

ASSEMBLÉE NATIONALE

21 octobre 2011

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012 - (n° 3790)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 416

présenté par
M. Tian-----
ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 35, insérer l'article suivant :**

Après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-25 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-25.* – L'action des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapporte la prestation.

« Les dispositions prévues au premier alinéa s'appliquent également aux établissements mentionnés au 2° et au b du 5° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi qu'à ceux mentionnés à l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements de santé tarifés à l'activité (en l'espèce, les établissements antérieurement sous dotation globale) et les établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée disposent actuellement d'un délai très long pour émettre et modifier leurs factures.

Ce délai est incompatible avec un pilotage pertinent de l'ONDAM qui nécessite de disposer le plus rapidement possible des données de dépenses afférentes à l'exercice en cours, et, plus généralement, d'être en mesure de rattacher les dépenses réalisées au bon exercice.

Ce constat a été pointé par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de la CNAMTS pour l'exercice 2010 mais également par l'IGAS dans le cadre du rapport sur le respect de l'objectif global de dépenses rendu en mars 2011.

La Cour des comptes insiste sur la nécessité de mieux identifier le rattachement des charges au bon exercice afin d'améliorer le suivi comptable de la facturation de la part activité des établissements de santé anciennement sous dotation globale.

Sur le champ médico-social, l'IGAS a estimé que les comparaisons entre les montants tarifés par les ARS et le montant des dépenses correspondantes de l'assurance maladie qui lui ont été communiqués ne permettaient pas de porter une appréciation solide sur le niveau de réalisation de l'exercice 2011 notamment car une part non négligeable des dépenses 2010 porte sur les exercices antérieurs sans qu'il soit possible de les identifier clairement par exercice de rattachement.

La mesure proposée vise ainsi à corriger l'incertitude entachant le constat de réalisation des sous objectifs de l'ONDAM relatifs aux établissements de santé tarifés à l'activité et aux établissements pour personnes handicapées, du fait des difficultés d'imputation des dépenses aux bons exercices de rattachement.

Elle fixe un délai d'un an pour l'émission et la rectification des données de facturation des établissements de santé tarifés à l'activité et des établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée. Passé ce délai, l'action des établissements auprès de l'assurance maladie pour le paiement des prestations réalisées n'est plus possible.

En ce qui concerne les établissements de santé, la mesure proposée vise également à harmoniser les dispositions relatives aux établissements publics (ex-DG) et privés (ex-OQN) qui sont aujourd'hui hétérogènes.