

Tableau synoptique des principaux systèmes de tarification à l'activité

Colloque « T2A : Expériences Européennes »

Conference on European Casemix-based Hospital Prospective Payment Systems

Jeudi 10 et Vendredi 11 février 2005

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille - Paris

Tableau synoptique des principaux systèmes de tarification à l'activité

Voir page suivante

Tableau synoptique des principaux systèmes de tarification à l'activité

Pays	France	Royaume-Uni	Allemagne	Suède	Italie	Belgique	Suisse	Portugal	Etats-Unis
Dépense hospitalière 2001	57MM€ 950€/hbt 45% de la dépense de santé	32MM€ 531€/hbt 39.6% de la dépense de santé	57MM€ 703€/hbt 35% de la dépense de santé	10.2MM€ 1188€/hbt 49.5% de la dépense de santé	39MM€ 743€/hbt 53.4% de la dépense de santé	7.1MM€ 692€/hbt 40.5% de la dépense de santé	11.8MM€ 1322€/hbt 49.3% de la dépense de santé	6.2MM€ 396€/hbt 37% de la dépense de santé	400MM\$ 1200\$/hbt 33% de la dépense de santé
Date d'introduction	2003-2012	2002-2007	2003-2010	1992-1994	1994-1998	1984	2002	1997	1983
Objectif principal	Inciter à une meilleure réponse aux besoins de soins, à l'amélioration de l'efficience et introduire une plus grande équité du financement entre les secteurs public et privé	Augmenter l'activité pour réduire les files d'attente	Inciter à la restructuration et à l'amélioration de l'efficience	Augmenter l'activité pour réduire les files d'attente	Contrôler la croissance des coûts, promouvoir l'activité ambulatoire et améliorer l'équité du financement entre public et privé	Contrôler la croissance des coûts et inciter à l'amélioration de l'efficience	Promouvoir la concurrence par les primes d'assurance et lutter contre le suréquipement des hôpitaux	Contrôler la croissance des coûts et inciter à l'amélioration de l'efficience	Contrôler la croissance des coûts
Champ d'application	MCO en hospitalisation complète	MCO en hospitalisation complète, de jour, ambulatoire et d'urgence	Ensemble des soins aigus y compris les urgences et sauf la psychiatrie	Ensemble de l'hospitalisation complète, de jour et à domicile, sauf ambulatoire	Hospitalisation complète et ambulatoire y compris la psy sauf les urgences et les greffes	Activité hospitalière non médicale (l'activité médicale étant financée à l'acte)	Ensemble des soins aigus y compris les urgences et sauf la psy, la réadaptation et le long séjour	Ensemble des soins aigus sauf les urgences et les consultations externes	MCO en hospitalisation complète (1985) et ambulatoire (2000)
Système de classification	GHM (dérivé du système US)	HRG (dérivé du système US)	G-DRG (dérivé du système australien)	NordDRG (propre aux pays nordiques)	ROD (dérivé du système US)	APR-DRG (système américain)	DRG (système américain)	DRG (système américain)	DRG (propre)
Détermination des tarifs	Centralisée Pondération déterminée sur la base des coûts moyens observés Echelle des tarifs déterminée en fonction du montant de l'enveloppe totale	Centralisée sur la base des coûts moyens observés	Pondération déterminée au niveau fédéral sur la base des coûts et DMS observés, valeur du point définie au niveau des Länder	Pondération déterminée par le comté sur la base des coûts moyens observés, valeur du point fixée par négociation individuelle entre acheteurs et hôpitaux	Pondération déterminée au niveau central sur la base des coûts moyens observés / Valeur du point calculée au niveau central mais ne s'imposant pas aux autorités régionales	Tarif <i>per diem</i> = budget non médical total prospectif de l'établissement / quota de journées à fournir par l'hôpital compte tenu de sa capacité	Pondération déterminée par le groupe Swiss-DRG en fonction des coûts moyens observés Facteur de conversion entre pondération et tarif établi au niveau cantonal	Echelle des tarifs déterminée en fonction des coûts moyens constatés à l'échelle du pays et de l'établissement, suivant une pondération appelée à évoluer	Centralisée sur la base des coûts moyens observés Une échelle de tarif séparée applicable aux établissements des zones urbaines
Extension	Objectif de 50% de T2A en 2008 dans le public, de financement intégral à la T2A dans les deux secteurs en 2012, et maintien d'une dotation MIGAC	Coexistence de 65% d'enveloppe globale, 25% de paiement à l'acte et 10% de T2A en 2002 Objectif de 100% en 2006	Objectif de 75% de T2A en 2007, et d'application d'une échelle nationale uniforme des tarifs en 2008	Cumul de 50% de T2A, 30% de dotation de base, 20% de remboursement aux objectifs	Coexistence de 80-90% de T2A, 6-7% de fonds de planification (financement fonctionnel) et 3-14% de fonds extraordinaires	Application d'un tarif <i>per diem</i> (calculé en fonction du casemix) pour couvrir les dépenses non-médicales	Application actuelle aux seules dépenses courantes, les dépenses d'investissement étant financée par dotation du canton	75-85% de budget global prospectif fonction du casemix, 15-25% de paiement au forfait (diagnostic, ambulatoire, etc.)	Ensemble du budget des établissements financés par Medicare

Tableau synoptique des principaux systèmes de tarification à l'activité

Pays	France	Royaume-Uni	Allemagne	Suède	Italie	Belgique	Suisse	Portugal	Etats-Unis
Disparités géographiques	Application d'un coefficient correcteur uniforme en IdF et dans les DOM	Application d'un indice préexistant complexe, le MFF	Majoration du tarif (établissements ruraux isolés) et fonds spéciaux	NA (tarifs propres au comté)	NA (tarifs propres à chaque région)	NA (système de budget global)	NA (tarifs propres à chaque canton)	NA (système de budget global)	Application d'un coefficient correcteur complexe
Médicaments coûteux et prothèses	Financement en sus des médicaments et DMI figurant sur une liste Régulation par contrat de bon usage entre ARH et établissements Part de l'enveloppe MIGAC dévolue au financement des techniques très innovantes	Financement en sus des médicaments de chimio et associés	Facturation en sus des traitements innovants	Médicaments exclus des tarifs et financés en sus par enveloppe Régulation par une liste de « médicaments privilégiés » Prothèses incluses dans les tarifs ou remboursées à la pièce si elles n'entrent pas dans la procédure caractéristique	Liste nationale de médicaments payables sur la base du financement fonctionnel Paiement au forfait des prothèses externes Suppléments tarifaires pour certaines greffes (cf. implants cochléaires)	NA (médicaments non inclus dans le périmètre du système)	Intégration dans les tarifs, si nécessaire en créant un groupe de paiement spécifique		Paiement forfaitaire en sus
Missions d'intérêt général et de recours	Enveloppe spéciale MIGAC Forfaits annuels et au passage (urgence et prélèvements d'organes)	Ajustement dont les modalités restent à préciser	Majoration du tarif (grands brûlés, greffes, maladies tropicales), prix de journée (transplantations) et/ou suppléments (coût élevé et hétérogène)	Remboursement à l'acte des soins hautt spécialisés Modèle de financement des cas extrêmes propre aux CHU Recours financé par majoration du tarif (mais retour prévu à un système d'enveloppe)	Modalités de financement définies au niveau régional (urgences, grands brûlés, transplantations, centres anti-sida, soins à domicile)	Travaux en cours d'ajustement selon les facteurs sociaux	Inclusion des urgences, soins intensifs et missions sociales dans les tarifs mais des travaux sont en cours pour leur assurer une meilleure prise en compte		Application d'un indice au tarif pour les établissements accueillant une proportion élevée de patients indigents
Recherche et enseignement	Financement en sus inclus dans l'enveloppe MIG	Ajustement dont les modalités restent à préciser	Majoration du tarif et fonds spéciaux	Enveloppe spéciale versée par l'Etat aux comtés	Modalités de financement définies au niveau régional	Financement spécifique supplémentaire pour les hôpitaux universitaires	Ajustement dont les modalités restent à préciser		Application d'un indice au tarif pour l'enseignement ; bourses pour la recherche

NA : non applicable en l'espèce

Tableau synoptique des principaux systèmes de tarification à l'activité

Pays	France	Royaume-Uni	Allemagne	Suède	Italie	Belgique	Suisse	Portugal	Etats-Unis
Autres adaptations	Financement complémentaire <i>per diem</i> des cas extrêmes avec minoration et majoration du tarif Prix de journée (HAD) ou forfait technique (consultations et actes externes) Maintien temporaire des dispositifs DGF et PJ pour le SSR et la psy	Travaux en cours sur séjours extrêmes, inflation, unités spécialisées et de soins intensifs	Minorations et majorations du tarif pour les cas extrêmes Minoration du tarif si pas d'urgences, pour les cas extrêmes hauts et si taux de rotation des patients élevé	Financement complémentaire <i>per diem</i> des cas extrêmes Financement en sus des innovations pendant 2 ans par création d'un « extra payment code » Dotation globale pour la psy, la gériatrie et les urgences	Paiement à l'acte des soins ambulatoires et externes Paiement au prix de journée des SSR et SLD	Financement par forfait de l'hospitalisation de jour, de la dialyse, de la réhabilitation Réduction du tarif <i>per diem</i> en cas d'écart à l'objectif d'activité ou en cas d'écart à la DMS nationale Financement mixte au forfait et à l'acte de l'imagerie et des tests de labo	Financement complémentaire <i>per diem</i> des cas extrêmes avec minoration de 30% du tarif		Enveloppe spéciale pour les cas extrêmes
Particularités	Application de deux échelles de tarifs pour le public et le privé	Approche contractuelle entre groupes de fournisseurs de soins primaires et établissements	Rôle réglementaire essentiel des partenaires sociaux ; définition régionalisée des tarifs	Utilisation dans 3 comtés seulement (cas du comté de Stockholm ici pris pour référence)	Forte autonomie régionale (fixation des tarifs, financements supplémentaires divers)	Système de budget global ajusté selon le casemix plutôt que T2A (à hauteur de 15%)	Utilisation dans 2 cantons seulement (Zürich et Vaud)	Système de budget global ajusté selon le casemix plutôt que T2A	Contrats d'achat de soins entre compagnies d'assurance ou réseaux de soins (HMO) et établissements
Bilan	En cours d'introduction	En cours d'introduction	En cours d'introduction	Explosion des dépenses d'où l'instauration de plafonds d'activité Extension du système à la psy et aux soins primaires en cours Adoption envisagée d'un groupeur intégré pour ts les types de prise en charge	Conflits entre niveaux de décision Tendance au surcodage Spécialisation du privé dans la fourniture de soins complexes Financement insuffisant de l'innovation dans le public	Impact difficile à mesurer car système très particulier, transition très progressive, et application simultanée d'autres réformes Projet de financement des prestations médicales au forfait pour certaines pathologies plutôt qu'à l'acte	Difficulté de la définition des cas extrêmes Amélioration de la qualité du codage, de la comptabilité analytique des établissements	Impact limité sur la maîtrise des coûts (couverture automatique des déficits) mais réel sur le développement de la productivité	Système largement utilisé et en extension continue (psy dernièrement) Pas d'impact durable sur la croissance des coûts ni sur leur variabilité

