

Position **CISS**
sur le projet de loi de
financement de la
sécurité sociale
pour 2016

Sommaire

1. Améliorer la qualité des soins ambulatoires

- 1.1. Evaluer la qualité des soins ambulatoires pour les spécialités à risque

2. Promouvoir l'insertion professionnelle des personnes malades

- 2.1. Modifier les modalités de révision de la pension d'invalidité
- 2.2. Modifier les règles d'imputations des indemnités journalières
- 2.3. Mettre fin aux inégalités de traitement des assurés sociaux vis-à-vis du temps partiel thérapeutique
- 2.4. Faire évoluer l'indemnité compensatrice de perte de salaire visant à favoriser le maintien dans l'emploi des personnes dialysées

3. Améliorer les conditions de l'accès aux soins

- 3.1. Créer un dispositif de « contrat responsable aidé »
- 3.2. 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)
- 3.3. Proposition alternative : supprimer les franchises sur les médicaments génériques
- 3.4. Agir sur le reste-à-charge en cas d'hospitalisation

4. Moderniser la gouvernance de la branche maladie

- 4.1. Reconnaître la place des représentants d'usagers au conseil de l'UNCAM
- 4.2. Elever la limite d'âge des membres du conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale

1. Améliorer la qualité des soins ambulatoires

1.1. Evaluer la qualité des soins ambulatoires pour les spécialités à risque

Exposé des motifs

Alors que l'article 51 de la LFSS pour 2015 instaure une incitation financière pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé ainsi qu'un dispositif de contractualisation entre les établissements et les ARS dans ce même objectif, la loi n'envisage aucune mesure comparable applicable aux médecins de ville.

Il y a pourtant urgence. Une étude, publiée le 9 septembre 2014 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, établit pour la première fois la fréquence des « événements indésirables associés aux soins » (EAIS) chez les médecins de ville.

En mai et juin 2013, 127 médecins généralistes tirés au sort ont accepté de lister — de façon quasi exhaustive — les actes médicaux qu'ils pratiquaient pendant une semaine au sein de leur cabinet. Parmi les 13 438 actes relevés au total (en moyenne 21 par jour et par médecin), 401 EAIS ont été identifiés, dont 344 évitables. Les principales raisons de ces dysfonctionnements : l'organisation du travail au sein du cabinet (42 % des cas), la mauvaise communication entre professionnels et structures de santé (21 % des cas) ou encore des problèmes dus à une méconnaissance ou à un manque de compétence (20 % des cas).

La plupart du temps, ces événements se sont révélés bénins : 77 % d'entre eux n'ont pas eu de conséquence clinique. Mais dans 21 % des cas, ils ont entraîné une incapacité temporaire du patient. Et quelques-uns d'entre eux ont été « cliniquement graves » : 4 cas ont pu être associés à une « menace vitale », trois à une incapacité physique définitive et un à un décès.

Côté établissements de santé, rappelons qu'une obligation de certification confiée à la HAS s'impose depuis 1996. La procédure de certification a pour objectif de s'assurer selon les termes de la loi de « l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients ». Et les cabinets médicaux ? Les processus qualité sont-ils contrôlés chez un gynécologue qui emploie des dispositifs médicaux à risques ? Chez un chirurgien-dentiste effectuant des actes invasifs en cabinet ?

La récurrence des dossiers, notamment liés à des erreurs de diagnostics, examinés au sein des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI), doit alerter les pouvoirs publics à légiférer pour mieux prévenir la non-qualité en ville.

Dispositif

L'article L. 4135-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Les médecins **libéraux** ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé **ou centres de santé peuvent doivent** demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée dans les conditions mentionnées à l'article L. 1414-3-3 dès **lors qu'ils exercent certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel**. L'accréditation est valable pour une durée de quatre ans. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. Les médecins et les équipes médicales engagés dans la procédure d'accréditation ou accrédités transmettent à la Haute Autorité de santé les informations nécessaires à l'analyse des événements médicaux indésirables.

Un décret précise les conditions de mise en œuvre du présent article. ~~et notamment les conditions dans lesquelles la demande d'accréditation peut être réservée aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel.~~

2. Promouvoir l'insertion professionnelle des personnes malades

2.1. Modifier les modalités de révision de la pension d'invalidité

Exposé des motifs

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.

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. »

2.2. Modifier les règles d'imputations des indemnités journalières

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.

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.

Notre proposition d'amendement vise à modifier l'article L.323-1 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.

Dispositif législatif

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

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° ».

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

Exposé des motifs

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.

Dispositif législatif

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

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

2.4. Faire évoluer l'indemnité compensatrice de perte de salaire visant à favoriser le maintien dans l'emploi des personnes dialysées

Exposé des motifs

Actuellement, 38% des patients dialysés, soit environ 15000, ont entre 20 et 64 ans. Le taux d'activité sur cette tranche d'âge dans la population générale en France est de 80,5%. Il est de 51% pour les patients transplantés et de 17,4 % pour les patients dialysés.

Lorsqu'ils sortent de l'emploi, la plupart de ces patients dialysés vont relever de dispositifs d'invalidité (versement de pensions par l'Assurance Maladie, éventuellement complétées par les régimes de prévoyance) ou de minima sociaux (AAH, RSA...). Plus la période de dialyse en dehors de l'emploi s'allonge, plus l'éventualité d'un retour au travail après une greffe réussie devient hypothétique.

Le maintien dans l'emploi durant la dialyse, lorsqu'il est possible, est au bénéfice du patient, mais aussi du système de santé à long terme. L'expérience montre qu'il reste cependant souvent très complexe à mettre en œuvre.

Dans l'assurance maladie, le dispositif existant visant à faciliter le maintien dans l'emploi des personnes dialysées est limité, à l'octroi d'une indemnité compensatrice de perte de salaire aux personnes dialysées à domicile (ICPS).

Un arrêté du 26/10/1995 prévoit que la caisse primaire accorde cette prestation des lors que les demandeurs remplissent les conditions fixées à l'article 2.1 : l'assuré social traite pour insuffisance rénale chronique par dialyse à domicile entraînant une interruption partielle de travail doit justifier de la perte de salaire, l'indemnité est limitée à la fraction du plafond de l'indemnité journalière maladie correspondant au nombre d'heures perdues.

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

- il s'agit d'une prestation supplémentaire obligatoire attribuée par les caisses primaires d'assurance maladie 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 ou entraîne des difficultés dans sa mise en œuvre : il est attribué sur décision du conseil des CPAM, selon des critères variables. Ainsi, en fonction des caisses, son obtention n'est pas systématique ;
- le fait que l'arrêté mentionne uniquement la dialyse à domicile peut être interprété de manière variable par les caisses ; on peut s'interroger sur logique d'application de la prestation pour la seule modalité de dialyse à domicile ;
- 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 est limitée au 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.

Ainsi, il est proposé de créer une mesure législative permettant de rendre ce dispositif plus efficient.

Dispositif

L'article L.323-3 2° du CSS est complété d'un alinéa prévoyant les dispositions suivantes :

« L'indemnité compensatrice de perte de salaires est versée à l'assuré social en cas de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale 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'ICPS. »

3. Améliorer les conditions de l'accès aux soins

3.1. Créer un dispositif de « contrat responsable aidé »

Exposé des motifs

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.

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 ! Et une mesure bien onéreuse (dont le coût oscille entre 3,5 milliards et 5,1 milliards) pour ne couvrir, finalement, que 10% des personnes sans complémentaire et faire passer les salariés d'un contrat individuel à un contrat collectif. Le problème des personnes ne disposant pas de complémentaire santé reste, de fait, entier (retraités, jeunes, etc...) et pourrait même s'aggraver vu la progression des chiffres du chômage.

L'article 20 du PLFSS pour 2016 créé un dispositif d'aide à la complémentaire santé spécifiquement réservé aux personnes de plus de 65 ans et renforce par là même le principe de segmentation de la protection sociale. Cette segmentation constitue un frein à la solidarité et à la mutualisation des risques entre les actifs et les inactifs. Elle génère un peu plus de complexité là où il existe déjà 8 dispositifs d'accès à la complémentaire, et peut-être 10 avec les nouvelles mesures proposées. Cette segmentation aboutira à la sélection des risques au détriment des adhérents et des assurés les plus en difficulté.

Une remise à plat de l'ensemble des voies d'accès à la complémentaire santé est nécessaire. Le CISS propose une réponse simple, universelle et juste pour permettre à chacun d'accéder à une complémentaire.

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, sans préjudice de la CMU-c 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.

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.

3.2. 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)

Exposé des motifs

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 §

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 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.

3.3. Proposition alternative : supprimer les franchises sur les médicaments génériques

Exposé des motifs

Des incitations financières des médecins (pour la prescription dans le répertoire du médicament générique) et des pharmaciens (pour la substitution des médicaments princeps par le générique), ont été mises en place pour, notamment, aider au déploiement du médicament générique dans notre pays. 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 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 ;

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

Exposé des motifs

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)¹.

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, entraînant de graves ruptures d'égalité entre les usagers².

Pourtant, l'article 47 du PLFSS prévoit le maintien de la période transitoire (de maintien de l'assiette de calcul de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation sur la base des TJP définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement au lieu et place des tarifs nationaux de prestations issus des GHS) jusqu'en 2020 afin notamment de poursuivre les travaux en cours de définition d'une nouvelle assiette de participation.

Ce même article prévoit de fixer une limite maximale d'évolution des TJP pour les établissements de santé dont le montant des TJP est conforme à la réglementation. Ainsi, seuls ces établissements auront la possibilité de les augmenter dans la limite du plafond.

Sans attendre, le CISS propose 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.

¹ Enquête de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, mai 2014.

² 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 pratique (Article paru sur le site du Monde suite à la publication des résultats de l'Observatoire citoyen des restes-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.)

Dispositif

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 ;~~

4. Moderniser la gouvernance de la branche maladie

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

Exposé des motifs

Si le CISS, la FNATH et l'UNAF siègent, en tant que représentants d'usagers, au conseil de la CNAMTS 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.

Dispositif

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 agréés au titre de l'article L 1114-1 du Code de la Santé publique ».

4.2. Elever la limite d'âge des membres du conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale

Exposé des motifs

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

Avec la volonté clairement exprimée d'encourager l'activité des seniors au-delà de la retraite et notamment de 65 ans, la limite d'âge inscrite dans l'article L. 231-6 du code de la sécurité sociale semble paradoxale. En effet, les personnes de plus de 65 ans qui veulent continuer d'apporter leur expérience pour le bon fonctionnement des organismes de sécurité sociale ne devraient pas être empêchées de le faire, dans la limite d'une limite d'âge reportée à 70 ans.

Dispositif

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

1° Au premier alinéa, les mots : « et de soixante-cinq ans au plus » sont remplacés par « de de soixante-dix ans au plus » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.