

RECU le
13 JUL. 2011



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction de la sécurité sociale
Bureau 1B
Thomas LABRUNE
☎ : 01.40.56.72.32
✉ : 01.40.56.73.95
thomas.labrune@sante.gouv.fr
N° D/2011/6632

Paris, le 06 JUL. 2011

F.H.P. - N° : 9936
Reçu le
11 JUL. 2011
Imputation :

Monsieur le président,

Par courrier en date du 27 avril 2011, je vous ai saisi pour avis d'un projet de décret relatif à la mise en œuvre de la procédure contradictoire prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale.

Ce projet de décret est pris en application de l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011 qui a étendu la procédure de mise sous accord préalable aux établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Suite à la réunion de concertation organisée par mes services le 26 mai 2011 et afin de répondre aux interrogations soulevées, soit au cours de cette réunion, soit par retour de courrier, je vous prie de bien vouloir trouver une annexe apportant des éléments de réponse aux remarques et commentaires formulés.

En outre, je tiens à rappeler la finalité de la démarche poursuivie. Le dispositif voté en LFSS pour 2011 vise à subordonner à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie la couverture de certaines prises en charge ciblées de soins de suite et de réadaptation. Il s'appuie sur des recommandations élaborées par la Haute autorité de Santé (HAS) et en l'occurrence s'agissant des SSR, celles concernant la prise en charge des suites de quatre interventions orthopédiques ciblées : arthroplastie de hanche par prothèse totale de première intention, arthroplastie du genou par prothèse totale en première intention, ligamentoplastie du croisé antérieur du genou, chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule).

Monsieur le Président de la Fédération
de l'Hospitalisation Privée (FHP)
81 rue MONCEAU
75008 PARIS

Ces recommandations ont en effet mis en lumière que pour les interventions visées, les soins de suite et de réadaptation pouvaient être réalisés en ville à qualité thérapeutique équivalente et pour un coût moindre.

Au-delà des prises en charge, le ciblage limite aussi le nombre d'établissements concernés par la procédure : il ne s'agit donc en aucun cas d'établir une mise sous accord préalable systématique de tous les actes dans tous les établissements.

Sur la méthodologie ensuite, conformément aux engagements pris au cours de la réunion de concertation, un projet d'instruction aux agences régionales de santé est en cours d'élaboration et vous sera prochainement adressée. Cette instruction, pour faire suite aux demandes exprimées, permettra notamment d'encadrer la mise en œuvre de la procédure et d'explicitier les interventions respectives de l'Agence Régionale de Santé, de l'organisme local d'assurance maladie et des établissements ciblés, d'indiquer les modalités de ciblage des actes et des établissements, de développer le volet de sensibilisation des prescripteurs et d'insister sur la concertation locale à engager avec les fédérations hospitalières dans le cadre de l'élaboration du programme régional. L'assurance maladie a également entamé la rédaction d'une lettre-réseau pour organiser la mobilisation des caisses et la réponse de son service médical aux demandes d'accord préalable.

S'agissant enfin du calendrier, le projet de décret a été adressé pour avis aux caisses de sécurité sociale et sera publié dans les meilleurs délais.

Je vous prie d'agréer, monsieur le président, l'expression de mes cordiales salutations.



Le Directeur de la Sécurité Sociale
Dominique LIBAULT

RECU le

13 JUL. 2011

Éléments de réponse aux questions relatives à la mise en œuvre de la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale

- 1- La mise en place du dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) ne tiendrait pas compte du rôle charnière des centres SSR dans la fluidité de la filière des soins et de la qualité des soins dispensés

=> Le dispositif ne remet pas en cause la qualité des soins dispensés en établissement de soins de suite et de réadaptation. Il s'appuie sur une série de recommandations élaborées par la Haute autorité de Santé (HAS) qui ont mis en lumière que pour les pathologies visées, les soins de suite et de réadaptation pouvaient être réalisés en ville à qualité thérapeutique équivalente et pour un coût moindre.

=> Le dispositif ne concernera qu'un nombre très limité d'établissements car il sera ciblé exclusivement sur les établissements présentant des atypies statistiques. Les modalités de ciblage des établissements comprendront deux volets. Un volet national avec un pré-ciblage des établissements ayant un nombre élevé de séjours sur les gestes ciblés (10 % des établissements pour l'arthroplastie de hanche par prothèse totale en première intention PTH et 25 % pour les autres gestes). Ce ciblage national sera décliné au niveau régional afin de tenir compte des spécificités locales. Il sera en outre formalisé dans un programme régional établis par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) en collaboration avec l'assurance maladie, après concertation locale des fédérations hospitalières.

=> Pour les établissements soumis à la MSAP, le service médical de l'assurance maladie s'engage à répondre dans les 24h (hors jours non ouvrés) afin d'assurer une fluidité des soins. En outre, sur la base de l'exemple de la chirurgie ambulatoire, les refus de prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation devraient rester exceptionnels (ex : pour la MSAP en chirurgie ambulatoire, on dénombre que 1% de refus de pris en charge). Enfin, le dispositif ne sera bien entendu pas applicable en cas d'urgence attestée par le médecin ou l'établissement de santé prescripteur.

- 2- Aucune articulation n'est prévue entre le dispositif proposé et le logiciel d'aide à l'orientation des patients (dit logiciel Trajectoire)

=> Le logiciel Trajectoire vise à orienter le patient du secteur MCO vers la structure SSR la plus adaptée à ses besoins de soins de suite et de réadaptation et de préférence proche de son domicile. Il ne présente pas la même finalité que le dispositif MSAP, qui vise à vérifier la bonne application des référentiels HAS en matière d'orientation des patients entre MCO et soins de ville.

3- Les organisations s'interrogent sur le fait que la procédure s'inspire de la procédure utilisée à ce jour en cas de non respect des objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

=> L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale renvoyait jusqu'à ce jour à la procédure contradictoire utilisée pour les CPOM. A la demande du Conseil d'Etat, il a été décidé, dans un souci de lisibilité juridique, de renvoyer à un texte distinct la procédure contradictoire en cas de MSAP. La procédure est cependant similaire, puisque, comme dans les CPOM, le projet de décret reprend les principes de la procédure contradictoire rappelés par la jurisprudence du Conseil constitutionnel (cf. notamment décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 sur la loi assurance-maladie)¹. Ainsi, la procédure s'articule en 3 étapes :

- Le directeur général de l'ARS sur proposition du directeur de l'organisme local de l'assurance-maladie adresse à l'établissement un courrier indiquant son intention de mettre l'établissement sous MSAP.
- L'établissement dispose d'un délai d'un mois pour faire ses observations écrites et/ou orales.
- A l'issue de ce délai, le directeur général de l'ARS lui notifie sa décision ou son renoncement de mise en œuvre de la MSAP. La décision de mise en œuvre de la MSAP mentionne la date d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, la nature des prestations concernées ainsi que les délais et voies de recours.

4- La procédure MSAP/SSR devrait être alignée sur celle mise en place pour les médecins (art. L.162-1-15) qui est plus respectueuse de la procédure contradictoire

=> Les deux procédures comportent des différences de fond, qui rendent la comparaison difficile. La procédure MSAP/médecins fait notamment intervenir la commission des pénalités. Cette saisine n'est pas prévue au cas présent car le texte ne prévoit pas de pénalités comme dans l'article L. 162-1-15. La saisine de la commission des pénalités n'a donc pas à être envisagée. Elle ne permettrait en aucune manière de mieux respecter le principe du contradictoire. En effet, l'établissement est informé en amont, dès l'intention de mise sous MSAP, par un courrier, des prestations qui pourraient être concernées et de la durée d'observation. L'établissement disposera d'un délai d'un mois pour présenter ses observations écrites ou être entendus. Enfin, le ciblage des établissements sera précisé et encadré dans un programme régional élaboré par l'ARS en concertation avec les représentants locaux des fédérations hospitalières.

5- La procédure MSAP/SSR englobe-t-elle également l'établissement MCO prescripteur ou ne concerne que l'établissement SSR ?

¹ La décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 précise (cf. à propos de l'article sur les pénalités) que la pénalité n'étant prononcée qu'après que l'intéressé aura été mis à même de présenter des observations écrites ou orales ; par suite, le principe des droits de la défense n'est pas méconnu ; qu'en outre, l'intéressé pourra contester le bien fondé de la sanction devant le tribunal administratif. Donc au cas présent, le projet de décret permet donc bien d'assurer le respect du principe du contradictoire.

