

ASSEMBLÉE NATIONALE

14 octobre 2016

PLFSS 2017 - (N° 4072)

Retiré

AMENDEMENT

N° AS344

présenté par
M. Vercamer et M. Richard

ARTICLE 44

Après l'alinéa 27, insérer les neuf alinéas suivants :

« II. *bis* - 1° Les organismes d'assurance-maladie et l'Agence visée à l'article R. 613-33 du code de la santé publique le cas échéant lorsqu'elle est consultée pour avis, se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne mentionnée au deuxième alinéa du présent article posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise des règles de facturation des prestations hospitalières en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des activités externes visées par l'arrêté du 25 août 2006, de même que les urgences non suivies d'hospitalisations des établissements de santé publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial.

« Cette demande peut être formulée par le représentant légal d'un établissement de santé ou d'un groupement de coopération sanitaire, ou une fédération hospitalière représentative.

« La demande d'un établissement de santé ne peut être formulée auprès des organismes d'assurance-maladie, lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale a été engagé ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.

« 2° Toute demande susceptible d'entrer dans le champ d'application du présent article est réputée être faite dans ce cadre. Si la demande est complète, elle est requalifiée par l'organisme afin de bénéficier du même régime juridique que la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Selon son appréciation, l'organisme peut se saisir d'une demande qui ne respecte pas le formalisme de la demande mentionnée au premier alinéa du présent article, afin de leur faire bénéficier des mêmes garanties que celles issues du présent article.

« Pour les demandes formulées en application du deuxième alinéa du 1°, lorsque les organismes visés au premier alinéa du 1° n'ont pas notifié leur décision au demandeur au terme d'un délai fixé par un arrêté pris par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, il ne peut être procédé à une décision de notification d'indu ou de sanction par le directeur général de l'agence régionale de santé, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.

« Dans le cas où la demande est formulée par un établissement de santé, la décision lui est applicable. Si le demandeur est une fédération hospitalière représentative, la décision s'applique à tout établissement de santé adhérent à cette fédération, dès lors que la situation dans laquelle se situe l'établissement considéré est identique à celle sur le fondement duquel la demande a été formulée.

« 3° La décision visée au premier alinéa du 1° est opposable pour l'avenir à l'ensemble des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article et aux directeurs généraux d'agence régionale de santé, tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.

« Lorsque les organismes mentionnés au premier alinéa du 1° entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le demandeur. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de la direction de la sécurité sociale ou de la direction générale de l'organisation des soins. Celles-ci transmettent aux organismes visés au premier alinéa du 1° leur position quant à l'interprétation à retenir.

« 4° Les décisions prises par les organismes mentionnés au premier alinéa du 1° font l'objet d'une information accessible à l'ensemble des établissements de santé publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial. Un rapport est réalisé chaque année par la direction de la sécurité sociale et la direction générale de l'organisation des soins sur les principales questions posées et les réponses apportées. Ce rapport comporte un avis rendu par les fédérations hospitalières représentatives publiques et privées. Il est transmis au ministre en charge de la santé et de la sécurité sociale au plus tard le 30 juin de l'année suivante et mis à la disposition de l'ensemble des établissements publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement a pour objet d'instaurer un « rescrit tarifaire », permettant de pallier les difficultés d'interprétation et de mise en application des différentes classifications en matière de tarification hospitalière.