

La T2A en Europe entre particularismes nationaux et objectifs communs: les exemples italien, portugais et suisse
(par Frédéric BOURIGAULT)

PARIS, 14 février (APM) - La tarification à l'activité (T2A) destinée à financer l'offre de soins autrement que par une dotation globale est, dans plusieurs pays européens comme l'Italie et le Portugal ou à un degré moindre, la Suisse, une réalité différente de celle qu'elle devrait être en France, avec cependant un objectif commun de meilleur contrôle des dépenses.

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) et la mission tarification à l'activité organisaient à ce sujet un colloque jeudi et vendredi à Paris sur les expériences européennes de la T2A, au cours duquel les directeurs d'hôpitaux français ont pu s'entretenir avec leurs homologues européens de cette méthode de financement venue à l'origine des Etats-Unis.

Des responsables allemands, belges, britanniques, suédois, suisses, italiens et portugais sont venus présenter les réflexions qui les animaient au moment de mettre en place ces méthodes dans leurs pays respectifs.

Il apparaît que si tous les pays européens n'en sont pas au même point en ce qui concerne la mise en oeuvre de la réforme, tous en revanche, ont eu besoin à un moment donné de penser à la méthode de calcul de leur activité.

Deux "écoles" sont alors apparues: la première consistant à reprendre ce qui avait été fait aux Etats-Unis, c'est à dire les Diagnosis related groups (DRG), qui ont inspiré le Portugal, l'Italie et la Suisse; la seconde consistant en l'élaboration d'un outil de calcul plus spécifiquement national, c'est ce que, notamment, la Suède a choisi de faire. La France a décidé de s'appuyer sur le système américain pour donner naissance aux GHM.

LE MARYLAND COMME MODELE POUR LE PORTUGAL

"Au Portugal, notre pays étant assez petit, nous n'avions pas les capacités techniques et statistiques nécessaires à l'établissement d'un DRG particulier. Nous avons donc opté, dès 1984, ce qui fait de nous le pays pionnier en Europe, pour les DRG américains et le cost-weight de l'Etat du Maryland, aux Etats-Unis", a expliqué Céu Mateus, professeur à l'école nationale de la santé publique de Lisbonne et présidente de l'association internationale des systèmes de classification des patients.

L'Etat du Maryland, non loin de Washington, est généralement considéré comme le plus européen des Etats américains, notamment en raison de son système de budget. Il possède en outre l'intérêt de disposer d'une comptabilité analytique de grande précision et offre donc "une échelle de coûts facile", selon Jean-Marie Rodrigues, professeur de santé publique et d'information médicale à l'Université Jean Monnet de Saint-Etienne.

Au Portugal, la principale originalité réside dans la forte place occupée par le secteur privé dont les dépenses représentent 40% du total. C'est ainsi qu'une visite ambulatoire sur quatre est effectuée dans le privé.

Comme en France, la psychiatrie n'est pas concernée par la T2A car les outils de calcul ne sont pas adaptés. La tarification à l'activité se découpe en deux avec 75 à 85% de budget

global, et 15 à 25% de paiement au forfait (diagnostic, ambulatoire, etc...). Il existe en outre un sous-système hérité de l'époque dictatoriale.

MODIFICATION DU PAYSAGE DES SOINS EN ITALIE

En Italie, l'influence est également venue des Etats-Unis, mais avec une dose de spécificité italienne qui, à partir des DRG, ont donné naissance aux regroupements homogènes de diagnostics (ROD).

Le système de santé en Italie possède la particularité d'être extrêmement déconcentré et ce sont donc les régions qui sont en charge du financement des soins. Un cycle de réformes dans les années 90 a permis l'implantation de la T2A dans certaines régions comme la Lombardie (région de Milan).

"Dans chaque département, nous avons soit des hôpitaux indépendants, soit des unités de santé locales publiques. Il y a eu transformation des grands hôpitaux en fondation", a expliqué Paolo Tedeschi, professeur à l'université de Bocconi.

Après la mise en route complète de la T2A, des régions italiennes se sont aperçues que les hôpitaux publics n'avaient pas les mêmes moyens que les privés, et certains établissements publics ont donc dû changer de statut afin de trouver des investisseurs privés.

La T2A en Italie finance le système soins à hauteur de 80-90%, avec en outre 6 à 7% du budget constitué par le financement fonctionnel, tandis que les fonds extraordinaires peuvent représenter de 3 à 14%.

DIFFERENCE DE REMBOURSEMENT EN SUISSE

L'exemple suisse a également particulièrement intéressé le parterre de responsables hospitaliers présents au ministère de la Santé où se déroulait le colloque.

La confédération pourrait adopter la T2A sur l'ensemble de son territoire dans les 3 à 4 prochaines années, selon Hervé Guillain, médecin associé à la direction des finances du CHU de Lausanne.

Pour le moment, elle est seulement expérimentée dans deux des 26 cantons du pays, celui de Vaud et de Zurich. Il s'agit néanmoins des cantons les plus importants de la Suisse romande et de la Suisse alémanique.

Pour Hervé Guillain, le principal atout de la tarification à l'activité a été de pouvoir disposer d'une comptabilité analytique qui a permis de mieux distinguer les soins hospitaliers des soins ambulatoires, les autres prestations et la partie enseignement et recherche.

En Suisse, cette précision dans les chiffres a même permis d'établir que la différence de tarif entre le CHU de Lausanne et les hôpitaux généraux était de 32%. Mieux encore, les assureurs n'ont pas "tiqué" devant une telle différence dans les remboursements à effectuer, puisque le tableau des calculs avait été fait avec la plus grande rigueur. De quoi rendre jaloux de nombreux directeurs hospitaliers français.

FRIBB001 14/02/2005 11:14 ACTU