

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

13 octobre 2016

PLFSS 2017 - (N° 4072)

Rejeté

**AMENDEMENT**

N° AS68

présenté par

M. Door, Mme Poletti, M. Lurton, M. Jean-Pierre Barbier, M. Aboud et M. Jacquat

**ARTICLE 44**

Substituer à l'alinéa 6 les cinq alinéas suivants :

« *Art. L. 162-22-6-1.* – Une expérimentation peut être menée, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2017 et pour une période n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes en chirurgie ambulatoire. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Participent à l'expérimentation les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de soins de chirurgie, au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique.

« Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, au paiement direct des honoraires par le malade prévu à l'article L. 162-2 du même code, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à L. 162-5-17 dudit code.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

« En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Comme cela s'est déjà fait pour l'insuffisance rénale chronique et pour la radiothérapie, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale du 23 décembre 2013, article 43, il est proposé

d'expérimenter la mise en place d'un parcours de soins pour le patient pris en charge en chirurgie ambulatoire.

En effet, dans le cadre de la politique du virage « ambulatoire » engagée par le rapport Véran, l'objectif est de mettre en place une expérimentation permettant d'établir l'ensemble des coûts médicaux liés à une intervention, qui relèvent tant des dépenses hospitalières que des dépenses de ville. L'ensemble de ces coûts ainsi défini est appelé **coût de base par épisode de soins**. On peut les définir comme l'ensemble des coûts payés par l'assurance maladie pour une intervention donnée, et qui sont directement liés à l'intervention, c'est-à-dire sans prendre en compte ceux liés à l'état général du patient ni les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste.

L'objectif du présent amendement consiste à mener une expérimentation pour définir le champ de cet épisode de soins, les acteurs qui y participent et son coût de base pour l'établissement de santé.

L'évaluation médico-économique de ce mode de paiement aura pour but de comparer les coûts réellement engagés dans l'expérimentation et ceux versés sur la base du paiement à l'épisode. Cela permettra de disposer d'une base factuelle permettant d'évaluer les impacts médico-économique.

L'établissement devra fournir préalablement à l'expérimentation, le chemin clinique précisant notamment :

- Les critères d'inclusion des patients,
- Les critères de sorties (pour éviter les sorties prématurées),
- Les critères de reprise d'activité.

Le point de départ consiste à analyser sur la plus grande population possible l'ensemble des coûts payés par l'assurance maladie pour une intervention donnée (dépenses hospitalières et dépenses de ville) pour une durée à définir dans un cadre expérimental.