



CSSR-FHP



Paris, le 2 octobre 2007

Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Ministère
8, avenue de Ségur
75007 PARIS

Réf : DIR/JA/ML/2007

Objet : Soins de Suite et de Réadaptation.
PLFSS 2008

Madame la Ministre,

L'objet de ce courrier est de porter à votre attention deux demandes conjointes des trois fédérations hospitalières représentatives de l'offre de soins de suite et de réadaptation (SSR) de notre pays, appelant des réponses de votre part dans le cadre de l'examen parlementaire du PLFSS 2008.

1. **Les médicaments coûteux et les dispositifs médicaux onéreux en SSR :** Pour les services de soins de suite et de réadaptation qui assument le coût des médicaments et de dispositifs médicaux onéreux dans leur enveloppe budgétaire, l'accélération des sorties de patients du court séjour vers les structures de suite emporte des conséquences sérieuses. Les prises en charge étant plus aiguës et les thérapeutiques plus complexes et coûteuses, les dépenses pharmaceutiques connaissent des progressions qui s'avèrent désormais intenable dans les budgets de nos établissements, compte-tenu des évolutions des dernières années et de celles qui s'annoncent. Cette situation pénalise évidemment les trajectoires des patients et leur fluidité. Lors de l'examen du PLFSS 2007, la FEHAP et la FHF avaient sensibilisé les parlementaires et le gouvernement précédent sur cette question, en ciblant leur propos sur les traitements de la spasticité (biotox, liorésal). Mais force est de constater que les propos compréhensifs tenus par votre prédécesseur n'ont été suivis d'aucun des effets pratiques attendus. Nombre de nos adhérents nous reprochent cet état de fait et ne comprennent pas pourquoi nos fédérations sont si inefficaces vis à vis de votre ministère sur ce sujet. Nos trois fédérations estiment que le PLFSS 2008 devrait permettre d'avancer sur cette difficulté de manière tangible, compte-tenu du fait que le périmètre des médicaments coûteux en SSR est désormais bien connu de vos services. Ces derniers estiment que cette question des médicaments coûteux et des dispositifs médicaux onéreux en SSR ne peut se résoudre qu'avec la mise en œuvre pleine et entière d'une nouvelle tarification à l'activité adaptée aux particularités du SSR, soit une perspective 2010 ou 2011. L'objet de ce courrier est de vous indiquer que nos trois fédérations ne partagent pas cette conclusion de vos services. Elles estiment bien au contraire que cette question peut et doit être traitée rapidement, notamment par la définition d'une liste de médicaments coûteux et de dispositifs médicaux onéreux (antibiothérapie de dernière génération, médicaments anticancéreux, EPO, spasticité, appareillages personnalisés en « sur-mesure ».....), faute de quoi l'efficacité des filières de soins au service de milliers de patients se dégradera gravement, ou générera des comportements d'adaptation à la contrainte aussi compréhensibles que répréhensibles (apport par le patient de ses propres médicaments, devant être financés par l'établissement de court séjour d'origine, à défaut de quoi le transfert ne peut se réaliser ; sortie ponctuelle du patient pour une prescription en ville ; etc.).

2. Le développement du secteur du SSR et le niveau des enveloppes budgétaires dans le cadre du PLFSS 2008 : Nos trois fédérations souhaitent qu'un effort substantiel puisse être fait dès le PLFSS 2008, pour accompagner budgétairement la dynamique déjà constatée, et encore devant nous, de croissance du secteur du SSR. Pour les établissements sous DAF, anciennement sous dotation globale, cette question est cruciale compte-tenu du blocage dont témoigne l'existence de 4.000 lits autorisés et non installés, faute de moyens budgétaires appropriés. Pour le secteur sous OQN, 2500 à 3000 lits ont été créés ou convertis depuis 3 ou 4 ans, mais à enveloppe et financement constants, ce qui a entraîné au titre de la LFSS 2007, comme la FHP-CSSR l'avait souhaité, une neutralisation de l'effet champ induit par ces créations. Mais la FHP-CSSR avait également souhaité une prise en charge de la « dynamique » de croissance lié à cet effet champ, c'est-à-dire un recalibrage de l'enveloppe ou des financements alloués aux SSR, qui n'a pu être obtenu. En effet et plus globalement pour les établissements et services des trois fédérations, si l'on veut raisonnablement qu'ils puissent faire face à l'alourdissement de leurs missions, il faut non seulement assurer une meilleure médicalisation des structures existantes avec des moyens souvent sous-évalués, mais aussi tenir compte des extensions de capacité liées aux nouvelles créations qui doivent bénéficier de tarifs ou de budgets adaptés. Aussi, la demande des trois fédérations est que vous puissiez intégrer notre demande dans les arbitrages relatifs à l'ODMCO et à l'ODAM, et qu'au sein de l'ODAM et de sa répartition interne, cet accompagnement budgétaire puisse être identifié entre les deux secteurs au plan national (DAF et OQN) et explicité dans sa ventilation régionale dans la circulaire budgétaire 2008. L'entente entre nos trois fédérations dont témoigne ce courrier conjoint s'intègre dans une transparence et une compréhension mutuelles quant aux préoccupations qui sont les nôtres pour les activités de SSR. Nous souhaitons naturellement que cette transparence soit partagée par vos collaborateurs et vos services en charge des allocations budgétaires et de la mission T2A.

Enfin, nos trois fédérations seront particulièrement attentives aux conditions de mise en œuvre d'une tarification à l'activité adaptée aux activités de soins de suite et de réadaptation. Elles souhaitent vous faire part, dans la note technique ci-jointe, de leurs positions communes concernant l'élaboration d'un modèle transitoire. La réussite de cette réforme, dont nos trois fédérations soutiennent le principe, suppose que les professionnels soient non seulement consultés mais écoutés. En particulier, les dimensions particulières de la prise en charge en SSR doivent être pleinement en prise en compte et le modèle d'allocation des ressources élaboré ne pourra être le simple décalque des approches retenues dans le champ MCO. A défaut, nous risquerions d'aboutir à des résultats contraires aux objectifs recherchés : ceux de parvenir à une plus grande équité dans les financements et de contribuer à une plus grande fluidité de la filière de soins

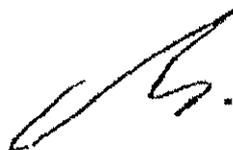
Bien évidemment, nos trois fédérations se tiennent à votre entière disposition pour les éléments complémentaires qui pourraient vous être nécessaires pour instruire nos demandes et propositions.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de notre haute considération.

**Le Président de la FEHAP,
Emmanuel DURET**

**Le Président de la CSSR-FHP,
Gabriel BOSSY**

**Le Président de la FHF,
Claude EVIN**



FEHAP – CSSR-FHP – FHF

Note technique commune au Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports sur la mise en œuvre d'une T2A adaptée aux activités de SSR

La réforme du financement du champ des Soins de Suite et de Réadaptation est désormais engagée avec la MT2A et l'ATIH, dans le cadre d'une concertation avec les représentants des Fédérations hospitalières.

Fondée sur la refonte nécessaire de la classification des activités en soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR) et la réalisation d'une enquête nationale de coût à méthodologie commune, le modèle cible d'allocation des ressources devrait, à terme (2011) :

- mieux prendre en compte la complexité clinique des prises en charge dans un contexte général d'alourdissement des pathologies accueillies ;
- contribuer à une valorisation équitable du service médical rendu, tenant compte de l'intensité de la prise en charge et des compétences et moyens mis en œuvre en fonction de la typologie de la structure d'accueil.

Au sein du modèle-cible, **la notion d'un compartiment budgétaire valorisant les plateaux techniques spécialisés**, tel que convenu avec la MT2A et l'ATIH, constitue un élément essentiel de la pertinence du dispositif, et tout particulièrement la couverture des charges de fonctionnement de ces plateaux techniques, sur le plan des moyens techniques et des compétences humaines spécifiques nécessaires. Cela ouvre la possibilité de **suppléments tarifaires ou de forfaits, en sus des tarifs de base** qui seront définis dans le compartiment« activité » du modèle-cible.

De leur bon niveau, dépendront demain la lisibilité et la cohérence d'une offre territoriale graduée, adaptée à une demande de soins diversifiée, conjuguant structures de soins polyvalentes, spécialisées, de recours et de référence.

Parce que le niveau des obligations réglementaires nouvellement assignées aux futures structures spécialisées reste relativement bas (densité quotidienne de soins requise, palette des thérapies proposées), les Fédérations hospitalières soussignées seront très vigilantes quant à la définition précise des exigences techniques éligibles aux compartiments budgétaires et tarifaires sus évoqués.

Les Fédérations hospitalières soulignent à cet égard la confusion actuellement entretenue entre les conditions techniques de fonctionnement réglementaires posées par le décret en D et

le contenu des fiches techniques des prises en charge spécialisées actuellement en voie d'élaboration et pour lesquelles la concertation doit donc reprendre.

Plus généralement, **les Fédérations se prononcent pour une plus grande transparence du modèle tarifaire :**

- énoncé par la MT2A et l'ATIH des critères retenus pour la constitution du modèle ;
- détermination du périmètre et du niveau des différents compartiments budgétaires et tarifaires qui interviendront en supplément du tarif de base ;
- réalisation d'un véritable recensement budgétaire des coûts associés aux Missions d'Intérêt Général (MIG), compte-tenu des insuffisances et du manque d'exhaustivité des données du retraitement comptable.

Les Fédérations hospitalières sont hostiles en l'état, à la notion de tarification au séjour, fondée sur une durée moyenne de séjour standardisée. L'introduction d'un indicateur prenant en compte la durée du séjour ne serait acceptable qu'accompagnée de correctifs prenant en compte des facteurs susceptibles de peser fortement sur cette durée (environnement social et familial, comorbidités, existence ou non de capacités sociales et médico-sociales en aval, chaînage des séjours...).

L'absence actuelle de prise en compte de ces correctifs induirait une sélection des patients à l'entrée en fonction du risque d'un séjour prolongé. Faute de garanties précisément déterminées sur ce sujet, les trois Fédérations se prononceraient alors pour le maintien de l'option actuelle du PMSI-SSR d'une tarification à la journée (GHJ).

Au seuil de la campagne budgétaire 2008 qui devrait voir l'enveloppe attribuée au champ SSR abondée au regard de l'alourdissement de ses missions (extension des capacités, médicalisation renforcée), **les Fédérations hospitalières se prononcent dès à présent pour la mise en place progressive d'un régime transitoire** précédant la mise en œuvre du modèle cible envisagé pour 2011.

Ce régime transitoire devrait se fonder sur les éléments suivants :

- **un pilotage national de l'expérimentation** associant directement les Fédérations et garantissant une mise en œuvre cohérente et transparente d'une ARH à l'autre, avec une évaluation « à blanc » la première année des effets de la mise en application du modèle-cible à terme, et où les établissements seront entièrement parties prenantes ;
- **une segmentation de l'offre** tenant compte de la typologie actuelle des structures en place, et de leur niveau d'intervention (structures polyvalentes et structures spécialisées) ;
- **un traitement budgétaire différencié et plus favorable pour les structures de SSR qui sont manifestement insuffisamment médicalisées,** gagé sur les crédits

supplémentaires affectés spécifiquement à la médicalisation du champ SSR au titre de la campagne 2008.

En conclusion, **les Fédérations soulignent la nécessaire prudence devant présider à toute généralisation du dispositif**, faute de disposer aujourd'hui d'une classification pertinente des activités de soins de suite et de réadaptation, tout particulièrement pour apprécier l'intensité des activités de rééducation ou la nature de la finalité de la prise en charge.

Il en va de même de la difficile appréhension de **l'activité de réadaptation et d'accompagnement de la réinsertion**, au cœur de la mission transversale des structures de soins de suite et de réadaptation.

Constitution d'une enveloppe « médicaments coûteux et dispositifs médicaux personnalisés » pour les services de soins de suite et de réadaptation.

Présenté par la FEHAP, la FHF, la FHP,

A l'article 43 du PLFSS, il est inséré un VII, ainsi rédigé :

A l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale il est inséré un deuxième alinéa :

Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation mentionnées au b de l'article L 6111-2 du code de la santé publique exercées dans les établissements de santé relevant des a), b), c), d), de l'article L612-22-6 du code de la sécurité sociale, l'Etat fixe également la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés, ainsi que la nature des dispositifs médicaux et appareillages personnalisés, qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus du financement par une dotation globale des prestations d'hospitalisation. Ces dépenses relèvent de l'objectif des dépenses d'assurance-maladie au titre du 1bis de l'article L 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs.

En raison, de la prévalence plus forte des maladies chroniques, de la pression exercée par les hôpitaux de court séjour pour accueillir plus précocement les patients et, concernant les structures de rééducation spécialisées, de l'apparition de certains traitements efficaces mais coûteux, le dimensionnement des budgets pharmaceutiques des établissements SSR apparaît de moins en moins adapté pour faire face à leur missions. Pour des structures de taille modeste, l'accueil d'un ou deux patients nécessitant une thérapie onéreuse suffit à déséquilibrer le budget annuel de médicaments. Le coût journalier de certains traitements est parfois très supérieur au prix de journée dont bénéficie la structure.

Cette situation est à l'origine de nombreux dysfonctionnements. Elle conduit à prolonger indûment le séjour de patients dans les hôpitaux d'aigu, qui bénéficient dans le cadre de la tarification à l'activité d'un financement en sus des médicaments onéreux. Pour continuer à exercer leurs missions, les établissements qui se refusent à effectuer le tri de leurs patients sont parfois invités à rechercher des arrangements avec la structure de court séjour qui continue à fournir les médicaments onéreux ou même à conseiller aux patients de se fournir auprès d'une officine. Ces pratiques qui semblent aujourd'hui tolérées sont pourtant clairement contraires à la réglementation et placent les gestionnaires hospitaliers dans une situation profondément insatisfaisante.

Ces difficultés croissantes sont signalées depuis plusieurs années par les professionnels et les fédérations hospitalières. Dans le cadre de la préparation de la LFSS 2007, l'attention des parlementaires avait déjà été appelée sur cette question par la FHF et la FEHAP. Toutefois, les propos rassurants tenus par le Ministre de la Santé lors du débat parlementaire ont été suivis de peu d'effets. Certaines ARH tentent effectivement de réserver quelques crédits complémentaires pour aider les établissements, mais ces financements sont précaires et aléatoires.

La possibilité de facturation en sus des médicaments onéreux dans le champ SSR s'est jusqu'à aujourd'hui heurtée à la position de la DHOS qui subordonnait une telle réforme à la mise en place de

la tarification de l'activité dans le champ SSR, chaque année annoncée comme imminente. Compte tenu du retard pris par ce dossier, les travaux techniques n'ont été engagés que depuis quelques mois, la mise en place du modèle cible est désormais fixée, au mieux, pour 2011.

Aussi, la présente proposition d'amendement vise à étendre au secteur SSR la possibilité de facturation en sus de certains médicaments onéreux sans attendre cette perspective sans cesse repoussée. Cette faculté serait assortie des obligations identiques à celles aujourd'hui applicables aux établissements MCO concernant le contrôle du bon usage des médicaments.

Il est à noter que les risques « inflationnistes » d'une facturation en sus des médicaments onéreux, réels dans le cadre du champ MCO, sont particulièrement faibles dans le cadre du SSR. En effet, qu'il s'agisse de patients souffrant de pathologies chroniques et accueillis en SSR pour un autre motif ou de suites de traitements médicaux, les équipes médicales des établissements de SSR ne font que poursuivre les traitements médicaux déjà engagés. Les quelques spécialités spécifiquement prescrites dans le cadre de rééducation lourdes (prise en charge de la spasticité) correspondent à des indications parfaitement documentées et pratiquées par un nombre d'équipes restreint et qui le restera compte tenu de l'environnement nécessaire à ces prises en charge.