

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

14 octobre 2020

PLFSS POUR 2021 - (N° 3397)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

**AMENDEMENT**

N° 671

présenté par

Mme Firmin Le Bodo et M. Christophe

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 28, insérer l'article suivant:**

L'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une tarification forfaitaire nationale des prestations, établie en fonction de catégories d'activité de soins et du niveau de charges des établissements et dont les modalités sont déterminées par voie réglementaire sert de base, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, au calcul de la participation à la charge des assurés mentionnée à l'article L. 160-13. Cette participation forfaitaire des assurés est facturée à un guichet unique national assuré par l'assurance maladie obligatoire. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les règles actuelles de calcul du reste à charge du patient en matière de prestations d'hospitalisation sont extrêmement complexes. Le reste à charge repose sur plusieurs modalités : tarifs journaliers de prestation ; forfait journalier ; participation forfaitaire (actes coûteux) avec des règles différentes en fonction de ces modalités. Si le reste à charge effectivement payé par le patient, après intervention des organismes complémentaires, est globalement faible à l'hôpital public (2% en moyenne), les montants sont très variables et peuvent être très élevés dans certaines situations, comme la crise sanitaire l'a mis en lumière, avec des hospitalisations de patients covid + ayant engendré des factures potentiellement élevées à la charge de patients.

La répartition du reste à charge est en effet très inégale avec une forte concentration sur les activités de médecine (qui représentent 70% du ticket modérateur hospitalier), sur les hospitalisations longues et sur les âges extrêmes de la vie et particulièrement sur les patients âgés. De même, ces restes à charge vont être particulièrement difficiles à supporter pour les patients n'ayant pas de couverture complémentaires. Ce sont donc les patients les plus âgés, les plus malades et les plus

démunis qui supportent actuellement les restes à charge les plus lourds, ce qui pose une question de justice sociale et de solidarité collective.

Il est donc proposé, comme cela avait été étudié en 2019 par le Ministère de la Santé, en concertation avec les fédérations hospitalières, de forfaitiser cette participation afin de mieux répartir le reste à charge et simplifier les règles de facturation. Une première étape est déjà prévue dans le PLFSS 2021 pour les passages aux urgences sans hospitalisation. L'objectif est de poursuivre cette forfaitisation et de l'étendre aux prestations d'hospitalisation.

De même, la facturation directe à l'assurance maladie des prestations de soins à hauteur de 100%, à charge pour elle de récupérer son dû auprès des organismes complémentaires, des patients ou de l'Etat comme c'est déjà le cas pour l'AME ou la CMUc, où l'AMO joue déjà un rôle de guichet unique. L'extension de ce guichet unique national permettrait d'alléger considérablement la charge de travail des hôpitaux publics et de redéployer les effectifs dédiés à ces tâches vers les soins.