

**ASSEMBLEE NATIONALE**

24 octobre 2005

**LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006 - (n° 2575)**

Commission	
Gouvernement	

**AMENDEMENT**

N° 230 Rect.

présenté par  
le Gouvernement

**ARTICLE ADDITIONNEL****APRES L'ARTICLE 28, insérer l'article suivant :**

« I. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider le maintien temporaire de la prise en charge de certaines spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162–17 du code de la sécurité sociale dont le service médical rendu, apprécié par la commission de la transparence, est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles. »

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques concernées. Par dérogation au deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations est fixée à 85 % pour ces spécialités. »

« II. – Les dispositions prévues au dernier alinéa de l'article L. 871–1du même code ne s'appliquent pas aux spécialités mentionnées au I du présent article. »

« Par dérogation à l'article 6 de la loi n° 89–1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat, que tout ou partie de la participation de l'assuré en application du I de l'article L. 322–2 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge pour ces spécialités. »

« III. – La radiation des spécialités concernées de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ainsi que celle de leurs génériques au sens de l'article L. 5121-1 5° du code de la santé publique, inscrits le cas échéant sur la même liste postérieurement à la publication de l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I du présent article, intervient au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2008. »

## **EXPOSÉ SOMMAIRE**

La Haute Autorité de Santé a rendu sa recommandation concernant les médicaments à service médical rendu insuffisant. Elle préconise de ne pas les conserver au remboursement. Le Gouvernement a décidé de suivre cette recommandation.

Cependant, pour certains de ces médicaments – les veinotoniques –, pour lesquels aucune alternative thérapeutique n'est immédiatement disponible, il paraît nécessaire de ménager une période de transition durant laquelle ces médicaments pourront continuer à être pris en charge à titre temporaire par l'assurance maladie à un taux de remboursement spécifique de 15 %.

Tel est l'objet du présent amendement.

L'amendement prévoit par ailleurs que les organismes complémentaires ont la faculté de compléter la prise en charge mais n'y sont pas tenus.