

La FHF dénonce les qualifications injustifiées et malvenues de « fraude » par Bercy

Paris – Le 08 janvier 2019 – Dans le « Bilan 2017 de la fraude aux finances publiques », publié par la Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) fin 2018, les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont pointés du doigt de manière biaisée. La Fédération hospitalière de France (FHF) rappelle la complexité liée à la facturation de la T2A (tarification à l'activité) et les problématiques liées à son contrôle. Elle réclame ainsi davantage de clarté dans l'exercice de la facturation de la T2A, des contrôles impartiaux et l'abandon du terme « fraude ». La FHF dénonce vivement une attaque particulièrement malvenue envers les établissements hospitaliers et les EHPAD, alors que la priorité de chacun devrait être l'organisation et le financement de soins de qualité pour les Français.

La FHF regrette que les contrôles T2A soient souvent partiels, ciblés sur des séjours aux règles complexes et dont les interprétations divergent entre l'Assurance maladie et les établissements. Ils sont en outre menés à charge.

La FHF refuse cette accusation visant à remettre en cause l'honnêteté des établissements. La FHF rappelle la complexité voire l'illisibilité des règles de codage fixées par de nombreux textes, circulaires, classifications, décrets et guides émanant du ministère de la Santé, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou d'autres instances. Toutes ces règles sont sujettes à interprétation et parfois mal maîtrisées par l'Assurance maladie elle-même.

La nature même du codage (soit d'un diagnostic/complication, soit d'un acte réalisé) peut être la source de nombreux dysfonctionnements qualifiés de « fraudes » dans le rapport de la DNLF. Rappelons, par exemple, qu'il existe pas moins de 32 règles pour la détermination du seul diagnostic principal du patient. De plus, ces règles évoluent chaque année, ce qui complexifie la formation continue des codeurs et notamment des cliniciens et des soignants qui naturellement doivent privilégier la prise en charge de leurs patients.

Clarifier les règles du codage des actes

La FHF souligne que les conditions du contrôle tel qu'il s'opère par l'Assurance maladie donne une vision biaisée de ce qui peut être qualifié ou non de « fraude ». Une grande partie de la somme récupérée sur les contrôles porte en effet sur les hospitalisations de jour (HDJ) de médecine. Rappelons que la FHF, comme les médecins DIM (Département d'information médicale), sont en

désaccord avec l'Assurance maladie sur l'application de la circulaire frontière (circulaire fixant la frontière entre ce qui relève de l'hospitalisation de jour et ce qui relève d'une activité réalisée sur un plateau technique sans hospitalisation). Ces contrôles ont donné lieu à des demandes de remboursement d'indus voire à des pénalités, et ont largement freiné le développement de l'ambulatoire en médecine, pourtant souhaitable pour les patients, leur entourage et les établissements de santé.

Le retour vers l'équilibre de l'Assurance maladie se réalise déjà largement sur le dos des établissements de santé ([cf CP FHF du 19 juin](#)) : taux d'évolution de l'ONDAM (Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie) hospitalier systématiquement inférieur à celui des autres acteurs de santé ; baisse tarifaire continue fondée sur des prévisions d'activité en volume surestimées ; sous-exécution de l'enveloppe hospitalière (400 M€ en 2017) du fait de ces baisses tarifaires trop élevées qui a provoqué le doublement du déficit des hôpitaux publics en une seule année, pour ne citer que quelques faits. **Ce rapport de la DNLF faisant état de « fraudes » à la tarification sont une attaque voire une provocation de plus envers les établissements hospitaliers, alors que la priorité de chacun devrait être l'organisation et le financement de soins de qualité pour les Français.**

Quelques éléments chiffrés

Les établissements facturent plus de 34 Mds€ de prestations financées à l'activité (hospitalisations ; molécules onéreuses et dispositifs implantables financés en sus ; activité externe) dont 27 Mds€ de GHS, Groupes Homogènes de Séjour (hospitalisations MCO), les 58 M€ de « fraudes » représentent donc 0,2% des GHS, ou encore 0,17% des recettes d'activité totales.

Les recettes lambda (recodage des séjours de l'année précédente) sont d'environ 150 M€ tous les ans, soit une sous-facturation environ 3 fois supérieure aux « fraudes » ou plutôt surfacturation (selon l'interprétation de l'Assurance Maladie).

Contacts presse :

FHF

Camille Trocherie – 01 44 06 85 21 - c.trocherie@fhf.fr

Agence PRPA

Anne Pezet - 06.87.59.03.88 - anne.pezet@prpa.fr
Raphaëlle Genin - 06.63.09.33.85 - raphaelle.genin@prpa.fr