

ASSEMBLÉE NATIONALE

17 octobre 2019

PLFSS POUR 2020 - (N° 2296)

| | |
|--------------|--|
| Commission | |
| Gouvernement | |

Rejeté

AMENDEMENT

N° 752

présenté par

Mme Firmin Le Bodo, M. Becht, M. Christophe, Mme de La Raudière, M. Ledoux, Mme Lemoine,
Mme Magnier et M. Naegelen

ARTICLE 42

Substituer aux alinéas 23 à 26 les deux alinéas suivants :

« À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement ou d'un professionnel de santé libéral exerçant en établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3, si l'établissement ou le professionnel de santé présente toujours un volume d'actes, prescription ou prestation significativement différent du volume inscrit au volet mentionné au quatrième alinéa du même article, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après prise en compte des caractéristiques du territoire et de la situation particulière de l'établissement, à l'issue d'une procédure contradictoire, déclencher un audit clinique par les pairs de la profession concernée ou par les praticiens désignés par le médecin conseil régional mentionné à l'article R. 315-3.

« Un décret précise les modalités d'application de ce dispositif, notamment la composition paritaire des équipes de pairs ou des équipes de praticiens de l'assurance maladie membres du service du contrôle médical procédant aux audits cliniques, ainsi que les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de recours des établissements ou des professionnels de santé libéraux exerçant en établissement sur les actes, prestations et prescriptions concernés. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 42 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale porte une réforme substantielle du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Le Gouvernement souhaite ainsi recentrer celui-ci autour de la notion de pertinence des soins, renforcer le dispositif d'intéressement des établissements aux économies réalisées par l'assurance maladie et réserver ce dispositif aux seuls « établissements à plus forts enjeux ».

En soi, une telle évolution, promouvant une plus grande pertinence des soins sur le territoire national, ne peut être que soutenue.

Toutefois, la réforme s'accompagne également d'un retour du mécanisme dit de la « dégressivité tarifaire », créée initialement par la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, et que le législateur a très rapidement abrogé, à la faveur de la promulgation de la loi du 30 décembre 2017 de financement de de la sécurité sociale pour 2018 (cf. art. 66).

Les raisons de cette abrogation furent particulièrement bien mises en lumière par l'étude d'impact de la loi du 30 décembre 2017 : « Un premier bilan de l'application du mécanisme montre que la mise en œuvre de la dégressivité tarifaire n'a pas permis l'atteinte de ces objectifs. En effet, il s'est avéré que l'activité réalisée par des établissements au-delà des seuils d'évolution fixes au niveau national pouvait être parfaitement justifiée. (...) La pertinence des soins ne dépend pas du nombre d'actes pratiqués et encore moins de son taux d'évolution. Elle doit s'analyser dès le premier acte et non à partir d'un seuil. (...) ».

Or, tel que proposé, le nouvel article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale tend à retomber dans les mêmes travers.

Aujourd'hui pas plus qu'en 2017, la pertinence des soins ne saurait s'apprécier à l'aune de seuils ou de volumes d'activité assis sur des batteries statistiques figées. Un pilotage par la statistique et la coercition est à rebours de l'esprit qui doit présider à la transformation du système de santé.

La pertinence doit au contraire trouver sa consistance dans l'appréciation par les pairs des professions concernées au travers des méthodes d'évaluation éprouvées dans le domaine de la santé publique ; au premier rang desquelles l'audit clinique réalisé par une équipe paritaire de professionnels de santé, experts du domaine d'activités de soins et appliquant les référentiels publiés à cet effet par la Haute autorité de santé.

Ce n'est qu'à l'issue d'un tel audit que les mesures les plus efficaces en faveur de la pertinence des soins pourront être prises, et non par l'application systématisée d'une minoration des tarifs nationaux de prestation de 50 % pour les établissements ciblés par les agences régionales de santé. Pour favoriser la pleine appropriation par les acteurs de la démarche de pertinence, il convient de privilégier une approche médicale de celle-ci, fondée sur les recommandations de bonnes pratiques.

Cela s'avère d'autant plus vrai que les établissements ne disposent pas des moyens qui leur permettraient de rendre opposables les clauses de leur CAQES aux professionnels de santé libéraux exerçant en leur sein. C'est pourquoi il apparaît nécessaire d'inclure directement ces professionnels libéraux dans le dispositif législatif relatif au CAQES, exactement au même titre que les établissements de santé.