

ASSEMBLÉE NATIONALE

22 octobre 2007

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008 - (n° 284)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 358

présenté par
Mme Boyer et M. Tian

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 35, insérer l'article suivant :

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. L'article L. 861-3 est ainsi modifié :

1° Après le quatrième alinéa est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge prévue au 1° ci-dessus est subordonnée à la désignation par les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 d'un médecin traitant dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 162-5-3 et ne couvre pas les consultations d'autres médecins sans prescription du médecin traitant. »

2° Après le cinquième alinéa sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« La prise en charge mentionnée au 1° ci-dessus est subordonnée, lors de la délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, à l'acceptation par les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 du présent code d'un médicament générique, sauf :

« – dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ;

« – lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps ;

« – dans les cas prévus au troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. »

3° À la fin du septième alinéa, les mots : « dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7 » sont supprimés.

B. Dans le troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, les mots : « ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1, » sont supprimés.

II. – Les dispositions du présent article ne sont applicables qu'à compter du 1^{er} juillet 2008 aux personnes qui bénéficient déjà de la couverture complémentaire définie à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale à la date 1^{er} janvier 2008 ou ont déposé une demande avant cette date. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il est légitime que soient appliqués aux bénéficiaires de la CMUC les dispositifs de responsabilisation prévus pour l'ensemble de la population, du moins quand ces dispositifs n'entraînent pas obligatoirement un reste à charge pour les personnes dès lors qu'elles respectent certaines règles.

En outre, l'instauration du parcours de soins des assurés sociaux, si elle a une incidence financière, répond avant tout à une préoccupation de santé publique – en rendant possible un suivi médical de chacun, en évitant les prescriptions contradictoires... – qui vaut tout aussi bien pour les bénéficiaires de la CMUC, voire plus encore pour ces personnes démunies, souvent isolées et moins bien informées, et beaucoup plus exposées que la moyenne à certaines maladies graves comme l'ont montré des statistiques récentes de l'assurance maladie.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, il avait été décidé d'appliquer à la prise en charge prévue dans le cadre de la CMU complémentaire la même règle qu'aux autres régimes complémentaires, c'est-à-dire l'interdiction (sauf à perdre tous les avantages fiscaux et sociaux afférents à ces régimes) de prendre en charge les majorations de tarif pour non-respect du parcours de soins (désignation d'un médecin traitant et passage obligé par lui). De même, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a aligné sur le droit commun la CMUC en matière d'obligation de prise en charge limitée au coût du médicament générique en cas de refus de substitution.

Or il apparaît que près de deux ans après avoir été adoptée par le Parlement, la mise à la charge des assurés de la majoration pour non-respect du parcours de soins n'est pas entrée en vigueur pour les bénéficiaires de la CMUC : le décret d'application n'a pas été publié. Cette situation s'expliquerait par d'importantes difficultés techniques de mise en œuvre : les bénéficiaires de la CMUC sont dispensés de toute avance de frais, les professionnels de santé étant directement remboursés par les organismes gestionnaires de la CMUC ; dans ces conditions, en l'absence de tout remboursement à l'assuré, il n'est pas possible de récupérer les sommes qu'il devrait sur d'autres prestations. La seule option serait d'engager des actions en récupération, coûteuses. Par ailleurs, le dispositif analogue en matière de génériques ne semble pas appliqué.

C'est pourquoi le présent amendement propose une méthode plus simple pour imposer le respect des parcours de soins et la substitution de génériques aux bénéficiaires de la CMUC, en décalquant exactement, sur ce dernier point, la solution proposée à l'article 50 du projet de loi de finances pour 2008 en matière d'AME : le bénéfice de la CMUC sera subordonné à la désignation d'un médecin traitant ; les contrats CMUC ne pourront prévoir aucune prise en charge des

consultations hors parcours de soins et de médicaments génériques dont la substitution serait refusée.

Afin de laisser un temps d'adaptation, cette mesure ne serait appliquée qu'en juillet 2008 aux bénéficiaires actuels de la CMUC.

Dans la mesure où la CMUC est, pour 87 % des personnes concernées, gérée par les régimes de base d'assurance maladie qui, à ce titre, perçoivent du fonds de financement de la CMUC un forfait annuel par bénéficiaire de 340 euros, montant inférieur à la dépense moyenne effective, les modalités de gestion de ce risque impactent directement les comptes de ces régimes de base. Une telle mesure trouve donc pleinement sa place dans la loi de financement.