

ASSEMBLÉE NATIONALE

19 octobre 2012

FINANCEMENT SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013 - (N° 287)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N° 312 (Rect)

présenté par

Mme Poletti, Mme Levy, M. Perrut, Mme Louwagie, M. Jacquat, Mme Boyer et M. Robinet

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 41, insérer l'article suivant:**

Le premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Sur le fondement de recommandations établies par la Haute autorité de santé, portant sur les actes ne nécessitant pas, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, la mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour ces soins de suite et de réadaptation est effectuée par le directeur général de l'agence régionale de santé, sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie. ».

II. – À l'avant-dernière phrase, les mots : « d'une proportion élevée » sont supprimés par deux fois, et le mot : « significativement » est supprimé.

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, puis en 2008, 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, dans son rapport « *propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2013* », l'assurance maladie note qu'une rééducation en SSR représente un coût de près de 5000 €, alors qu'en ambulatoire, le coût est de 860 €, soit un rapport de 1 à 6 pour une même pathologie.

Bien entendu, il ne s'agit pas de remettre en cause les CRF et les SSR, mais il s'agit d'optimiser les admissions en SSR qui selon le rapport 2012 de la Cour des comptes sur « *l'application des lois de financement de la sécurité sociale* », sont inadéquates dans 10 à 20 % des cas.

Tel est l'objet de cette proposition qui vise, afin de réduire les dépenses de l'assurance maladie, à étendre la procédure d'accord préalable mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale 2011. En effet, cette mesure n'a, selon la Cour des comptes, qu'une portée restreinte car elle ne concerne que les SSR qui abusent significativement. Déjà dans son rapport de 2012, c'était l'assurance maladie qui proposait de mettre sous accord préalable les admissions qui paraissaient peu adéquates dans les SSR car non conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

L'extension de cette mesure doit être retenue car elle est une source importante d'économies (entre 200 et 250 millions d'euros).