

ASSEMBLÉE NATIONALE

27 octobre 2008

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 - (n° 1157)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 232

présenté par
MM. Prével et Jardé

ARTICLE 34

Après le mot :

« série, »,

rédigier ainsi la fin de l'alinéa 1 :

« les conditions de mise en œuvre des soins par le professionnel de santé peuvent être déterminées sur le fondement d'un référentiel validé par la Haute Autorité de santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des partenaires conventionnels. Au-delà des conditions définies par ce référentiel, le traitement peut être poursuivi conformément aux dispositions de l'article L. 315-2 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il existerait des écarts importants entre les traitements proposés aux patients par les professionnels de santé pour le même diagnostic.

Il est donc proposé, pour les actes en série, de mettre à la disposition des professionnels de santé des référentiels validés par la Haute Autorité de santé, sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des partenaires conventionnels, afin d'améliorer le recours au soin et l'efficacité du système de santé.

La situation du patient sera au cœur du référentiel que devra suivre le prescripteur, le professionnel de santé réduisant le patient, en collaboration avec le service médical de l'assurance maladie.

Cette situation sera identique à ce qui se fait déjà lors des admissions en centres de rééducation fonctionnelle. Appliquons également ici, cette méthodologie.

La prescription doit être non quantitative et, le masseur-kinésithérapeute indique le nombre de séances conformément au référentiel (ce qui élimine d'office toute prescription hors référentiel).

En cas de prise en charge supplémentaire et, conformément aux textes déjà en vigueur, le masseur-kinésithérapeute, professionnel de santé, enverra une fiche de synthèse intermédiaire extraite du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK) au médecin traitant et au service médical.

Ces derniers, prendront, en toute connaissance, leurs décisions.

Il appartiendra à l'UNCAM de définir les conditions d'organisation des procédures prévues à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale pour prolonger la prise en charge au-delà du nombre d'actes préconisé par le référentiel validé par la Haute Autorité de santé.

Le dialogue confraternel entre le service médical et le prescripteur ou le soignant permettra de garantir l'application la plus adaptée au patient.