

ASSEMBLÉE NATIONALE

17 novembre 2011

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
(Nouvelle lecture) - (n° 3933)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 146

présenté par
Mme Boyer-----
ARTICLE 34 BIS

Rétablir l'article 34 bis dans la rédaction suivante :

« Le III de l'article 63 de la loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est ainsi rédigé :

« III. – Un rapport est établi annuellement et remis au Parlement le 1^{er} octobre de chaque année concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du même code pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie. Ce rapport, et l'évaluation qu'il comporte, constituent un préalable nécessaire à toute généralisation éventuelle de la mesure d'accord préalable à de nouveaux actes. » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La LFSS pour 2011 a introduit en son article 63 une procédure d'accord préalable pour les transferts de patients d'établissements MCO vers les centres de soins de suite et de réadaptation.

Ce dispositif repose sur des référentiels publiés par la Haute Autorité de Santé. A ce jour 4 types d'actes de rééducation sont susceptibles de donner lieu à cette mesure d'accord préalable.

La LFSS pour 2011 a également prévu qu'un rapport soit remis au Parlement le 1er octobre 2011 concernant l'évaluation de cette mesure pour les établissements de soins de suite et de réadaptation. Ce rapport n'a pas été remis.

Il ne peut dans ces conditions être question de généraliser le dispositif de mesure d'accord préalable à de nouveaux actes, sans qu'il n'ait été procédé à une évaluation précise du dispositif à l'issue de sa première année, en terme économique, mais également de bénéfices/risques pour le patient.

Nonobstant cette circonstance, l'évaluation de la mesure d'accord préalable nécessite également d'être réalisée chaque année afin de s'assurer que le dispositif n'a pas pour effet 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 d'ailleurs 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.