

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 octobre 2009

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 - (n° 1976)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENTN° 514 (2^{ème} rect.)

présenté par
M. Prél, M. Jardé et M. Leteurre

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 32, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 174-2-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-2-3.* – Pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1, l'État fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés conformément à l'article L. 162-22-7, ainsi que la nature des dispositifs médicaux et appareillages personnalisés qui peuvent être pris en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus du financement par une dotation annuelle de financement. Ces dépenses relèvent de l'objectif des dépenses d'assurance-maladie au titre du 1° *bis* de l'article L. 174-1-1. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit d'un d'amendement pour permettre la prise en compte des « médicaments coûteux et dispositifs médicaux personnalisés » pour les services de soins de suite et de réadaptation sous dotation annuelle de financement

Le Contexte : Le secteur des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) public et privé à but non lucratif fonctionne actuellement dans le cadre d'une dotation annuelle de financement (DAF). Une perspective de T2A adaptée au secteur du SSR a été énoncée par le Ministère, avec un « compartiment de financement » annoncé pour les molécules onéreuses et les dispositifs et appareillages personnalisés très onéreux, qui ne peuvent s'intégrer dans le cadre d'une dotation annuelle de financement. Une expérimentation de modulation des dotations financières en fonction d'indicateurs médico-économiques en SSR a été engagées en 2009, mais aucune perspective n'est

précisément dessinée à ce jour sur le sujet des molécules onéreuses et des appareillages personnalisés et coûteux en SSR. Le Ministre de la Santé avait annoncé lors des débats parlementaires du PLFSS 2006 et 2007 qu'une solution serait rapidement dégagée, dans le cadre du schéma d'ensemble de la T2A en SSR. Aujourd'hui, il n'en est toujours rien : la situation a encore été dénoncée par le Pr Grünfeld lors de la présentation récente à l'Institut National du Cancer (INCa) de son rapport sur le Plan Cancer 2. En effet et pour les établissements de SSR prenant en charge des patients de cancérologie ou d'hématologie (notamment après une greffe de moelle) qui reçoivent des traitements onéreux, la charge financière est devenue très lourde.

Ce problème se pose également pour d'autres spécialités pharmaceutiques aisément identifiables, ainsi que des dispositifs et appareillages médicaux, souvent en « sur-mesure », extrêmement coûteux.

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation s'attachent à soutenir les établissements concernés par des compléments de crédits ponctuels de fin d'année, mais l'incertitude qui pèse sur ces allocations de crédits reste élevée et pèse indûment sur les politiques d'admission et les modalités de prise en charge.

Le Problème : Quelques établissements publics et privés à but non lucratif sous dotation annuelle de financement 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,

Les traitements onéreux des patients de cancérologie ou d'hématologie (notamment après une greffe de moelle),

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.

Leurs enveloppes financières « historiques » n'ont jamais été construites sur ces types et niveaux de dépenses, par ailleurs aggravées par le raccourcissement des DMS et les transferts accélérés de patients de court séjour en SSR, avec des situations cliniques moins stabilisées qu'auparavant.

La Solution proposée : un schéma pragmatique est proposé pour avancer dès 2010 en direction du schéma de T2A en SSR et de son compartiment molécules onéreuses et appareillages personnalisés, mais avec une conception pragmatique beaucoup plus modeste dans son ampleur financière et son ambition technique (niveau de l'enveloppe, nombre et nature des produits remboursés) : il s'agit de pouvoir traiter les situations les plus critiques, d'une part, et améliorer la qualité et la fluidité des parcours de soins d'autre part :

Une enveloppe limitée de l'ordre de 10 millions d'euros annuels pourrait être constituée pour cet objet ciblé, par prélèvement à bases constantes avec l'enveloppe du SSR ;

Des établissements et services « habilités » à pratiquer ce type de prescriptions et à émarger sur cette enveloppe pourront aisément être identifiés et conclure des contrats de bon usage, conformément au 2^{ème} et 3^{ème} alinéa de l'article CSS L122-22-7.

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