

ASSEMBLÉE NATIONALE

22 octobre 2010

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 - (n° 2854)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 284

présenté par

Mme Orliac, M. Charasse, Mme Berthelot, M. Giacobbi, Mme Girardin,
M. Giraud, M. Likuvalu, Mme Jeanny Marc, Mme Pinel et Mme Robin-Rodrigo

ARTICLE 37

Rédiger ainsi cet article :

« Après l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-21-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-21-4.* – Les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique qui prescrivent des soins de masso-kinésithérapie doivent se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour leur patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé.

« Pour les pathologies ne nécessitant pas pour un patient de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, le prescripteur devra adresser à la caisse primaire d'assurance maladie locale une demande d'entente préalable selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La demande d'admission en Centres de rééducation fonctionnelle (CRF) ou en Centres de soins de suite et de rééducation (SSR) tant publics que privés, est effectuée directement par le service hospitalier dans lequel un patient est hospitalisé. Cette demande est adressée exclusivement aux médecins de médecine physique et de réadaptation de l'établissement sans aucun contrôle préalable. En conséquence, les praticiens ont l'habitude d'orienter les patients directement en CRF ou en SSR plutôt qu'en soins de ville sans que l'Assurance maladie en soit informée en amont.

La Haute Autorité de santé, a publié en mars 2006, des recommandations déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge

de façon préférentielle en cabinet de ville, dans la mesure où, il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou de l'isolement social.

Malgré les dispositions législatives et conventionnelles, les admissions en CRF et en SSR sont toujours en augmentation (900000 par an). Pourtant, les dernières études démontrent que le coût d'une rééducation en centres est cinq fois plus important que la même rééducation en soins de ville.

Il ne s'agit pas de remettre en cause les CRF et les SSR, mais il s'agit d'optimiser les admissions en centres.

Tel est l'objet de cette mesure qui vise, afin de réduire les dépenses de l'assurance maladie, à étendre la procédure d'accord préalable qui existe aujourd'hui sur certains actes, aux transferts vers les centres de SSR.

Le texte initial du projet de loi qui nous était soumis proposait de cibler la mesure exclusivement sur les établissements qui effectuent un nombre important de transferts.

S'il est concevable de mettre en place une demande d'entente préalable sur les établissements non vertueux, les mesures d'économies estimées par le gouvernement s'élèvent à seulement 10 millions d'euros.

Par ailleurs, si la disposition initiale du projet de loi devait être votée, la loi légaliserait la possibilité aux SSR d'accepter le traitement des pathologies qui devraient être prioritairement traitées en ville du moment « qu'ils n'abusent pas ».

L'assurance maladie propose de mettre sous entente préalable les admissions qui paraissent peu adéquates dans les SSR car non conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

C'est cette proposition qui doit être retenue car elle serait une source d'économies plus importante. Ces dernières pourraient être chiffrées entre 200 et 250 millions d'euros.