

ASSEMBLÉE NATIONALE

19 octobre 2006

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2007 - (n° 3362)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 30

présenté par
M. Bur, rapporteur
au nom de la commission des finances
saisie pour avis et M. Terrasse

ARTICLE 35

Après l'alinéa 13 de cet article, insérer les deux alinéas suivants :

« III. *bis* .- Après le premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation mentionnées au *b* de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, l'État fixe également la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés, ainsi que la nature des dispositifs médicaux et appareillages personnalisés, qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus du financement par une dotation globale des prestations d'hospitalisation. Ces dépenses relèvent de l'objectif des dépenses d'assurance maladie au titre du 1 *bis* de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le secteur des soins de suite et de réadaptation public et privé à but non lucratif fonctionne dans le cadre d'une dotation globale. Une perspective de T2A adaptée au secteur du SSR a été énoncée, mais son calendrier de mise en oeuvre demeure encore très imprécis, du fait de la difficulté de rendre compte de cette activité par une classification médico-économique satisfaisante. Il n'y a pas de perspective technique précise pour 2007 pour une tarification à l'activité du SSR, et 2008 verra au mieux des expérimentations régionales ou sur certains sites volontaires, pour établir un schéma de financement.

En attendant, quelques uns des établissements publics et privés à but non lucratif sous dotation globale supportent une charge budgétaire spécifique, à savoir :

- Les coûts de prescriptions très particulières au titre du traitement de la spasticité localisée ou diffuse (toxine botulique ou liorésal dans le cadre d'une thérapie intrathécale par baclophène), qui transfigure la vie quotidienne des patients (mouvements musculaires incontrôlés, continence) ;

- Les dispositifs médicaux personnalisés, en « sur-mesure » (de type corset pour la verticalisation), qui peuvent coûter plus de 15 000 euros pièce.

Cette situation, qui ne concerne que quelques établissements identifiables, se traduit par une asphyxie des comptes budgétaires correspondants, et se résorbent ici et là grâce à des « queues de crédits » alloués de manière non reconductible par des ARH en fin d'année (exemples en Bretagne, Rhône-Alpes). Elle se traduit également par une privation, une perte de chances pour des personnes handicapées qui sont confrontées à des inquiétudes légitimes des prescripteurs et gestionnaires.

Lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le ministre de la santé et des solidarités a écarté un amendement très global sur la constitution d'une liste de médicaments coûteux, comme dans le secteur MCO, arguant de manière compréhensible que cette liste participe du schéma d'ensemble de la T2A. Le calendrier de cette dernière nous emmène toutefois assez loin et constitue une perte de chances thérapeutiques pour des patients (2009 au mieux).

Un autre schéma peut être proposé, de conception beaucoup plus modeste dans son ampleur et son ambition, pour pouvoir traiter les situations les plus critiques, d'une part, et améliorer la qualité des soins, d'autre part :

- Une enveloppe limitée de l'ordre de 8 millions d'euros annuels pourrait être constituée pour cet objet ciblé, par prélèvement à bases constantes avec l'enveloppe du SSR sous DG (5,6 M€ pour la toxine ; 2,3 M€ pour le liorésal) ;

- Cette évaluation prévisionnelle résulte d'analyse régionales et nationales menées sur ces deux produits qui font l'objet, par ailleurs d'une évaluation par le ministère de la Santé dans le cadre du protocole d'étude STIC sur les thérapies innovantes et coûteuses ;

- Des établissements et services « habilités » à pratiquer ce type de prescriptions et à émarger sur cette enveloppe pourraient être identifiés par les ARH. Leur liste sera naturellement limitée (conditions à remplir).

Il s'agit en effet de prescriptions qui peuvent parfaitement s'inscrire dans une logique de « bonnes pratiques », dans une philosophie du type « bon usage des soins » (la toxine botulique doit être associée à l'appareillage et à de la kinésithérapie pour être correctement utilisée). Une autre option peut être d'assujettir ces situations à des ententes préalables, donnant accès à ces financements ciblés.