



T2A : tous égaux !

Marc-Antoine Rousseau (AIHP 1999)
Vice-Président de l'AAIHP

La tarification à l'activité (T2A) généralise le financement de tous les établissements de santé français en fonction de l'activité réalisée. Être pour ou être contre, là n'est plus vraiment la question car cette année s'achève la transition progressive de la réforme qui a commencé en 2004. Historiquement, les établissements publics et privés avaient des modes de financements différents. Les recettes des établissements privés étaient bien sûr liées à leur activité : facturation de forfaits de prestation pour l'établissement, cotation des actes pour la rémunération des médecins, selon un principe libéral. Quant aux établissements publics, ils recevaient une dotation globale avec un budget annuel à utiliser pour répondre à leur mission.

Désormais les deux systèmes convergent vers un fonctionnement identique pour le calcul des recettes. Avec la T2A, chaque patient hospitalisé est caractérisé par son diagnostic principal (DP), la réalisation ou non d'un acte classant opératoire (CCAM), les éventuelles complications/co-morbidités (CMA). L'âge et la durée de séjour sont également pris en compte. L'ensemble de ces éléments déterminent un GHM, groupe homogène de malade et mécaniquement par suite un GHS, groupe homogène de séjour, pour la tarification. L'homogénéité et la cohérence des GHM se veulent médicales et économiques : médicales puisque la classification des GHM est fondée sur la "catégorie majeure de diagnostic" qui dépend elle-même d'un appareil fonctionnel ou d'un type d'hospitalisation ; économique puisque les séjours classés sous un même GHM ont, par construction, des consommations de ressources voisines. La classification des GHM / GHS est le fruit d'un algorithme informatisé : arbre avec nœuds binaires et fonctions de décisions.

Plus précisément, le diagnostic principal rentre dans le cadre d'une catégorie majeure de diagnostic (CMD) qui détermine directement le GHM. Le GHM peut alors être de plusieurs types, principalement deux types : GHM chirurgical si réalisation d'un acte classant opératoire ; GHM médical en l'absence d'acte classant opératoire. Ainsi, les 224 actes opératoires pour le rachis par exemple sont : interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses (GHM 08C51) ; autres interventions majeures sur le rachis (GHM 08C52) ; autres interventions majeures sur le rachis (GHM 08C27) ; interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques (GHM 01C05). La simplification peut sembler radicale et a de quoi décourager les codeurs soucieux du détail. Ensuite, selon les complications ou comorbidités survenant pendant la prise en charge, le GHM / GHS a 4 niveaux de sévérité : le détail des tarifs en euros montre qu'il y a des diagnostics associés économiquement significatifs à ne pas manquer. Enfin,

la durée de séjour est prise en compte avec la notion de durée de séjour "idéale" pour chaque niveau de sévérité du GHM avec une borne basse et une borne haute : un forfait est déduit si la durée d'hospitalisation est inférieure à la borne basse, le tarif est majoré pour chaque jour au dessus de la borne haute (mais de manière relativement contre productive). Tous ne comprennent pas le rationnel de la borne basse : ne faudrait-il pas simplement la supprimer ? De plus, l'âge est un indicateur supplémentaire car les patients de plus de 69 ou 79 ans ont souvent plusieurs affections dont chacune ne correspond pas aux critères de CMA mais dont le cumul est pris en compte : par exemple, un âge supérieur 69 ans est une comorbidité pour tous les GHM chirurgicaux spécifiques au rachis (CMD 08). Cela semble intéressant mais redevient statistique et non-individuel : est-ce bien dans l'esprit de la T2A ?

L'application de la T2A suppose donc que tout établissement de santé, privé ou public, doit pouvoir tenir une comptabilité en temps réel pour la facturation des séjours patient par patient. L'effort est mis sur le codage des caractéristiques médicales du patient, qui doit être fait et complet pour la sortie afin de valoriser au mieux l'activité et générer des recettes. Etant donné que le maître mot de cette organisation est la rentabilité, d'aucuns peuvent penser qu'elle est source d'effets pervers qui détournent les établissements publics de leurs missions de recherche, d'enseignement et de soin inconditionnel des patients. Outre ces trois missions fondamentales d'intérêt général qui sont par nature non économiques, une quatrième mission pour les médecins salariés hospitaliers est désormais de coder le mieux possible, cette ultime mission étant prioritaire pour subsister. Une part de l'énergie est utilisée pour jouer de tous les artifices possibles afin de "gonfler" les recettes. Spontanément, la première approche commune est d'optimiser les déclarations en utilisant au mieux les règles de codage. Les codes qui ont du poids sont recherchés, les codes simplement descriptifs sont négligés. Quid de la fiabilité du recueil de données du PMSI ? à la limite ce biais ne concernerait que les écritures, sans incidence sur le malade. Une autre approche, infiniment plus redoutée, serait la modification inflationniste des pratiques médicales, voire une forme de sélection, consciente ou inconsciente, des soins ou des malades visant à répondre à cette quatrième mission, celle de la rentabilité. Nous devons être bien conscients qu'il est nécessaire de maîtriser les dépenses de santé pour entretenir le système de solidarité dont nous jouissons et que d'autres pays nous envient ; qu'il est important de stimuler et de rendre compétitif l'hôpital public ; qu'il est juste de faire que la pratique de la médecine publique et la médecine libérale ne soient pas différentes. Est-ce seulement possible ? Néanmoins, aujourd'hui nous avons la T2A.