

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2020
FICHE RELATIVE AU RESPECT DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION

Le Conseil constitutionnel a souhaité recueillir les observations du Gouvernement sur le respect, pour trois dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, de l'article 45 de la Constitution en tant qu'il subordonne la recevabilité des amendements en nouvelle lecture à la condition qu'ils soient en relation directe avec les dispositions restant en discussion.

Sur le 5° du II et le B du III de l'article 42

La loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 a créé, au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale, le dispositif « tiers payant contre générique » qui conditionne la dispense d'avance de frais en pharmacie à l'acceptation du médicament générique lorsque le prix du princeps est strictement supérieur à celui de tous ses génériques.

En relation directe avec ce dispositif, dans le cadre d'une stratégie globale visant à accroître le taux de substitution des spécialités génériques aux spécialités princeps, l'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a fixé, au III de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, une règle, entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2020, de plafonnement du montant du remboursement des médicaments au niveau du prix du médicament générique ou hybride correspondant le plus cher. L'assuré supporte ainsi la charge de la différence entre le prix de la spécialité princeps qu'il souhaite conserver et celui de la spécialité générique qu'il refuse.

L'Assemblée nationale a, en première lecture, introduit au II de l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 un 9° bis, élargissant le dispositif « tiers payant contre générique » au cas où le prix des génériques est égal à celui du médicament princeps correspondant. La commission des affaires sociales du Sénat a toutefois estimé que cette disposition n'avait pas fait l'objet d'une concertation suffisante avec les acteurs du secteur et a proposé sa suppression. Le projet de loi a finalement été rejeté par le Sénat, de sorte que ce 9° bis restait en discussion.

La concertation engagée par le Gouvernement a abouti à la conclusion que l'élargissement du dispositif « tiers payant contre générique » auquel entendait procéder ce 9° bis était prématuré. A été préférée l'introduction d'une disposition ménageant, lors de la création d'un groupe générique, une phase de transition de deux ans à compter de la publication du prix de la première spécialité du groupe avant que s'applique l'alignement des bases de remboursement prévu au III de l'article L. 162-16.

C'est le sens de l'amendement présenté par le Gouvernement en nouvelle lecture, qui, supprimant le 9° bis du II de l'article 29 du projet resté en discussion, introduit, en relation directe avec celui-ci, des dispositions figurant au 5° du II et au B du III du même article 29, devenu 42.

Sur le 15° du II et le D du III de l'article 42

Le 15° du II de l'article 42 de la loi déferée, dont le D du III fixe les modalités d'entrée en vigueur, introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-17-4-3 faisant obligation aux entreprises de fournir au comité économique des produits de santé, pour chaque médicament inscrit ou ayant vocation à l'être sur l'une des listes énumérées, le montant des investissements publics de recherche et de développement dont elles ont bénéficié pour le développement de ces médicaments. La fourniture de ces informations, qui seront rendues publiques, conditionnera la prise en charge du médicament.

Ces dispositions sont en relation directe avec celles, qui restaient en discussion à l'issue de la première lecture, du H de l'article 28 (devenu 39) et du 7° de l'article 29 (devenu 42), qui subordonnent également la prise en charge de spécialités pharmaceutiques à la fourniture d'informations au comité économique des produits de santé.

Sur le 1° du I de l'article 66, les mots « et n » figurant au premier alinéa du c du 2° du I du même article et le n du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du même 2°

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale fixe une liste d'expérimentations que le législateur autorise le Gouvernement à conduire, en dérogeant le cas échéant aux dispositions énumérées à son II, en vue de permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins et d'améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des dispositifs médicaux et la qualité des prescriptions.

Les dispositions litigieuses du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ont pour objet d'ajouter à cette liste la possibilité pour les agences régionales de santé de soutenir financièrement des expérimentations de projets d'organisation territoriale destinés à faciliter le maintien d'une offre pharmaceutique à la suite de la fermeture de la dernière officine d'une commune. Elles sont en relation directe avec les dispositions de l'article 44 (devenu 66) qui, dans leur rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale en première lecture, prévoyait plusieurs expérimentations figurant à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.