

ASSEMBLÉE NATIONALE

13 octobre 2022

PLFSS POUR 2023 - (N° 274)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 395

présenté par

M. Neuder, Mme Bonnivard, M. Ciotti, M. Nury, M. Dumont, M. Brigand, M. Vincendet,
M. Taite, M. Dubois, M. Descoeur, Mme Anthoine et M. Portier

ARTICLE 44

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements font aujourd'hui l'objet d'un contrôle qui peut donner lieu à sanction, dès lors que les règles de codage et de facturation n'ont pas été appliquées. Ce principe est nécessaire pour assurer un contrôle des financements des établissements et éviter des pratiques illégales délibérées.

Cependant, le présent article propose de permettre une extrapolation à partir des indus constatés : il est ainsi permis de demander une récupération de sommes sans pour autant pouvoir attester de leur caractère véritablement indu. Ce transfert de responsabilité est inacceptable et semble contrevenir plusieurs principes de notre droit.

La disposition semble d'abord aller à l'encontre des droits de l'établissement mis en cause. Cela revient à renverser la charge de la preuve en imposant à l'établissement de santé d'apporter les preuves du respect des règles de facturation dossier par dossier sur l'ensemble de son activité. Cette tâche sera tout aussi longue, difficile et coûteuse en temps et moyens humains et matériels qu'elle ne l'est pour les CPAM alors que le contrôle de la facturation relève de leur compétence.

La disposition semble également aller à l'encontre du droit à l'erreur institué par la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance. En effet, ce droit à l'erreur a été codifié aux articles L. 123-1 et L. 123-2 du code des relations entre le public et les administrations et permet aux administrés de bonne foi de ne pas être sanctionnés la première fois qu'ils commettent une erreur. Ces articles précisent que la preuve de la mauvaise foi appartient à l'administration.

Les établissements publics de santé s'inscrivent actuellement dans un contexte de sous-activité depuis le début de la crise sanitaire. Plus de 75% des établissements publics de santé ont bénéficié du dispositif de garantie de financement et disposent donc de recettes théoriques 2021 inférieures à celles de 2019. Proposer, dans ce contexte, de faire peser une pression accrue sur la question du codage, avec la menace de sanctions financières bien supérieures à celles connues à l'heure actuelle, alors même que les établissements s'interrogent sur leur soutenabilité financière, paraît décalé.

Pour rappel, les établissements publics de santé ne rémunèrent pas leurs praticiens en fonction de l'activité réalisée : ils n'ont donc aucun intérêt personnel à favoriser un codage erroné donnant lieu à une valorisation supérieure du séjour. Les indus constatés dans les établissements publics s'expliquent davantage par une absence de matérialité dans le dossier médical des motifs ayant conduit au codage du diagnostic qu'à une mauvaise intention visant à survaloriser un séjour.

Par ailleurs, l'échantillon des séjours contrôlés n'est jamais le fruit du hasard mais fait au contraire l'objet d'une sélection ciblée par les contrôleurs de l'assurance maladie sur des typologies de séjours où il y a des divergences d'interprétation et sur les séjours à forte valeur. Dans ces conditions, aucune extrapolation ne peut être faite, au risque d'une survalorisation conséquente des indus, et donc des sanctions. Les hôpitaux publics étant dans une situation financière très fragile, ils ne pourront assumer de telles ponctions, après trois années de crise sanitaire où ils n'ont pas économisé leurs efforts et assumé pleinement leur rôle de bouclier sanitaire de la nation.