France Assos Santé

Propositions PLFSS 2021

Table des matières

I. Sur les articles du projet de loi 2
1.1 Pour le maintien des situations d'exonération actuelles du ticket modérateur dans le cadre du Forfait Urgences 2
1.2 Agir sur les Reste à charge élevés à l'hôpital 2
1.3 Améliorer l'accès aux hôtels hospitaliers 3
1.4 Assouplir et simplifier l'accès précoce et compassionnel aux médicaments 4
1. 5 Assurer la transparence des prix des médicaments 5
2.1 Améliorer l'accès aux soins 5
2.1.1 : Lutter contre les pénuries de médicaments et de vaccins 5
2.1.2 Instaurer un véritable contrat solidaire de Complémentaire Santé dont les cotisations sont modulées en fonction des revenus. 9
2.1.3. Permettre l'étude automatique du droit à la Complémentaire Santé Solidaire pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI 10
2.2 Favoriser l'insertion professionnelle des malades 10
2.2.1 Permettre aux assurés travaillant à temps très partiel de bénéficier d'indemnités journalières maladie 11
2.2.2 Améliorer le dispositif d'indemnisation des arrêts de travail des personnes en ALD 12
2.2.3 Permettre le maintien de droit aux IJ des chômeurs ayant repris une activité professionnelle depuis plus de 3 mois 13
2.2.4 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 14
2.3 Améliorer l'accès aux droits des personnes malades et handicapées 15
2.3.1 Prévoir l'automaticité de l'examen des droits à l'allocation supplémentaire d'invalidité 15
2.3.2 Garantir l'autonomie des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé 15
2.3.3 Permettre le cumul de l'AJPA avec le complément AEEH et l'AAH 16
2.4 Réaffirmer et renforcer la démocratie en santé 17
2.4.1 Instaurer un nouveau fonds pour sécuriser le financement des associations d'usagers agréées 17
2.4.2 Renforcer la transparence de l'information en permettant une représentation des usagers au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS) 18
2.4.3 Reconnaître la place des représentants d'usagers au conseil de l'UNCAM 19
2.4.5. Fixation du prix du médicament : prendre en compte les investissements publics dans la recherche et le développement 19

I. Sur les articles du projet de loi

1.1 Pour le maintien des situations d'exonération actuelles du ticket modérateur dans le cadre du Forfait Urgences

Article 28 : Réforme du financement des établissements

Dispositif

Le 1° du A du I est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré aux frais occasionnés par son passage non programmé dans une structure des urgences autorisée est fixée à un montant forfaitaire défini par arrêté pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Nonobstant toute disposition contraire, cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas visés aux articles L. 160-9, aux 3°, 4°, 13° et 18° de l'article L.160-14, à l'article L. 371-1, à l'article L. 16-10-1 et L. 169-1 et 15° de l'article L.160-14. Cette participation est due pour chaque passage aux urgences dès lors que ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. ».

Exposé des motifs

La création d'un Forfait Unique Urgences, redevable, même s'il est réduit, par les personnes actuellement bénéficiaires d'une exonération de Ticket modérateur, vient créer un reste à charge supplémentaire et revient en particulier sur le principe même de l'Affection de Longue Durée, dont les soins et les actes sont pris en charge à 100%. Les malades chroniques sont déjà soumis aux restes à charge les plus élevés en valeur absolue, du fait de leur besoins de santé importants, et ce malgré l'ALD, car ils sont soumis au paiement des franchises médicales, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires, et tous les frais non pris en charge par l'Assurance maladie. Il est donc inenvisageable de venir rajouter des restes à charge supplémentaires en créant un Forfait en remplacement du Ticket modérateur.

Cet amendement vise donc le maintien des situations d'exonérations existantes concernant le Forfait unique nouvellement créé.

1.2 Agir sur les Reste à charge élevés à l'hôpital

Article 28

Dispositif

Article 28

Après l'alinéa 23 sont insérés les phrases :

« A l'article L160-13 une phrase ainsi rédigée es ajoutée à la fin du 2ème alinéa du I : «*La participation de l'assuré n'est pas due au delà d'un montant annuel fixé par décret »*

« 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 au-delà d'un montant annuel fixé par décret »

Exposé des motifs

La question des restes à charge hospitaliers a été particulièrement mise en lumière lors de la crise Covid avec des restes à charge facturés aux patients hospitalisés pouvant s'élever parfois à des milliers d'euros.

La problématique se pose essentiellement pour les personnes ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé, qui représente environ 3 millions de personnes (soit 5% de la population) et parmi elles de nombreuses personnes en situation de précarité (12% des 20% de personnes les plus pauvres sont sans complémentaire santé, y compris sans CSS)

Cette problématique va au-delà de crise covid sachant qu'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], révélait 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€.

Par ailleurs les coefficients de transition nouvellement créés vont retarder la baisse des tarifs des établissements dont les tarifs sont au dessus du tarif national, alors que les établissements dont les tarids se situent en dessous, vont eux augmenter leurs tarifs dès 2012, engendrant ainsi une hausse des tickets modérateurs. Nous demandons donc que des dispositions permettant d'exonérer les personnes hospitalisées du ticket modérateur et du forfait journalier (notamment pour les personnes en ALD qui bien qu'exonérées du TM dans le cadre de leur ALD peuvent avoir des frais élevés de forfait journalier liés à des séjours prolongés ou itératifs) au-delà d'un plafond annuel à déterminer.

1.3 Améliorer l'accès aux hôtels hospitaliers

Article 31 : hôtels hospitaliers

Dispositif :

1er alinéa, après les mots « hébergement non médicalisé» sont rajoutés les mots « sans reste à charge supplémentaire ».

Après les mots « pour des patients », sont insérés les mots « et leurs accompagnants éventuels »

Exposé des motifs

Il est nécessaire de prévoir d'emblée un dispositif d'hébergement sans reste à charge supplémentaire par rapport à une hospitalisation pour les patients, nous sollicitions donc l'intégration de cette notion dès l'article de loi. Par ailleurs, certains patients nécessitent d'être accompagnés par des proches lors de leur hospitalisation (personnes en situation de handicap ou de fragilité notamment). Cet amendement vise donc à permettre l'hébergement des proches lorsque celui-ci est nécessaire et d'acter l'absence de restes à charge supplémentaire pour les patients.

AMENDEMENT DE REPLI :

Evaluer la question des Restes à charge dans le cadre des hôtels hospitaliers

Dispositif

1er alinéa après les mots « pour des patients », sont insérés les mots « et leurs accompagnants éventuels ».

Au 5ème alinéa, après les mots « 31 décembre 2022 », sont insérés les mots, « , détaillant notamment les éventuels restes à charge pour les patients par rapport à l'hospitalisation complète, »

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

Exposé des motifs

Il est nécessaire de prévoir dans le rapport d'évaluation, l'analyse des restes à charge éventuels des patients par rapport aux hospitalisations complètes. Cette évolution de l'offre hospitalière, notamment avec le virage ambulatoire, ne doit pas se traduire par une augmentation des inégalités de santé, et entraîner du renoncement aux soins faute de pouvoir payer des prestations hôtelières liées aux soins. Cette mesure doit être accessible à tous.

Par ailleurs, certains patients nécessitent d'être accompagnés par des proches lors de leur hospitalisation. L'hébergement des proches est d'ailleurs proposé par les maisons d'accueil hospitalières, parties prenantes de l'expérimentation. Cet amendement vise donc à permettre l'hébergement des proches lorsque celui-ci est nécessaire.

1.4 Assouplir et simplifier l'accès précoce et compassionnel aux médicaments

Article 38 Prises en charge dérogatoires des médicaments

Dispositif

Au « III » du 2° du I.
Après « attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité dans chaque indication considérée »
Ajouter « Pour chaque indication, la Haute Autorité de Santé rend son autorisation dans un délai déterminé par décret ne pouvant excéder un mois »

A la fin du 7ème alinéa du « VI » du 2 du I Après « dans l'indication considérée » insérer « sur le territoire national »

Supprimer le 8° du I

Exposé des motifs

Concernant l'accès précoce :
Délai d'autorisation **:** le délai de réponse de la HAS nécessite d'être strictement encadré par la loi, au risque de faire perdre au dispositif tout son sens : à savoir permettre un accès rapide lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée.

Concernant l'accès compassionnel
Critères d'accès : **l'exclusion** d'autorisation pour les médicaments faisant l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine ne doit s'appliquer qu'au territoire national (des recherches peuvent avoir lieu dans d'autre pays sans pour autant en permettre l'accès)

D'autre part, dans un objectif de suivi des données, une mesure appelle à une recentralisation vers l'hôpital de médicaments actuellement disponibles en reconnaissance temporaire d'utilisation (RTU) en pharmacie d'officine. Nous sommes inquiets de ces dispositions qui feraient porter de nouvelles contraintes aux patients. Surcharger les hôpitaux : c'est également un contresens historique.

1. 5 Assurer la transparence des prix des médicaments

Dispositif

A ARTICLE 38 *bis (nouveau)* :

Au deuxième alinéa, après les mots : « pour le développement », sont insérés les mots « de chacun » et après les mots « rendu public », sont insérés les mots « et pris en compte par le comité économique des produits de santé lors de la fixation du prix de vente mentionné au même alinéa ».

Exposé des motifs

Cet amendement vise à rendre effective l'intention de rendre publics les montants des investissements publics en recherche et développement (R&D) pour qu'ils soient pris en compte dans la définition du prix des médicaments. Or, pour que le dispositif soit opérant et cohérent avec l'intention initiale du texte proposé, dans le cadre d'une négociation médicament par médicament, il est essentiel que les informations sur les fonds publics en R&D soient publiées relativement à chaque produit et que la mention de prise en compte dans la fixation de prix soit explicite. En l'état actuel, la rédaction de l'article 38 bis (nouveau) reste imprécise.

La course aux vaccins contre la Covid 19 a révélé avec une ampleur sans précédent le rôle joué depuis toujours par la puissance publique dans le financement de la R&D en santé. L'Etat contribue en effet, directement ou indirectement, très largement au développement des médicaments arrivant sur le marché : par le financement d'un système d'enseignement supérieur d'excellence formant les scientifiques et chercheurs d'une part, par l'octroi de subventions aux entreprises telles que le crédit d'impôt recherche (CIR) d'autre part, par l'investissement dans la recherche publique (le secteur public investissant surtout dans les aspects les plus risqués de la recherche, dont la recherche fondamentale appliquée dans sa phase initiale), par le partage des découvertes scientifiques, et enfin par le remboursement des produits de santé par la sécurité sociale ou des pratiques de préachat (comme pour le future vaccin contre la Covid19).

Or, ces sommes considérables investies par l'Etat ne sont ni rendues publiques ni prises en compte dans la négociation sur le prix des produits de santé effectuées avec les entreprises pharmaceutiques, finalement payés au prix fort faute d'une négociation éclairée. Parallèlement, les investissements réalisés par les industries, notamment en recherche et développement (R&D) et en production, peuvent, eux, être pris en compte dans la définition du prix selon l'article 18 de l'accord-cadre du 31/12/2015 entre le CEPS et le LEEM.

Afin d'éviter que le contribuable ne « paye deux fois », une première à travers le financement public de la recherche et développement biomédicale et une deuxième dans un prix final élevé du médicament, remboursé par l'assurance maladie, il convient de dévoiler et de prendre en compte, dans la définition du prix, les financements de l'Etat qui ont contribué à mettre au point un médicament.

Il s'agit d'assurer un contrôle démocratique de l'utilisation des impôts des citoyens et une bonne gestion des finances publiques.

II. Articles additionnels de France Assos Santé

2.1 Améliorer l'accès aux soins

2.1.1 : Lutter contre les pénuries de médicaments et de vaccins

Après l'article 38, insérer un nouvel article visant à renforcer le dispositif en matière de prévention et de lutte contre les pénuries de médicaments d'intérêts thérapeutique majeur (MITM)

Après l'article 38

Dispositif

Article L5121-29 CSP

A l'article L5121-29 du Code de la santé publique, à l'alinéa 2, après les mots : « au cours des douze derniers mois glissants. », insérer les mots :
« Pour les médicaments d'intérêts thérapeutique majeur, cette limite ne peut être inférieure à quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité concernée au cours des douze derniers mois glissants ».

Exposé des motifs

Les pénuries de médicaments et de vaccins s'intensifient avec des conséquences importantes pour les personnes malades et pour la santé publique.

En janvier 2019, une enquête exclusive de France –Assos Santé réalisée par l'institut BVA auprès d'un échantillon représentatif de la population française montrait les difficultés récurrentes d'accès à certains vaccins et médicaments pour des millions de Français et leurs conséquences directes sur leur santé et leur qualité de vie :

- *Un Français sur quatre a déjà été confronté à une pénurie de médicaments (31 % pour les personnes atteintes par une affection longue durée ALD),*
- *45% des personnes confrontées à ces pénuries ont été contraintes de reporter leur traitement, de le modifier, voire d'y renoncer ou de l'arrêter.*

En septembre 2020, la Ligue contre le cancer publiait également une étude avec un constat alarmant en oncologie :

- *3/4 des professionnels de santé sont confrontés à cette problématique,*
- *68% des oncologues médicaux confrontés aux pénuries de médicaments contre le cancer considèrent qu'elles ont un impact sur la vie à 5 ans de leurs patients.*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a consacré l'obligation pour les industriels de constituer pour chaque médicament un stock de sécurité destiné au marché national, dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, et qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois glissants.

Toutefois, l'article L5111-4 du code de la santé publique définit les médicaments d'intérêts thérapeutique majeur (MITM) comme des médicaments pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante pour les patients au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie.

Ainsi, le présent amendement vise donc à tenir compte de cette importance majeure des MITM reconnue par la loi, en prévoyant que pour ces derniers la limite des stocks ne puisse être inférieure à quatre mois de couverture des besoins en médicament.

Cette disposition permettrait de limiter les pertes de chances, les interruptions de traitements et les effets indésirables, parfois graves, causés par des changements de traitements en urgence

2.1.2 Supprimer la pénalité financière liée au non-respect du parcours de soin coordonné

Après l'article 32

Dispositif

Article L-162-5-3 du CSS

L'article L-162-5-3 est modifié ainsi :

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical partagé prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code.

Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

Exposé des motifs

Instaurée en 2004 pour lutter notamment contre le nomadisme médical, la mesure consistant au moindre remboursement des consultations de spécialistes des personnes ne respectant pas le parcours de soins coordonné, ne nous parait aujourd'hui plus pertinente dans le contexte actuel.

La désertification médicale et la difficulté d'accès à un médecin traitant (5 millions de personnes sans médecin traitant et une démographie en médecine générale en baisse continue) fait apparaitre cette mesure comme essentiellement punitive pour les patients alors que l'offre de soins se complique de plus en plus. Par ailleurs, cette disposition entraine des renoncements aux soins car des personnes ne vont pas voir de spécialistes du fait de l'absence de médecins traitant (même si des instructions sont données au niveau Assurance maladie pour que les personnes n'ayant pas trouvé de MT ne soient pas pénalisés, ce n'est pas une disposition légale d'une part, et d'autre part cela demande que les personnes se manifestent et saisissent la caisse sur ce sujet, ce qui n'est pas forcément connu des personnes, ni simple).

Un rapport de la Cour des Comptes datant de 2013 montrait les limites de ce dispositif qui était plus un dispositif administratif et économique, qui en plus instaurait des restes à charge pour les patients, qu'un dispositif permettant la coordination des soins et le renforcement du rôle du médecin traitant. Par ailleurs, la Cour des Comptes arrivait à un taux de respect du parcours de soin de 91% mais qui tenait compte de toutes les situations assimilées au parcours de soin coordonné : mise en œuvre de protocoles de soins ALD , situations de remplacement de MT , actes relevant de la permanence des soins, l'accès « direct » à certaines spécialités ; les consultations des mineurs de moins de 16 ans, les urgences ou éloignement du domicile et le fait que ne sont considérés comme hors parcours que les cas identifiés comme tels par les médecins correspondants. Au final avec tous les éléments corrigés ce taux n'atteignait plus selon son estimation que 69%

Depuis cette date aucune évaluation de ce dispositif n'a été faite à notre connaissance. Il nous paraitrait donc judicieux qu'une évaluation soit faite sur ce dispositif rapidement afin d'évaluer son impact.

Si nous sommes attachés au renforcement du rôle du médecin traitant dans le parcours de soins du patient, il nous apparait que d'autres mesures fortes pourrait mieux y contribuer, notamment :

- Consultation et alimentation du DMP par le médecin traitant et les spécialistes

- Indicateur lié à la coordination des soins dans la ROSP

Amendement de repli :

Evaluer le parcours de soins coordonné

Dispositif

Dans un délai de 12 mois après la promulgation de la présente loi, le gouvernement remet au parlement un rapport concernant le dispositif du parcours de soins coordonné instauré en 2004

Exposé des motifs

Instaurée en 2004 pour lutter notamment contre le nomadisme médical, l'instauration du parcours de soins coordonné, pose des des difficultés dans le contexte actuel.

La désertification médicale et la difficulté d'accès à un médecin traitant (5 millions de personnes sans médecin traitant et une démographie en médecine générale en baisse continue) fait apparaitre cette mesure comme essentiellement punitive pour les patients alors que l'offre de soins se complique de plus en plus. Par ailleurs, cette disposition entraine des renoncements aux soins car des personnes ne vont pas voir de spécialistes du fait de l'absence de médecins traitant (même si des instructions sont données au niveau Assurance maladie pour que les personnes n'ayant pas trouvé de MT ne soient pas pénalisés, ce n'est pas une disposition légale d'une part, et d'autre part cela demande que les personnes se manifestent et saisissent la caisse sur ce sujet, ce qui n'est pas forcément connu des personnes, ni simple).

Un rapport de la Cour des Comptes datant de 2013 montrait les limites de ce dispositif qui était plus un dispositif administratif et économique, qui en plus instaurait des restes à charge pour les patients, qu'un dispositif permettant la coordination des soins et le renforcement du rôle du médecin traitant. Par ailleurs, la Cour des Comptes arrivait à un taux de respect du parcours de soin de 91% mais qui tenait compte de toutes les situations assimilées au parcours de soin coordonné : mise en œuvre de protocoles de soins ALD , situations de remplacement de MT , actes relevant de la permanence des soins, l'accès « direct » à certaines spécialités ; les consultations des mineurs de moins de 16 ans, les urgences ou éloignement du domicile et le fait que ne sont considérés comme hors parcours que les cas identifiés comme tels par les médecins correspondants. Au final avec tous les éléments corrigés ce taux n'atteignait plus selon son estimation que 69%

Depuis cette date aucune évaluation de ce dispositif n'a été faite à notre connaissance. Il nous paraitrait donc judicieux qu'une évaluation soit faite sur ce dispositif rapidement afin d'évaluer son impact, tel est l'objet de cet amendement.

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

Après l'article 40

Dispositif

Article L861-1

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

La Complémentaire Santé Solidaire, créée par la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 avait pour objectif de lutter contre le non recours à la CMU-C et l'ACS, très élevé, tout en proposant un contrat qualitatif permettant un meilleur accès aux soins pour les personnes les plus précaires.

En février 2020 un premier bilan faisait état d'un taux de recours encore plus bas que pour les anciennes CMU-C et ACS (-3.7% par rapport à octobre 2019, dernier mois effectif des anciennes CMU-C et ACS). Des freins existent encore, et notamment de nombreuses personnes ont fait remonter une participation financière plus élevée que lorsqu'elles bénéficiaient de l'ACS, situation attestée par le Fonds Complémentaire Santé Solidaire qui faisait état d'un taux de perdants « plus élevé » qui ce qui avait été évalué.

Par ailleurs, la Complémentaire santé solidaire, 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 au niveau du seuil de pauvreté, et qui ont des besoins de santé importants (retraités, certains pensionnés invalides et bénéficiaires de l'AAH). Celles-ci, si elles veulent être couvertes sont 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, que ce soit dans le cadre des complémentaires santé classiques ou de la Complémentaire Santé Solidaire.

Au regard de la crise sanitaire actuelle et des frais hospitaliers très élevés que certaines personnes non couvertes par une couverture complémentaire, se sont vus facturées, il apparait urgent de pouvoir permettre à un maximum de personnes de pouvoir bénéficier d'une complémentaire santé, notamment les personnes malades et âgées susceptibles d'être les plus à risque d'être hospitalisées.

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.

2.1.3. Permettre l'étude automatique du droit à la Complémentaire Santé Solidaire pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI

Après l'article 40

Dispositif

Article L861-5

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

« Le droit à 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 pour 2020 avait 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 la complémentaire Santé Solidaire 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.

2.2 Favoriser l'insertion professionnelle des malades

La crise sanitaire a particulièrement éprouvé les personnes malades qui ont payé un lourd tribut, que ce soit en matière de santé (formes graves et décès notamment) qu'en termes d'emploi. Bon nombre d'elles ont été dans l'obligation pour se protéger d'être éloignées de l'emploi et en sont fragilisées notamment financièrement. Nous souhaitons donc que des dispositions soient prises afin de favoriser leur insertion professionnelle et leur sécurité financière.

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

Avant l'article 34 quinquies (nouveau)

Dispositif

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 au 5° de 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.

Elle 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
La crise sanitaire a mis en avant les limites de l'indemnisation des arrêts maladie, en amenant le gouvernement à déroger notamment aux conditions d'ouverture de droits qui obligent à travailler un nombre d'heures suffisantes pour être indemnisés.
Or de nombreux malades font l'effort de travailler, parfois à temps trop réduit pour ouvrir droit à ces indemnités, alors qu'elles cotisent néanmoins pour ce droit et qu'elles sont potentiellement particulièrement concernées par la nécessité d'arrêts de travail. Cela accroit la précarité de ces personnes et n'est pas de nature à favoriser leur maintien dans l'emploi. Nous faisons cette proposition 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.

2.2.2 Améliorer le dispositif d'indemnisation des arrêts de travail des personnes en ALD

Avant l'article 34 quinquies (nouveau)

Dispositif

L'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

L'indemnité journalière prévue au 4° 5° de l'article L. 321-1 est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail et est due pour chaque jour ouvrable ou non. Elle peut être servie pendant une période d'une durée maximale, et calculée dans les conditions ci-après :

1°) pour les affections donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est calculée de date à date pour chaque affection. Toutefois, si à l'expiration de la période prévue à l'article R. 323-1 2°, l'assuré se trouve n'avoir pas bénéficié du nombre maximal d'indemnités journalières mentionné au 2° de l'article L. 323-1, lesdites prestations devront lui être accordées dans les conditions prévues à l'article L. 323-1 2° ». Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, le délai ci-dessus court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale qu'elle soit continue ou non ;

2°) pour les affections non mentionnées à l'article L. 324-1, l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, pour une période quelconque d'une durée fixée comme il a été dit ci-dessus, un nombre d'indemnités journalières supérieur à un chiffre déterminé.

Exposé des motifs

En application des articles L.323-1 2° et R.323-1 4° du Code de la Sécurité Sociale un assuré peut prétendre à un maximum de 360 indemnités journalières pour une période quelconque de trois ans.

Aux termes des articles L.323-1 1° et R.323-1 2° et 3° de ce même code, en cas d'ALD prévue à l'article D.322-1, des indemnités journalières peuvent être servies pendant trois ans de date à date, pour chaque affection. Un nouveau délai de trois ans est ouvert dès lors que l'assuré a repris le travail sans aucun arrêt pendant au moins un an.

Cette disposition particulière, plus protectrice pour les assurés en arrêt de travail en raison d'une ALD, est en revanche défavorable à ceux d'entre eux qui, pendant leur période de droit de trois ans, auraient bénéficié de très peu d'indemnités journalières sans avoir pu reprendre une activité professionnelle pendant un an leur permettant d'ouvrir une nouvelle période de droits.
Cette situation se retrouve fréquemment dans le cadre de maladies chroniques où les assurés peuvent avoir des arrêts de travail réguliers mais de courtes, voire de très courtes durées. Par ailleurs dans le cadre de la crise sanitaire, de nombreux patients qui n'ont pu bénéficier des mesures dérogatoires du fait des listes restrictives, se retrouvent en arrêt maladie de droit commun et arrivent rapidement en fin de droits IJ.

Pour permettre une attribution plus équitable des indemnités journalières maladie et dans l'esprit que les dispositions spéciales pour les assurés en ALD sont inspirées par le souci de leur accorder des avantages justifiés du fait de leur état de santé qui peut les contraindre à des interruptions de travail plus fréquentes, la circulaire ministérielle n°66 S.S du 24 juillet 1958, a instauré une extension de la période de droits de 3 ans si, à l'expiration de celle-ci, l'assuré se trouve n'avoir pas bénéficié de 360 indemnités journalières. Les indemnités journalières lui étaient alors accordées dans les conditions prévues aux articles L.323-1 2° et R.323-1 4°selon la règle des 360 indemnités journalières. Cette circulaire a été abrogée et une autre circulaire parue en mai 2015 a repris cette disposition mais en la limitant à 1 an maximum après la fin de la période de droits. Des personnes se retrouvent donc à l'issue des 4 ans de droits en fin de droits même si elles ont eu très peu d'IJ.

Par ailleurs la règle de reprise de travail d'un an continu pour reconstituer un droit aux indemnités journalières apparait en totale opposition avec le fait d'être atteint d'une maladie chronique et n'est pas incitatif à un maintien en emploi. Dans les faits, les malades chroniques, pénalisés par ce dispositif, ont tendance à renoncer à leur activité professionnelle et à solliciter en parallèle une pension d'invalidité, alors même qu'ils ont parfois eu au final très peu d'arrêt maladie.

Cet amendement vise donc à permettre que soit appliquer la règle des 360 jours par période glissante si à l'expiration de la période de 3 ans propre à l'ALD l'assuré n'a pas perçu 360 indemnités journalières, sans limitation de durée, et par ailleurs à permettre la reconstitution de droits ALD à l'issue d'une période d'un an, qu'elle soit continue ou non, afin de faciliter la reconstitution des IJ ALD et ainsi favoriser le maintien en emploi.

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

Avant l'article 34 quinquies (nouveau)

Dispositif

Article L311-5

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 L161-8

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

Le risque de chômage lié à la crise sanitaire est d'autant plus important pour les personnes vulnérables ayant été éloignées de l'emploi pendant longtemps. Pour celles qui auraient l'opportunité de retravailler, le dispositif de maintien aux droits aux IJ est particulièrement contre-productif dans certaines situations.

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 professionnelle 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 insuffisamment protectrices.

2.2.4 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

Avant l'article 34 quinquies (nouveau)

Dispositif

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.

2.3 Améliorer l'accès aux droits des personnes malades et handicapées

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

Après l'article 37

Dispositif

Article L815-27

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 bénéficiaires d'une pension d'invalidité ne font pas valoir leur droit à l'ASI par méconnaissance du dispositif. Cet amendement vise à faire porter aux caisses d'assurance maladie une obligation d'étude systématique du droit à cette allocation et d'information aux assurés concernés.

2.3.2 Garantir l'autonomie des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé

Après l'article 37

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

Au dernier alinéa, 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.

2.3.3 Permettre le cumul de l'AJPA avec le complément AEEH et l'AAH

Article additionnel

Dispositif

L'article L. 168-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Les éléments suivant sont supprimés :

6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L.512-1 du présent code ;

7° L'allocation aux adultes handicapés ;

10° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

Exposé des motifs

Le code de la sécurité sociale prévoit différentes situations avec lesquelles l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) n'est pas cumulable comme, par exemple, l'indemnisation des congés de maternité ou de paternité, l'indemnisation des congés de maladie, l'allocation journalière de présence parentale, etc. Ceci part de la volonté de ne pas verser d'AJPA à des personnes qui touchent déjà des indemnités pour compenser l'interruption d'activité ou sa réduction.

Elle prévoit néanmoins également que l'AJPA n'est pas cumulable avec le complément et la majoration de l'AEEH (6°), l'AAH (7°) ou l'élément dédommagement de la PCH (7°).

Pourtant le complément AEEH peut être attribué pour un enfant dont le handicap de par sa nature ou sa gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne (Article L541-1 du CSS). Un parent peut donc bénéficier d'un complément AEEH tout en travaillant à temps plein au seul motif qu'il a des frais importants (complément 1). Il peut aussi choisir de ne pas réduire son activité professionnelle et de recourir à une tierce personne (compléments 2 à 6). Il peut enfin être en simple réduction d'activité et travailler à 80 ou 50% (compléments 1 à 6). Dans tous ces cas, il peut être alors amené à devoir prendre un congé de proche aidant quand les besoins de son enfant le demande.

Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AAH peuvent aussi exercer une activité professionnelle et peuvent tout à fait être concernés par le congé de proche aidant,

Il en de même pour les aidants familiaux bénéficiant de l'élément dédommagement qui peuvent eux aussi être en situation d'emploi et percevoir un dédommagement pour les heures d'aide effectuées le matin, le soir et/ou le week-end et les vacances.

Il apparait donc comme discriminatoire d'exclure l'ensemble de ces bénéficiaires de l'AJPA.

2.4 Réaffirmer et renforcer la démocratie en santé

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

Article additionnel

Dispositif

Après l'article L221-1-3

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.

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

Article additionnel

Dispositif

Article L162-17-3

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.

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

Article additionnel

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.

2.4.5. Fixation du prix du médicament : prendre en compte les investissements publics dans la recherche et le développement

Dispositif

ARTICLE ADDITIONNEL
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.

Ces dispositions recoupent l'amendement voté en seconde lecture à l'assemblée nationale lors du PLFSS 2020 mais invalidé par le conseil constitutionnel.