France Assos Santé

Propositions PLFSS 2020

Table des matières

I. Sur les articles du projet de loi 3

1. Sur l'article 26 concernant la réforme du ticket modérateur : Agir sur les restes à charge élevés à l'hôpital 3

2. Sur l'article 28 concernant la Prise en charge des dispositifs médicaux : 4

2.1. Proposition d'une prime de restitution des dispositifs médicaux 4

2.2. Garantir le libre choix des dispositifs médicaux 4

2.3 Garantir la sécurité, la « matério-vigilance », la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux 5

2.4. Référencement sélectif –répondre aux besoins spécifiques 5

3. Sur l'article 30 visant à garantir la soutenabilité financière du dispositif ATU 6

4. Sur l'article 44 portant des mesures diverses pour le transport des patients : Permettre la prise en charge de transports dans des lieux de soins permettant de maintenir une activité professionnelle 6

5. Sur l'article 45 créant une indemnisation du Congé de proche aidant : Allonger la durée d'indemnisation et inclure les bénéficiaires de l'AAH exerçant une activité professionnelle susceptibles de s'occuper d'un proche dépendant 7

II. Articles additionnels 7

1. Instaurer un nouveau fonds pour sécuriser le financement des associations d'usagers agréées 7

2. Améliorer les conditions de l'accès aux soins 8

2.1 Instaurer un véritable contrat solidaire de Complémentaire Santé dont les cotisations sont modulées en fonction des revenus. 8

2.2 Assurer la portabilité du contrat de groupe obligatoire pendant 1 an pour les ex salariés en arrêt maladie 9

2.3 Permettre l'étude automatique du droit au renouvellement de la Complémentaire Santé Solidaire pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI 10

2.4 Avoir une visibilité sur l'accès à la complémentaire santé des personnes exclues de l'Accord National Interprofessionnel 11

3. Promouvoir l'activité physique 11

4. Améliorer l'accès aux produits de santé 11

4.1 Favoriser le recours aux médicaments génériques et bio similaires 12

4.2 Supprimer les franchises sur les médicaments génériques 12

4.3 Pour une prise en charge à 100% des vaccins rendus obligatoires 13

5. Renforcer la transparence de l'information en permettant une représentation des usagers au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS) 14

6. Assurer la transparence des prix des médicaments 14

7. Fixation du prix du médicament 15

8. Favoriser l'accessibilité aux services de la sécurité sociale aux publics isolés par la fracture numérique 15

9. Garantir l'autonomie des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé 17

10. Prévoir l'automaticité de l'examen des droits à l'allocation supplémentaire d'invalidité 18

11. Promouvoir l'insertion professionnelle des personnes malades 18

11.1 Permettre le maintien de droit aux IJ des chômeurs ayant repris une activité professionnelle depuis plus de 3 mois 18

11.2 Permettre le versement des IJ pendant des arrêts de travail en cas d'activité non professionnelle ne donnant pas lieu à des revenus d'activité ou rémunération 19

11.3 Améliorer le dispositif d'indemnisation des patients atteints d'une maladie chronique et réalisant des soins pendant leur temps de travail, destinée à favoriser leur maintien et leur accès à l'emploi 20

11.4 Permettre aux assurés travaillant à temps très partiel de bénéficier d'indemnités journalières maladie 22

12. Moderniser la gouvernance de la branche maladie pour permettre une véritable démocratie sanitaire 23

12.1 Reconnaître la place des représentants d'usagers au conseil de l'UNCAM 23

12.2 Supprimer la limite d'âge des membres du conseil d'un organisme de sécurité sociale et limiter le nombre de mandats 23

I. Sur les articles du projet de loi

1. Sur l'article 26 concernant la réforme du ticket modérateur : Agir sur les restes à charge élevés à l'hôpital

Dispositif

Article 26

Au 1° du I, une phrase ainsi rédigée est rajoutée : « *A la fin du 2ème alinéa du I est rajoutée la phrase « La participation de l'assuré n'est pas due à partir du 6ème jour d'hospitalisation »*

Au I, un 3° ainsi rédigé est ajouté : *« A l'article L.174-4, une phrase ainsi rédigée est ajoutée à la fin du 3ème alinéa : « Le forfait journalier n'est pas dû à partir du 15ème jour d'hospitalisation* »

Exposé des motifs

Cette réforme, rendue nécessaire du fait du régime dérogatoire en vigueur depuis des années et de l'inégalité qu'il entraine en matière de restes à charge, ne sera finalement qu'une réforme à minima.

En effet, le ticket modérateur des établissements publics et des ESPIC restera calculé sur les Tarifs Journaliers de Prestation (TJP), contrairement aux établissements privés à but lucratif pour lesquels ce sont les Groupes Homogènes de Séjour (GHS) qui servent de base de calcul.

Si une harmonisation nationale des TJP est prévue en fonction des caractéristiques de l'établissement, et permettra une plus grande cohérence et égalité, nous pouvons craindre que la compensation de la baisse de certains TJP ne soit supportée que par les complémentaires santé et les usagers.

Par ailleurs, cette réforme ne règle en rien la problématique des restes à charge élevés à l'hôpital. Ces restes à charge sont majoritairement supportés par les complémentaires santé, dont les dépenses hospitalières représentent désormais le plus gros poste de dépense.

Aujourd'hui 5% de la population n'est pas couverte par une complémentaire santé, mais nous ne savons pas quelle est la proportion parmi les personnes qui supportent des restes à charge élevés à l'hôpital.

Une étude sur les restes à charge hospitaliers (Ticket modérateur + Forfait journalier) réalisée sur la base des données PMSI de l'AP-HP, effectuée en 2016[1], révèle que le reste à charge moyen par séjour se situait autour de 250€ mais celui des personnes non exonérées de ticket modérateur était de 785€. Par ailleurs une analyse du dernier décile des restes à charge les plus élevés fait état d'un reste à charge moyen pour les personnes de plus de 70 ans assujetties au ticket modérateur de 2475€ et pour les enfants soignés pour une bronchiolite ou problèmes digestifs, de 1741€.

Aussi, afin de limiter les restes à charge de ces personnes nous proposons d'inscrire dans la loi **une exonération du ticket modérateur à partir de 6ème jour**.

Par ailleurs, parmi les restes à charge élevés on retrouve également la situation des personnes en ALD, exonérées du ticket modérateur mais pas du forfait journalier. Ces personnes sont susceptibles d'avoir des hospitalisations plus fréquentes, nous proposons donc également de **plafonner le Forfait journalier au-delà du 14ème jour**, pour permettre un écrêtement au-delà du reste à charge moyen constaté sachant que le nombre de séjours risque d'être plus élevé pour ces catégories de personnes.

[1] https://www.hospinnomics.eu/wp-content/uploads/2019/05/Recto_verso_n11-les-RAC.pdf

2. Sur l'article 28 concernant la Prise en charge des dispositifs médicaux :

2.1. Proposition d'une prime de restitution des dispositifs médicaux

Dispositif

L'article 28 II est ainsi complété :

« 2° fixer le montant de la prime de restitution, versée à l'assuré par l'assurance maladie en échange de la cession d'un matériel ayant bénéficié d'une prise en charge au titre de l'article L 165-1 du présent code. Ce montant et ses modalités de versement sont fixés par décret. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin d'atteindre l'objectif d'économie circulaire visé par ce dispositif, sans pénaliser des personnes aux ressources déjà souvent très limitées et largement pénalisées par de nombreux restant à charge, il est proposé un mécanisme d'incitation.
Ce mécanisme de prime de restitution s'autofinancera pas les économies qui seront réalisées grâce à la remise en circulation de matériels en bon état d'utilisation.

2.2. Garantir le libre choix des dispositifs médicaux

Dispositif
A la fin de l'article 28 ajouter l'alinéa suivant

« Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, aucune disposition ne peut contraindre un utilisateur à acquérir un tel produit alternativement à un produit neuf.

Exposé des motifs

Nous constatons que le respect du libre choix des personnes, qui pourtant fait l'objet de nombreux textes législatifs et réglementaires, est dans son application souvent remis en question, notamment lors des instructions des demandes de prestations de compensation par les MDPH. Cet amendement a pour objet d'assurer à la personne qu'il ne lui sera pas imposé le choix d'un dispositif médical faisant l'objet d'une remise en état alors que ce n'est pas son choix.

2.3 Garantir la sécurité, la « matério-vigilance », la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux

Dispositif
Article 28

Le 49ème alinéa (nouvellement 50ème) est ainsi modifié
« III.- La prise en charge des produits mentionnés au 1 et des prestations éventuellement associées ~~peut-être~~ **doit être** subordonnée à l'identification de chacun d'entre eux à l'aide de codes qui leur sont propres et à la transmission d'informations relatives à la mise en circulation du produit, à l'identification du patient en bénéficiant, ainsi qu'aux opérations de réparation et de maintenance, **d'origine des pièces détachées utilisées pour les réparations (neuves ou compatibles), les périodes de garantie.. »**

Il est proposé de supprimer le mot « peut- être » et de le remplacer par le terme « doit être » et ajouter la phrase « d'origine des pièces détachées utilisées pour les réparations (neuves ou compatibles), les périodes de garantie.. »

Exposé des motifs

Toutes les garanties de sécurité, de « matério-vigilance », de sécurité sanitaire doivent faire l'objet d'une particulière vigilance lorsqu'il s'agit d'une personne en situation de handicap, d'avancée en âge ou en situation de fragilité. Tous les éléments d'informations relatifs à la traçabilité des matériels, opérations de réparation et de maintenance, d'origine des pièces détachées doivent être recensées et disponibles afin de sécuriser les parcours des dispositifs médicaux et identifier les responsabilités en cas d'accident.

2.4. Référencement sélectif –répondre aux besoins spécifiques

Dispositif
Compléter l'alinéa 16 de l'article 28 par la phrase suivante :
« Elle ne peut conduire à placer des personnes, dans l'impossibilité de pouvoir accéder à des produits ou prestations remboursables adaptés à la spécificité de leurs besoins. »

Exposé des motifs

L'alinéa 16 de l'article 28, parle de produits ou prestations « comparables ». Or, dans beaucoup de situations la notion de « comparabilité » est très complexe à établir. La taille, la morphologie la sensibilité à la douleur, le mode de vie etc.… sont autant de facteurs spécifiques à chaque individu générateur de besoins spécifiques. La crainte est grande que le processus de référencement sélectif conduise à retenir des produits concernant le plus grand nombre mais excluant de tout remboursement de nombreux besoins individuels avérés et légitimes. Il est proposé de préciser dans la Loi l'obligation de ne pas exclure de tels besoins afin que des produits remboursables répondant à tous les besoins puissent bénéficier de remboursements de l'assurance maladie.

3. Sur l'article 30 visant à garantir la soutenabilité financière du dispositif ATU

Dispositif

Article 30, supprimer le I) et le II C 2° b)

Exposé des motifs

Nous soutenons de longue date les mesures concernant à maitriser- et de fait à sauvegarder- un dispositif d'accès précoce au médicament spécifique à la France (ATU), trop souvent utilisé par certains industriels comme un outil pour peser dans les négociations de prix.
Des mesures nouvelles sont introduites dans chaque PLFSS pour maitriser le dispositif. Le système est de plus en plus complexe et perd en lisibilité.

Certaines mesures concernant les ATU nominatives figurant dans l'article 30 sont de nature à déstabiliser ce dispositif en limitant l'accès à certains patients et en générant des pertes de chance. Les nouveaux critères d'octroi proposés concernant les ATU « nominatives » durcissent le caractère de grande gravité et d'urgence de la maladie. Ils risquent de limiter l'accès aux médicaments, notamment anciens, utilisés en ATU nominative au long cours à défaut d'alternative disponible (maladies rares, pédiatrie) ou de laboratoire présent en France souhaitant les commercialiser.

Par ailleurs, la fixation par le ministère du prix des ATU nominatives, alors que le prix de l'ATU de cohorte est libre, risque de retarder de façon importante l'accès à certains traitements car les laboratoires attendront d'avoir obtenu une ATU de cohorte (processus long de plusieurs semaines ou mois) et refuserons les demandes d'ATU nominatives (qui elles, sont décidées rapidement).

4. Sur l'article 44 portant des mesures diverses pour le transport des patients : Permettre la prise en charge de transports dans des lieux de soins permettant de maintenir une activité professionnelle

Dispositif

Article 44

A l'alinéa 10 au 2° du I, après le mot « onéreux, » sont ajoutés les mots « le plus adapté à la situation socio-professionnelle du patient ».

Exposé des motifs

Certaines personnes en activité professionnelle et nécessitant des soins, peuvent avoir un intérêt à se rendre dans un établissement plus proche de leur lieu d'activité professionnelle ou délivrant les soins nécessaires à une heure plus tardive. C'est le cas par exemple de certaines personnes dyalisées et souhaitant maintenir leur activité professionnelle, qui peuvent se rendre dans un centre pratiquant la dyalise après les heures de travail, centre qui se peut se trouver potentiellement plus éloigné du domicile. La prise en charge des frais de transports pour se rendre dans ces établissements permettraient d'éviter le recours à des arrêts de travail et l'indemnisation par le biais d'indemnités journalières, tout en favorisant le maintien en emploi.

5. Sur l'article 45 créant une indemnisation du Congé de proche aidant : Allonger la durée d'indemnisation et inclure les bénéficiaires de l'AAH exerçant une activité professionnelle susceptibles de s'occuper d'un proche dépendant.

Dispositif

Article 45

Au 21ème alinéa les mots « soixante-six » sont remplacés par « deux-cents »

Le 30ème alinéa est supprimé

Exposé des motifs

Si l'indemnisation du congé proche aidant est une mesure que nous soutenons, la durée d'indemnisation reste bien en deçà des besoins reconnus. La Directive Européenne sur l'équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle des aidants recommande en effet 5 jours par an minimum.

Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AAH exerçant une activité professionnelle, peuvent tout à fait être concernés par le congé de proche aidant, aussi il apparait comme discriminatoire de les exclure de la possibilité d'une indemnisation au motif qu'ils sont titulaires de cette allocation.

Cet amendement vise donc à, d'une part rallonger la durée d'indemnisation, en cohérence avec les directives européennes, d'autre part à ne pas exclure les bénéficiaires de l'AAH de la possibilité d'être indemnisés s'ils nécessitent de s'occuper d'un proche dépendant et entrent dans les conditions pour ouvrir droit au congé de proche aidant.

II. Articles additionnels

1. Instaurer un nouveau fonds pour sécuriser le financement des associations d'usagers agréées

Dispositif

Après l'article 25

Après l'article Article L221-1-3 de la sécurité sociale est inséré l'article L221-1-4 :

« I.-I l est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds national associatif

II.- Les ressources de ce fonds sont constituées de :
- 2 % de la contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques
- 0.7 % du droit de consommation sur l'alcool mentionné à l'article 403 du code général des impôts
- 0.7 % de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)
- 3 % de la TVA sur les produits pétroliers

III.- Ce fonds finance le fonctionnement des associations agréées d'usagers du système de santé mentionnée à l'article L. 1114-6 du code de la santé publique ;

IV.- Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

Exposé des motifs

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a jeté les bases de la démocratie en santé, les associations d'usagers sont devenues des acteurs incontournables pour faire évoluer le système de santé vers une meilleure prise en compte de l'expérience des usagers. La démocratie en santé est aujourd'hui sérieusement menacée par la fragilité économique des associations agréées d'usagers du système de santé. Les financements et les aides publics diminuent, les dons s'effondrent, notamment en raison des incertitudes fiscales (CSG et prélèvement à la source) et de la réforme de l'ISF. Alors qu'elles sont indispensables au bon fonctionnement de la démocratie en santé, la situation des associations d'usagers du système de santé est aujourd'hui critique. Cette situation contraint certaines associations à dépendre excessivement du soutien des industriels du médicament, faisant naître des soupçons de clientélisme et de conflits d'intérêts. L'agrément de ces associations et la possibilité d'intervenir dans le système de santé sont mis en péril. Le soutien financier des associations relève en partie de la responsabilité des pouvoirs publics qui, pour pouvoir compter sur elles en tant que partenaires indépendants, doivent leur permettre d'exister et de défendre les intérêts des usagers du système de santé, conformément à leur objet statutaire. La démocratie en santé doit aujourd'hui s'appuyer sur des bases solides et incontestables.

Pour résoudre les problèmes soulevés, nous proposons la création d'un Fonds permettant d'assurer le financement du fonctionnement des associations d'usagers agréées, les ressources de ce fonds seraient constituées -d'une fraction de taxe déjà existantes, notamment :

- La contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques
- Droit de consommation sur l'alcool mentionné à l'article 403 du code général des impôts
- Contribution sur les boissons sucrées (régime est fixé par l'article 1613 ter du code général des impôts)

Par ailleurs, le Fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS) créé par l'article L.221-1-3 du code de la sécurité sociale assure notamment le financement de l'UNASS mais n'est pas destiné à assurer le fonctionnement de ses associations membres.

2. Améliorer les conditions de l'accès aux soins

2.1 Instaurer un véritable contrat solidaire de Complémentaire Santé dont les cotisations sont modulées en fonction des revenus.

Dispositif

Après l'article 32

I. – Le titre 6 du livre 8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A l'article L861-1, dans sa rédaction en vigueur au 1er novembre 2019, le 2° est ainsi modifié :
Les mots « 35% » sont remplacés par les mots suivants : « 100% ».

A l'article L861-11, 1er alinéa, les mots « de l'âge » sont remplacés par « des ressources ». Les mots « 5% » sont remplacés par « 3% »

Exposé des motifs

Si la fusion CMU-C/ACS instaurée par la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 est une mesure qui va dans le bon sens, en permettant l'accès simplifié aux bénéficiaires actuels de l'ACS au contrat CMU-C, elle ne résout pas la problématique des effets de seuils, rencontrée par des personnes exclues des contrats collectifs et dont les ressources se situent juste au-dessus du plafond ACS, mais qui ont des besoins de santé importants (retraités, certains pensionnés invalides et bénéficiaires de l'AAH) et seraient dans l'obligation de souscrire à des contrats dont le tarif est élevé. Par ailleurs, les personnes âgées restent les plus pénalisées du fait du montant de cotisation plus élevé en fonction de l'âge. A ce jour, 5% de la population ne bénéficient pas d'une complémentaire santé et la simplification du dispositif prévue ne pourra répondre à la problématique de l'ensemble de ces personnes.
France Assos Santé propose une réponse plus juste pour permettre aux personnes dont les ressources restent modestes d'accéder à une complémentaire.
L'adhésion au contrat Complémentaire Santé Solidaire tel que proposé serait optionnel, ouvert à tous les non bénéficiaires d'un dispositif obligatoire (contrats collectifs d'entreprise) ou aidé (fonctionnaires adhérant à un organisme référencé), variable en fonction des ressources, et géré par l'organisme choisi par l'assuré. La cotisation sans critère d'âge et variable en fonction des revenus s'applique déjà à certains contrats collectifs où des salariés cotisent sur la base d'un pourcentage de leur rémunération. Aussi il apparait justifié et plus solidaire de proposer cette solution aux personnes exclues de ces contrats

Il serait financé par :
- la contribution des assurés pour leur propre contrat, calculée en fonction de leurs revenus ;
- une aide publique (Etat, Assurance maladie, collectivité locale).

Les ressources actuellement destinées au financement de la Complémentaire santé solidaire et aux aides extralégales versées par les CPAM seraient affectées à ce nouveau dispositif.
Il est également proposé de redéployer une partie des financements « ANI » sur ce contrat.

2.2 Assurer la portabilité du contrat de groupe obligatoire pendant 1 an pour les ex salariés en arrêt maladie

Dispositif

Après l'article 32

A l'article L911-8 il est rajouté un dernier alinéa : « L'absence d'indemnisation chômage des anciens salariés dont la cessation du contrat de travail remplit les conditions prévues au premier alinéa n'est pas opposable aux assurés en arrêt maladie. »

Exposé des motifs

L'idée directrice à l'origine de la mise en place de la portabilité était d'étendre la protection sociale résultant des contrats de groupe obligatoires au bénéfice des salariés privés involontairement de leur emploi. L'élément le plus objectif qui a été trouvé pour établir ce critère est l'indemnisation par le chômage. Ainsi, l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale prévoit que les ex-salariés bénéficient de la portabilité « en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ».

Les salariés licenciés se trouvant par ailleurs en arrêt maladie ne peuvent pas s'inscrire au Pôle emploi. Pour autant, ceux-ci ont été bien été privés involontairement d'emploi. Certains organismes d'assurance tirent prétexte de l'absence d'indemnisation concrète par le Pôle emploi pour refuser le bénéfice de la portabilité à ces personnes, voire pour le suspendre (pour les personnes se trouvant en arrêt maladie au cours de leur indemnisation chômage). Alerté de cette difficulté par une question parlementaire, le Ministre du Travail a répondu le 23 mars 2010 (Question parlementaire n° : 65622 : http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-65622QE.htm) qu'une telle interprétation était contraire au texte.

Il en est de même pour les personnes qui se trouvent en attente d'indemnisation en raison d'un différé dû au bénéfice d'indemnités de fin de contrat de travail.

Cette réponse ministérielle est parfois en pratique non suivi par les organismes complémentaires.

L'élément déterminant est la perte involontaire d'emploi, la survenance d'un évènement tel qu'un arrêt maladie empêchant l'inscription au Pôle emploi ne devant pas faire obstacle au bénéfice de la portabilité, dès lors que l'ex-salarié aurait été indemnisé par le Pôle Emploi, s'il n'avait pas été en arrêt maladie. Une interprétation contraire conduit à priver du bénéfice de la portabilité les personnes en ayant le plus besoin.

C'est pour éviter d'interprétation contraire à l'esprit du législateur que cette proposition d'amendement est ainsi formulée et combattre ainsi l'exclusion dont sont victimes les personnes malades.

2.3 Permettre l'étude automatique du droit au renouvellement de la Complémentaire Santé Solidaire pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI

Dispositif

Après l'article 32

A l'article L861-5, il ajouté un alinéa 7 rédigé comme suit :

« Le droit au renouvellement de la protection complémentaire est examiné automatiquement pour les personnes bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé et de l'allocation supplémentaire d'invalidité. »

Exposé des motifs

Le rapport Charges et Produits de l'Assurance maladie a mis en avant la situation de précarité des bénéficiaires de l'AAH, et notamment le taux élevé d'absence de couverture complémentaire santé, alors qu'un droit potentiel à l'actuelle ACS existe pour certains d'entre eux. Les bénéficiaires de l'ASI sont également concernés. Si le bénéfice de l'AAH, notamment, n'implique pas un droit automatique à la Complémentaire Santé Solidaire, au regard des modalités de cumuls AAH/ressources, il est toutefois possible de faire une étude des droits automatique avec les ressources déclarées lors de l'étude des droits AAH ou ASI, en sollicitant éventuellement les informations complémentaires nécessaires auprès des bénéficiaires. Cette mesure permettrait de faciliter le maintien de la couverture complémentaire pour des personnes susceptibles d'avoir des besoins de santé importants.

2.4 Avoir une visibilité sur l'accès à la complémentaire santé des personnes exclues de l'Accord National Interprofessionnel

Dispositif

Après l'article 32

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport présentant la situation des personnes exclues de l'Accord National Interprofessionnel concernant leur accès à la complémentaire santé

Exposé des motifs

La situation des personnes exclues de l'ANI au regard de l'accès à la complémentaire santé est peu connue. Cette population comporte des personnes âgées, personnes malades et certains travailleurs précaires, susceptibles d'avoir recours à des soins de manière importante. Cet amendement vise à permettre d'avoir une visibilité sur leur consommation de soins, le taux de couverture, les garanties souscrites, le montant des cotisations au regard de leurs ressources ainsi que les restes à charge supportés.

3. Promouvoir l'activité physique

Dispositif

Après l'article 40

A l'article L.1172-1. Une phrase ainsi rédigée est rajoutée *« Les activités physiques prescrites dans les conditions fixées par délai sont prises en charge par l'Assurance Maladie dans des conditions fixées par décret »*

Exposé des motifs

Les bienfaits de l'activité physique ne sont plus à démontrer, que ce soit, pour promouvoir la santé , en termes de prévention primaire pour réduire les risques liés à la sédentarité, ou en prévention secondaire pour freiner l'évolution, voire améliorer, un état de santé dégradé. L'activité physique et sportive entraine des bénéfices tant au niveau physique et physiologique que psychologique et social. De nombreux rapports et études, allant de l'Organisation Mondiale de la Santé à l'IGAS et la Haute Autorité de Santé, ont mis en avant ces bénéfices Par ailleurs, de nombreuses campagnes de communication ont été menées pour promouvoir l'activité physique, et même la mise en place de la prescription par le médecin, pour les personnes en ALD, d'une activité physique adaptée (APA), mais de nombreux freins demeurent, dont principalement l'absence de prise en charge financière qui accentue les inégalités sociales d'accès à l'activité physique.

Cet amendement vise à inscrire dans el droit commun une prise en charge financière de l'activité physique adaptée afin de la rendre accessible à tous les assurés en ALD.

4. Améliorer l'accès aux produits de santé

4.1 Favoriser le recours aux médicaments génériques et bio similaires

Dispositif

Après l'article 43

L'Article L162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié

Le III) est supprimé

Exposé des motifs

France Assos Santé soutient une politique de santé favorisant les génériques. Nous estimons cependant aujourd'hui ces nouvelles mesures de court terme comme inégalitaires et contreproductives. En effet, faciliter le recours aux génériques nécessite des actions de long terme et surtout plus fondamentales et pédagogiques, notamment auprès des prescripteurs.
Inégalité : les usagers les plus aisés pourraient donc continuer à choisir de payer pour utiliser les médicaments princeps, venant renforcer l'impression d'une médecine à deux vitesses.
Non-sens : Le médicament générique est un médicament comme les autres, cette mesure renforce pourtant le « statut » des médicaments princeps.
France Asso Santé s'oppose à cette mesure budgétaire de court terme qui contrarie l'empowerment du patient et témoigne surtout de l'incapacité des pouvoirs publics à agir sur d'autres leviers dont l'efficacité serait immédiate et sans appel :

- La suppression de la franchise sur les génériques
- Le respect de l'obligation de prescrire en DCI (loi de décembre 2011 et décret n°2014-1359 paru au JO du 15 novembre 2014) et qui rendrait caducs les questionnements autour de la substitution.
- La fixation par le CEPS du prix des médicaments princeps au même niveau que celui des génériques. Une fois que la période légale d'exclusivité commerciale du princeps est arrivée à échéance, il n'y a aucune raison que la collectivité continue d'accepter des prix supérieurs pour ces médicaments, étant entendu que l'efficacité et la sécurité des médicaments princeps et des médicaments génériques sont identiques.

4.2 Supprimer les franchises sur les médicaments génériques

Dispositif

Après l'article 43
Le 1° du III. de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété comme suit :

III.- En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation, des médicament génériques et des médicaments non substituables visés au troisième alinéa de l'article L5125-23 ;

Exposé des motifs

Des incitations financières des médecins (pour la prescription dans le répertoire du médicament générique) et des pharmaciens (pour la substitution des médicaments princeps par le générique), ont été mises en place pour, notamment, aider au déploiement du médicament générique dans notre pays. Les patients, quant à eux, subissent une politique de désincitation prévoyant l'exclusion du tiers-payant en cas de refus du générique.

Cette proposition se situe dans une approche incitative et non pas punitive, contrairement à celle de rembourser le princeps sur la base du générique. La suppression de la franchise sur les génériques et sur les médicaments non substituables complète les dispositifs incitatifs qui ne concernent à ce jour que les prescripteurs et les pharmaciens. Cette proposition milite pour un supplément de justice en faveur des usagers qui sont actuellement les seuls à être soumis à des mesures de rétorsions.

Il est ainsi proposé de supprimer les franchises médicales sur les médicaments génériques et sur les médicaments princeps, non substituables pour raisons particulières tenant à la situation particulière du patient.

4.3 Pour une prise en charge à 100% des vaccins rendus obligatoires

Dispositif

Après l'article 43

« II. - Le chapitre 2 du titre 2 du livre 3 de la partie législative du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
1° A l'article L.322.3, après le 23°, il est ajouté un 24° ainsi rédigé :
« Pour les frais liés aux vaccinations obligatoires prévues à l'article L.3111-2 du Code de la santé publique. »

Exposé des motifs

Des vaccinations obligatoires doivent s'accompagner d'un dispositif permettant un accès facilité à la vaccination. Plus particulièrement, les parents ne doivent rencontrer aucun obstacle financier pour faire vacciner leurs enfants. Le système proposé actuellement (entre 60% et 70% pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, en dehors du ROR intégralement remboursé par l'assurance maladie obligatoire), n'est pas satisfaisant. En effet, tous les parents n'ont pas forcément d'assurance maladie complémentaire pour permettre le remboursement intégral. Le gouvernement indique que pour eux, il reste la possibilité de s'adresser aux centres de vaccination ou aux PMI, mais ces dispositifs sont inégalement répartis sur le territoire.

Il existe donc un risque réel que des motifs financiers contraignent des parents à ne pas vacciner leurs enfants, alors que l'objet même de l'extension de l'obligation est d'augmenter la couverture vaccinale. Pour augmenter la couverture vaccinale, il faut donc mettre les moyens, y compris financiers.
Pour compenser cette mesure d'un coût de 110 à 120 millions d'euros par an (d'après le rapport de concertation citoyenne d'octobre 2016), il conviendra de prévoir des négociations avec les laboratoires qui produisent les vaccins afin d'en baisser les prix, sachant que le nombre de vaccins vendus doit augmenter avec l'extension d'obligation.

5. Renforcer la transparence de l'information en permettant une représentation des usagers au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS)

Dispositif

Après l'article 43

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Art. L 162-17-3, après « trois représentants des caisses nationales d'assurances maladies » est supprimé « et »

Après « un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire » est rajouté « deux représentants des associations agréées d'usagers du système de santé selon l'article 1114-1 du Code de la santé publique»

Article D.165-2-1 est rajouté

« 8° Deux représentants des associations agréées d'usagers du système de santé selon l'article 1114-1 du Code de la santé publique »

Exposé des motifs

Transparence et participation citoyenne doivent s'appliquer, dans le domaine du médicament comme pour les autres questions de santé. Il ne s'agit donc pas seulement de garantir un haut niveau d'information des usagers mais de les impliquer dans les processus de décision, au titre de ce qu'il est convenu d'appeler, depuis 2002, la démocratie sanitaire. C'est un impératif social et politique dans notre pays. Il est proposé de la participation d'un représentant des usagers au sein de la section médicaments, et d'un représentant dans la section des dispositifs médicaux.

6. Assurer la transparence des prix des médicaments

Dispositif

Après l'article 43

1° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :
a) Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces conventions et les remises accordées sont publiques. » ;
b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Au terme de chaque année, une entreprise exploitant une spécialité de référence commercialisée transmet au Comité économique des produits de santé le chiffre d'affaires réalisé en France attribuable à cette spécialité. Le Comité économique des produits de santé rend publique cette information. » ;
2° Après l'article L. 162-16-4, il est inséré un article L. 162-16-4-… ainsi rédigé :
« Art. L. 162-16-4-… – L'entreprise exploitant le médicament remet un rapport annuel à la direction de la sécurité sociale détaillant médicament par médicament le prix de vente au public, le prix réel et la justification du différentiel entre prix de vente et prix réel.
« Les informations transmises sont évaluées par un auditeur indépendant.
« La direction de la sécurité sociale rend publiques ces informations dans des conditions précisées par décret. »

Exposé des motifs

Cet amendement propose de rendre publiques l'ensemble des conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, ainsi que les remises accordées par rapport au prix facial des médicaments, le prix réel des médicaments ainsi que la justification du différentiel entre prix de vente et prix réel. L'accès à une information complète, notamment sur les différences entre prix facial et prix réel suite aux diverses remises (taux L, clauses et remises spécifiques, dispositifs alternatifs de conventions, contrats de performance…), permettrait une vision éclairée pour les parlementaires et la société civile sur les finances publiques et sur la politique publique du médicament.

7. Fixation du prix du médicament

Dispositif

Après l'article 43

L'Art.162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après les mots « des volumes de vente prévus ou constatés » sont supprimés les mots « ainsi que »

Après les mots « utilisation réelle du médicament sont insérés les mots « les investissements réels au titre de la recherche et développement et du financement public de cette recherche »

Exposé des motifs

Il est proposé de compléter les critères de fixation des prix du médicament qui figurent au code de la sécurité sociale afin que le Comité économique des produits de santé puisse tenir compte des investissements réels au titre de la Recherche et Développement et du financement public de la recherche.

8. Favoriser l'accessibilité aux services de la sécurité sociale aux publics isolés par la fracture numérique

Dispositif

Après l'article 51

A l'article L115-3, est ajouté un alinéa 2 :

Les modalités de notification des décisions individuelles doivent nécessaires être plurielles. La délivrance d'une information dématérialisée sans preuve de son accession par le destinataire n'est pas valable.

Exposé des motifs

La dématérialisation des courriers de l'Assurance maladie démarrée depuis 2016, sous couvert de simplification et de réduction des coûts, entraine une vraie difficulté d'accès aux droits puisque les notifications ne se font alors plus que sur le site AMELI, ou par courrier électronique.

A cet égard, les assurés sociaux sont-ils pleinement informés que s'ils remplissent la case « adresse email » d'un formulaire de Sécurité sociale ou se créent un compte « Ameli », ils deviennent alors soumis à une obligation de consultation régulière de leur boite mail car sont susceptibles à tout moment de recevoir une notification d'ouverture ou de refus de droits, laquelle faisant par ailleurs courir des délais de recours ?
Une demande de justificatif de domicile peut également se retrouver automatiquement classée dans les « Courriers indésirables ».
C'est dans ce contexte que le législateur s'évertue à modifier les modalités de notification de décision des administrations (de toute sorte, pas uniquement l'Assurance maladie) en remplaçant le dispositif de *« par courrier recommandé avec accusé de réception »* par celui *« par tout moyen conférant date certaine ».*
Cette nouvelle terminologie recouvre très probablement le courrier électronique.

Si on peut saluer cette avancée comme simplificatrice et moins coûteuse, y compris pour l'usager qui n'aurait désormais plus nécessairement à dépenser plus de 5€ pour un courrier recommandé avec accusé de réception lui permettant de contester une décision, nous nous inquiétons fortement d'une part, du défaut de communication autour de cette démarche et ses implications juridiques touchant l'ensemble des administrés et d'autre part, des nombreuses personnes qu'elle peut laisser sur le bas-côté.

Selon les chiffres 2018 du Baromètre numérique du CREDOC (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie), 89% de la population est internaute mais 36% éprouve une inquiétude à l'idée d'accomplir la plupart de leurs démarches administratives en ligne.
Parmi eux, se trouvent les personnes les plus vulnérables, à savoir les personnes âgées, isolées, les populations précaires, ne comprenant pas ou mal la langue française.

Pour garantir le principe de la continuité du service public ainsi que celui de l'égalité de tous devant le service public, il est essentiel de prévoir différentes modalités de communication avec les organismes de Sécurité sociale. C'est l'objectif de cet amendement à l'article L115-3 du Code de la Sécurité sociale.

Le Défenseur de droits, dans son rapport Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics, publié en 2019, recommande *« l'adoption d'une disposition législative au sein du code des relations entre les usagers et l'administration imposant de préserver plusieurs modalités d'accès aux services publics pour qu'aucune démarche administrative ne soit accessible uniquement par voie dématérialisée. »*

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport-demat-num-21.12.18.pdf

9. Garantir l'autonomie des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé

Dispositif

Après l'article 53

I. L'article L.821-1 du Code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Au dernier alinéa, supprimer les mots : « est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et » sont supprimés.

II. L'article L. 821-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Au premier alinéa, supprimer les mots : « et, s'il y a lieu, de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité dans la limite d'un plafond fixé par décret, qui varie selon qu'il est marié, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à sa charge ».

III. La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Exposé des motifs

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap afin qu'il et elle puisse gagner en autonomie. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Or, dans le calcul des ressources, celles du ou de la partenaire (concubin-e, pacsé-e, marié-e) sont prises en compte. Ainsi, si les ressources du ou de la partenaire de la personne en situation de handicap atteignent 2 275 € nets par mois, elle ne peut bénéficier de l'AAH.

Ce mode de calcul des conditions de ressources renforce la dépendance financière du conjoint ou de la conjointe allocataire. Or, cette dépendance a été maintes fois dénoncée par les associations et les personnes concernées. Elle va, en effet, à l'encontre de tout objectif d'autonomie des personnes et contribue à une précarisation. Et ce, d'autant plus que le montant de l'AAH (900 € à partir de novembre 2019) est sous le seuil de pauvreté.

Le I. de cet amendement vise à supprimer la majoration du plafond de cumul de l'AAH avec la rémunération garantie lorsque le bénéficiaire « est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité ».

Le II. de cet amendement vise à supprimer la prise en compte des revenus du conjoint dans le calcul de l'allocation aux adultes handicapés tant au niveau du cumul des ressources avec l'AAH que du plafond de ressources.

Cette nouvelle modalité de calcul des conditions de ressources cherche à permettre aux personnes en situation de handicap de gagner en autonomie et indépendance.

Le III. de cet amendement vise à compenser les pertes de recettes pour les organisations de sécurité sociale qu'induiraient ces nouvelles dispositions.

10. Prévoir l'automaticité de l'examen des droits à l'allocation supplémentaire d'invalidité

Dispositif

Article 55 bis (nouveau)

A l'article L815-27 du Code de la Sécurité sociale, l'alinéa 1 est modifié comme suit :
« L'organisme qui sert, à l'assuré, l'avantage visé à l'article L815-7 étudie le droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité et l'informe de la possibilité d'en bénéficier. L'allocation est ensuite liquidée et servie sur demande expresse de l'intéressé. »

Exposé des motifs

Beaucoup trop d'assurés ne font pas valoir leur droit à l'ASI par méconnaissance du dispositif. Cet amendement vise à faire porter aux organismes de Sécurité sociale une obligation d'étude systématique du droit à cette allocation et d'information aux assurés concernés.

11. Promouvoir l'insertion professionnelle des personnes malades

11.1 Permettre le maintien de droit aux IJ des chômeurs ayant repris une activité professionnelle depuis plus de 3 mois

Dispositif

Après l'article 55 (nouveau)

ARTICLE L.311-5 du Code de la Sécurité sociale
Au 1er alinéa, après « justifier des conditions d'ouverture du droit à prestations fixées à l'article L.313-1, » :

Remplacer *« pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat »* par *« pendant une durée d'un an »*

ARTICLE L.161.8 du Code de la Sécurité sociale
A la fin de la première phrase, les mots « pendant une durée déterminée par décret » sont remplacés par « pendant une durée d'un an ».
A la dernière phrase, les mots «, dans des conditions fixées par décret, » sont remplacés par les mots « d'un an, ».

Exposé des motifs

Les personnes inscrites à Pôle Emploi bénéficient de dispositions permettant le maintien des droits aux indemnités journalières ou à la pension d'invalidité qu'elles avaient constitué avant leur licenciement.

Ces dispositions sont applicables tant que le chômeur est indemnisé par le Pôle emploi et pendant un an à partir de la fin de son indemnisation chômage.

Si la personne au chômage reprend une activité professionnelle, elle continuera à bénéficier de son maintien de droits acquis de sa précédente activité professionnelle pendant 3 mois.
A l'issue de ces 3 mois, le maintien de droits n'est plus effectif, aussi, si elle se retrouve en arrêt de travail après cette période, ses droits aux indemnités journalières seront examinées au regard de sa nouvelle activité professionnelle, ceux-ci pouvant alors être inexistants. L'application des textes actuels peut donc conduire à placer l'ancien demandeur d'emploi dans une situation moins favorable que s'il n'avait pas repris d'activité professonnelle et le priver du bénéfice d'indemnités journalières et de pension d'invalidité.
Une situation particulièrement inéquitable et contraire à la promotion de l'activité professionnelle, par la faute de dispositions législative et règlementaires inadaptées, pour ne pas dire insensées, et insuffisament protectrices.

11.2 Permettre le versement des IJ pendant des arrêts de travail en cas d'activité non professionnelle ne donnant pas lieu à des revenus d'activité ou rémunération

Dispositif

Après l'article 55 (nouveau)
ARTICLE L323-6 du Code de la Sécurité sociale

Il est proposé de remplacer le 4° de l'article L 323-6 par :

« 4°. De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération »

Il est proposé de remplacer le dernier alinéa de l'article L323-6 par la phrase suivante :

« En cas de non-respect du 4°, il peut être prononcé une sanction financière prévues à l'article (L.114-17-. »

ARTICLE L324-1 du Code de la Sécurité sociale

Il est proposé de remplacer le 3° de l'article L 324-1 par :

« 3° De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération »

Exposé des motifs

La notion d'activité autorisée ou non autorisée lors des arrêts de travail n'est pas juridiquement définie, il peut donc s'agir d'activités de loisirs, sportives, politiques ou sociales voire familiales.
Dans un arrêt du 15 juin 2017, sur la base des dispositions prévues à l'article L323-6 du Code de la Sécurité sociale, la Cour de cassation a précisé qu'un salarié bénéficiant d'un arrêt de travail pour une

maladie ou un accident ne peut exercer aucune activité qui ne soit pas expressément autorisée par le médecin traitant. Ainsi, dans la situation qui lui était soumise la Cour a validé l'obligation faite à un salarié de restituer les indemnités journalières perçues pour un arrêt de travail car celui-ci s'était rendu à quelques réunions de conseil municipal et d'associations pendant la période d'arrêt, au sein des horaires de sorties autorisées.

Ce principe selon lequel tout ce qui n'est pas expressément autorisé par le médecin dans sa prescription médicale de repos est interdit nous semble une position difficilement soutenable et bien trop radicale pour trois raisons :

1/ La notion d'activité n'est pas juridiquement circonscrite. Ainsi, faire ses courses ou aller chercher ses enfants à l'école pourrait tout aussi bien être considéré comme une activité non autorisée.
2/ dans les faits, de nombreux médecins encouragent, des personnes à avoir des activités pendant leur arrêt de travail, notamment quand il s'agit d'arrêts liés à une affection psychique ou mentale, ou à une maladie chronique, pour lesquelles une activité en dehors de l'activité professionnelle peut s'avérer bénéfique à l'amélioration de l'état de santé et susceptible d'accélérer la reprise d'activité professionnelle.
Dans la mesure où des activités autres qu'une activité professionnelle peuvent concourir au bien-être physique, psychique et mental, voire au rétablissement plus rapide, de l'assuré, il apparait que sanctionner des personnes au motif qu'elles ont une activité non professionnelle pendant un arrêt de travail, est de nature à porter préjudice à leur maintien dans l'emploi et leur insertion professionnelle, ainsi qu'à sanctionner un comportement nullement frauduleux, la bonne foi de l'assuré n'étant pas à remettre en cause ici.
Il en est différemment de l'assuré qui exerce une activité rémunérée pendant son arrêt de travail. Celui-ci procède ainsi à une fraude à l'assurance maladie sanctionnable.
3/ Nombre de bénévoles et représentants des usagers membres d'associations de malades sont encore en activité professionnelle. Leur interdire le maintien de leur engagement associatif pendant ces périodes d'arrêt de travail revient à mettre en péril les associations et leur travail de protection et de défense des usagers.

11.3 Améliorer le dispositif d'indemnisation des patients atteints d'une maladie chronique et réalisant des soins pendant leur temps de travail, destinée à favoriser leur maintien et leur accès à l'emploi

Dispositif

Après l'article 55 (nouveau)
APRÈS L'ARTICLE L.323-3-1, il est créé l'article suivant :

« Art. L. 323-3-2. L'indemnité compensatrice de perte de salaires est versée à l'assuré social en cas de traitement lié à une affection prévue à l'article D.160-4 entraînant une interruption partielle de travail : l'assuré doit justifier de la perte de salaire et l'indemnité est limitée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, correspondant au nombre d'heures perdues. Le salaire servant de base au calcul des cotisations maladie et vieillesse correspond au salaire rétabli intégrant l'indemnité compensatrice de perte de salaires. »

Exposé des motifs

Certaines maladies chroniques entrainent des soins itératifs, susceptibles d'interrompre partiellement une activité professionnelle : Dialyse, kinésithérapie, chimiothérapie, etc.

Par exemple, les personnes dialysées rencontrent de nombreuses contraintes.
Les séances d'hémodialyse durent le plus souvent quatre à cinq heures et doivent être répétées trois fois par semaine. Il faut leur ajouter les temps de trajet et d'attente. On estime qu'en moyenne chaque patient consacre huit heures, trois fois par semaine, à son traitement. La dialyse du soir ou de nuit est très peu proposée et très peu accessible. Le temps de traitement entre donc en concurrence directe avec le temps de travail.

Le traitement par dialyse est vital et sans limitation théorique de durée. Il ne peut y être mis fin qu'en raison du décès du patient ou de la réalisation d'une greffe de rein. Les délais d'attente de greffe sont actuellement de l'ordre de plusieurs années.

Les personnes atteintes de mucoviscidose peuvent réaliser des séances de kinésithérapie respiratoire plusieurs fois par semaine tout au long de leur vie et ce jusqu'à une potentielle greffe pulmonaire. La disponibilité et la répartition géographique des kinésithérapeutes impliquent que celles-ci doivent parfois prendre une demi-journée pour effectuer ces séances (temps de trajet aller/retour, d'attente, et de la séance).

Des personnes atteintes de cancer peuvent également nécessiter des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie sur une durée plus ou moins longue, interrompant partiellement leur activité professionnelle si elles souhaitent la maintenir.

Face à ces situations dans lesquelles les personnes ne se trouvent pas en incapacité de travail en dehors du temps du soin, les solutions actuelles ne favorisent le maintien durable dans l'emploi. Au-delà du temps partiel thérapeutique plus ou moins limité dans le temps en fonction des Caisses d'Assurance maladie, et des trois ans maximum d'arrêt maladie prévus par la réglementation, elles se voient le plus souvent contraintes d'opter pour des dispositifs d'invalidité (pensions versées par l'assurance maladie, éventuellement complétées par les régimes de prévoyance, ou minima sociaux tels que AAH ou RSA…), qui sont coûteux et précipitent leur exclusion du monde du travail.

Ainsi, l'arrêté du 26/10/1995 prévoit que la caisse primaire accorde une indemnité compensatrice de perte de salaire (ICPS) dès lors que les demandeurs remplissent certaines conditions trop limitatives.

Il existe plusieurs difficultés à la mise en œuvre de ce texte :

- il s'agit d'une prestation supplémentaire attribuée par les CPAM sur le fonds national d'actions sanitaires et sociales. Ce dispositif est mal connu, à la fois des équipes de dialyse, des patients, mais aussi des CPAM et des employeurs. Ce déficit d'information le rend peu accessible et entraîne des difficultés dans sa mise en œuvre. Ainsi, en fonction des caisses, son obtention n'est pas systématique.

- le fait que l'arrêté mentionne uniquement la dialyse à domicile limite la portée du texte et exclut d'emblée d'autres situations justifiant de cette indemnité.

- si l'ICPS est plus favorable que les indemnités journalières pour les salariés aux revenus modestes, les assurés dont le salaire dépasse le plafond mensuel de la sécurité sociale sont pénalisés, la compensation financière étant limitée à ce plafond visé à l'article R.323-9 du CSS ;

- le contrat de travail est suspendu pendant la période d'utilisation de l'ICPS, comme pour un arrêt maladie, mais il n'y a pas de report au compte de vieillesse de cette prestation. Cette suspension a donc un impact négatif sur le calcul de la pension de retraite, alors même que ces travailleurs font l'effort de maintenir leur activité professionnelle. L'ICPS réintégrée au

salaire permettrait de calculer les cotisations (maladie, vieillesse de base et complémentaire) sur la base du salaire rétabli.

Cette proposition d'amendement vise donc à faire entrer dans le droit commun ce dispositif et à améliorer ses conditions d'application afin de favoriser le maintien dans l'emploi des personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant des soins réguliers.

11.4 Permettre aux assurés travaillant à temps très partiel de bénéficier d'indemnités journalières maladie

Dispositif

Après l'article 55 (nouveau)

1° Après le I. de l'article L. 313-1 du Code de la Sécurité sociale est ajouté un II. rédigé comme suit :

« II.- L'assuré social n'entrant pas dans le champ d'application du I.-2° peut toutefois ouvrir droit aux prestations prévues à l'article L. 321-1 dès lors qu'il justifie, au cours d'une période de référence antérieure au début de l'incapacité de travail, d'une durée d'affiliation minimum au titre d'un travail salarié ou assimilé fixée par décret. »
2° Le II actuel devient un III.

Cette disposition doit être assortie, pour les autres cas visés par les arrêts de plus de six mois, de modifications permettant aux assurés ne répondant pas aux conditions actuellement fixées par la version actuelle de l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale, de bénéficier d'IJ dans le cas où ils justifieraient d'une durée minimum d'affiliation au titre d'un travail salarié ou assimilé.

Dispositif

L'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale relatif aux indemnités journalières est modifié comme suit :

- Les dispositions actuelles de l'article R. 313-3 sont regroupées dans un I.
- Au a) du 1° et au 2°du I. nouvellement créé, les mots « 1015 fois » sont remplacés remplacé par « 910 fois »
- Un II. rédigé comme suit, est inséré :
« L'assuré social n'entrant pas dans le champ d'application du I. du présent article, doit justifier d'une durée minimum d'affiliation au titre d'un travail salarié ou assimilé de trois mois précédant l'arrêt de travail, pour bénéficier d'une indemnité allant jusqu'à six mois.
Pour prolonger la durée d'indemnité au-delà des six mois, l'assuré social doit justifier d'une durée minimum d'affiliation d'un an précédant l'arrêt de travail ».

Exposé des motifs

Aujourd'hui des personnes travaillant moins d'un tiers-temps sont privées d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, faute d'avoir cotisé suffisamment. Or, il s'agit en grande partie de travailleurs précaires ou atteints de maladie ou handicap, qui font l'effort d'avoir une activité professionnelle, et

sont susceptibles de nécessiter des arrêts de travail du fait de leur situation de santé. Si certains de ces bénéficiaires peuvent bénéficier de prestations sociales complémentaires (prime d'activité, Allocation aux adultes handicapés..) ou d'une pension d'invalidité, pouvant en partie compenser une perte de salaire liée à un arrêt de travail, les modalités de calcul font que cette compensation intervient au minimum 3 mois après la perte de revenus. Cela accroit la précarité de ces personnes et n'est pas de nature à favoriser leur maintien dans l'emploi. Cet amendement est proposé afin de permettre aux salariés travaillant à temps très réduit d'accéder à un droit pour lequel ils cotisent en conditionnant l'ouverture de leurs droits à une seule condition de durée d'affiliation au titre d'un travail salarié ou assimilé.

12. Moderniser la gouvernance de la branche maladie pour permettre une véritable démocratie sanitaire

12.1 Reconnaître la place des représentants d'usagers au conseil de l'UNCAM

Dispositif

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'alinéa 2 de l'article L. 182-2-2 du Code de la Sécurité sociale est ajouté un 4° rédigé comme suit :

« 4° Un représentant des associations d'usagers désigné par le conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein parmi les associations d'usagers agrées au titre de l'article L 1114-1 du Code de la Santé publique ».

Exposé des motifs

Si France Assos Santé, la FNATH et l'UNAF siègent, en tant que représentants d'usagers, au conseil de la CNAM au sein du collège depuis la réforme d'août 2004, leur place n'est pas expressément reconnue au conseil de l'UNCAM notamment compétente pour négocier les conventions nationales avec les professionnels de santé.
De fait, les usagers, auxquels ces conventions font directement grief, ne peuvent prendre part aux négociations qui précèdent leur publication.
Cette situation n'est socialement pas tenable, d'autant que les Commissions de Recours Amiable des CPAM sont désormais ouvertes aux représentants d'usagers. Le présent projet d'amendement propose d'y remédier.

12.2 Supprimer la limite d'âge des membres du conseil d'un organisme de sécurité sociale et limiter le nombre de mandats

Dispositif

ARTICLE ADDITIONNEL

L'article L. 231-6 du Code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « et de soixante-cinq ans au plus » sont supprimés
2° Le deuxième alinéa est remplacé par les termes suivants :
« Le nombre de mandats est limité à deux maximum pour chaque membre du conseil ou administrateur désigné ».

Exposé des motifs

Pour être membre du conseil d'un organisme de sécurité sociale (assurance maladie, assurance vieillesse, allocations familiales ou de recouvrement), il est nécessaire de remplir certaines conditions. Parmi elles, l'obligation d'être âgé de 18 ans au moins et de 65 ans au plus, à la date d'effet de l'arrêté de nomination par l'autorité de tutelle.

Cette limite d'âge n'est plus justifiée depuis l'ouverture du Conseil aux membres n'appartenant pas aux organisations syndicales. De plus, elle pose de grandes difficultés, particulièrement pour les représentants d'usagers qui sont souvent des bénévoles actifs d'associations, âgés de plus de 65 ans. Entre la volonté clairement exprimée d'encourager l'activité des seniors et le départ à la retraite de plus en plus tardif, la limite d'âge inscrite dans l'article L. 231-6 du code de la sécurité sociale n'est pas rationnelle. Ces personnes qui veulent continuer d'apporter leur expérience pour le bon fonctionnement des organismes de sécurité sociale ne devraient pas être empêchées, c'est pourquoi nous proposons que la limite d'âge soit supprimée.

Par ailleurs, pour éviter les dérives d'installation au long cours sur les mandats de conseillers ou d'administrateur, il est proposé de limiter le nombre de mandats.