

ASSEMBLÉE NATIONALE

22 octobre 2010

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

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 560

présenté par

M. Lefrand, M. Vitel, M. Gatignol, M. Gaudron, M. Lefranc, M. Luca,
M. Christian Ménard, M. Paternotte, M. Remiller, M. Straumann, et M. Michel Voisin

ARTICLE 37

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 37 du projet de loi vise à introduire une procédure d'accord préalable pour les transferts de patients d'établissements MCO vers les centres de soins de suite et de réadaptation.

Cet amendement se fonde sur le fait que les pathologies qui sont traitées en Cabinets de Ville sont identiques à celles prises en charge en Centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). En conséquence un « filtrage » devrait s'organiser par entente préalable, qui permettrait de différencier les prises en charge lourdes qui relèveraient bien des Centres de SSR, des prises en charge légères qui relèveraient des Cabinets de Ville.

Ce dispositif, reposant certes sur des référentiels publiés par la Haute Autorité de Santé, risquerait néanmoins de désorganiser la filière de soins compte tenu du rôle majeur et charnière joué par le secteur SSR dans la chaîne sanitaire.

A cet égard il faut rappeler que toute admission en structure de SSR est précédée d'une évaluation des besoins médicaux permettant de valider ou non l'adéquation de l'orientation (art. D 6124-177-5 du CSP). Les structures de SSR sont à ce titre soumises, à travers notamment le PMSI, à des contrôles d'adéquation continus de leurs patients. Une coupe transversale nationale réalisée par la CNAM en 2006 avait démontré que seul 1.5 à 2 % des patients admis en CRF étaient inadéquats.

Par ailleurs toute prise en charge en structure de SSR nécessite la mise en place d'un projet thérapeutique réalisé par le biais d'une équipe pluridisciplinaire en liaison avec le médecin ayant prescrit l'admission.

Toute prise en charge en structure de SSR doit en outre promouvoir une éducation thérapeutique du patient reconnue comme l'une des missions des SSR à part entière.

La prise en charge globale du patient figure également au titre des principales missions des SSR. La circulaire du 3 octobre 2008 précise à cet égard que les structures de SSR doivent être reconnues comme structures sanitaires apportant une plus-value réelle au patient car permettant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine.

Les centres de SSR sont soumis à un ensemble de sujétions réglementaires au titre des autorisations d'installation, de certification par la Haute Autorité de Santé pour lesquelles les structures privées de SSR ont jusqu'à présent obtenu des résultats très satisfaisants, d'indicateurs de qualité de prise en charge, édictés par cette même Autorité, de vigilance et de sécurité sanitaire, auxquelles ne sont pas soumis les kinésithérapeutes libéraux. Si ces contraintes et obligations s'avèrent en pratique très lourdes et onéreuses à mettre en place, elles présentent l'avantage de garantir une qualité de prise en charge pour les patients.

Enfin la prise en charge du patient en SSR inclut dans la plupart des cas, et notamment dans les centres de RF où les prix de journée sont tout compris, un certain nombre de prestations complémentaires, telles que notamment les transports sanitaires, ce qui n'est pas le cas pour les transferts en cabinet de ville et représente donc un impact certain sur les dépenses d'assurance maladie.

L'ensemble de ces éléments démontre que l'article 36 du projet de loi va à contre sens du rôle reconnu aux Centres de SSR en tant que charnière et fluidificateur de la filière de soins.

Il importe sur ce dernier point de rappeler également que les patients pris en charge en établissements de SSR proviennent souvent des établissements publics de santé.

Il convient enfin de souligner que le dispositif prévu à l'article 36 du projet de loi engendrerait un traitement inégalitaire entre établissements de santé publics et privés exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation en cas de rejet de la demande d'entente préalable. En effet celle-ci n'aurait aucune incidence financière sur les établissements publics de santé financés par dotation globale, ce qui n'est pas le cas des établissements de santé privés financés à la prestation journalière facturée.