



70 ans de la Sécurité sociale

L'Assurance maladie n'est
pas une vieille branche ...

Parlons de son avenir !

NOTE DE POSITION COMMUNE

70 ans de la Sécurité sociale, le système a tenu le choc, il reste plébiscité par les Français.

70 ans de sécurité sociale ! Cet anniversaire est d'abord une bonne nouvelle. Cela veut dire que l'édifice de solidarité face aux risques, notamment la maladie, construit après 1945 et inspiré par les idéaux du Conseil national de la résistance, a tenu le choc. D'abord sans trop de difficultés car il a longtemps été alimenté par la croissance, notamment pendant les Trente Glorieuses.

Pourtant, il est menacé sur le plan financier, et critiqué pour la qualité de ses prestations qui se dégrade.

Chacun connaît l'importante tension sur les comptes de l'Assurance maladie. Elle n'est pas nouvelle. Nous y avons répondu par l'endettement, notamment en glissant régulièrement le déficit dans la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Aux générations futures, donc, de s'arranger avec les déficits : pas très glorieux.

Célébrer son anniversaire doit être l'occasion de rappeler les défis auquel notre système doit faire face.

70 ans de sécurité sociale... C'est donc maintenant un défi. Un défi aux nombreux visages.

D'abord, celui de la réduction des restes-à-charge. Notamment dans la prise en charge des soins courants où les assurances complémentaires en arrivent à faire part égale avec l'assurance maladie obligatoire. Mais aussi pour les affections de longue durée où l'on observe des restes à charge insupportables : plusieurs milliers d'euros par an, démentant la garantie du 100 % Sécu pour ce type d'affections.

Ensuite, celui de l'explosion des dépenses. Notamment face aux prix astronomiques revendiqués et obtenus par les industries du médicament. Là où les travaux d'économistes évaluent le prix du développement et de la fabrication d'un médicament à quelques centaines d'euros, on observe des prix en milliers d'euros ! Devoir choisir entre les malades ceux qui pourront être les bénéficiaires des traitements innovants, c'est ce que nous avons commencé à faire dans le domaine de l'hépatite C.

Enfin, celui de la solidarité. Nous consentons tous à cotiser pour l'Assurance maladie. Pour autant nous n'accédons pas tous de la même façon à l'offre de soins. Les déserts médicaux sont toujours en progrès. Bien sûr, sur la foi de comparaisons internationales, les statisticiens font valoir qu'il y a suffisamment de médecins pour soigner tout le monde. Peut-

être. Mais ce qui ne va pas assurément, c'est l'inorganisation du système de santé : des CHU très onéreux et des hôpitaux de proximité qui se raréfient, un exercice médical isolé là où il est pourtant prouvé que l'exercice collégial est plus pertinent, une rémunération à l'acte même lorsqu'il est démontré que la rémunération au forfait est plus adaptée, des médecins pour diagnostiquer et prescrire mais peu de professions intermédiaires pour le suivi ou l'accompagnement des malades et de leur entourage.

Bref, l'assurance maladie à la française est un succès en trompe-l'œil. Dont les résultats impactent sa légitimité aux yeux du cotisant. Pourquoi continuer à payer très cher ce système qui malgré ses vertus comporte des défauts aussi caractérisés ?

Notre système est perfectible. Et son amélioration peut en assurer la pérennité.

Nous pouvons améliorer notre système de prise en charge. Si nous en faisons une cause commune. Car nous ne manquons pas de leviers pour le rendre plus juste en même temps que plus efficace. Les médecins eux-mêmes reconnaissent que 30 % des prescriptions sont inutiles. Quand aurons-nous le courage de modifier ces pratiques ? Nous consentons collectivement des prix astronomiques pour les médicaments, comme l'a encore montré récemment le cas du Sofosbuvir, ou pour les dispositifs médicaux, tels que les prothèses auditives et les fauteuils roulants électriques. Comment arrêter cette logique infernale ?

Il nous faut pour cela faire un nouveau pari de solidarité pour les 70 ans à venir.

Modestement, le Collectif Interassociatif Sur la Santé entend y apporter sa pierre. A partir des préoccupations de ses membres. Nous formulons des propositions très concrètes autour de trois orientations prioritaires :

- ✓ **Gagner le pari de la modernisation : en faisant évoluer les garanties en matière d'insertion professionnelle pour les personnes atteintes de maladie chronique.**
- ✓ **Gagner le pari de la solidarité : en réduisant les restes-à-charge des malades.**
- ✓ **Gagner le pari du progrès démocratique : en améliorant la participation des usagers et de leurs représentants dans les instances.**

SOMMAIRE

PARTIE 1 / Maladie chronique et travail : faire évoluer les règles régissant le rapport maladies chroniques et travail	6
Section 1 / Pour que l'invalidité ne soit plus un frein à la reprise d'un travail	7
➤ Modifier les modalités de révision de la pension d'invalidité	7
➤ Modifier les modalités de révision du salaire de comparaison	10
Section 2 / Pour que les travailleurs soient plus nombreux à avoir droit aux indemnités journalières en cas de maladie	12
➤ Assouplir les conditions d'octroi des indemnités journalières au bénéfice des travailleurs à temps très réduit	12
➤ Modifier les règles d'imputations des indemnités journalières	13
➤ Modifier le droit aux indemnités journalières des chômeurs ayant repris une activité professionnelle depuis plus de 3 mois	16
Section 3 / Pour une égalité de traitement des personnes en temps partiel thérapeutique	18
➤ Mettre fin aux inégalités de traitement des assurés sociaux vis-à-vis du temps partiel thérapeutique	18

PARTIE 2 / Pour rendre l'accès aux soins plus égalitaire	20
Section 1 / Agir sur le reste-à-charge de l'ensemble des usagers	21
<ul style="list-style-type: none"> • Créer un dispositif de « contrat responsable aidé » 21 • Supprimer les franchises et participation forfaitaire de un euro et compenser les pertes de recettes par une augmentation du taux de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) 23 • Proposition alternative : supprimer les franchises sur les médicaments Génériques 25 • Définir, pour tout dispositif médical remboursé par l'Assurance maladie (inscrit sur la Liste des Produits et Prestations Remboursés), un prix limite de vente (PLV) correspondant à la base de remboursement de l'Assurance maladie 26 • Agir sur le reste-à-charge cas d'hospitalisation 28 	
Section 2 / Agir sur le reste-à-charge des personnes en Affection de Longue Durée (ALD)	30
<ul style="list-style-type: none"> • Interdire les dépassements d'honoraire pour les soins liés au traitement des ALD 30 	
PARTIE 3 / Pour parachever la réforme démocratique des instances de l'Assurance maladie	32
<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir un représentant des usagers au sein du conseil de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) 33 	

PARTIE 1

Maladie chronique et travail : faire évoluer les règles régissant le rapport maladies chroniques et travail

Au cœur des problématiques auxquelles sont confrontées des millions de personnes malades en France, l'insertion professionnelle représente, pour les associations membres du CISS, un enjeu social et économique majeur.

Notre pays fait face, depuis maintenant plusieurs années, à une crise économique qui conduit les pouvoirs publics à prendre des orientations conjoncturelles et structurelles fortes, plus ou moins contraintes par nos engagements européens, mais qui tiennent insuffisamment compte du désastre social causé par le fort taux de chômage et la précarisation de millions de citoyens.

Dans ce contexte où les guichets sociaux atteignent des niveaux de saturation sans précédent, les minorités constituées des personnes malades, en rémission, ou dont l'état de santé nécessite le soutien de la protection sociale, sont les premières victimes des insuffisances de nos dispositifs d'aide au retour et au maintien dans l'emploi.

Devenus inadaptés aux besoins des travailleurs malades ou convalescents, les textes relatifs aux indemnités journalières, aux arrêts de travail des personnes en ALD et au temps partiel thérapeutique, datent d'une époque révolue, sans rapport avec le contexte actuel de l'emploi (précarisation, émergence de nouvelles modalités de travail, travail des femmes, etc...) et avec la situation des personnes malades en 2015 (chronicisation de nombreuses pathologies, allongement de l'espérance de vie des personnes malades, etc...)

Nos propositions visent la mise à jour de trois dispositifs clés :

- Le calcul des pensions d'invalidité.
- L'ouverture des droits aux indemnités journalières.
- Le temps partiel thérapeutique.

Section 1

Pour que l'invalidité ne soit plus un frein à la reprise d'un travail

- **Modifier les modalités de révision de la pension d'invalidité**

Constat

La pension d'invalidité est calculée au moment de sa liquidation sur la base des salaires correspondant aux dix meilleures années de cotisations.

La reprise d'activité d'une personne titulaire d'une pension d'invalidité est possible et occasionne éventuellement la suspension du versement de la pension si les revenus procurés dépassent un certain plafond de ressources.

La personne invalide qui retravaille est donc amenée à cotiser sur ses nouveaux revenus mais n'en aura pas forcément le bénéfice sur le montant de sa pension si celle-ci venait à être rétablie, en cas de rechute notamment. La pension sera rétablie mais non réévaluée et ne prendra donc pas en compte les nouveaux revenus cumulés.

En l'état actuel, la Cour de Cassation interprète le silence des textes comme la traduction implicite d'une impossibilité de révision de la pension d'invalidité quand l'assuré n'est pas atteint d'une nouvelle affection, quand bien même celui-ci aurait repris une activité depuis de nombreuses années (<http://www.juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-20070612-0615572>).

Une telle solution est très inéquitable et peu rationnelle. Elle pénalise plus particulièrement les personnes ayant subi une invalidité jeune, en début de carrière, et qui, en dépit de leurs importants problèmes de santé ou de handicap, se sont efforcées de reprendre une activité professionnelle.

Ma mère a eu une tumeur cérébrale en 1987 pour laquelle elle a perçu une pension d'invalidité 2ème catégorie pendant quelques années. Puis elle s'est rétablie et a retravaillé à temps plein, pendant 15 ans, ce qui a abouti à la suspension rapide de sa pension.

Aujourd'hui, elle a une nouvelle tumeur au cerveau. Elle est en arrêt maladie depuis le 4 avril 2008, elle a perçu des indemnités journalières et un maintien de salaire jusqu'en septembre 2008, puis l'assurance prévoyance obligatoire a complété le versement IJ.

Le 31 octobre, son médecin traitant fait une demande de passage en invalidité 3ème catégorie... pas de nouvelles. Le 7 décembre, elle est opérée et est victime de graves complications (paralysie...), son neurochirurgien décide donc de faire, de son côté, en janvier, une demande de pension d'invalidité 3ème catégorie car les complications de l'intervention chirurgicale ont entraîné les besoins d'une tierce personne pour ma mère, dès sa sortie de l'hôpital.

La visite du médecin conseil de la CPAM intervient le 28 mars à l'hôpital. Je reçois ce jour une notification de décision de la CPAM qui annonce à ma mère sa pension d'invalidité 3ème catégorie après révision médicale d'une valeur de 716 euros calculé sur la base de ce qu'elle touchait en 1987 ! La caisse considère que c'est la même affection et que l'on ne révisé pas le montant de la pension et on reprend les salaires d'avant 1987.

Je ne comprends pas, c'est inadmissible, ma mère a travaillé à temps plein et cotisée pendant 15 ans pour rien !!!



Proposition

- Dispositif législatif

Pour corriger cette injustice, il est proposé d'introduire un article L. 341-12-1 au code de la sécurité sociale qui prévoirait la possibilité pour l'assuré concerné de demander à sa caisse la révision de sa pension d'invalidité à l'issue d'une période définie.

Nouvel article L. 341-12-1 du code de la sécurité sociale :

« A l'issue d'une période de suspension déterminée par décret, la pension d'invalidité peut être révisée. La caisse primaire d'assurance maladie doit alors procéder à la liquidation d'une nouvelle pension d'invalidité dans des conditions prévues par décret. »

- Dispositif réglementaire

Un décret prévoirait par ailleurs une modification de l'article R.341-21 du code de la sécurité sociale.

L'article R. 341-21 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

- Les dispositions actuelles de l'article R. 341-21 sont regroupées dans un I.

- Un II. rédigé comme suit, est inséré :

« Lorsque l'invalidé, dont la pension est suspendue pendant une période d'au moins 5 ans, demande le bénéfice des dispositions prévues à l'article L341-12-1 du code de la sécurité sociale, la caisse primaire procède à la liquidation d'une seconde pension qui se substitue à la première, si elle est d'un montant plus élevé, sans préjudice de l'application des dispositions sur l'assurance maladie. »

- **Modifier les modalités de révision du salaire de comparaison**

Constat

La reprise d'activité d'une personne titulaire d'une pension d'invalidité est possible et occasionne la suspension du versement de la pension si les revenus procurés dépassent un certain plafond de ressources.

Ce plafond de ressources est limité au salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité. Ce plafond constitue ainsi un « salaire de comparaison » qui, s'il est dépassé, entraîne une suspension du versement de la pension.

Dans les situations où la personne invalide a repris une activité professionnelle de nature à entraîner une suspension de sa pension d'invalidité, le gel du salaire de comparaison tel qu'il est prévu actuellement est particulièrement pénalisant pour les assurés ayant subi une invalidité jeune et qui, en dépit de leurs importants problèmes de santé ou de handicap, ont fait l'effort de reprendre une activité professionnelle.

Ainsi, pour les mêmes raisons rendant nécessaire de pouvoir faire procéder à une nouvelle liquidation de sa pension d'invalidité dans les circonstances décrites précédemment, il convient d'adapter les dispositions relatives à la détermination du « salaire de comparaison ».

Pour corriger cette injustice, il conviendrait de modifier l'article R. 341-17 du code de la sécurité sociale relatif aux dispositions de cumul entre pension d'invalidité et gains et salaires.

Une aberration selon moi :

La pension d'invalidité est calculée sur la base d'une rémunération moyenne, obtenue à partir des 10 meilleures années de salaire (pour moi mes 10 premières années travaillées suite à des études longues de journalisme) Je bénéficie donc d'une petite pension mensuelle de +/- 680 euros. Ma pension n'est pas élevée car elle comprend mes salaires de journaliste débutante, donc petit salaire et salaires de petits jobs étudiant.

Aujourd'hui, j'exerce un travail administratif (aucun lien avec mes études, mais je travaille quand même !) à temps partiel (700 euros) et le cumul Pension + salaire est plafonné. Si je gagne plus que le salaire annuel moyen précédant mon invalidité, ma pension est réduite d'autant.

En conséquence, je n'ai pas le droit à une évolution professionnelle qui normalement récompense un travail bien mené.

Je dois stagner à mon salaire annuel moyen précédant l'invalidité. Toute prime de rentabilité, évolution m'est interdite.



Proposition

- Dispositif réglementaire

L'article R. 341-17 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

Est intégrée à la suite du premier alinéa de l'article R341-17 du code de la sécurité sociale la phrase suivante : « Lorsqu'une nouvelle pension est liquidée selon les modalités prévues à l'article R341-21 du présent code, le salaire trimestriel moyen retenu pour déterminer le plafond susceptible de suspendre en tout ou partie la pension est celui de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi de la pension d'invalidité nouvellement liquidée. »

Section 2

Pour que les travailleurs soient plus nombreux à avoir droit aux indemnités journalières en cas de maladie

- Assouplir les conditions d'octroi des indemnités journalières au bénéfice des travailleurs à temps très réduit

Constat

Le régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés est un régime obligatoire auquel sont affiliées toutes les personnes salariées. Il couvre l'ensemble des risques susceptibles de toucher les travailleurs et notamment les risques de maladie et d'invalidité.

En ce qui concerne l'assurance maladie, le 5° de l'article L. 321-1 prévoit l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail. Ces indemnités journalières constituent ainsi un revenu de remplacement destiné à prendre en charge la perte de revenu liée à la maladie. Leur versement est subordonné à des conditions d'ouverture de droits.

Pour avoir droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie, l'article L. 313-1 du code de la sécurité sociale précise que l'assuré social en incapacité temporaire de travail doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.

L'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale a ainsi établi les seuils minimum de cotisation et de durée de travail en deçà desquels les salariés ne peuvent prétendre aux indemnités journalières en faisant une distinction entre les arrêts inférieurs ou égaux à six mois et ceux supérieurs à six mois : pour les arrêts de courte durée il est ainsi exigé que le salarié justifie d'au moins 150 heures de travail salarié au cours du trimestre précédent le jour de son interruption de travail. Pour les arrêts de travail supérieurs à six mois, une condition d'immatriculation de 12 mois au moins à la date de l'arrêt s'ajoute une exigence de 600 heures de travail au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail.

Ne peuvent ainsi être admis au bénéfice de l'indemnisation au titre de l'assurance maladie, les salariés qui ne remplissent pas les conditions de seuil prévues à l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale. Sont ainsi concernés les salariés dont la durée de travail mensuelle est inférieure à 50 heures qui se trouvent *de facto* exclus des droits quand bien même ils auraient cotisé depuis plusieurs années.

Par ailleurs, alors que le nombre d'heures de travail à justifier a récemment été réduit (150h au lieu de 200h et 600h au lieu de 800h), aucune réduction n'a parallèlement été appliquée au salaire de référence.

Proposition

- Dispositif réglementaire

Il est proposé d'assouplir les conditions d'octroi des indemnités journalières.

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

- Les dispositions actuelles de l'article R. 313-3 sont regroupées dans un I.
- Au a) du 1° du I. nouvellement créé, les mots « 1015 fois » sont remplacés par « 765 fois »
- Au a) du 2° du I. nouvellement créé, les mots « 2030 fois » sont remplacés par « 1530 fois »
- Au b) du 2° du I. nouvellement créé, les mots « 600 heures » sont remplacés par « 500 heures »
- 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 ».

- **Modifier les règles d'imputations des indemnités journalières**

Constat

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.

Pour permettre une attribution plus équitable des indemnités journalières maladie et rappelant que les dispositions spéciales pour les assurés en ALD étaient inspirées par le souci de leur accorder des avantages justifiés du fait d'un état de santé pouvant les contraindre à des interruptions de travail plus fréquentes, la circulaire ministérielle n°66 S.S du 24 juillet 1958, instaurait 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 était appliquée sans difficulté depuis sa création et était inscrite dans le Guide Assurance Maladie. Néanmoins, celle-ci n'ayant pas été reprise sur le site du Premier ministre, son application a été suspendue, conformément aux dispositions du décret n°2008-1281 du 8 décembre 2008 selon lequel les circulaires et instructions qui ne figurent pas sur ce site ne sont pas applicables et sont réputées abrogées.

Une nouvelle circulaire interministérielle (n° DSS/SD2/2015/179) du 26 mai 2015, relative aux modalités d'attribution des indemnités journalières dues au titre de la maladie, reprend en partie la circulaire ministérielle n°66 S.S du 24 juillet 1958 avec toutefois une restriction puisqu'elle limite à un an après la fin de période de référence d'indemnisation en ALD la possibilité d'avoir recours de manière dérogatoire au décompte des jours selon les règles des indemnités journalières ordinaires.

Cette formulation est potentiellement pénalisante pour les assurés en ALD ayant peu d'arrêts maladie. Par exemple, un assuré ayant 2 mois d'arrêt en ALD à compter du 1^{er}/01/11, 11 jours en 2012, 10 jours en 2013 et 6 jours en 2014 se voit privé d'indemnités journalières en 2015 alors qu'il n'a perçu que 87 indemnités journalières sur une période de 4 ans.



Je suis en Affection longue durée et je suis arrivée en fin de droit alors que je n'ai eu que 96 jours d'arrêt maladie pendant les 3 dernières années – et je peux vous dire que suis parfois allée au travail au-delà du raisonnable vu mon état de santé. Ce n'est pas normal ! J'ai contesté ! On m'a dit que les règles avaient changé.

Qu'est-ce que c'est que cette histoire !

Notre proposition d'amendement vise à modifier l'article L.323-1 1° et R.323-1 afin de permettre aux assurés en Affection de Longue Durée ne justifiant pas d'un an de reprise de travail, de se voir appliquer la règle des 360 indemnités journalières, si à l'expiration de la période de trois ans propre à l'Affection de Longue Durée, l'assuré n'a pas perçu 360 indemnités journalières.

Proposition

- Dispositif législatif

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

Est intégrée après la phrase « 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 » la phrase « 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° ».

- **Modifier le droit aux indemnités journalières des chômeurs ayant repris une activité professionnelle depuis plus de 3 mois.**

Constat

A l'issue de leur contrat de travail, les demandeurs d'emploi bénéficient d'un maintien de leurs droits en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité. Ce maintien de droits dure pendant toute la période pendant laquelle le demandeur d'emploi est indemnisé (article L. 311-5 du code de la sécurité sociale). Si le demandeur d'emploi n'est plus indemnisé, il bénéficie d'un maintien de droits d'une durée de un an à partir du moment où son indemnisation a pris fin (article L. 161-8 du code de la sécurité sociale).

Une reprise d'activité du demandeur d'emploi est susceptible de faire perdre le bénéfice des dispositions relatives au maintien de droits. Si cette reprise d'activité est de nature à ouvrir des droits au titre de sa nouvelle activité, cette reprise peut s'avérer insuffisante du fait des conditions administratives relatives aux droits aux indemnités journalières et à l'invalidité. Ainsi, dans certaines circonstances un demandeur d'emploi qui aurait repris une activité professionnelle pourrait se voir pénaliser par cette reprise d'activité.

Pour corriger cette anomalie, des modifications législatives et réglementaires sont intervenues en décembre 2012. Désormais les articles L. 311-5 et R. 361-1 pour les demandeurs d'emplois indemnisés et les articles L161-8 et R161-8-2 du code de la sécurité sociale pour les demandeurs d'emploi non indemnisés prévoient le maintien du bénéfice des indemnités en cas de reprise d'activité. Toutefois, les décrets limitent le bénéfice du maintien de droits aux reprises d'activité datant de moins de 3 mois. Il résulte de cette restriction qu'un certain nombre d'assurés reste pénalisé par une reprise d'activité. C'est par exemple le cas des assurés sociaux ayant repris le travail à temps plein depuis une période comprise entre 3 et 4 mois (durée nécessaire pour acquérir les 600h fixées à l'article L. 313-1). Ils peuvent se voir ainsi privés du droit aux indemnités journalières au-delà de 6 mois où à la pension d'invalidité, droit qu'ils auraient eu s'ils n'avaient pas repris le travail.



Je suis demandeur d'emploi depuis 2011. En fin d'année 2012, j'ai pu reprendre une activité. Mais depuis mars 2013 je suis en arrêt maladie. J'ai perçu des indemnités journalières durant 6 mois parce que je remplissais les conditions d'ouverture de droits des 150h au cours des trois mois précédents mon arrêt mais les conditions changent pour percevoir les indemnités journalières au-delà de 6 mois et là la sécurité sociale me dit que je ne remplis pas les conditions de 600h. Donc je veux savoir si c'est normal ? Je ne comprends plus rien du coup parce que j'ai travaillé toute ma vie et là je n'aurais plus le droit à rien parce que j'ai repris le travail et que du coup je n'ai pas mes 600 heures. Si je n'avais pas repris le travail, ils m'ont dit que le versement n'aurait pas posé de difficultés. Cela me paraît fou un truc comme ça. Ils n'ont pas fait

Proposition

- Dispositif réglementaire

Pour mettre fin à l'absurdité de ces situations, il est nécessaire de modifier les décrets R.311-1 et R.161-8-2 du code de la sécurité sociale en étendant la période possible d'extension du maintien de droits après une reprise d'activité inférieure ou égale à 1 an.

L'article R. 361-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

Les mots « trois mois » sont remplacés par les mots « un an ».

L'article R.161-8-2 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

Les mots « trois mois » sont remplacés par les mots « un an ».

Section 3

Pour une égalité de traitement des personnes en temps partiel thérapeutique

- **Mettre fin aux inégalités de traitement des assurés sociaux vis-à-vis du temps partiel thérapeutique**

Constat

Le temps partiel thérapeutique est un dispositif permettant aux personnes malades ne pouvant reprendre leur activité à temps plein de revenir progressivement à l'emploi dans des conditions permettant à la fois de tenir compte de leur état de santé tout en assurant un niveau de revenu comparable à celui qui préexistait avant l'arrêt de travail.

Le texte actuel laisse une totale liberté de manœuvre aux caisses de sécurité sociale en matière de durée de bénéfice du temps partiel thérapeutique alors que des conditions administratives et médicales en définissent déjà le contour. C'est en outre le cas dans bien d'autres situations qui aboutissent à des ruptures d'égalités des assurés selon la caisse dont ils dépendent.

C'est ainsi que, par principe, certaines caisses décident de ne pas accorder de temps partiel thérapeutique au-delà de 6 mois alors que la caisse voisine n'opérera pas de restrictions et, si la situation médicale le justifie, inscrira sa décision dans le cadre de la durée maximale prévue par décret.



Je suis à mi-temps thérapeutique depuis plus de six mois. Suite à mon déménagement, je suis désormais rattaché à la Caisse d'Ille-et - Vilaine qui, semble-t-il, n'accepte pas, par principe, les mi-temps thérapeutique au-delà de six mois. Est-ce légal ? Que puis-je faire ?

Dispositif législatif

Le CISS propose de mettre fin à cette inégalité des assurés sociaux vis-à-vis du bénéfice de ce dispositif qui présente un intérêt indéniable à la reprise d'une activité professionnelle.

Il conviendrait ainsi de modifier l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale de manière à ce qu'un temps partiel thérapeutique puisse être prolongé de plein droit dès lors que les conditions administratives et médicales sont réunies.

L'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

Au premier alinéa de l'article les mots « fixée par la caisse mais ne pouvant excéder une durée » sont supprimés.

PARTIE 2

Pour rendre l'accès aux soins plus égalitaire

L'assurance maladie universelle, propre aux systèmes de protection sociale beveridgiens, tend à devenir une réalité en France grâce, notamment, à la création de la Couverture Maladie Universelle en 1999. Mais ruptures de droits et renoncements persistent toutefois en raison de difficultés administratives ou personnelles qui font douter de l'efficacité du mécanisme d'automatisme pourtant prévu dans les textes créant l'obligation d'affiliation.

L'universalité s'observe également au travers du panier de soins remboursés, le même pour tous les assurés, avec quelques facilités prévues pour les personnes les plus déshéritées. Mais Universalité n'est pas Egalité. L'égalité, bien que découlant de l'article 11 du Préambule de la Constitution de 1946¹, subit quotidiennement de nombreuses atteintes.

Tout d'abord, la possibilité laissée à certains offreurs de soins de dépasser le tarif de remboursement de base fixé par l'Assurance maladie pèse largement sur le reste-à-charge des assurés, avec une intensité différente selon les revenus desdits assurés.

De la même façon, les modalités de facturation des actes pratiqués à l'hôpital, au-delà de leur opacité, contribuent dans certains cas à augmenter, de façon conséquente et injustifiée, les frais facturés aux patients ou à leur complémentaire santé.

Par ailleurs, les pouvoirs publics n'ont-ils pas eux-mêmes institué une taxe sur les malades en créant, en 2005, la participation forfaitaire de un euro à chaque consultation et acte médical et à chaque examen de radiographie ou de biologie et, en 2008, la franchise médicale sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ?

Pourtant, le

problème du reste-à-charge est central lorsque l'on vise l'égalité d'accès aux soins. Et on ne peut l'aborder sans tenir compte de la place des complémentaires santé dans la couverture sociale. Devenue indispensable pour garantir une bonne prise en charge des soins, l'accès à la complémentaire est au cœur de la loi du 14 juin 2013 prévoyant la généralisation de la couverture santé à l'ensemble des salariés à partir du 1^{er} janvier 2016.

Nos propositions portent sur les reste-à-charge de l'ensemble des usagers du système de santé et plus particulièrement sur la problématique du reste-à-charge dû au titre des soins en rapport avec une ALD.

¹ « (La Nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...).

Section 1

Agir sur le reste-à-charge de l'ensemble des usagers

- **Créer un dispositif de « contrat responsable aidé »**

Constat

La loi du 11 janvier 2013 sur la sécurisation de l'emploi prévoit notamment l'obligation pour les entreprises (à défaut d'accord de branche ou d'entreprise), d'instaurer, au plus tard le 1er janvier 2016, un régime de complémentaire santé financé à 50% par l'employeur et prenant en charge au minimum le panier de soins prévu par l'accord au profit des salariés.

Le coût total de la généralisation à tous les salariés de la complémentaire santé oscille entre 3,5 et 5,1 milliards d'euros. Une facture exorbitante pour ne viser qu'un public restreint excluant les populations les plus vulnérables.

94% des Français sont aujourd'hui déjà couverts par une complémentaire. 35 millions environ à titre individuel dont notamment les étudiants, les fonctionnaires, les retraités et les chômeurs.

Pour ce qui concerne les 16 à 17 millions de salariés du privé, ils sont déjà couverts à 74% par leur entreprise. Sur les 26% concernés par l'accord, environ 60% sont couverts par une assurance individuelle, et beaucoup le sont par le biais de leur conjoint ou bénéficient de la CMU-C.

On peut donc considérer qu'environ 2 millions de salariés vont passer d'ici 3 ans de la couverture individuelle vers le « segment » collectif et qu'au final ce nouveau dispositif couvrira 400 000 salariés aujourd'hui privés de complémentaire santé. Une bien faible ambition au regard des 4 millions de personnes dépourvues de complémentaires santé !

Le problème des personnes ne disposant pas de complémentaire santé reste entier (retraités, jeunes, etc...) et pourrait même s'aggraver vu la progression des chiffres du chômage.

Une mesure bien onéreuse pour ne couvrir, finalement, que 10% des personnes sans complémentaire et faire passer les salariés d'un contrat individuel à un contrat collectif.

J'ai fait une demande d'aide à la complémentaire santé qui m'a été refusée alors que je ne dépasse le plafond de ressources que de 10 euros et ce n'est dû qu'au fait que je suis propriétaire d'un logement que j'occupe seule après que mon mari m'a quittée. J'ai dû prendre un crédit pour lui rembourser sa part du bien. Que puis-je faire car j'ai des frais dentaires importants ?



Proposition

Il est proposé d'instaurer un « contrat responsable aidé », sans préjudice de la CMU-C. La création d'un tel dispositif emporterait la suppression de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) aujourd'hui complexe, mal connue et limitée.

Le contrat aidé serait optionnel, contributif, ouvert à tous les non bénéficiaires d'un dispositif obligatoire (contrats collectifs d'entreprise) ou aidé (CMU-C, fonctionnaires adhérent à un organisme référencé), variable en fonction de l'âge et des ressources (sans seuil d'accessibilité), et géré par l'organisme choisi par l'assuré.

Il serait financé par :

- la contribution des assurés pour leur propre contrat, calculée en pourcentage de leurs revenus ;
- une aide publique (Etat, Assurance maladie, collectivité locale).

Les ressources actuellement destinées au financement de l'ACS 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 aidé.

Cette aide serait versée sous forme de chèque ou de bon à valoir auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie.

Les contrats éligibles devraient respecter les dispositions du contrat responsable ? Chacun, (hors des contrats collectifs obligatoires, CMU-C et fonctionnaires adhérent à un organisme référencé) resterait libre de souscrire, à sa charge exclusive, d'autres garanties que celles prévues par le contrat responsable.

Dispositif

Dispositif législatif

- **Abrogation de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.**
- **Création d'un dispositif législatif pour l'instauration du contrat responsable aidé pour les non bénéficiaires des contrats prévus à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, ou les bénéficiaires des dispositifs aidés de prévoyance pour les travailleurs indépendants ou les fonctionnaires.**
 - **Supprimer les franchises et participation forfaitaire de un euro et compenser les pertes de recettes par une augmentation du taux de la Contribution Sociale Généralisée (CSG)**

Constat

Le rendement de la CSG, compte tenu de l'étendue de son assiette, est élevé. Un point supplémentaire de cette contribution représente entre 10 et 13 milliards d'euros de plus. 0,1 point d'augmentation de la CSG représenterait donc entre 1 et 1,3 milliards d'euros de recettes.

Pour comparaison, le rendement de la franchise médicale, payé par les personnes malades, représente environ 850 millions d'euros et celui de la participation forfaitaire (également payée par les malades) est estimé à environ 400 millions (soit environ 1,25 milliard au total).

La possible généralisation du tiers-payant à l'ensemble des assurés sociaux réactive le débat autour des modalités de recouvrement de ces sommes dont les personnes malades s'acquittent parfois en déduction de leurs indemnités journalières ou de leurs rentes d'invalidité !

J'ai fait l'objet d'un prélèvement de franchises médicales sur ma pension de retraite du régime agricole MSA (qui est d'un montant de 405€ net par mois) ? Est-ce normal ? J'ai pris contact avec ma caisse, on m'a répondu simplement que je recevrais un courrier d'explication, que c'était au bon vouloir... Et que ça pouvait monter jusqu'à 50€ sur l'année. Honnêtement, je n'ai rien compris. J'ai posé la question à mon entourage, retraité comme moi et aucun problème de ce genre. Est-ce légal ? Y-a-t-il un recours pour éviter ces prélèvements ?



Je suis en ALD et la caisse me demande le remboursement de forfaits et franchises de 350 euros pour trois années et je ne peux pas payer. Comment faire ?

La CPAM a récupéré sur ma pension d'invalidité toutes les franchises et participation forfaitaire depuis 5 ans ce mois-ci. Je me retrouve avec 300 euros en moins. Est-ce normal ? Comment je fais pour payer mes factures maintenant ?



Proposition

Il est proposé de supprimer les franchises médicales et la participation forfaitaire et d'augmenter, en contrepartie, le taux de CSG de 0,1 point.

Dispositif

Dispositif législatif

- **Abrogation de l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.**

- **Le I. de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale comme suit :**

I. Le taux des contributions sociales est fixé :

1° A ~~7,5%~~ 7,6 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;

2° A ~~8,2%~~ 8,3% pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

3° A ~~6,9%~~ 7% pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.

- **Proposition alternative : supprimer les franchises sur les médicaments génériques**

Constats

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. Le patient, quant à lui, subit une politique de désincitation prévoyant l'exclusion du tiers-payant en cas de refus du générique. Ce n'est pas acceptable.

Le CISS soutient que les patients à qui sont dispensés les médicaments génériques, devraient, eux aussi, être intéressés à ce déploiement.

Il est ainsi proposé de supprimer les franchises médicales sur les médicaments génériques et sur les médicaments princeps, non substituables pour raisons particulières tenant au patient.

Dispositif

Dispositif législatif

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 ;

- **Définir, pour tout dispositif médical remboursé par l'Assurance maladie (inscrit sur la Liste des Produits et Prestations Remboursés), un prix limite de vente (PLV) correspondant à la base de remboursement de l'Assurance maladie**

Constats

Pour être remboursés aux assurés sociaux, les dispositifs médicaux (DM) doivent être inscrits sur une liste des produits et prestations (LPP) fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le tarif de responsabilité de ces produits et prestations est fixé par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou, à défaut, par décision du CEPS.

La participation de l'assuré est fixée par décision du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dans la limite de 40 à 50 % du tarif de responsabilité.

Les DM ne sont pas facturables aux patients hospitalisés.

Le système de prise en charge des dispositifs médicaux, à la différence de celui en vigueur pour les médicaments jusqu'à l'institution de tarifs forfaitaires de responsabilité, permet, dans le cas général, que s'établissent des écarts entre le tarif, base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, et le prix.

Quand il est jugé nécessaire, dans une perspective d'égal accès aux soins ou à la compensation d'un handicap, de ne pas laisser s'établir un tel écart, l'unique moyen,

d'ailleurs souvent proposé par le CEPS, est la fixation d'un prix limite de vente (PLV) cohérent avec la base de remboursement de l'Assurance maladie.

Des PLV existent, notamment pour certains dispositifs médicaux destinés à l'autosurveillance et à l'autotraitement de la glycémie.

La fixation d'un prix limite de vente suppose toutefois, le cas échéant, la résolution de la question des suppléments de prix facturés en contrepartie de prestations ou d'accessoires excédant la définition donnée par la liste du produit ou de la prestation remboursable. C'est en particulier souvent le cas dans les secteurs des prothèses externes, des orthèses et des fauteuils roulants électriques, où les patients peuvent demander, et les professionnels offrir, des suppléments à caractère esthétique ou technique qui n'ont pourtant rien d'accessoire et se révèlent en fait essentiels à la qualité de vie quotidienne des patients et au maintien de leur état de santé. Certains patients sont ainsi victimes d'une double peine : plus leurs handicaps nécessitent une haute technicité de prise en charge, moins bien ils sont remboursés par l'Assurance maladie. Et même après financement complémentaire, le reste à charge peut s'avérer élevé.

En 2013, les Français ont dépensé 13 milliards d'euros pour des produits et prestations de santé divers : lunettes, mais aussi prothèses auditives, mammaires ou capillaires, fauteuils roulants, appareils respiratoires, pansements spécifiques, semelles orthopédiques, etc. Sur ce total, 5,7 milliards seulement ont été remboursés par l'Assurance maladie, et 7,3 milliards sont restés à la charge des particuliers ou de leur complémentaire santé.

Proposition

Il est proposé d'arrêter, pour tout dispositif médical remboursé par l'Assurance maladie (inscrit sur la LPPR), un prix limite de vente correspondant à la base de remboursement de l'Assurance maladie.

L'objectif de cette mesure est double :

- rapprocher le régime du prix et du remboursement des dispositifs médicaux de celui du médicament pour limiter les écarts entre le prix et le niveau de prise en charge,
- limiter les restes-à-charge des personnes contraintes de s'appareiller en agissant sur les prix et sur les niveaux de remboursement par l'Assurance maladie.

Dispositif

Dispositif réglementaire

L'article R. 165-14 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

Le comité économique des produits de santé fixe, par convention ou à défaut par décision, les tarifs des produits ou des prestations mentionnés à l'article L. 165-1. La détermination de ces tarifs tient compte principalement du service attendu ou rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant des résultats des études complémentaires demandées, ~~des tarifs et des prix du ou des actes~~, produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. **Les tarifs et les prix des produits ou des prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont fixés simultanément au même montant.**

- **Agir sur le reste-à-charge en cas d'hospitalisation**

Constat

L'hospitalisation représente plus de 25 millions de séjours hospitaliers par an en France : 16 millions en « médecine, chirurgie, obstétrique », 6 millions en « psychiatrie » et 3,5 millions en « soins de suite et de réadaptation ».

Le reste-à-charge des patients hospitalisés est estimé à un peu plus de **500 euros en moyenne par séjour hospitalier, couvert à 95% par la complémentaire santé** le cas échéant (auquel cas, le reste à charge final est de 26 euros en moyenne par séjour hospitalier)².

La tarification opaque et fluctuante de la participation au coût des soins dans le cadre de l'hôpital public (tarifs journaliers de prestation sur la base desquels le ticket modérateur est calculé lorsqu'il ne fait pas l'objet d'une forfaitisation) donne lieu à des niveaux de restes-à-charge différents selon les établissements pour un même acte (pris en charge par la complémentaire santé le cas échéant), entraînant de graves ruptures d'égalité entre les usagers.

² Enquête de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, mai 2014.

Pour des soins identiques, les patients ne payent pas la même chose dans tous les hôpitaux français. Le prix d'une journée d'hospitalisation en médecine s'élevait ainsi, en 2012, à 358,83 euros par jour au centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou (le moins gourmand), et à 2 230 euros à Lunéville (le plus cher). Soit du simple au sextuple.

Pour les CHU, les tarifs allaient de 862 euros par jour à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, à 1 476 euros à Rouen. Personne ne le sait, et personne ne s'y attendrait d'ailleurs, mais les établissements publics fixent eux-mêmes la participation financière facturée par patient. C'est même pour eux une variable d'ajustement bien pratique³.

Proposition

Il est proposé de forfaitiser le ticket modérateur sur tous les soins réalisés dans le cadre de séjours hospitaliers, à l'instar du forfait de 18 euros sur les actes lourds.

Dispositif

Dispositif législatif

Le I. de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

I. - Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, ~~qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical;~~

3 Article paru sur le site du Monde suite à la publication des résultats de l'Observatoire citoyen des reste-à-charge en santé le 22 mai 2014. http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/05/22/pourquoi-les-frais-d-hopitaux-varient-du-simple-au-sextuple_4423329_1651302.html#7UBhYAA755EpTMiM.99.

Section 2

Agir sur le reste-à-charge des personnes en Affection de Longue Durée (ALD)

- **Interdire les dépassements d'honoraire pour les soins liés au traitement des ALD**

Constat

En France, en 2012, environ 9,2 millions de personnes étaient prises en charge dans le cadre du dispositif des ALD. Leurs dépenses représentent environ 60% des dépenses totales remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Les personnes reconnues en ALD ne sont pas systématiquement remboursées à 100% sur tous leurs frais de santé par l'AMO : elles supportent des restes-à-charge atteignant en moyenne près du double de celui des autres assurés, notamment parce qu'elles cumulent souvent plusieurs affections, dont certaines ne relèvent pas du dispositif ALD. Les dépassements d'honoraires constituent à eux seuls une part importante du reste-à-charge des patients en ALD.

Rappelons à cet égard que seules les situations suivantes entraînent l'interdiction pour le médecin de facturer des dépassements d'honoraires :

- Le patient consulte en urgence (y compris dans un établissement de santé privé). Cette interdiction s'étend aux chirurgiens qui opèrent en urgence.
- Le patient bénéficie de la CMU-C ou de l'ACS sauf en cas d'exigence particulière du patient (dépassement exceptionnel) ou de consultation en dehors du parcours de soins coordonnés (dépassement autorisé).

D'après l'Enquête santé et protection sociale⁴, le dispositif ALD contribue à réduire les inégalités des dépenses de pharmacie, des actes de médecins généralistes et spécialistes, et de façon marginale les inégalités de dépenses liées à l'optique et au dentaire.

Cependant, « les personnes qui supportent les restes à charge les plus importants (5 % de la population – dernier vingtile de RAC – ont un RAC supérieur à 1 600 euros en 2009) sont en moyenne bien plus âgées (60 ans contre 39 ans dans l'échantillon soit 20 ans de plus), davantage en ALD que l'ensemble de la population (33 % sont en ALD contre 16 % pour l'ensemble de la population), et plus de trois fois plus souvent hospitalisées (45 % contre 13 %) »⁵.

⁴ Question d'économie de la santé, IRDES, n°183, juillet 2013, l'impact du dispositif des affections de longue durée sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008.

⁵ Rapport annuel 2013 du Haut Conseil Pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Côté professionnels de santé, pour les affections de longue durée exonérantes, une rémunération forfaitaire de 40 euros par an et par patient en ALD est versée au médecin traitant par la caisse d'Assurance Maladie. Cette rémunération intègre notamment, au titre de la coordination et du suivi, la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

Les médecins ont par ailleurs la possibilité d'utiliser la majoration de déplacement (MD) de 10 euros dans certains cas, et notamment lorsque le patient a une ALD 30 ou hors liste, ou est exonéré du ticket modérateur pour ALD : accident vasculaire cérébral (AVC) invalidant, forme grave d'une affection neuromusculaire, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques. En outre, les médecins traitants (puis l'ensemble des médecins dans un second temps), perçoivent depuis 2012 une rémunération sur objectifs de santé publique, notamment basée sur le suivi des malades chroniques qui peuvent être en ALD (suivi des diabétiques, vaccination contre la grippe, etc...).

Proposition

Il est proposé d'interdire les dépassements d'honoraires pour les soins liés au traitement des ALD afin d'alléger le reste-à-charge des personnes atteintes de maladies au long cours.

Cette mesure doit encourager les pouvoirs publics à instaurer et à pérenniser de nouveaux modes de rémunérations adaptés au suivi des personnes en ALD qui nécessite des prises en charge globales, impliquant plusieurs professionnels de santé et faisant éventuellement appel à des pratiques avancées. A ce titre, le paiement au forfait doit progressivement se substituer au paiement à l'acte.

Dispositif

Dispositif conventionnel (convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie)

Il est proposé d'ajouter les soins liés au traitement des ALD à la liste des situations donnant nécessairement lieu à la pratique d'actes médicaux aux tarifs opposables.

PARTIE 3

Pour parachever la réforme démocratique des instances de l'Assurance maladie

- Prévoir un représentant des usagers au sein du conseil de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

Constats

A l'occasion de la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, des mandats ont été reconnus aux représentants des trois associations agréées pour représenter les usagers du système de santé au sein de la Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Cette avancée pour la démocratie sanitaire n'a toutefois pas été menée à terme dans la mesure où la composition du conseil de l'UNCAM exclut ces mêmes représentants d'usagers.

Cette instance nationale, notamment chargée de la négociation des conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé, présente pourtant un intérêt évident pour les usagers dans la mesure où lesdites conventions leur font directement grief.

Cette situation n'est socialement pas tenable.

Combien de temps encore avant de reconnaître la place des usagers au sein de l'instance chargée de conduire la politique conventionnelle de l'Assurance maladie ? Les représentants d'usagers ne peuvent accepter plus longtemps d'être des sous-conseillers de l'Assurance maladie ?⁶

⁶ Déclaration de Gérard Raymond, AFD, représentant du CISS à la CNAMTS depuis 2008, le 21/09/15.

Proposition

Disposition législatif

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