

NOTE

Éléments sur la grève du codage à l'AP-HP

Conseil de surveillance du 28 février 2020

ETAT DES LIEUX AU 31 JANVIER 2020

Le mouvement de grève du codage a démarré depuis mi-octobre 2019, à l'AP-HP, et prend différentes formes de « rétention » des informations permettant de facturer les recettes en lien avec l'activité médicale réalisée par les services de l'AP-HP.

Au 18 février, le département d'information médicale (DIM) relevait environ 75 513 séjours non inclus dans les remontées PMSI (soit environ 22.5% des séjours attendus) pour les mois d'octobre à décembre 2019, pour une valorisation estimée entre 143 M€ et 172 M€.

En pratique, le mouvement prend trois formes différentes de « rétention » :

- 46 166 séjours (soit 61%) en hospitalisation complète et partielle sont codés et prêts à l'export mais restent informatiquement retenus (c'est-à-dire codés mais non validés). Ces séjours pourraient être facturés à l'assurance maladie dès la libération du flux informatique;
- 6% des séjours font l'objet d'une rétention « dégradée » (diagnostics manquants ou partiels) ;
- 26% n'ont fait l'objet d'aucun codage dans Orbis (codage papier ou absent) ;
- Le reste des séjours (7%) n'est pas codé via Orbis et ne peut pas être estimé selon la même méthode.

La première forme de rétention rend moins complexe et moins aléatoire le rattrapage du retard de codage que la deuxième et –surtout– la troisième modalités.

A ce volume de séjours retenus, il faut ajouter le montant des molécules et DMI sur liste en sus, ATU ou post-ATU, que l'AP-HP a achetés mais dont elle n'a pas pu percevoir le remboursement prévu (à l'euro l'euro), faute de rattachement (appariement) à un séjour.

Pour 2019, ce sont ainsi environ 77 M€ de produits de santé qui n'ont pas fait l'objet de ce remboursement. **Le volume financier total de recettes non perçues peut donc être estimé au 18 février à 249 M€.**

PRINCIPE GENERAL DES REMONTEES PMSI ET DES VERSEMENTS ASSURANCE MALADIE

Le DIM de l'AP-HP adresse, chaque mois, à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) les données d'activité (PMSI), directement issues de la remontée des séjours codés par les services hospitaliers, pour chaque champ d'activité Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), Hospitalisation à Domicile (HAD), Soins de suite et Réadaptation (SSR), psychiatrieⁱ. Cet état comprend

[1]

des données relatives aux séjours, mais aussi aux suppléments tarifaires (exemple : transports sanitaires), aux actes externes, aux médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus.

Ces données permettent de facturer l'activité à l'assurance maladie pour la part qu'elle prend en charge (l'éventuel reste à charge pour le patient ou les mutuelles fait l'objet d'un circuit différent).

Sur la base de ces données, l'assurance-maladie effectue des versements mensuels à l'AP-HP, via l'ARS, en trois tranches :

- un premier acompte, le 15 du mois suivant la réalisation de l'activité, correspondant à 25% de la valorisation moyenne de l'activité réalisée les 12 mois de l'année précédente ;
- puis, le 20 du même mois, intervient un 2^{ème} acompte de 45%, sur la même base de calcul,
- enfin, Le 5 du mois M+3, l'assurance maladie verse le solde sur la base, cette fois, de l'activité réellement constatée du mois M (donc 30% +/- la variation de volume et de tarifs entre l'année précédente et le constaté).

Par exemple, l'activité du mois de septembre 2019 a fait l'objet de versements d'avance le 15 et le 20 octobre 2019, calculés sur la base d'un 12^{ème} de l'activité totale de 2018 ; puis d'un versement de solde le 5 décembre 2019.

Au total en 2018, les remontées d'activités MCO et HAD ont représentés 3,6 milliards €, soit 49% des recettes de l'AP-HP.

En temps normal, la **remontée de l'activité de décembre doit être transmise à l'ATIH au plus tard fin janvier de l'année N+1** afin d'établir le montant total le plus exact possible des recettes issues des séjours. Après la fin de cette période, l'établissement peut toujours adresser des données complémentaires ou correctives sur le séjour dans le respect du délai de forclusion (soit 12 mois à l'issue du séjour) : on appelle ces données complémentaires les LAMDA. Cette remontée est cependant habituellement en volume bien inférieur, car en moyenne l'AP-HP fait remonter des LAMDA pour un montant de l'ordre de 37 M€¹, soit 0,5% des recettes. De plus, cette ultime remontée de complément de ressources est rattachée en « recettes exceptionnelles » à l'exercice suivant et ne corrige pas le résultat budgétaire de l'année N. Enfin, ces données ne sont pas intégrées dans les bases statistiques de l'ATIH et sont donc indisponibles pour les analyses d'activité réalisées par l'Assurance maladie, les tutelles ou autres intervenants, notamment pour établir des prévisions d'activité.

ENJEU FINANCIER POTENTIEL POUR L'AP-HP

Actuellement, l'activité des trois derniers mois de l'année 2019 est minorée, à la fois en quantité et en qualité, ce qui entraîne une sous-valorisation financière de l'activité de l'APHP et ce, à la veille de la dernière date théorique de remontée de données vers l'ATIH. Ces conséquences financières pour l'AP-HP sont de plusieurs ordres :

¹ Moyenne constatée 2016-2018

- **Des conséquences financières directes**, liées à l'absence de remontées complètes à fin décembre de l'activité 2019 : tous les séjours non inclus dans la dernière remontée vers l'ATIH ne peuvent être correctement valorisés et impactent le cycle d'exploitation de l'AP-HP et donc sa capacité d'autofinancement. Par ailleurs, plus les séjours sont codés tardivement, plus la qualité du codage et donc les recettes associées sont faibles. La rétention du codage ne permet pas aux équipes des directions de l'information médicale de réaliser leur travail de vérification et de qualification des données à transmettre.

Par ailleurs, le codage des **lamdas 2018** a également été impacté par le mouvement, avec une sous-exécution des recettes attendues à ce titre à **hauteur de 6 M€**. Ces recettes faisant l'objet d'une forclusion après un délai d'un an, il s'agit d'une **perte définitive**.

En outre, l'absence de codage d'un séjour obère le remboursement des molécules et DMI onéreux, qui sont normalement remboursés à l'euro l'euro. Il y a ainsi un risque que l'AP-HP ne puisse se faire rembourser des molécules coûteuses ou innovantes (dont certaines à plusieurs milliers voire centaine de milliers d'euros) qu'elle a payées mais qu'elle ne pourrait finalement pas valoriser auprès de l'assurance maladie.

- **Des conséquences financières indirectes** sur d'autres modes de financement, soit en lien avec l'absence de remontées de données dans la base nationale PMSI², soit liées au constat d'autres formes de rétention d'information en dehors de l'activité T2A. Il s'agit par exemple :
 - de nombreuses autres sources de financement (forfait ATU, forfait greffes et prélèvements d'organes, précarité, maladies rares, recours exceptionnel...) qui sont calculées pour l'année 2020 sur des statistiques établies sur la base du PMSI 2019 et seront donc minorées par la rétention des séjours (les LAMDA sont exclus du champ pris en compte). Ces impacts sont estimés à hauteur de 15% des financements concernés, soit un **minimum de 6,5 M€**
 - des crédits prévus pour financer l'injection de Car T Cell (MIGAC de 15 000 € par séjours) qui ont déjà été minorés de 375.000 € par rapport à ce que l'AP-HP aurait pu percevoir en 2019, les remontées à l'ATIH de ces séjours étant incomplètes ;
 - des remontées d'activité de biologie hors nomenclature : actuellement les données montrent une baisse de 17 M€ d'équivalent-B remontés ;
- **Des conséquences non financières** : les dossiers d'autorisations d'activité, les différents palmarès des hôpitaux publiés par la presse, certaines analyses stratégiques régionales et nationales, certains protocoles de recherche sont très souvent établis à partir des données PMSI, qui si elles sont erronées ou incomplètes fausseront les résultats de ces études et pourraient limiter le développement futur de certaines activités.

Afin de limiter les pertes financières pour l'AP-HP, qui est aujourd'hui l'unique établissement français à pratiquer la rétention de codage dans la durée, les autorités de tutelle ont accepté à la demande de l'institution deux dispositifs visant à atténuer les risques de perte d'information médicale et de recettes:

² Seules les données transmises en janvier de l'année N+1 sont intégrées à la base nationale PMSI

- Une **majoration de l'avance de trésorerie** pour limiter les risques de rupture de paiement de l'AP-HP : pour les mois d'octobre à décembre 2019, le taux d'avance a été porté de 70% à 90%. Cependant il s'agit toujours et **seulement d'une avance** : le solde, une fois que la remontée 2019 aura été clôturée, sera versé ou déduit par l'assurance maladie des futurs versements T2A.
 - Une **prolongation dérogatoire et exceptionnelle d'un mois des délais** pour les remontées définitives 2019 (remontée reportée au 29 février), permettant d'une part d'inclure dans les données 2019 le maximum de séjours 2019 et d'autre part d'en parfaire la qualité.
-