



Note du collectif médecins

COVID-19 et T2A

Montreuil, le 19 mai 2020

Que la prise en charge hospitalière de la COVID-19 soit une activité hospitalière qui a un coût qui devra être financé, nul ne peut en douter. **Mais le juste remboursement aux établissements des dépenses 2020 occasionnées par la prise en charge cette maladie** que personne ne connaissait, comparable à nulle autre et qui a nécessité et nécessitera peut-être encore cette année une débauche de moyens, **est-il compatible avec les tarifs imposés par la T2A ?**

C'est de toute évidence ce que pensent les « experts » de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) chargée de la gestion du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de l'établissement des tarifs de la T2A.

Suite à la demande d'une transmission rapide de données de santé par l'OMS¹ dans le cadre de l'urgence de santé publique que constitue l'émergence d'un nouveau coronavirus et à la publication de l'arrêté du 21 avril 2020², les établissements de santé ayant une activité MCO doivent faire remonter à l'ATIH un relevé hebdomadaire des données du PMSI, c'est-à-dire des résumés de sortie d'hospitalisation (RSS). « L'objet de ce recueil vise à fournir le maximum d'informations concernant la prise en charge des patients atteints de COVID-19. Ces données vont rejoindre un ensemble d'informations pour la constitution d'un entrepôt de données dans le Health Data Hub qui devrait réunir les conditions pour permettre à l'ensemble de la communauté scientifique de mieux connaître et de lutter contre l'épidémie que nous subissons actuellement »³.

Dans l'arrêté du 21 avril 2020, il n'est nulle part fait allusion à un financement de la dite pathologie, donc à

un traitement des RSS COVID-19 dans l'algorithme de groupage qui permet de classer les RSS dans les groupes homogènes de malades (GHM) et par voie de conséquence de leur attribuer les tarifs de la T2A :

1 GHM=1groupe homogène de séjours (GHS)=1 tarif.

Or selon le manuel des GHM 2020⁴, les résumés de sortie d'hospitalisation (RSS) qui portent en diagnostic principal un des 5 codes de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10)⁵ identifiant la COVID19 (U07.10, U07.11, U07.12, U07.13, U07.14, U07.15) se voient attribuer un des GHM des 5 racines fourre-tout suivantes :

- 1- 04M06 : Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans
- 2- 04M07 : **Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans**
- 3- 18M02 : Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans
- 4- 18M03 : Maladies virales, âge supérieur à 17 ans
- 5- 23M20 : Autres symptômes et motifs de recours aux soins.

Les 4 premières racines sont scindées en 4 GHM en fonction du niveau de gravité (4 niveaux) et les séjours de courte durée sont identifiés dans un GHM spécifique dans les racines 1,2,4,5. Ce sont ces GHM qui sont valorisés en groupes homogènes de séjours (GHS) et associés aux tarifs utilisés pour le financement des hôpitaux « à l'activité » (T2A). On connaît pour chaque GHM/GHS, son tarif pour 2020⁶. Lors de la valorisation des séjours il est ajouté un forfait journalier si le malade a été pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de soins continus⁷. Les séjours COVID-19 ayant été répartis dans

1. OMS FOCUS TECHNIQUE : Investigations épidémiologiques et cliniques précoces du COVID-19 pour la réponse en santé publique.

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/200224-early-investigations-one-pager-v3-french.pdf?sfvrsn=8aa0856_10

2. Arrêté du 21 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

3. ATIH Etat d'urgence sanitaire lié à l'épidémie de COVID-19. Remontée simplifiée et accélérée des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en MCO (PMSI-MCO) Notice CIM-MF-244-2-2020 du 22 avril 2020.

4. ATIH Manuel des GHM - Version provisoire 2020 -Volume 1- Présentation Générale (modifiée le 10/04/2020) – chapitre 10.4 Introduction des modifications de la CIM-10 - pages 118 et 119 <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-provisoire-2020>

5. ATIH CIM-10FR à usage du PMSI La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes Edition 2020 <https://www.atih.sante.fr/cim-10-fr-2020-usage-pmsi>

6. <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

7. III. Les tarifs des suppléments journaliers mentionnés aux 7° (TDE) et 8° (TSE) de l'article 7 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

22 GHM/GHS valorisés, il est donc prévu de financer les hôpitaux pour cette maladie selon les règles communes à hauteur des tarifs 2020⁸.

Que le traitement informatique des RSS dans le PMSI soit indissociable de la fonction de groupage (*classement dans des GHM*), peut-être. Que le programme de classement dans les GHM (algorithme) doive être modifié lors de l'introduction de toute nouvelle maladie, certainement. Mais rien ne s'opposait à la création d'une catégorie majeure de diagnostic (CMD) spécifique du COVID-19, comme cela a été fait pour le VIH (CMD N°25). Il n'y a aucun doute possible, le programme a été modifié. Ce n'est pas « l'ordinateur » qui a pris l'initiative d'inclure les codes CIM10 de la COVID-19 dans les listes de codes qui, dans l'algorithme, orientent les RSS vers les 5 racines de GHM concernées. Un ordinateur ne fait que ce qu'on lui demande de faire. Il ne se trompe jamais. **Qui a pris l'initiative d'attribuer des GHM/GHS déjà existants, donc des tarifs, à la COVID-19 ? Qui en a donné l'ordre ?**

Cette attribution de tarifs à la COVID-19 faite au doigt mouillé est emblématique de ce qu'est en réalité le financement des hôpitaux à l'activité (T2A). Celui-ci est en fait très éloigné de ce qu'on nous a présenté lors de sa mise en place en 2004/2005.

La T2A repose sur le postulat que, bien que chaque malade soit unique, il est possible de regrouper dans des GHM les séjours hospitaliers de même nature médicale qui génèrent des coûts du même ordre de grandeur.

Selon la présentation qu'en a faite Zeynep Or⁹, « *les GHM, comme leur nom l'indique, identifient les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients. Le principe de base est de payer le même prix pour les mêmes prestations, à condition que l'on puisse fournir une description clinique correcte des patients pris en charge et des différentes prestations délivrées par les établissements de santé.* ». Toute personne ayant travaillé sur les bases de données du PMSI sait que les GHM n'ont d'homogène que le nom et la cohérence des regroupements faits n'est pas toujours perceptible. C'est le cas de la COVID-19 qui se retrouve entre autres avec l'abcès amibien du poumon, la peste pulmonaire, la coqueluche, les pneumopathies de la varicelle ou de la rougeole, la toxoplasmose pulmonaire, les candidoses pulmonaires, le SRAS,... dans les GHM des racines 04M06 et 04M07¹⁰ ou dans les racines 18M02 et 18M03 avec des maladies virales banales ou non comme la poliomyélite aiguë, la fièvre jaune, la dengue, le virus

EBOLA, la varicelle, la variole, la rougeole, les oreillons, ... et chez l'enfant les fièvres d'étiologie indéterminée¹¹. Pour pouvoir utiliser les GHM à des fins de financement malgré cette hétérogénéité et avoir des GHS plus cohérents, on en a multiplié le nombre en particulier en créant des niveaux de gravité. On est passé ainsi de près de 500 GHM en 1986 à un peu moins de 3 000 en 2020. Il a été ajouté des bornes hautes et des bornes basses de durées de séjour qui permettent de moduler les tarifs en ajoutant ou en soustrayant des forfaits journaliers selon les cas. Enfin, il est ajouté des forfaits journaliers pour séjour dans une unité de réanimation, de soins intensifs de soins continus ou en cas de dialyse péritonéale, de radiothérapie, de défibrillateur cardiaque et séjour en antepartum dans une maternité. On est passé du tarif unique par GHM à un tarif mâtiné prix de journée. Mon malade n'est pas encore unique, mais on y revient.

Il s'ajoute à ça une totale opacité dans le mode de calcul des tarifs des GHS^{12,13}.

Chaque année, l'ATIH conduit une Etude nationale des coûts (ENC) qui permet de collecter les coûts d'un échantillon d'établissements de santé privés et publics ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Cette étude a pour objectif « *de produire des référentiels de coûts c'est à dire des coûts moyens nationaux par type de prestation de soin réalisée par les établissements de santé. Ces référentiels permettent aux établissements de situer leurs propres coûts. Ils sont utilisés au niveau national pour déterminer les tarifs hospitaliers. L'ATIH utilise également ces informations pour ses travaux de classification et d'évolution des modèles de financement.* ». Comme il s'agit d'établissements volontaires, l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des établissements et comporte un nombre insuffisant de séjours pour certains GHM. De ce fait, il doit subir de nombreux traitements statistiques pour se rapprocher de la réalité nationale¹⁴.

Ces coûts sont ensuite transformés en tarifs pour s'ajuster à l'enveloppe de l'ONDAM en intégrant des modulations tarifaires et les orientations des autorités sanitaires. De ce fait, les coûts issus de l'ENC et les tarifs n'ayant n'étant plus directement comparables, l'ATIH publie un guide méthodologique permettant de « mesurer la distorsion entre l'échelle de tarifs actuelle et l'échelle de tarifs issus des coûts¹⁵ ».

8. Les tarifs des 5 GHM/GHS concernés et les suppléments journaliers sont présentés dans le tableau ci-dessous.

9. Zeynep Or, Thomas Renaud. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) IRDES DT n°23 – Mars 2009

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf>

10. GHM 2020 CMD 04 Voir liste D-0405 : infections et inflammations respiratoires

<https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3771/vol2cmd04.pdf>

11. GHM 2020 CMD18 Voir listes D-1801 : Maladies virales et D-1802 : Fièvres d'étiologie indéterminée

<https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3771/vol2cmd18.pdf>

12. Le Menn J, Milon A. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) de la commission des affaires sociales (2) sur le financement des établissements de santé. Sénat N°703 25 juillet 2012.

13. Mougeot M, Naegelen F. La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux. Revue française d'économie, 2014/3 Volume XXIX | pages 111 à 141

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2014-3-page-111.htm>

14. ATIH. Service financement et analyse économique- Service Etudes nationales des coûts. ENC MCO 2017. Note de fin de campagne. Mars 2020 - 29 pages.

15. ATIH Service Financement et analyse économique. Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs. Guide méthodologique. Novembre 2019.-18 pages.

Comme le fait remarquer M. Mougeot (voir encadré ci-dessous) : « Cette procédure opaque et d'une grande complexité s'appuie ... sur des données de mauvaise qualité et peu significatives. Les différents ajustements effectués à partir de ces données contestables aboutissent à des distorsions importantes dans la relation entre le coût moyen et le tarif (ou plutôt les tarifs) final. ». En fait il apparaît que le seul objectif de cette tarification qui fait fi des malades, n'est pas de payer les soins à leur juste valeur mais de tenir dans l'enveloppe de l'ONDAM.

La seule vertu que d'aucuns pourraient concéder à ce mode de financement déconnecté des coûts réels hospitaliers, serait de permettre à terme l'éradication de l'hôpital public, à défaut de pouvoir éradiquer le coronavirus.

La COVID-19 a montré la situation de précarité dans laquelle se trouvait notre système hospitalier. L'intelligence serait de travailler à un autre mode de financement. Celui-ci devrait être élaboré en concertation avec les personnels soignants et en ne se limitant pas au cercle restreint des personnalités médicales bien en cour.

Docteur Evelyne COMBIER MD, PhD
Pédiatre
Spécialiste en santé publique

Extrait de : **Mougeot M, Naegelen F. La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux. Revue française d'économie, 2014/3 Volume XXIX | pages 123 et 124**

En principe, les tarifs sont définis à partir de la comptabilité analytique sur la base des coûts complets résultant de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune. Cette étude est réalisée sur un échantillon d'établissements et permet de calculer les coûts imputables à chaque séjour, hors coût de structure, moyennant un certain nombre d'ajustements. Cependant, ces coûts ne servent qu'indirectement à déterminer les tarifs, qui doivent tenir compte de la dotation globale définie par la sous-enveloppe des établissements de santé de l'ONDAM votée par le parlement, ainsi que des orientations spécifiques définies par les autorités sanitaires

Les coûts servent ainsi à définir une échelle de coût. Ils sont transformés en tarifs bruts par application d'un coefficient unique, pour s'ajuster à l'enveloppe globale, tout en intégrant les modulations de tarifs liées à l'existence de bornes basses et hautes. Les tarifs ainsi obtenus sont ensuite modifiés pour tenir compte des orientations spécifiques des autorités sanitaires et les variations de recettes consécutives à l'application des tarifs sont en outre limitées (jusqu'en 2012) pour permettre aux établissements de s'adapter. Ces tarifs font encore l'objet de nouvelles modifications pour tenir compte des spécificités de l'année en cours et sont, de plus, conditionnés à des objectifs de stabilité.

Cette procédure opaque et d'une grande complexité s'appuie d'autre part sur des données de mauvaise qualité et peu significatives. Les différents ajustements effectués à partir de ces données contestables aboutissent à des distorsions importantes dans la relation entre le coût moyen et le tarif (ou plutôt les tarifs) final

Tarif des GHM/GHS concernant la COVID-19

GHS	GHM	LIBELLE	Bornes basses	Bornes hautes	TARIF (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
1146	04M061	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	-	9	2 382,37	-	142,15
1147	04M062	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans, niveau 2	-	24	4 514,66	-	240,33
1148	04M063	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans, niveau 3	-	32	6 437,33	-	354,05
1149	04M064	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	-	11 018,04	-	-
1151	04M071	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-	10	2 208,82	-	153,49
1152	04M072	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	-	18	3 829,70	-	139,93
1153	04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	-	27	5 941,92	-	97,29
1154	04M074	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	-	47	7 887,81	-	286,16
6763	18M021	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	-	3	940,83	-	288,16
6764	18M022	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans, niveau 2	-	7	2 415,44	-	242,16
6765	18M023	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans, niveau 3	-	14	4 110,60	-	422,63
6766	18M024	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans, niveau 4	-	19	6 223,74	-	475,53
6767	18M031	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-	7	1 723,02	-	143,32
6768	18M032	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	-	12	2 976,36	-	117,77
6769	18M033	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	-	33	5 449,44	-	363,36
6770	18M034	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	7	42	9 263,76	1 271,44	351,98

Il faut ajouter à ces tarifs de base un forfait journalier lors des passages dans les unités de réanimation, de soins intensifs ou de soins continus, soit respectivement chez l'adulte : 807,21€, 404,08€, 323,27€ et 914,93€ réanimation pédiatrique¹.

1. III. Les tarifs des suppléments journaliers mentionnés aux 7° (TDE) et 8° (TSE) de l'article 7 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.