

10-2

COMPARAISON INTERNATIONALE DES DISPOSITIFS DE FIXATION DES TARIFS D'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La plupart des pays développés, avec les Etats-Unis comme précurseurs dès 1983, ont adopté la tarification à l'activité (T2A) comme mode de financement des établissements de santé. Cette fiche présente une analyse comparée avec la France des modes de fixation des tarifs dans des pays caractérisés par des gestions différentes du système de santé¹ : l'Angleterre et l'Allemagne qui ont une gestion décentralisée des dépenses, les États-Unis où plusieurs modes de tarification coexistent. La Belgique, qui a opté pour le maintien du budget global modulé par l'activité, représente une situation intermédiaire entre ces pays et la pratique de la France antérieure à la T2A, basée sur le PMSI.

Un outil de gestion commun susceptible de répondre à différentes priorités spécifiques

Si la mise en place de la T2A permet de répondre à des priorités différentes selon les pays (augmenter l'efficacité par la réduction des coûts, augmenter l'offre de soins, rééquilibrer l'allocation des ressources sur le territoire) elle consiste à accorder aux établissements un même paiement forfaitaire par type de séjour pour tous les établissements, sur la base d'un coût de référence. Cet outil de régulation n'est actuellement appliqué qu'aux activités de soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)². En France, la T2A représente 90% des dépenses MCO et concerne 50% des établissements³.

Afin de réduire le coût des soins, les Etats-Unis ont introduit la tarification à la pathologie pour rémunérer les établissements accueillant des patients couverts par le programme Medicare⁴. Fixer un tarif unique pour tous les établissements doit inciter en théorie les établissements les moins efficaces à ramener leurs coûts de production en dessous des tarifs. Pour réduire les listes d'attente en Angleterre, la T2A a permis de développer l'offre de soins en incitant les établissements à développer leur activité (leur financement étant directement lié à l'activité médicale, plus ils produisent, plus ils sont rémunérés). Comme l'incitation à produire peut sembler antagoniste avec la maîtrise des dépenses de santé, en Belgique, la T2A est appliquée depuis 2002 mais non pas comme mode de facturation. Elle sert à décliner le budget des établissements (tous non lucratifs) qui demeurent financés par un budget global pour la grande partie de leur activité. Ce mode de répartition, qui repose sur la notion complexe "d'activité justifiée" permet de maîtriser les dépenses au niveau macroéconomique, au risque d'un sous-financement si les établissements développent trop d'activité. En France, "médicaliser le financement" vise à la fois à réduire les disparités de financement entre établissements de santé antérieurement sous dotation globale, induites autrefois par la reconduction annuelle de la dotation, et à rapprocher les modalités de financement entre établissements publics et privés.

¹ Sources : IRDES, *principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital*, document de travail n°23, mars 2009; DREES, *Examen des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la T2A*, série études et recherche, n°82, novembre 2008.

² Ne sont en général pas inclus dans le champ de la T2A l'enseignement et la recherche dont le financement est déconnecté du niveau d'activité réalisé.

³ L'extension de la T2A est prévue en France aux soins de suite et de réadaptations en 2012 et au secteur psychiatrique en Allemagne en 2014.

⁴ Medicare assure les patients de plus de 65 ans ainsi que les personnes handicapées et représente 40% des coûts hospitaliers en 2006.

Tableau 1 - Comparaison internationale des modes d'application de la T2A en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

	France	Allemagne	Angleterre	Belgique	Etats-Unis (Medicare)
Année de mise en œuvre	2004	2003	2003	2002	1983
Classification des groupes de séjour	Groupes Homogènes de malades (GHM). Environ 2300 GHM	Diagnostic Related Group (DRG) 1182 DRG	Health Resource Group (HRG). Environ 1400 HRG	All Patient Refined-Related Diagnosis Group (APR-DRG) 355 DRG	Medicare Severity - Diagnostic Related Group (MS-DRG) 745 DRG
Base de calcul des coûts	Echelle de coût commune aux secteurs public et privé, basée sur 122 établissements volontaires	250 établissements volontaires (12% des établissements)	Ensemble des établissements 350 hospital trust (entités juridiques)	nd	Ensemble des 3500 établissements financés par Medicare (60% des établissements)
Périmètre des tarifs des activités de soins	Hors honoraires médicaux pour les GHS du secteur privé hors médicaments et dispositifs médicaux onéreux	Hors honoraires des praticiens libéraux Hors médicaments onéreux Dispositifs onéreux	Hors honoraires des praticiens Médicaments onéreux Chimiothérapie Radiothérapie	Hors honoraires des activités de médecine	Hors honoraires des praticiens hors Médicaments onéreux
Tarifification principale	Tarifs nationaux (groupes homogènes de séjours) différents pour le secteur public et privé	Tarifs régionaux	Tarifs nationaux	Budget global évalué en fonction de l'activité justifiée en N-2	Tarifs nationaux
Modulation de la tarification principale liée à des coûts spécifiques	Coefficient géographique par région	Facteur géographique pris en compte dans les tarifs régionaux	Coefficient géographique, (Market Force Factor)	Majoration budgétaire pour les patients défavorisés	Modulation par établissement selon : statut universitaire - isolement géographique - population défavorisée -indicateurs de qualité
Activités non financées à l'activité ou à financement mixte	Recherche Urgences, transplantations Hôpitaux locaux	Enseignement, recherche, urgences, grands brûlés, greffes	Services ambulanciers, transplantations	Inclus dans le budget global	Coût direct de l'enseignement, recherche, établissements spécialisés en cancer
Convergence des tarifs	Intrasectorielle au sein des secteurs publics et privés d'ici 2012. Intersectorielle (public/privé) en 2018	Convergence vers tarifs nationaux en 2014 avec un intervalle de -1,25 % à +2,5 %	nd	Sans objet	nd
Régulation prix-volume ex-post	Nationale, en cas de dépassement de l'objectif relatif aux dépenses MCO	Par établissement, via la contractualisation avec les caisses locales : baisse des tarifs si volume dépassé, compensation si volume plus faible	Par établissement, via la contractualisation avec les caisses locales (primary care trusts)	Sans objet	Pas de régulation ex-post

La nécessaire détermination d'une échelle des coûts

Déterminer une classification des séjours "homogènes" en termes de coûts constitue le paramètre clé de la tarification. En général, le choix a été fait de choisir les coûts moyens comme valeur de référence pour orienter la hiérarchie des tarifs. La difficulté réside dans leur évaluation, ce qui nécessite une comptabilité analytique détaillée pour l'ensemble des établissements servant à élaborer l'échelle des coûts (cf. encadré 1). Par ailleurs, certaines activités telles les urgences, l'enseignement, la recherche ne sont pas par définition toutes éligibles au financement à l'activité (cf. encadré 2).

Moduler les tarifs pour limiter les risques de sélection des patients et orienter l'activité

Pour une même activité, tous les établissements ne font pas face aux mêmes coûts. Il est possible dans ce cas de prendre en compte des facteurs exogènes entraînant des surcoûts que les établissements ne peuvent contrôler tels ceux liés à l'implantation géographique (immobilier, niveau des salaires, isolement de l'établissement, etc...). Pour éviter que les établissements soient tentés de "sélectionner" les patients les plus rentables ou de rogner sur la qualité des soins, des modulations sont appliquées à travers les tarifs et une classification des séjours plus fine. Les spécificités géographiques sont prises en compte dans les tarifs nationaux en France et en Angleterre. Aux États-Unis, les tarifs nationaux sont modulés par établissement pour tenir compte de leur éventuel isolement (en milieu rural), de leur statut universitaire ou non, de la part de population défavorisée accueillie mais également d'indicateurs de qualité. En Allemagne, les tarifs tiennent compte de fait des disparités régionales puisqu'ils sont fixés au niveau des Länder, même si la hiérarchie des coûts qui sert de base est définie au niveau national. Les tarifs sont ensuite négociés par établissement au sein de la région¹. En France des dotations budgétaires indépendantes de l'activité, permettent d'adapter le financement aux situations particulières : par exemple, depuis 2009 les coûts liés à la prise en charge de patients précaires (nécessitant notamment des durées de séjours supérieures) ne sont plus financés par les tarifs mais par dotation.

Enfin, la hiérarchie des tarifs peut être volontairement déconnectée de celle des coûts afin d'utiliser la tarification comme levier d'incitation au développement de certaines activités comme la chirurgie ambulatoire en France² et en Angleterre lorsqu'elle est jugée plus efficiente et pour favoriser des activités liées à des plans de santé publique (la cancérologie en France notamment).

La T2A n'est pas toujours associée à une régulation prix/volume

La T2A étant potentiellement inflationniste en termes de production de soins, plusieurs pays l'ont accompagnée de mécanismes de régulation des dépenses. A l'exception des États-Unis, les tarifs sont fixés de manière à respecter un objectif de dépenses, qu'il soit défini au niveau national comme en France ou local pour les autres pays. En France, en cas de dépassement des objectifs de dépenses relatives aux activités MCO, il est prévu une baisse des tarifs nationaux appliquée à l'ensemble des établissements. En revanche, c'est au niveau de chaque établissement que des régulations s'appliquent en Angleterre et en Allemagne, via des contractualisations avec les caisses locales. Par exemple, en Allemagne, le budget peut être minoré (par des baisses de tarifs) ou majoré (par un partage des économies réalisées) en fonction de l'activité effectuée. En Angleterre, la régulation s'exerce aussi au niveau des volumes en cas de dépassement du seuil d'activité fixé dans les contrats (en les soumettant à autorisation). En Belgique, il n'y a pas besoin de bouclage macroéconomique ex-post, le budget global limite de fait les risques de dérive des dépenses. Aux États-Unis, il n'existe pas de régulation prix/volume des dépenses des établissements : contrairement aux autres pays, un établissement donné perçoit différents tarifs pour un même séjour selon le type d'assureur, ce qui limite les marges de régulation au niveau local ou national.

¹ A partir de 2010, les tarifs seront identiques pour tous les établissements au sein d'une même région.

² Pour certains actes de chirurgie (cataracte, canal carpien, ...), il existe un objectif de taux de pratique de chirurgie ambulatoire (voir l'indicateur 4-8 du Programme Qualité Efficience, volet maladie).

Encadré 1 : l'évaluation des coûts

Pour déterminer une échelle de coût, il faut déterminer une classification des séjours et évaluer les coûts correspondants.

La classification des séjours utilisée découle dans la plupart des pays de la classification établie aux Etats-Unis, les Diagnostic Related Groups (DRG), équivalents aux groupes homogènes de malades (GHM) en France. Le nombre de groupes varie toutefois fortement selon les pays, passant de 355 en Belgique à 2300 en France dans la dernière version en vigueur depuis 2009. Les révisions régulières de la classification ont en général conduit à une augmentation du nombre de GHM (qui a presque triplé en 2009), les classifications sont plus détaillées afin de prendre en compte notamment les sévérités des cas traités, ou l'âge, qui peuvent entraîner des surcoûts. En Allemagne, le poids de chaque groupe est défini au niveau national et évalué en nombre de points : la valeur du point, qui permet de déterminer les tarifs fait ensuite l'objet de négociations au niveau régional¹.

Les recueils des coûts varie fortement selon les pays, ce qui impacte la qualité des estimations. En Angleterre, il s'effectue sur l'ensemble des établissements mais compte tenu des inégalités de renseignement, un échantillon d'établissements représentatifs serait retenu. En France l'échelle de coût est basée sur un échantillon de 122 établissements volontaires et fait ensuite l'objet de redressement statistique pour tenir compte du biais de sélection. En Allemagne, les coûts sont calculés sur une base de 250 établissements volontaires, soit 12% des établissements réalisant 20% des séjours. En général, il a été retenu comme cible un coût moyen vers lequel les établissements les moins efficaces doivent converger. Toutefois, en Angleterre, l'approche est plus exigeante avec à partir de 2010, pour certains séjours (accident vasculaire cérébral col du fémur, cataracte, cholécystectomie) les tarifs seront assis sur un tarif de meilleure pratique (" best practice tariff ") tenant compte des diffusions des innovations médicales et non sur les coûts moyens. Aux États-Unis, sur la base de l'ensemble des établissements financés par Medicare (soit 60% des établissements américains), on détermine un coût moyen qu'un établissement efficace supporte pour fournir une prestation d'hospitalisation.

Encadré 2 : le périmètre des tarifs des séjours et les activités non tarifées à l'activité

Certaines dépenses, comme celles liées aux médicaments onéreux ne sont pas incluses dans les tarifs des séjours afin de relâcher la contrainte budgétaire sur les établissements et ainsi faciliter l'accès aux médicaments innovants. Leurs modalités de prise en charge varient selon les pays².

Les tarifs n'incluent pas toujours les honoraires des praticiens, comme en Angleterre, en Belgique et aux États-Unis. Il n'existe toutefois qu'une seule grille tarifaire quel que soit le statut de l'établissement (public ou privé) contrairement à la France qui dispose de deux grilles tarifaires : une pour les établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG) et une pour les cliniques privées (où les tarifs n'incluent pas les honoraires).

Les activités à fort coût fixe comme les urgences doivent disposer d'un financement spécifique (au moins pour partie) du niveau d'activité réalisé. Ainsi en Angleterre et en Allemagne leur financement est en partie assis sur les tarifs des séjours : le tarif d'un séjour est majoré si le patient est admis via les urgences ou si l'établissement dispose d'un tel service. En France, les urgences (ainsi que les activités de transplantation) bénéficient d'un financement forfaitaire annuel et d'un financement complémentaire variable en fonction du nombre de passages réalisé.

Enfin les activités hospitalières non directement liées aux soins comme l'enseignement et la recherche sont prises en charge par des enveloppes complémentaires. Aux États-Unis, toutefois, les hôpitaux universitaires bénéficient également d'une majoration du tarif pour financer les activités d'enseignement.

¹ Voir la fiche 10-4 du rapport de la CCSS de juin 2009 sur la réforme hospitalière en Allemagne.

² Voir la fiche 9-6 du rapport de juin 2008 sur l'analyse comparée du financement des médicaments onéreux à l'hôpital en Europe.