ses indications et contre-indications thérapeutiques, ainsi que les critères de prescription.

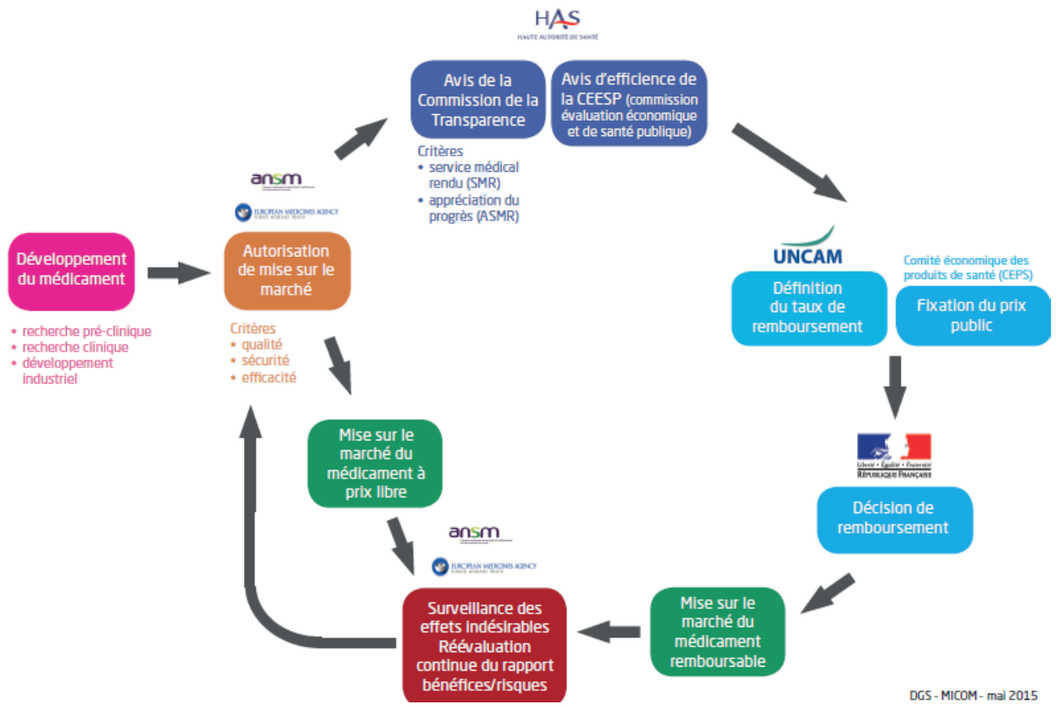
Une compétence nationale

En France, c'est l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) qui est chargée de délivrer l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans la procédure décentralisée.

Après avoir obtenu une autorisation de mise sur le marché, l'entreprise pharmaceutique qui souhaite commercialiser un médicament en France et le voir pris en charge par l'assurance maladie dépose auprès de la Haute Autorité de santé (HAS) un dossier qui enclenche une série de procédures qui se déclinent de la manière suivante :

- un avis de la HAS pour l'évaluation :
  - ✓ de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par le médicament,
  - ✓ du service médical rendu par le médicament,
  - ✓ de l'efficacité médico-économique du médicament (sous certaines conditions).

- un avis du Comité économique des produits de santé (CEPS) pour la fixation du prix du médicament,
- un arrêté ministériel pour l'admission au remboursement par l'assurance maladie,
- une décision du taux de remboursement par le directeur général de la CNAM en sa qualité de directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).



DEUXIÈME ÉTAPE : L'ÉVALUATION DU SERVICE MÉDICAL RENDU ET DE SON AMÉLIORATION EN VUE DU REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE

Le médicament est évalué par la commission de transparence, commission spécialisée de la Haute Autorité de santé (HAS). Celle-ci détermine le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR).

Le SMR : le service médical rendu

Pour apprécier le niveau de SMR, la commission de transparence prend en compte cinq critères :

- l'efficacité et les effets indésirables (le rapport bénéfices/risques),
- la place dans la stratégie thérapeutique,
- la gravité de l'affection traitée,
- le caractère préventif curatif ou symptomatique,
- l'intérêt pour la santé publique.

Il existe trois niveaux de SMR. Ainsi, le SMR attribué peut être :

- insuffisant,
- faible ou modéré,
- important ou majeur.

L'ASMR : l'amélioration du service médical rendu.

La commission de transparence émet également un avis sur l'ASMR par le médicament « candidat ». Il s'agit d'apprécier l'amélioration apportée par ce médicament comparé aux médicaments déjà disponibles sur le marché.

L'ASMR est évaluée en cinq niveaux :

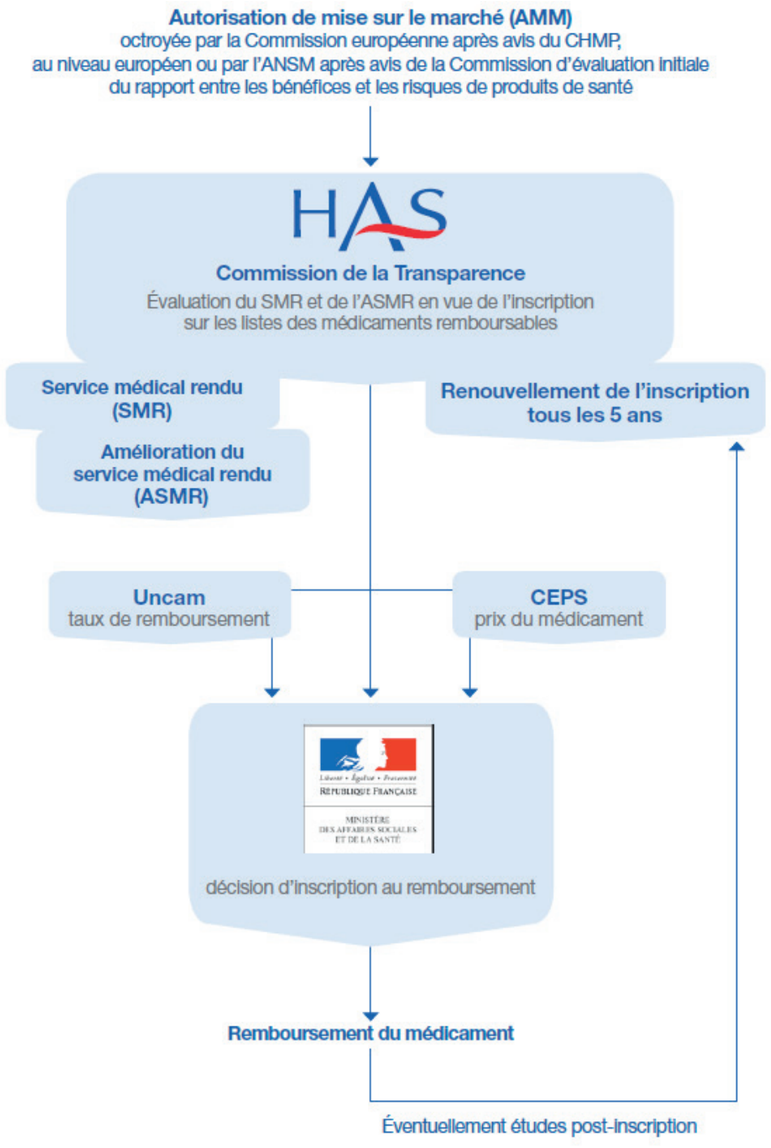
- niveau I : Progrès thérapeutique " majeur "
- niveau II : Amélioration " importante "
- niveau III : Amélioration " modeste "
- niveau III : Amélioration " mineure "
- niveau V : Absence d'amélioration

La HAS produit également **des évaluations médico-économiques et de santé publique**, dont le but est de comparer les différentes options envisageables en fonction de leurs résultats et des ressources économiques de notre système de santé.

Depuis 2013, la HAS évalue l'efficacité des produits de santé susceptibles d'avoir un impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie. Ces évaluations tiennent compte de l'influence des nouveaux médicaments sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les conditions de prise en charge des malades et, le cas échéant, de leur prix.

CE QU'EN DIT LA CFTC :

l'ASMR est établie sur la base de groupes de patients sélectionnés qui ne sont pas toujours représentatifs des patients traités et des qualités de soins dans la vie réelle. Si la France possède aujourd'hui de nombreux outils pour mettre en place des études en vie réelle des médicaments (cohortes cliniques, registres, SNIIRAM, dossiers médicaux informatisés...), cette pratique y reste encore bien moins développée que dans certains pays comme le Canada ou le Danemark.
À cet égard, la démarche d'évaluation en situation de vie réelle nous paraît, intéressante à développer. Plus puissantes que les essais cliniques, les études en vie réelle permettent, en effet, d'évaluer la sécurité et l'efficacité des médicaments sur le très long cours, et sur une large population. La qualité de vie des malades est également un paramètre important dont il faut tenir compte.



TROISIÈME ÉTAPE : LA FIXATION DU PRIX DE REMBOURSEMENT

Pour qu'un médicament soit remboursé par les organismes de sécurité sociale, il faut qu'il ait été inscrit sur la liste des médicaments remboursables.
Cette inscription dépend du SMR octroyé par la commission de transparence. Ainsi, un médicament dont le SMR a été jugé insuffisant ne sera pas inscrit sur la liste. Pour ces médicaments, le prix est fixé librement en fonction de l'offre et de la demande sur le marché.
Les deux indicateurs (SMR et ASMR) servent de référentiel pour la fixation du prix de vente et du taux de remboursement du médicament.

Inscription du médicament sur la liste des spécialités remboursables

La décision d'inscription revient au ministre de la Santé et à la Sécurité sociale.
Cette inscription est prévue pour 5 ans. Cependant, la commission de la transparence peut, à tout moment, procéder à la réévaluation du service médical rendu (SMR), si des modifications interviennent dans les stratégies thérapeutiques.

Taux de remboursement

Le taux de remboursement est fixé par l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) en fonction du SMR :

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux (médicaments à vignette blanche barrée),
- 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important (médicaments à vignette blanche),
- 30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré (médicaments à vignette bleue, médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales),
- 15 % pour les médicaments à service médical faible (médicaments à vignette orange).

La négociation du prix

La fixation du prix est négociée avec les laboratoires pharmaceutiques et dépend de l'ASMR et de la population cible ainsi que du prix des autres médicaments existants, à même visée thérapeutique.
Le prix fait l'objet d'un accord entre les représentants de l'État siégeant au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS) et les laboratoires pharmaceutiques.

Le Comité économique des produits de santé :

Le CEPS est un organe interministériel chargé de fixer les prix des médicaments remboursés par l'assurance maladie. Chaque année, le gouvernement adresse au président du CEPS une lettre d'orientation dans laquelle il fixe les missions qui lui sont dévolues. Le CEPS contribue ainsi à la politique du médicament.

Depuis 1994, la régulation s'inscrit dans un cadre conventionnel négocié entre le CEPS et les représentants des grandes entreprises pharmaceutiques. Ces accords sont pluriannuels. Ils contiennent les principes généraux d'échanges d'informations entre les parties, les prix et les remises, les volumes de ventes ainsi que le bon usage de ces derniers. L'accord peut ensuite être décliné dans des conventions individuelles entre le CEPS et l'entreprise engagée dans le processus conventionnel. Ponctuellement, les lois de financement de la Sécurité sociale peuvent ajouter des mécanismes de régulation qui s'intègrent, le cas échéant, au sein de l'accord-cadre.

CE QU'EN DIT LA CFTC :

Bien que des efforts aient été consentis en matière de transparence et de conflits d'intérêts, la CFTC estime qu'il faut élargir la composition du CEPS à des membres de la société civile afin de renforcer l'impartialité des décisions prises au sein de cette instance.

Conclusion : Une fois ces trois étapes franchies, l'arrêté d'inscription sur la liste des spécialités remboursables et les avis de fixation du taux de remboursement et des prix sont publiés au Journal officiel. Le médicament peut ensuite être commercialisé et remboursé par l'assurance maladie. Le processus général de la mise sur le marché fait donc intervenir un nombre important d'acteurs en vue de fixer le prix d'un médicament ou d'un traitement. La procédure décrite ci-dessus est celle qui est généralement suivie, mais d'autres possibilités existent.

DES PROCÉDURES DE PRIX DÉROGATOIRES POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT ET L'ACCÈS À L'INNOVATION

Un **système d'autorisation temporaire d'utilisation** a été mis en en place en 1994 en vue d'accélérer l'accès à des nouveaux médicaments pour les patients. L'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) est une autorisation spécifique qui permet la mise à disposition, à titre exceptionnel, de certains types de médicaments.

Il s'agit de médicaments qui sont :
encore au stade des recherches biomédicales,
ou pour lesquels l'instruction du dossier en France est toujours en cours.

L'ATU est délivrée dans des cas très précis et permet de traiter des patients en échec thérapeutique. Le statut ATU est attribué à un traitement ou un médicament par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Il existe deux types d'autorisation temporaire d'utilisation :

- l'**ATU nominative**, délivrée pour un patient nommément désigné,
- l'**ATU de cohorte**, délivrée par l'ANSM à la demande du fabricant du médicament, pour un groupe de patients.

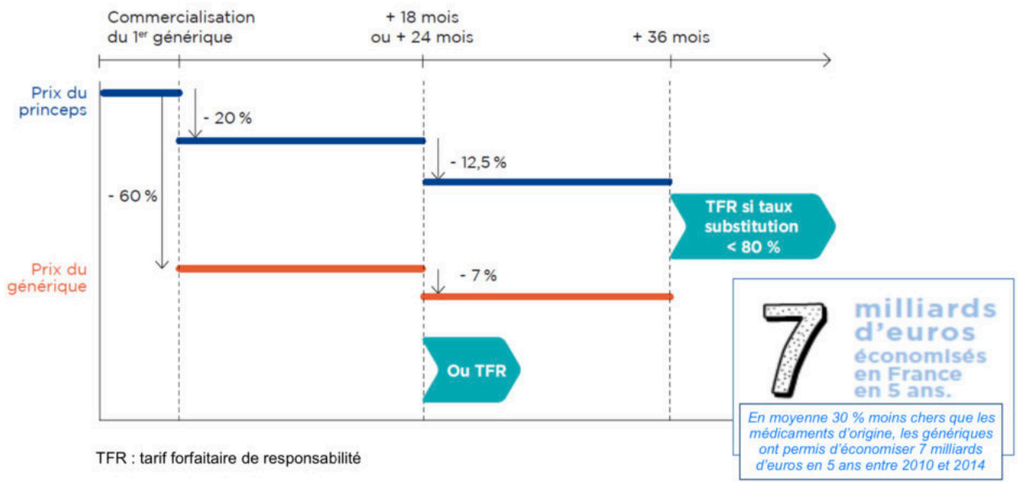
Après obtention de l'AMM et dans l'attente de la fixation d'un prix, le fabricant décidera librement du tarif d'une spécialité pharmaceutique sous ATU. Si celle-ci est commercialisée, il devra payer pour chacune des unités vendues l'éventuel différentiel entre le prix défini pendant l'ATU et le prix ultérieurement fixé par le CEPS. La somme collectée est appelée « remise post ATU ». Elle est affectée en intégralité à l'assurance maladie.

PRINCEPS APRÈS EXPIRATION DU BREVET ET GÉNÉRIQUES

La notion de « médicament générique » a été introduite dans la législation française en 1996. Le but était de maîtriser les dépenses de santé, en partant du postulat qu'un médicament générique (qui n'a pas à supporter les frais de recherche et de développement des produits innovants) est moins cher qu'un produit dit « princeps ».
Copie conforme (même principe actif, même forme pharmaceutique) d'un médicament dont le brevet est tombé dans le domaine public, le médicament générique présente les mêmes garanties de sécurité et d'efficacité que son médicament de référence (ou médicament « princeps »).
Au début de son cycle de vie, le médicament « princeps » est protégé par un brevet, et les données acquises en vue de l'AMM sont également protégées pour une durée limitée. À l'issue de cette période d'exclusivité, c'est-à-dire quand le médicament tombe dans le domaine public, tout autre laboratoire pharmaceutique peut, à son tour, produire le médicament **sous une forme qui va copier le médicament original**, encore appelé médicament princeps.

Depuis ces dernières années, du fait de la politique dite de « promotion du générique », la régulation du prix des princeps s'est intensifiée notamment avec l'accord-cadre CEPS-LEEM de 2016-2018. À la date d'expiration de son brevet, le princeps voit son prix subir une **décote de 20%** de son prix fabricant hors taxe. Cette décote intervient après une décision du CEPS. Le prix du générique est fixé avec **une décote de 60%** par rapport au prix historique de la spécialité princeps.

Instauré au début des années 2000, ce système de décote se développe considérablement depuis quelques années. Des décotes sont désormais possibles à 18, 24 et 36 mois. Néanmoins, ce dispositif de décote ne s'applique qu'aux nouveaux génériques et n'implique pas la réévaluation du stock déjà présent.



Les pharmaciens sont encouragés à préférer les médicaments génériques aux médicaments princeps, et des objectifs sont fixés depuis 2006, dans le cadre de la convention nationale, entre eux et l'assurance maladie. Chaque année, on vérifie bien que les médecins prescrivent davantage de génériques que de princeps lorsqu'ils le peuvent. On mesure cela via **un taux de substitution**. L'objectif de taux de substitution fixé par les pouvoirs publics est aujourd'hui de 86 % (pour 2019).

Si l'objectif de substitution n'est pas tenu, le CEPS définit **un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR).** Le TFR a été mis en place en 2003, il consiste à définir des remboursements uniques pour le princeps et ses génériques.

Par ailleurs, la convention médicale de 2011 prévoit d'attribuer une rémunération complémentaire de l'assurance maladie aux médecins généralistes lorsque ces derniers prescrivent des génériques.

LE SYSTÈME DE PRIX DES MÉDICAMENTS HOSPITALIERS

Depuis 1987, les prix des médicaments administrés aux patients hospitalisés sont librement fixés et résultent d'un accord entre les hôpitaux et les industriels pharmaceutiques. Seules les spécialités qui bénéficient d'un régime de financement particulier, en sus des prestations d'hospitalisation, ont **un prix qui est déterminé par le CEPS.**

LES SPÉCIALITÉS INSCRITES SUR « LA LISTE EN SUS » DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

A l'hôpital, les dépenses en médicaments sont intégrées aux tarifs d'hospitalisation à l'activité (T2A), tarifs destinés à couvrir l'ensemble des charges supportées par un établissement lors du séjour d'un patient. Tout séjour d'un patient est classé dans un « groupe homogène de séjour » (GHS) doté d'un tarif.
Les thérapeutiques innovantes ou particulièrement onéreuses échappent à ce dispositif de prise en charge forfaitaire. Inscrites sur la « liste en sus », **elles sont spécifiquement remboursées par l'assurance maladie sur la base d'un prix limite fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS)**. La « liste en sus » permet aux hôpitaux de facturer à l'assurance maladie ces médicaments couteux, en supplément des tarifs des séjours hospitaliers (ou GHS) et d'obtenir leur remboursement à 100 %.

LE POIDS DE LA « LISTE EN SUS » DANS LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Le dispositif de la « liste en sus » a été mis en place en 2004 pour garantir à tous les patients un accès à ces médicaments alors que les règles de tarification de droit commun de l'hôpital ne pouvaient correctement les prendre en compte. Ce dispositif pèse fortement sur le budget de l'assurance maladie. Le coût des traitements anticancéreux (3,3 milliards d'euros) ne représente pour l'instant que 14 % des dépenses en médicaments, mais ce montant progresse rapidement.
Par ailleurs, le dispositif dérogatoire institué par la liste en sus repose sur le postulat que l'inscription des spécialités est transitoire par nature, et que tout médicament inscrit a vocation à rentrer dans le droit commun du financement à l'hôpital, c'est à dire dans les tarifs de prestations. Or, depuis des années, très peu de médicaments sont sortis de la « liste en sus ».
L'actualisation dynamique de la liste en sus est un enjeu fort au regard de la soutenabilité de la dépense de médicaments innovants à l'hôpital.
En effet, faute d'actualisation suffisante, certains médicaments continuent d'être pris en charge à des tarifs très élevés faisant peser un risque de soutenabilité sur notre système de santé publique. À l'inverse, une gestion trop rigoureuse de la liste en sus pourrait mettre en péril, dans certains hôpitaux, l'accès à certains traitements pour les patients.

CONCLUSION :

L'intégration des nouveaux médicaments dans le panier de soins solidaire constitue le véritable défi de demain. **L'arrivée d'innovations thérapeutiques dans notre système de santé est encore trop subie alors qu'elle devrait être anticipée et planifiée.** Il faut donc **renforcer les phases de dialogues précoces** entre les autorités publiques sanitaires et les industriels du secteur en y associant **les associations de malades** afin de mieux appréhender les choix des laboratoires pharmaceutiques en ce qui concerne le développement des produits.
Il faut rapidement mettre en place des études prospectives sur l'impact financier des traitements innovants dans la décennie à venir. La CFTC souhaite que le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale comporte une étude prospective sur l'impact financier des traitements innovants à l'horizon de 10 ans.
L'objectivation des prix est un des enjeux d'une meilleure régulation des dépenses de santé. Elle nécessite une transparence accrue. L'association conjointe des entreprises pharmaceutiques, du régulateur national (le Comité économique des produits de santé) et de la société civile permettra de parvenir à un « juste prix ».
Les textes devront prévoir une représentation du Conseil des caisses d'assurance maladie au conseil de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et à la commission de la transparence (HAS).

LEXIQUE :

EMA : L'Agence européenne du médicament a été créée en 1995. Son siège actuel se trouve à Amsterdam. Cette agence européenne évalue, coordonne et supervise le développement des nouveaux médicaments à usage humain et vétérinaire dans l'Union européenne. Son autorité s'exerce à travers les agences nationales.

ANSM : L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé est un établissement public français qui a pour mission principale d'évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments et produits de santé destinés à l'être humain. Elle est aussi l'autorité unique en matière de régulation des recherches biomédicales.

AMM : L'autorisation de mise sur le marché est l'accord donné à un titulaire des droits d'exploitation d'un médicament fabriqué industriellement pour qu'il puisse le commercialiser. Lorsqu'un laboratoire pharmaceutique désire mettre en vente un produit de santé, il doit présenter un dossier auprès de l'autorité compétente concernée. L'AMM est délivrée :

- soit par les autorités nationales compétentes telle que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en France, en cas de procédure nationale ou de reconnaissance mutuelle,
- soit par l'Agence européenne des médicaments (EMA) en cas de procédure centralisée.

HAS : La Haute Autorité de santé (HAS) est une « autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale » créée par la loi française du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La commission de transparence de la HAS évalue les médicaments ayant obtenu leur autorisation de mise sur le marché (AMM), lorsque le laboratoire qui les commercialise souhaite obtenir leur inscription sur la liste des médicaments remboursables (articles L.162-17 du code de la sécurité sociale et L.5123-2 du code de la santé publique).

SMR : Le service médical rendu (SMR) est une mesure de l'efficacité et de l'utilité des médicaments vendus en France. Il est évalué par la commission de transparence de la Haute Autorité de santé. L'évaluation prend en compte plusieurs éléments : la gravité de la maladie pour laquelle le médicament est indiqué, son efficacité, son intérêt pour la santé publique et ses effets indésirables.

ASMR : L'amélioration de service médical rendu (ASMR) est une évaluation utilisée par la commission de transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) pour jauger l›intérêt d›un nouveau médicament dans l›amélioration du service médical rendu dans une stratégie thérapeutique. Un médicament efficace pour une pathologie dans laquelle de nombreux traitements sont efficaces aura une amélioration de service médicale rendu faible. *A contrario*, un médicament efficace pour une pathologie dans laquelle il n'existe pas de médicament efficace aura un service médical rendu important.

CEPS : Le Comité économique des produits de santé contribue à l'élaboration de la politique du médicament, il met en œuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents. En particulier, le comité applique ces orientations à la fixation des prix des médicaments, au suivi des dépenses et à la régulation financière du marché.

LEEM : Les Entreprises du médicament (LEEM) est le principal syndicat du milieu pharmaceutique en France. Ces représentants négocient le prix des médicaments au sein du CEPS.

ATU : Une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) est délivrée lorsque les médicaments sont destinés à traiter, prévenir ou diagnostiquer des maladies graves ou rares, lorsqu'il n'existe pas de traitement approprié, ou lorsque leur efficacité et leur sécurité d'emploi sont présumées en l'état des connaissances scientifiques. Les médicaments faisant l'objet d'une ATU sont pris en charge par l'assurance maladie à prix libre à 100%.

Génériques : Le médicament générique est un médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en substances actives et la même forme pharmaceutique que le médicament de référence (princeps) dont le brevet est tombé dans le domaine public et dont la bioéquivalence a été démontrée par des études appropriées.

« Liste en sus » : La liste en sus est un dispositif spécifique de financement des médicaments innovants et onéreux dans les établissements de santé. Ce dispositif a été mis en place en 2004, lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) pour garantir à tous les patients un accès à ces médicaments et à certains dispositifs médicaux alors que les tarifs des groupes homogènes de séjours ne pouvaient correctement les prendre en compte.

L'étude en vie réelle : Elle permet une évaluation continue du médicament après sa mise sur le marché (post inscription). Elle permet d'évaluer la sécurité et l'efficacité d'un traitement sur le très long cours et sur une large population. Elle nécessite une méthodologie et des outils spécifiques (cohortes cliniques, registres, dossiers médicaux informatisés…). Ces études peuvent permettre de réévaluer le prix du médicament en fonction de son efficacité réellement constatée, notamment dans le cadre de contrats de performance.

TFR : Le tarif forfaitaire de responsabilité a été créé par le ministère de la Santé pour égaliser les conditions de prise en charge au sein d'un groupe générique, en plus clair promouvoir la délivrance des médicaments génériques. Il sert de base au calcul du remboursement des médicaments et est destiné à prendre en charge (sur la base d'un tarif unique) des produits équivalents en matière d'efficacité (médicaments génériques et médicaments de marque). Le TFR est calculé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

PUI : Les pharmacies sont dites « à usage intérieur » lorsqu'elles exercent leur activité au sein d'un hôpital ou d'un établissement de santé ou médico-social.

Marge forfaitaire de rétrocession : La marge forfaitaire permet de prendre en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation des médicaments rétrocédés. Elle est fixée par arrêté ministériel. L'arrêté du 1er janvier 2010 a fixé celle-ci à 22€. Elle s'applique par ligne de prescription de chaque spécialité pharmaceutique identifiée.

NOUS CONTACTER :