

APRÈS L'ART. 37

N° 737 (2^{ème}

rect.)

des deux derniers alinéas de l'article 99 du Règlement

APRÈS L'ART. 37

N° 737

Rect.

ASSEMBLÉE NATIONALE

25 octobre 2011

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012 - (n° 3790)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 737 (2^{ème} rect.)

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 37, insérer l'article suivant :

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

Les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.

Le cahier des charges des expérimentations est arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I et portant sur de nouveaux modes de coordination des soins pour prévenir l'hospitalisation et gérer la sortie d'hôpital des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1^o, 2^o, 6^o et 9^o de l'article L. 321-1 du même code, en tant

qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade et aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du même code.

III. – Les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances associés aux projets pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie incluses dans les projets pilotes. Ces informations pourront faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention.

IV. – En vue d'une généralisation, une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur la patientèle prise en charge, le nombre de professionnels de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements hospitaliers participant aux expérimentations. Cette évaluation est transmise au Parlement avant le 1^{er} octobre.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le découplage de l'offre de prise en charge entre maintien à domicile, hospitalisation et hébergement en établissement, ainsi que la construction d'un parcours continu, individualisé et coordonné autour de la personne âgée sont des éléments majeurs d'une prise en charge de qualité.

Le présent amendement propose ainsi d'organiser, dès l'année prochaine, des parcours de soins plus fluides pour les personnes âgées par le biais d'expérimentations dans plusieurs régions et pour une période de 5 ans : ces nouveaux modes de prise en charge intégrée auront pour objectifs de faciliter les passages entre le maintien à domicile et l'hébergement en institution, ainsi que de mieux anticiper, voire d'éviter autant que possible, les hospitalisations, souvent réalisées en urgence.

La nécessité de revisiter l'organisation du système de soin autour des personnes âgées en perte d'autonomie permettra également d'éviter les surcoûts liés aux recours injustifiés à l'hospitalisation, que ce soit à l'entrée de l'hôpital (passage aux urgences) ou en termes de durée de séjour (maintien à l'hôpital). Les travaux récents du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) estiment que l'optimisation des parcours de soins pour les personnes âgées permettrait de générer 2 milliards d'euros d'économie.

Un comité national de pilotage aura en charge la sélection des projets et l'estimation de leur impact sur la qualité de la prise en charge et l'évolution des dépenses. Il aura également pour mission d'identifier et de susciter des projets sur l'intégralité du champ préconisé par le HCAAM dans son rapport intitulé « Assurance maladie et perte d'autonomie ». Il pourrait s'agir par exemple de la mise à disposition à un hôpital de places de SSIAD ou d'EHPAD de transition.

Ces expérimentations seront mises en œuvre par une convention entre l'agence régionale de santé concernée et les différentes parties prenantes du projet (parmi lesquelles figurera au moins un établissement hospitalier). Un cahier des charges encadrant ces expérimentations sera arrêté par les ministres en charge de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.