

ASSEMBLÉE NATIONALE

12 octobre 2018

PLFSS POUR 2019 - (N° 1297)

Rejeté

AMENDEMENT

N° AS245

présenté par

M. Grelier, M. Abad, Mme Levy, M. Ramadier, M. Emmanuel Maquet, M. Bazin, M. Le Fur et
M. Parigi

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

I. – La sous-section 3 de la section 5 du chapitre 2 du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après l'article L. 162-22-6-1, il est inséré un article L. 162-22-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-6-2. – I. – Le paiement au parcours de soin s'applique dans les mêmes conditions à tous les établissements de santé et à tous les professionnels de santé qui exercent en pratique de ville. Par conséquent, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1 peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles, à une rémunération forfaitaire.*

« La liste des parcours de soins pour lesquels s'applique la facturation mentionnée au présent article est définie par décret.

« II. – Les parcours de soins donnent lieu à une rémunération forfaitaire sur la base de la valorisation d'un nombre d'actes établi pour chaque parcours par la Haute Autorité de santé.

« L'évaluation médico-économique est placée sous la responsabilité de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et de l'assurance maladie. » ;

2° Le I de article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-8 », la fin du 2° est ainsi rédigée : « , de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 et du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 ; »

b) Le 5° est supprimé ;

c) Au dernier alinéa, les références : « aux 2° et 5° » sont remplacées par la référence : « au 2° » ;

3° À l'article L. 162-22-12, après le mot : « montant », sont insérés les mots : « du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2, » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-15, les mots : « annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles » sont remplacés par les mots : « et dotations mentionnés aux articles L. 162-22-6-2 ».

II. – Lorsqu'un patient entre dans un parcours de soins, chaque acte réalisé dans le cadre de ce parcours fait l'objet d'un financement appelé par la carte vitale du patient ou, le cas échéant, par une feuille de soins. Dans le cas où des actes supplémentaires autres que ceux prévus dans le cadre du parcours de soins s'avéreraient nécessaires, l'établissement ou le professionnel de santé en font reconnaître la justification médicale par l'assurance maladie qui procède alors au règlement du patient et du professionnel.

III. – Les agences régionales de santé doivent publier chaque année l'état des indicateurs de qualité des soins définis par décret.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article propose un mode de financement alternatif à celui proposé par l'article 28, pour éviter les risques et limiter les inquiétudes évoquées dans l'exposé des motifs dudit article.

Ainsi, cet amendement prévoit un financement au parcours de soins sans obliger les établissements hospitaliers notamment à transformer leurs pratiques. L'objectif de cette disposition est en effet, de répondre aux objectifs d'un financement assurant efficacité et sécurité des soins sans complexifier les procédures.

L'amendement prévoit donc que lorsqu'un patient entre dans un parcours de soins, chaque acte réalisé dans le cadre de ce parcours fait l'objet d'un financement depuis le DMP qui intégrerait un volet financier activé par la carte vitale du patient ou, le cas échéant, par une feuille de soins. Dans le cas où des actes supplémentaires autres que ceux prévus dans le cadre du parcours de soins s'avéreraient nécessaires, l'établissement ou le professionnel de santé en font reconnaître la justification médicale par l'assurance maladie qui procède alors au règlement du patient et du professionnel