



Hôpitaux de proximité: critères de définition, missions, et modes de financement

RAPPORT DE SYNTHESE

2016

Table des matières

1	Introduction	7
1.1	<i>Objectifs</i>	7
1.2	<i>Structure de ce rapport</i>	8
2	Cadre de l'analyse	9
2.1	<i>Principes de base</i>	9
3	Etudes de cas	13
3.1	<i>Aperçu des cas et des points abordés</i>	13
3.2	<i>Principaux enseignements</i>	15
3.3	<i>Conclusions</i>	17
4	Entretiens	18
4.1	<i>Liste des acteurs consultés et points abordés</i>	18
4.2	<i>Résumé des principaux enseignements – acteurs régionaux..</i>	19
4.3	<i>Résumé des principaux enseignements – établissements.....</i>	20
4.4	<i>Résumé des principaux enseignements – acteurs nationaux..</i>	21
4.5	<i>Conclusions</i>	22
5	Définition des hôpitaux de proximité	24
5.1	<i>Caractéristiques des soins de proximité</i>	24
5.2	<i>Définition du territoire</i>	25
5.3	<i>Critères de définition des hôpitaux de proximité</i>	28
5.4	<i>Liste des hôpitaux de proximité répondant aux critères énoncés</i>	29
5.5	<i>Conclusions</i>	32
5.6	<i>Annexes à la section 5</i>	32
6	Modes de financement	38
6.1	<i>Principes et concepts de base</i>	38

6.2	<i>Modes de financement proposés pour les hôpitaux de proximité</i>	41
6.3	<i>Conclusions</i>	45
6.4	<i>Annexes à la section 6</i>	45

Tables des graphiques et tableaux

Graphique 1 Représentation schématique du système de santé	9
Graphique 2. Répartition des missions – soins de proximité dans le contexte de l'offre de soins	24
Graphique 3 Résumé de l'analyse comparative des territoires sous trois définitions	27
Graphique 4 Application des critères liés aux territoires et les critères structurels des établissements	30
Graphique 5 Application des critères liés aux territoires et les critères structurels des établissements	30
Graphique 6 Comparaison, part de la population de plus de 75 ans (gauche), part de la population de plus de 75 ans vivant seul (droite)	33
Graphique 7 Comparaison, personnes vivant seules, part de la population (gauche), et personnes de plus de 75 ans, part de la population (droite)	34
Graphique 8 Comparaison, taux de pauvreté, (gauche), et taux de pauvreté des personnes de plus de 75 ans (droite)	34
Graphique 9 Comparaison, indicateurs de la vétusté des logements et habitations	35
Graphique 10 Comparaison, indicateurs de la vétusté des logements et habitations	35
Graphique 11 Comparaison de l'offre de soins	36
Graphique 12 Comparaison, densité de l'offre de soins	36
Graphique 13 Comparaison, population (gauche), densité de la population	37
Graphique 14 Résumé de l'architecture proposée	42
Graphique 15 Aperçu du modèle de financement de l'offre de soins en Angleterre	46
Graphique 15 Formule de calcul de la population pondérée	46
Tableau 1 Modes de financement – résumé des concepts	40
Tableau 2 Différentes approches pour le calcul de la part fixe	43

Tableau 3 Application des critères et coefficient de modulation	44
---	----

1 Introduction

1.1 Objectifs

L'ATIH a retenu, suite à un appel d'offres, les sociétés Frontier Economics et Ylios pour mener une étude qui comprend les trois volets suivants :

- Établir des critères de définition des hôpitaux de proximité qui permettront in fine de constituer une liste de ces établissements.
- Définir les missions auxquelles les hôpitaux de proximité devront répondre, en définissant d'une part leur positionnement dans l'offre de soins et dans l'offre médico-sociale et en envisageant d'autre part des évolutions potentielles à venir du rôle et du périmètre des missions de ces établissements.
- Proposer un modèle de financement adéquat pour ces établissements, assurant leur viabilité économique et leur efficacité tout en tenant compte de leurs spécificités et de la faible volumétrie de leur activité.

Cette étude s'inscrit dans le contexte des engagements pris dans le cadre du Pacte Territoire Santé, présenté en décembre 2012 par Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Ce pacte, qui a été conçu afin de lutter contre les déserts médicaux, souligne notamment le rôle des hôpitaux de proximité en matière d'accès aux soins et dans le renforcement d'une offre de premier recours, notamment pour les territoires dits « fragiles ».

Le pacte n'apporte cependant pas de définition précise à cette notion d'hôpitaux de proximité. Il est donc utile de déterminer, sur la base de principes économiques de politiques publiques, les principales caractéristiques des établissements qui pourraient appartenir à cette catégorie d'hôpitaux de proximité. Il convient également d'identifier les missions que rempliraient ces établissements dans le cadre plus large de l'offre de soins.

L'étude tient compte du cadre légal existant, notamment la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS 2015), qui a créé deux articles explicitant la notion d'hôpital de proximité : **respectivement, l'Article L.611-3-1 du Code de la Santé Publique, et l'Article L.162-22-8-2 du Code de la Sécurité Sociale.**

Cependant, l'étude n'est pas limitée par les définitions présentées par ces instruments. Le but est de développer une approche basée sur les besoins de la patientèle, et selon laquelle les missions de proximité sont définies :

- Sur la base de leur apport au système de santé
- Indépendamment des structures juridiques / organisationnelles existantes : des besoins détectés à l'échelle du territoire

- En légitimant le rôle des structures hospitalières dans l'offre de soins de proximité
- En accord avec les principes économiques de politique publique, notamment ceux de l'efficacité économique et de l'équité

Cette approche est en accord avec les avis exprimés par les acteurs nationaux et régionaux consultés dans le cadre de ce projet. Une restitution plus approfondie de ces avis est présentée dans la section 4 de ce rapport.

Afin d'approfondir la réflexion sur les critères de définition des hôpitaux de proximité, ainsi que leurs missions, il a été décidé de procéder à des études de cas, se basant sur les expériences des territoires étrangers en matière d'offre de soins de proximité. Les pays choisis pour cette étude sont : l'Allemagne, le Danemark, l'Italie, et le Royaume-Uni. Une synthèse de ces études de cas est présentée à la section 3 de ce rapport.

Les enseignements issus des études de cas et des entretiens ont été restitués à la DGOS et à l'ATIH et ont aussi été présentés aux acteurs nationaux, notamment en septembre 2015. Les propositions concernant les critères de définition et les missions ont été présentées et débattues lors d'une réunion avec les acteurs en novembre 2015. Une troisième réunion, organisée en décembre 2015, a permis de discuter des modèles de financement proposés pour les hôpitaux de proximité, sur la base des propositions de critères de définition et des missions identifiés lors des précédentes phases de travail.

1.2 Structure de ce rapport

Ce rapport de synthèse est structuré comme suit :

- La section 2 présente le cadre d'analyse et développe notamment les principes économiques qui permettront de définir les hôpitaux de proximité ainsi que leurs missions.
- La section 3 expose les enseignements tirés d'un certain nombre d'études de cas concernant les soins de proximité en Allemagne, au Danemark, en Italie et au Royaume-Uni.
- La section 4 présente les enseignements issus des entretiens effectués avec les acteurs nationaux, régionaux et locaux impliqués dans l'offre de soins en France.
- Sur la base de ce qui précède, la section 5 propose des critères de définition des hôpitaux de proximité et leurs missions.
- Enfin, la section 6 propose des modalités de financement des hôpitaux de proximité

2 Cadre de l'analyse

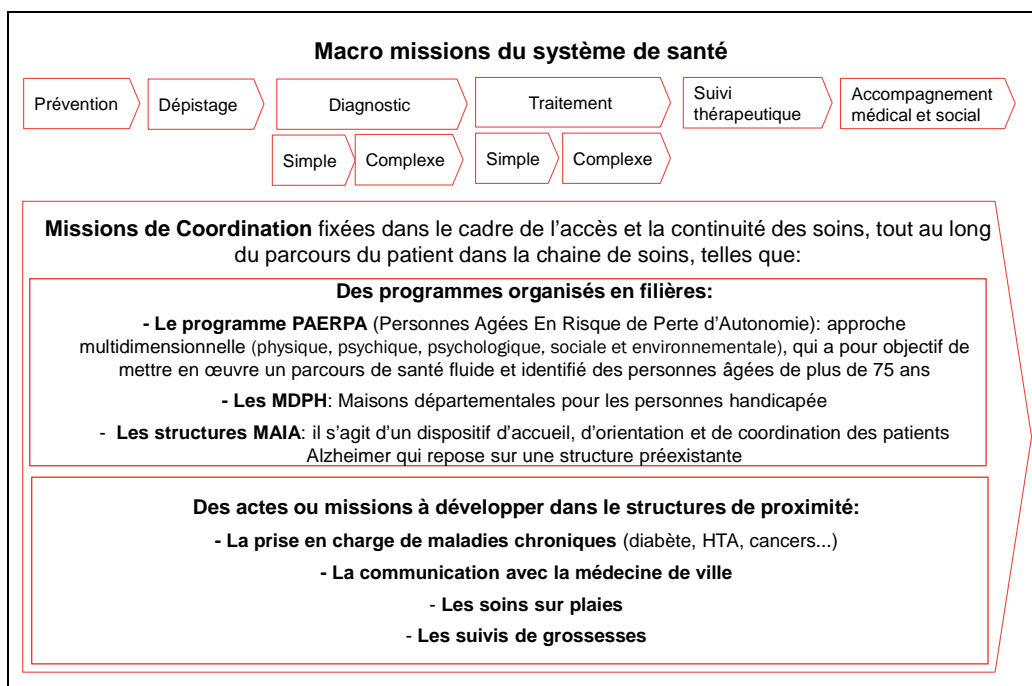
2.1 Principes de base

2.1.1 Le concept de proximité dans le cadre de l'offre de soins

Représentation schématique

Il est utile de représenter schématiquement l'offre de soins en France, pour mieux comprendre le positionnement des différentes activités et acteurs, et ainsi mieux cerner les liens de complémentarité et de substituabilité qui existent. En premier lieu, sont présentées, dans leurs grandes lignes, les missions auxquelles le système de santé est appelé à répondre. Ces missions reflètent une gradation progressive allant du dépistage à l'accompagnement social.

Graphique 1 Représentation schématique du système de santé



Cette représentation met en exergue le fait que la coordination du parcours de soins et de vie du patient apparaît comme partie intégrante de l'offre de soins. Elle incite donc à concevoir la notion de proximité en fonction des missions de coordination et d'optimisation de l'offre de soins, en intégrant l'offre médico-sociale.

Ces différents concepts de coordination et d'optimisation soulignent à leur tour l'importance de:

- Tenir compte des interdépendances qui existeraient entre les établissements de proximité et les autres segments de l'offre de soins
- Tenir compte du développement des établissements de proximité dans l'offre de soins d'un territoire (i.e. attractivité pour les effectifs médicaux)
- Analyser les éventuelles redondances d'activités entre différentes structures
- Articuler les questions liées à l'isolement sans instaurer une équivalence entre la notion d'isolement et la notion de proximité

Distinction entre soins de proximité et hôpitaux de proximité

Il convient aussi de préciser que le concept de soins de proximité est plus large que celui des hôpitaux de proximité. La notion de soins de proximité implique un type d'activités ou d'actes prodigués. Ces soins peuvent être délivrés par différents groupes d'acteurs : des structures hospitalières aux acteurs médico-sociaux. Les soins de proximité de même nature peuvent être apportés par une ou plusieurs structures : il existe une complémentarité entre ces structures mais parfois également une redondance d'activités. Il s'agit, donc, sur la base des analyses suivantes, d'identifier les missions et in fine la « valeur ajoutée » des hôpitaux de proximité.

2.1.2 Efficiences et équité

Pour répondre à cette question de la valeur ajoutée apportée par les hôpitaux de proximité, il est nécessaire de se référer à certains principes qui aideront à définir leurs missions, en tenant compte des impératifs de coordination et d'optimisation évoqués précédemment. Les deux principes de base qui encadrent toute étude économique des politiques publiques sont ceux de l'efficacité économique et de l'équité.

Efficacité économique

Par « efficacité », nous entendons une allocation de ressources (budgétaires, techniques, humaines) qui maximise le bien-être de la société, en tenant compte du fait que ces ressources sont limitées et peuvent être allouées à plusieurs fins différentes. L'efficacité économique peut être en partie liée à la minimisation des coûts directs et indirects (cette dernière catégorie comprend les coûts de transport qui sont estimés à environ 3,5 à 4 milliards par année). Elle est aussi liée au concept d'économies d'échelle (cf. la section 3.2).

Les concepts d'efficacité et de minimisation des coûts ne sont cependant pas équivalents. La problématique de l'efficacité économique consiste plutôt à maximiser le rendement social des ressources investies ou consommées. Elle s'appuie, comme point de départ, sur les besoins d'une population et s'efforce de trouver l'allocation de ressources qui répond de façon optimale à ces besoins

Dans le cadre de cette étude, les questions clés liées à la notion d'efficacité portent notamment sur les points suivants :

- En quelles circonstances la centralisation des activités entraîne-t-elle une meilleure efficacité des interventions, et en quelles circonstances l'efficacité des traitements dépend-t-elle de la proximité au patient ?
- Quels sont les effets de complémentarité et de substitution qui peuvent exister entre différents segments de l'offre de soins ou entre différents acteurs ?
- Quelle est l'incidence de la duplication de structures et de la redondance qui en résulte ?
- Quels mécanismes pourraient coordonner les différents segments de l'offre de soins ?
- Quelle est l'importance des économies d'échelle et des économies d'envergure au sein de l'offre de soins ?¹ (cf. la section 3.2)

Ainsi, les critères de définition des hôpitaux de proximité et les missions qui leurs sont attribuées doivent contribuer à la répartition optimale des missions au sein de l'offre de soins. De plus, une mise en place efficiente des hôpitaux de proximité dépendra, du moins en partie, des caractéristiques démographiques et sociales de la population, qui ont un impact sur la demande de soins.

Equité

La notion d'équité est principalement liée aux questions distributionnelles. Dans le domaine de santé, les autorités s'efforcent de garantir un certain niveau d'accès aux soins. L'accès aux soins est principalement une fonction des coûts directs et indirects (tels que le temps de transport), auxquels se trouvent confrontés les patients.

¹ Les économies d'échelle sont dues à l'existence de coûts fixes, donnant lieu à une diminution des coûts moyens de traitement en fonction du volume de traitements. Les économies d'envergure reflètent l'existence de coûts en commun et ont pour conséquence, par exemple, lorsque deux traitements ou activités sont complémentaires, que le coût total (combiné) est inférieur quand ces activités sont entreprises par un seul établissement plutôt que deux.

En traitant des questions de « déserts médicaux », le Pacte Santé-Territoire démontre que la notion d'équité est une préoccupation fondamentale. Il s'agit donc d'étudier de quelle façon le concept de proximité peut répondre aux questions liées à l'équité. Intuitivement, la proximité peut promouvoir l'équité en réduisant les coûts d'accès aux soins. Il convient cependant de définir les activités présentant les plus grands impacts de ce point de vue et qu'il conviendrait de soutenir dans le cadre d'une politique axée sur des soins et des établissements de proximité.

Il s'agira enfin d'examiner en quelles circonstances la notion d'équité serait en tension avec la notion d'efficacité. Par exemple, la poursuite de l'efficacité pourrait encourager une plus grande centralisation, si l'on vise principalement les économies d'échelle ou s'il s'avère que pour certaines interventions l'efficacité des traitements croît en fonction du volume des cas. Tandis que les considérations d'équité plaident en général pour une plus grande dispersion des établissements, afin de réduire les coûts d'accès aux soins, notamment en zones fragiles. Or cette dispersion peut impliquer une diminution de la taille des établissements et donc la diminution des possibilités de réalisations d'économies d'échelle.

Cette dispersion peut cependant tout à fait s'accorder avec le concept d'efficacité si cela contribue à augmenter l'efficacité des interventions - par exemple pour des pathologies ou des conditions où les facteurs de proximité influent sur l'efficacité des traitements.

3 Etudes de cas

3.1 Aperçu des cas et des points abordés

Les études de cas se basent sur les expériences des pays suivants : **l'Allemagne, le Danemark, l'Italie et le Royaume Uni**. Les principales caractéristiques de l'offre de soins de ces pays, importantes dans le contexte de notre étude, sont présentées dans l'encadré ci-dessous.

PAYS SELECTIONNES POUR LES ETUDES DE CAS

Allemagne

Le cadre juridique stipule une séparation stricte des soins des structures hospitalières et des soins ambulatoires.

Deux principales catégories d'hôpitaux – généraux et « autres », une catégorie qui regroupe les établissements spécialisés

Les soins ambulatoires sont principalement dévolus aux centres médicaux pluridisciplinaires (MVZ) et à la médecine de ville.

La coordination entre le premier recours et les autres segments de l'offre de soins, notamment avec le domaine médico-social, est principalement de la responsabilité des médecins libéraux

Dans le but de réduire les disparités entre régions, les états et le gouvernement fédéral entendent renforcer la médecine de ville par :

- le développement d'un cadre incitatif (ex. subventions à l'installation)
- le regroupement des médecins

Danemark

Réformes de fond de l'offre de soins s'accompagnant d'une refonte de la gouvernance régionale.

Trois catégories d'interventions :

- « De base »
- « Régionales » - plus complexes, nécessitant un regroupement d'activités. 1 à 3 hôpitaux régionaux
- « Spécialisées » - regroupées en 1 à 3 hôpitaux

Réduction de la structure hospitalière : de 40 à 20 ou 25

Les municipalités sont responsables du domaine médico-social, la proximité étant un facteur important dans l'efficacité des traitements

Les médecins généralistes – principalement des indépendants regroupés en cabinet – constituent la pierre angulaire des soins de proximité.

Italie

Mise en place de réformes visant à réduire le nombre d'hospitalisations, le nombre de lits, et de répondre de façon plus efficiente aux maladies chroniques et au vieillissement de la population.

Pacte santé de 2014 – la « création d'unités complexes de soins primaires », en réalité des réseaux de soins.

Réorganisation de la structure hospitalière : hôpitaux de district, hôpitaux de communauté et établissements intermédiaires de soins, dans le but de faciliter la transition entre établissement et communauté

- Rôle spécifique des hôpitaux de communauté dans le parcours de soins des personnes âgées ou atteints d'une maladie chronique
- Renforcement de la présence des médecins généralistes
- Incitations au regroupement en cabinet

Royaume Uni

Différences importantes entre l'Ecosse et l'Angleterre

- Marché interne et concurrence en Angleterre

Hôpitaux de communauté - principales missions:

- Des services de soins et de réadaptation des patients suite à un traitement dans un autre établissement responsable de la prise en charge aigüe ;
- La coordination de certains soins spécialisés, notamment pour les patients classifiés « à risque » (par exemple les soins palliatifs et la santé mentale).
- Un nombre limité de services de diagnostic et de soins de jour.

Hôpitaux ruraux en Ecosse

- Principalement pour répondre aux problèmes d'isolement

Les médecins de ville peuvent suivre une formation leur permettant d'entreprendre des activités spécialisées.

Avant de présenter dans le détail les enseignements issus des études de cas, il est utile de résumer quelques points qui ressortent des recherches sur l'organisation de l'offre de soins au sein des pays de l'OCDE, et qui sont pertinents pour l'analyse des questions liées à la proximité.

Economies d'échelle et d'envergure. Les recherches sur les questions d'économies d'échelle et d'envergure ne donnent pas lieu à des conclusions qui s'appliquent de façon généralisée. En ce qui concerne les économies d'échelle, il a été constaté que, pour les hôpitaux traitant principalement des cas aigus, la capacité optimale se situe entre 200 à 400 lits. Cependant, des économies d'échelle sont également présentes au sein d'établissements de moins de 200 lits. De plus, il est important de tenir compte des coûts résultant des complexités de gestion et des caractéristiques de case mix observés au sein de certains grands hôpitaux. S'agissant des économies d'envergure, les analyses démontrent la nécessité de spécifier l'activité choisie comme point de départ. Par exemple, si l'activité en question est l'imagerie au sein d'une unité d'urgences, il sera nécessaire d'établir les possibilités d'allouer, au sein de l'établissement, les coûts fixes associés à cette activité à d'autres filières que les urgences.

Il est important de tenir compte des interdépendances qui existent entre les économies d'échelle et les économies d'envergure. Pour tout établissement, dans toute activité économique, une condition de base est l'amortissement des coûts fixes. Or, ceci peut se faire en augmentant le volume d'activité (économies d'échelle) et/ ou en augmentant le volume d'activités connexes qui reposent sur la même base de coûts fixes (économies d'envergure). Ainsi, pour reprendre l'exemple des activités d'imagerie développé ci-dessus, les coûts à l'unité des activités d'imagerie peuvent être réduits en augmentant le volume des cas traités en urgence et qui ont recours à l'imagerie, ou en augmentant le volume de cas traités en dehors de la filière urgence. Il s'agira, pour les hôpitaux de proximité, d'identifier les possibilités d'amortir les coûts fixes par le biais des économies d'envergure, si les possibilités d'échelle n'existent pas pour une activité ou un ensemble d'activités.

Du rôle de la proximité dans l'efficacité des interventions et des traitements. Pour certaines pathologies, la qualité des interventions effectuées s'améliore avec une augmentation du volume de cas traités. Cette dernière considération repose sur les enseignements tirés des expériences de la plupart des pays de l'OCDE qui, pour des raisons liées à la maîtrise des coûts, ont encouragé la concentration d'activités au sein d'établissements de plus grande envergure.²

Cependant, il a également été constaté que la proximité est un facteur important dans le cadre d'interventions liées à certaines conditions ou pathologies, ou dans certaines étapes du parcours de soins (notamment, par exemple, la prévention, les soins de suite ou la réadaptation). Une étude réalisée par Monitor, l'agence de régulation de l'offre de soins en Angleterre, relève un plus grand niveau de satisfaction de la part des patients ayant bénéficié de soins dans un contexte de proximité. Par exemple, les soins de proximité permettent aux personnes âgées d'accéder à des activités ou aspects de vie qui ont un impact important sur leur bien-être. Un impact positif sur certains indicateurs, tels que les indicateurs de qualité de la vie ou du taux de dépression, a aussi été constaté.³ Enfin, des études relèvent une amélioration des résultats cliniques pour certains traitements.⁴

3.2 Principaux enseignements

3.2.1 L'organisation efficiente de l'offre de soins a été un moteur important de réformes

Dans chacun des pays concernés, les autorités se sont livrées à une réflexion sur la répartition optimale des missions et des activités à travers l'offre de soins. Cette réflexion repose sur une analyse de l'évolution des besoins de santé, notamment le poids des maladies chroniques et des besoins spécialisés liés au vieillissement de la population.

Certains pays ont opté pour une centralisation accrue des activités spécialisées. C'est notamment le cas du Danemark et de l'Italie, où les réformes ont été motivées par l'observation que pour un nombre d'interventions spécialisées, la qualité des interventions est une fonction croissante du volume de cas traités.

Cette tendance n'exclut pas pour autant une appréciation du rôle de la proximité dans le cadre de la gestion efficiente de l'offre de soins. Bien qu'aucun des pays

² Ethan A. Halm, MD, MPH; Clara Lee, MD, MPP; and Mark R. Chassin (2002), "Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodological critique of the literature", *Ann Intern Med*;137:511-520; John D. Birkmeyer, M.D., Andrea E. Siewers, M.P.H., Emily V.A. Finlayson, M.D., Therese A. Stukel, Ph.D., F. Lee Lucas, Ph.D., Ida Batista, B.A., H. Gilbert Welch, M.D., M.P.H., and David E. Wennberg, M.D M.P.H., (2002) "Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States" *N.Engl J Med*; 346:1128-1137

³ Monitor (2015), *Moving Healthcare Closer to Home: Literature Review of Clinical Impacts*, p 8.

⁴ Ibid., p 7.

étudiés ne définisse une catégorie spécifique portant le label « hôpital de proximité », nous pouvons néanmoins déceler le rôle de différentes structures (hospitaliers et autres) répondant à des préoccupations de proximité. Les soins de proximité impliquent différents acteurs et le poids de ces hôpitaux comparé à celui des autres acteurs varie sensiblement d'un pays à l'autre. Ainsi :

- Au Royaume-Uni, les hôpitaux de communauté et les hôpitaux ruraux (catégorie particulière à l'Écosse) jouent un rôle important dans l'offre de soins de proximité. La palette de soins est relativement large et peut inclure la chirurgie et l'obstétrique.
- En Allemagne, le cadre juridique impose une séparation stricte entre les hôpitaux et les établissements offrant des soins de premier recours. Les maisons de santé pluridisciplinaires jouent un rôle important dans l'offre des soins de proximité, notamment en zones « fragiles ».
- En Italie, le pacte pour la santé de 2014 encourage la création de centres pluridisciplinaires et des réseaux de santé. Le développement de la médecine de ville est une priorité. L'objectif est de faciliter la transition entre le séjour hospitalier et la réadaptation. Les autorités considèrent que la proximité à la communauté facilite la réadaptation et contribue à diminuer les coûts de traitement.
- Au Danemark, alors que les hôpitaux régionaux et spécialisés opèrent à grande échelle; les établissements de proximité s'orientent vers une spécialisation médico-sociale croissante.

Il convient aussi de souligner le rôle important, voir fondamental, de la médecine de ville et des médecins généralistes dans l'organisation de l'offre de soins et du parcours du patient. Les autorités de chacun des pays concernés reconnaissent que les généralistes contribuent à augmenter la qualité des traitements en améliorant la prise en charge et le suivi des patients. Au Royaume-Uni, les généralistes jouent un rôle de gardien (« gate-keeper »), dans le sens où ils orientent les patients vers les services et établissements spécialisés. Le Danemark, l'Allemagne et dans une moindre mesure l'Italie visent le développement de la médecine de ville pour renforcer les soins de proximité

3.2.2 Des réformes ont été apportées aux modes de financement

Ces réformes ont été particulièrement prononcées en Angleterre, avec la mise en place d'une séparation stricte entre le financier (l'état), les commanditaires de service (les institutions régionales chargées de procurer des services médicaux) et les prestataires de service. Un marché interne a été créé, au sein duquel les prestataires de service se livrent à une concurrence basée principalement sur la qualité des services fournis. La rémunération des prestataires s'effectue selon une tarification à l'activité, alors que l'allocation des ressources budgétaires aux

institutions régionales se fait par le biais d'une approche populationnelle, dite de la capitation pondérée (cf. la section [6.1.2] de ce rapport).

L'Italie, l'Allemagne et le Danemark emploient des approches hybrides, combinant une tarification à l'activité et des paiements forfaitaires – c'est-à-dire une rémunération sur la base d'une estimation des coûts fixes associés au maintien d'une capacité d'intervention définie. Nous trouvons aussi une approche hybride en Ecosse, qui n'a pas choisi de suivre le modèle anglais.

3.2.3 L'importance des questions d'équité

La question de l'accès aux soins, et notamment le redressement de certaines inégalités, est une question prioritaire dans chacun des pays étudiés (notamment en Allemagne et en Italie). Les inégalités peuvent être géographiques ou sociales.

Les autorités s'efforcent d'identifier des zones qui pourraient être qualifiées de fragiles. Ces zones peuvent exister tant en zone rurale que urbaine et ne sont donc pas seulement un reflet de l'isolement géographique. L'Allemagne et l'Italie ont mis en place des systèmes d'incitations pour encourager les praticiens à s'installer en zones fragiles.

3.3 Conclusions

Il existe au sein des pays étudiés des similitudes aux niveaux des objectifs poursuivis, à savoir l'efficacité dans l'organisation de l'offre de soins et l'équité. La coordination du parcours de soins également est une considération importante.

Aucun des pays étudiés n'a défini une catégorie d'établissements portant la désignation « hôpital de proximité ». Les soins que l'on pourrait qualifier de proximité sont la responsabilité d'un nombre d'acteurs : des généralistes, des maisons de santé pluridisciplinaires et des hôpitaux de communauté. Dans ce contexte, la création de réseaux et de plateformes de coordination est d'une importance considérable.

4 Entretiens

4.1 Liste des acteurs consultés et points abordés

- Acteurs nationaux
 - Association nationale des centres hospitaliers locaux (ANCHL)
 - Association nationale des médecins généralistes d'hôpital local (AGHL)
 - Fédération hospitalière de France (FHF)
 - Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
 - Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

- Acteurs régionaux :
 - ARS Rhône Alpes
 - ARS Bretagne
 - ARS Provence-Alpes Côtes d'Azur (PACA)
 - ARS Picardie

- Acteurs locaux
 - Centre Hospitalier de Vaison, Centre Hospitalier de Valréas, Clinique Jean Paoli (établissement privé à but non-lucratif) et ex-Hôpital Local de Sault (PACA).
 - Directeur du CH de Saint Laurent de Chamousset et du CH de Saint Symphorien sur Coise (Rhône-Alpes).
 - Directrice et président de CME du CH de Janzé (Bretagne).
 - Directeur du CHIBS (Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme), Directeur des CH de Vervins, du CH de Hirson et du CH de Le Nouvion (Picardie).

Lors de ces entretiens, deux questions distinctes ont été abordées avec les différents acteurs:

- la définition des hôpitaux de proximité et leurs missions,
- le financement des hôpitaux de proximité.

4.2 Résumé des principaux enseignements – acteurs régionaux

4.2.1 Définition et missions des hôpitaux de proximité

Points de convergence

Les ARS ont insisté sur le rôle de la proximité par rapport aux soins aux personnes âgées, aux soins de suite, aux actions de prévention et à la médecine thérapeutique. Ainsi, plusieurs d'entre elles ont évoqué le potentiel des hôpitaux de proximité en tant que plateforme de coordination. Ce rôle de coordination permet d'optimiser la gestion de l'offre de soins.

De plus, une meilleure coordination, ainsi qu'une meilleure orientation du patient, limite le recours aux urgences, ayant été constatée que l'absence de prise en charge de proximité pouvait être un des facteurs expliquant le recours excessif aux urgences hospitalières.

Toutes les ARS ont souligné l'importance des liens étroits entre les établissements hospitaliers qui rempliraient des fonctions de proximité et la médecine libérale. Ces liens reflètent les interdépendances suivantes :

- La contribution des médecins libéraux à l'efficacité des activités des hôpitaux de proximité, notamment du fait de leur capacité à prendre en charge le suivi du patient.
- La contribution des hôpitaux de proximité à l'attractivité du territoire pour les médecins, notamment en zones rurales ou fragiles, qui peinent à attirer de jeunes médecins ou à retenir des médecins qualifiés.

Points de divergence

La distinction entre établissements implantés en zone rurale et zone urbaine est plus importante pour certaines ARS. Pour certaines d'entre elles, les questions liées à l'isolement sont fondamentales et constituent un des principaux objectifs visés par les hôpitaux de proximité.

D'autres étaient de l'opinion qu'il serait préférable de parler de centres de traitement, plutôt que du concept d'hôpital de proximité. Dans ce schéma, l'essentiel est de développer une approche basée sur le parcours de soins du patient, tout en laissant de la flexibilité aux différentes formes d'établissements de remplir des missions de proximité.

4.2.2 Financement des hôpitaux de proximité

Points de convergence

Toutes les ARS qui ont participé aux entretiens se sont exprimées en faveur d'une approche hybride, combinant une rémunération fixe, visant à garantir une capacité minimale, avec une rémunération liée à l'activité. Les proportions relatives des parts fixes et variables pourraient être modulées en fonction de critères objectifs (degré de fragilité de l'offre de soins, besoins de la population,...).

Points de divergence

Une d'entre elles s'est prononcée en faveur d'une approche basée sur le parcours de soins et non sur des structures juridiques. Les ressources seraient fongibles entre les différentes activités et seraient gérées par les ARS.

4.3 Résumé des principaux enseignements – établissements

4.3.1 Définition et missions des hôpitaux de proximité

Points de convergence

Les établissements interrogés dans le cadre de cette étude ont souligné l'importance de prendre les besoins populationnels comme point de départ de l'analyse. Pour un territoire, la nature de ces besoins détermine la nature des structures appropriées pour y répondre.

Ils ont aussi insisté sur les points suivants:

- l'importance des liens entre établissements afin d'optimiser le parcours de soins ;
- les hôpitaux de proximité doivent être en mesure de proposer des activités EHPAD, SSR et USLD ;
- l'importance des liens avec la médecine de ville, notamment la nécessité d'assurer une continuité et une permanence des soins et d'assurer la fonction de pôle d'attractivité pour les médecins.

Points de divergence

Les points de « divergence » reflètent pour l'essentiel les missions spécifiques liées aux besoins du territoire desservi. Pour certains établissements, notamment les anciens hôpitaux locaux, la problématique de l'isolement est la préoccupation majeure.

4.4 Résumé des principaux enseignements – acteurs nationaux

4.4.1 Définition et missions des hôpitaux de proximité

Points de convergence

Les principaux points de convergence reprennent certains points avancés par les acteurs régionaux, soit :

- Le rôle que pourrait tenir les hôpitaux de proximité dans la coordination du parcours du patient et dans la coordination entre les soins médicaux et le domaine médico-social.
- La nécessité de considérer le rôle des hôpitaux de proximité dans le contexte d'une gestion optimale des soins en réponse aux besoins de santé sur un territoire défini. Il est important de tenir compte de la variabilité des facteurs populationnels qui influent sur les besoins spécifiques. Il s'agit aussi de tenir compte des interdépendances avec les autres acteurs.
- L'importance de valoriser les liens entre la médecine de ville et les hôpitaux de proximité.

Points de divergence

Certains considèrent qu'il serait plus approprié de parler de soins de proximité, ce qui permettrait de regrouper les différents acteurs impliqués dans leurs réalisations. Cela donnerait une plus grande flexibilité à l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins territoriaux.

Certains acteurs font part de la nécessité de fixer des seuils d'activité dans la définition des établissements. Mais, les points de vue divergent sur la question de savoir si ces seuils devraient être des minima ou des maxima.

4.4.2 Financement des hôpitaux de proximité

Points de convergence

Il existe un consensus des acteurs pour la mise en place un modèle hybride composé d'une tarification à l'activité et de paiements forfaitaires.

Points de divergence

Nonobstant la convergence mentionnée précédemment, d'importants points de divergence sont apparus entre les acteurs concernant la structuration d'un modèle hybride. Ainsi :

- Un acteur a plaidé pour que la part fixe continue à être la principale composante du modèle.
- Deux autres acteurs ont proposé que la T2A soit le principal instrument de financement.
- Un acteur a aussi insisté sur le besoin de standardiser la tarification pour chaque acte, en ajoutant qu'il faudrait faire attention à ce que la rémunération n'encourage pas l'hospitalisation avec hébergement plutôt que le traitement à domicile.

4.5 Conclusions

Les entretiens révèlent dans leur ensemble que les acteurs nationaux, régionaux et locaux considèrent le concept d'hôpital de proximité comme utile, nécessaire et permettant une meilleure gestion de l'offre de soins, sous certaines conditions. Malgré une certaine diversité d'opinions, nous constatons que les principales conditions sont :

- La notion de proximité n'a de valeur réelle que si elle est considérée dans un contexte de réseaux de soins. Un établissement qui prétend être de proximité doit pouvoir exercer une fonction de coordination du parcours de soins pour le patient. Il doit entretenir des liens opérationnels avec d'autres établissements capables de proposer des traitements plus spécialisés. Dans les faits, la plupart des établissements qui seraient des établissements de proximité ont déjà investi dans le développement de partenariats, que ce soit dans le cadre des CHT ou sur la base des liens moins formels entre directeurs d'établissements. Il convient aussi de tenir compte de la répartition des activités entre établissements privés et publics.
- Les hôpitaux de proximité peuvent opérer aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine. Bien que les hôpitaux de proximité puissent apporter une

réponse au problème de déserts médicaux, ils ont également un rôle à jouer dans les zones et régions qui bénéficient d'une offre de soins plus développée.

- La valeur des hôpitaux de proximité dans l'offre de soins reflète l'importance de la proximité dans le contexte des soins aux personnes âgées, dans la prévention (y compris à travers l'éducation thérapeutique), la rééducation et la réadaptation. Les hôpitaux de proximité peuvent aussi servir à désengorger certains maillons de l'offre de soins en prenant en charge les patients qui se dirigeraient à défaut vers les grands centres hospitaliers. Les établissements qui opèrent dans un contexte d'isolement – principalement d'anciens hôpitaux locaux – jouent un rôle clef dans l'accès aux soins.
- Le plateau technique des hôpitaux de proximité doit pouvoir soutenir la médecine. La radiologie et éventuellement la petite chirurgie peuvent aussi avoir leur place. Un service d'urgences est également souhaitable dans les régions isolées. Enfin, les projets de télémédecine et de soins mobiles devraient être développés de façon plus soutenue dans le cadre de la collaboration inter-hospitalière.
- Les hôpitaux de proximité doivent continuer à servir, au minimum, le lien avec la médecine de ville et pourraient aussi être un mécanisme servant à retenir et à développer la présence des médecins de ville. L'importance de ce lien avec la médecine de ville reflète le rôle des médecins de ville dans la prise en charge et le suivi des patients.
- Le financement des hôpitaux de proximité doit se faire selon un modèle hybride consistant, pour les activités de médecine, d'une composante variable et d'une composante fixe. Il s'agit de déterminer des seuils d'activité au-delà desquels l'application de la part variable serait compatible avec l'activité des établissements concernés.

La logique de ces propos rejoint en de nombreux points ce qui a été constaté dans les études de cas.

Il existe ainsi un souci d'identifier comment le concept d'hôpital de proximité pourrait renforcer l'efficacité de l'offre de soins et l'efficacité de certains actes, notamment en ce qui concerne les soins liés à l'âge et aux actions de prévention. Apparaît également le souci d'assurer un accès équitable aux soins en zones considérées comme fragiles (sous denses en population, en praticiens ou en structures, rurales, isolées...).

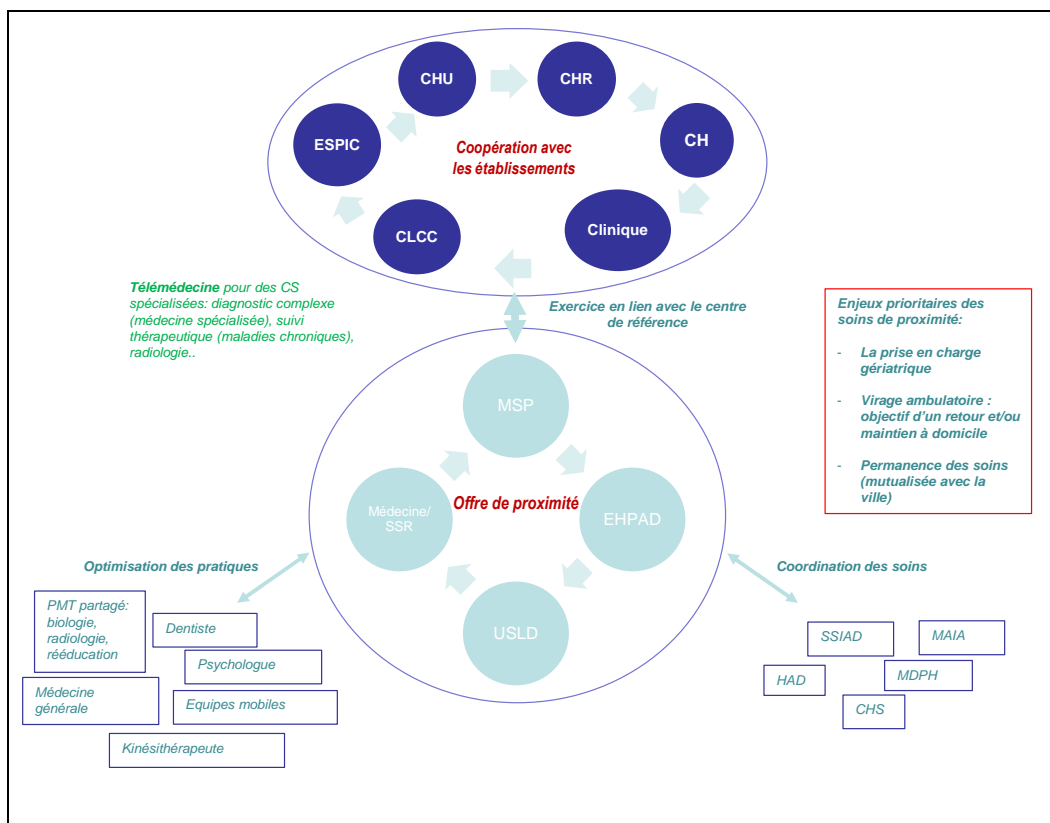
5 Définition des hôpitaux de proximité

5.1 Caractéristiques des soins de proximité

Les propos recueillis lors des entretiens et les enseignements des études de cas ont permis de constater que la notion de soins de proximité regroupe potentiellement un nombre d'acteurs différents, et qu'il s'agit de gérer les interdépendances entre ces acteurs de manière efficiente. L'importance des interdépendances entre acteurs et activités au sein de l'offre de soins, ainsi que du besoin d'assurer des missions de coordination.

Le schéma présenté ci-dessous permet de conceptualiser les soins de proximité et de les situer en relation avec les autres maillons de l'offre de soins. Il convient, à partir de ce schéma, de préciser l'apport des hôpitaux de proximité.

Graphique 2. Répartition des missions – soins de proximité dans le contexte de l'offre de soins



Sur la base des précédentes sections de ce rapport, les points suivants peuvent être soulignés :

- Le rôle des hôpitaux de proximité dans la coordination des activités de médecine avec les activités médico-sociales, compte tenu des économies d'envergure qui existent entre les activités nécessitant des structures d'hébergement ;
- Le rôle des hôpitaux dans le renforcement des liens avec la médecine de ville.
- Bien que les MSP puissent remplir certaines fonctions semblables aux hôpitaux de proximité, les complémentarités entre les MSP et les établissements hospitaliers sont aussi à souligner (par exemple, dans les cas où les MSP sont adossées à des centres hospitaliers). Il n'est donc pas approprié de considérer que les MSP peuvent automatiquement se substituer aux hôpitaux dans le développement de soins de proximité.

Cette présentation des soins de proximité met également en avant l'importance de la définition du territoire au sein duquel ces soins sont « produits ». En effet, les caractéristiques d'un territoire permettent de déterminer l'existence de besoins précis auxquels les prestations proposées par les soins de proximité apportent une réponse tout en correspondant aux notions d'efficacité et d'équité. Par exemple, une proportion importante de personnes âgées au sein d'un territoire serait un indicateur d'une demande latente pour les soins de proximité, compte tenu de l'importance de la proximité en tant que facteur d'efficacité des soins apportés aux personnes âgées, et compte tenu de la mobilité réduite de cette population.

La définition des hôpitaux de proximité repose donc en premier lieu sur une définition de son territoire d'implantation et d'un examen des caractéristiques de ce territoire. Ces questions sont traitées dans les paragraphes suivants.

5.2 Définition du territoire

La définition du territoire doit servir à clarifier l'utilité éventuelle des hôpitaux de proximité. Elle devra donc, notamment, permettre de bien cerner les caractéristiques de sa population, ses besoins et en particulier les complémentarités au niveau de la demande de soins. En tenant compte des propos recueillis lors des entretiens avec les acteurs régionaux et nationaux, trois possibilités peuvent être retenues :

- territoire correspondant au bassin de vie d'une population. Selon la définition de l'INSEE, le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants ;

- territoire correspondant à la zone de recrutement de l'établissement. La zone de recrutement est définie sur la base des communes qui, collectivement comptent pour 80% de la patientèle des établissements ;
- territoire correspondant à un bassin établi sur la base des temps de déplacement des habitants de ce territoire.

Afin de tester ces différentes notions de territoire, la méthodologie suivante a été mise en œuvre. Le point de départ est une liste des établissements ayant une autorisation de médecine en France. Les communes d'implantation de ces établissements ont ensuite été reliées à une base de données répertoriant des informations de l'INSEE sur les caractéristiques des populations de ces communes et de l'offre de soins au sein de ces communes. Ces données ont ensuite été agrégées selon la définition territoriale choisie afin de développer une comparaison de ces territoires.

La comparaison des trois concepts de territoire est effectuée en analysant différents indicateurs démographiques et socio-économiques caractérisant la demande de soins de proximité. Ces indicateurs sont :

- la population ;
- la densité de population (habitants par km²) ;
- la part de la population de plus de 75 ans ;
- la part de la population vivant seule ;
- le taux de pauvreté (défini sur la base d'un seuil de 60% ou moins du revenu médian en 2012) ;
- le taux de pauvreté des personnes de plus de 75 ans ;
- des indicateurs de la vétusté des logements.

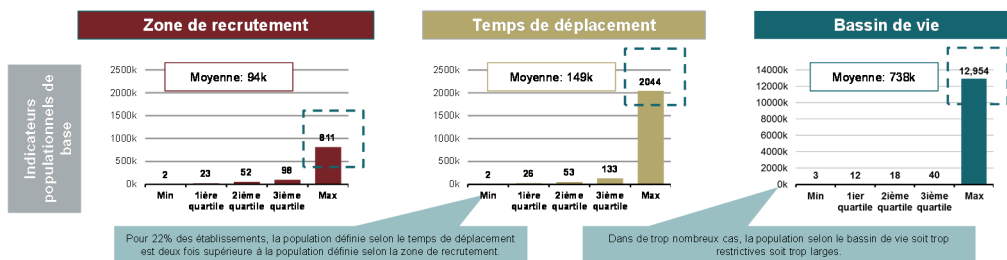
Les deux premiers indicateurs servent à vérifier si la définition territoriale choisie donne lieu à des différences substantielles en matière démographique, pouvant avoir des implications notamment sur les questions de financement. Les autres indicateurs servent à mesurer les facteurs qui donneraient lieu à une demande accrue pour les soins fournis par des établissements de proximité, notamment : le besoin de coordination des soins apportés aux personnes âgées, les coûts indirects d'accès aux soins (manque de mobilité, précarité) et les possibilités limitées de soins à domicile.

Certains indicateurs relatifs à l’offre de soins ont également été intégrés:

- le nombre de médecins omnipraticiens ;
- le nombre de MSP ;
- les possibilités d’hébergement des personnes âgées.

Les graphiques ci-dessous résument les résultats de cette analyse.

Graphique 3 Résumé de l’analyse comparative des territoires sous trois définitions



	Zone de recrutement				Temps de déplacement				Bassin de vie			
	Moyenne	Minimum	Médiane	Maximum	Moyenne	Minimum	Médiane	Maximum	Moyenne	Minimum	Médiane	Maximum
Population 2012	94k	2k	52k	811k	149k	2k	53k	2 044k	738k	3k	18k	12,954k
Densité 2012	663	6	209	13,075	686	6	188	8,489	1,044	10	135	12,569
Part de la population de plus de 75 ans	11.5%	5.5%	11.3%	19%	11.0%	4.4%	10.8%	18.2%	11.4%	5.9%	11.3%	20.6%
Part de la population de plus de 75 ans vivant seules	42.7%	25.4%	42.7%	58.1%	42.3%	28.5%	42.1%	58.1%	42.3%	28.2%	42.6%	58.1%
Taux de pauvreté	16.9%	5.8%	16.7%	33.2%	15.9%	5.2%	15.3%	32.1%	16.3%	5.5%	15.8%	32.1%
Taux de pauvreté des plus de 75 ans	10.8%	3.8%	10.0%	25.6%	10.1%	3.5%	9.5%	24.2%	10.3%	2.7%	9.7%	25.0%
Vétusté des logements	0.8%	0.1%	0.6%	2.6%	0.8%	0.1%	0.6%	2.7%	0.9%	0.1%	0.7%	3.3%
Densité d’omnipraticiens par 100 000 habitants	97	0	92	793	99	0	94	793	95	0	91	304
Densité MSP par 100 000 habitants	1	0	0	47	1	0	0	47	1	5	20	111
Personnes âgées : hébergement	15	1	11	124	22	0	12	227	74	1	4	1,201

Il est apparu d’emblée que la notion de bassin de vie, telle que définie par l’INSEE, n’est pas appropriée compte tenu des objectifs de l’étude. Les deux raisons principales expliquant ce constat sont les suivantes :

- Dans certains cas rares, la définition du territoire basé sur le bassin de vie peut apparaître comme un plausible reflet de la réalité de la proximité. Cependant dans de trop nombreux cas, les définitions apparaissent comme soit trop restrictives soit trop larges ;
- Par ailleurs, l’analyse des zones couvertes par cette définition laisse apercevoir des situations très disparates entre les établissements considérés, ce qui ne permettrait pas un traitement équitable de tous les établissements.

Après avoir écarté la notion de bassins de vie, a été développée l’analyse comparative des deux autres notions de territoire. Cette analyse révèle les similitudes des deux définitions de territoire en ce qui concerne les indicateurs

choisis. Des écarts peuvent être constatés pour certaines paires de zones de recrutement et zones définies sur le temps de déplacement, mais en général ces écarts se trouvent dans une fourchette de moins de 50%. Les statistiques diagnostiques faisant partie de cette analyse sont présentées en annexe.

Les résultats de l'analyse comparative des variables populationnelles sont les suivants.

Pour certains indicateurs, les variations entre les deux définitions de territoire peuvent être très marquées. Par exemple, pour 22% des établissements, le territoire défini sur la base des temps de déplacement a une population qui est au moins deux fois plus importante que la population associée à la zone de recrutement. Pour ce qui est de la densité de population, une différence de cet ordre de grandeur est constatée dans 10% des cas.

Mis à part les indicateurs concernant le nombre de médecins omnipraticiens et le nombre de personnes âgées par hébergement, les deux définitions de territoire sont proches sur la plupart des dimensions examinées.

Pour terminer, deux points peuvent être précisés :

- Pour certains établissements de petite échelle, le concept de zone de recrutement peut donner lieu à des territoires de très grande dimension. C'est le cas notamment si ces établissements ont un petit nombre de séjours de résidents d'une grande ville.
- La zone de recrutement, de par sa définition, n'est pas forcément fixe d'une année sur l'autre. Ces changements sont d'autant plus fréquents que l'établissement a un nombre de séjours très faible et que des communes avec très peu de séjours se retrouvent incluses dans la zone de recrutement.

Pour cette raison, une définition de territoire basée sur les temps de déplacement semble plus robuste et appropriée dans le contexte des objectifs de cette étude.

5.3 Critères de définition des hôpitaux de proximité

La section précédente a permis d'établir les caractéristiques des soins de proximité qui correspondent aux objectifs d'efficacité et d'équité. Celles-ci permettent de définir un concept d'hôpital de proximité qui soit consistant avec ces objectifs.

5.3.1 Coordination des activités de médecine au sein d'un territoire

L'importance de cette coordination, et notamment les gains en efficacité qu'elle permet de réaliser, a déjà été évoquée (cf. section 5.1).

Compte tenu de la logique développée, les critères pertinents sont :

- Une autorisation de médecine. Cette exigence, qui figure dans la LFSS 2015, n'a pas été remise en cause, que ce soit par les études de cas ou par les opinions recueillies lors des entretiens.
- Pas de séjour en chirurgie ou obstétrique. Ce critère permet d'éviter que les hôpitaux de proximité aient des plateaux lourds.
- Un hôpital de proximité est associé à l'activité d'au moins une USLD ou une unité SSR.

5.3.2 Coordination entre les activités de médecine et les activités médico-sociales.

L'importance de cette coordination reflète les économies d'envergure qui existent entre ces deux catégories d'activité, ainsi que le rôle de la proximité en tant que facteur déterminant de l'efficacité des soins. Les critères proposés sont :

- Un hôpital de proximité est associé à l'activité d'au moins un EHPAD

5.3.3 Liens avec la médecine de ville

Ces liens permettent aux médecins libéraux de soutenir l'action des hôpitaux de proximité, et aux hôpitaux de proximité de renforcer l'attractivité du territoire pour les praticiens. Nous proposons donc le critère suivant : la présence, dans les effectifs d'un hôpital de proximité, d'au moins un médecin libéral.

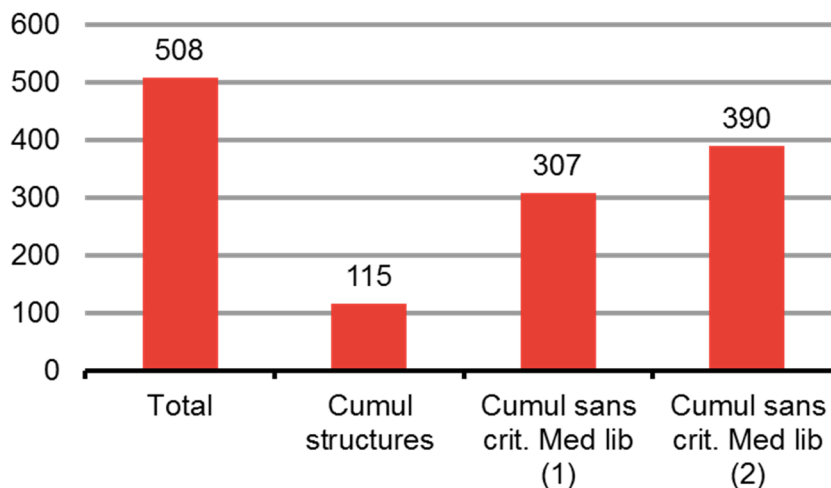
5.4 Liste des hôpitaux de proximité répondant aux critères énoncés

Le point de départ est la liste des 508 établissements qui bénéficient d'une autorisation de médecine. Les critères structurels présentés en section 5.3 ont ensuite été appliqués puis interviennent deux critères socio-économiques relevant des caractéristiques des territoires :

- Une proportion de personnes de plus de 75 ans qui excède la moyenne nationale (9,3%)
- Un taux de pauvreté supérieur à la moyenne nationale (14,3% en 2012, en se basant sur un seuil de pauvreté de 60% ou moins du revenu médian).

Cette analyse repose sur la notion de territoire défini selon la conclusion de la section 5.2, c'est-à-dire, sur la base d'un temps de déplacement de 20 minutes.

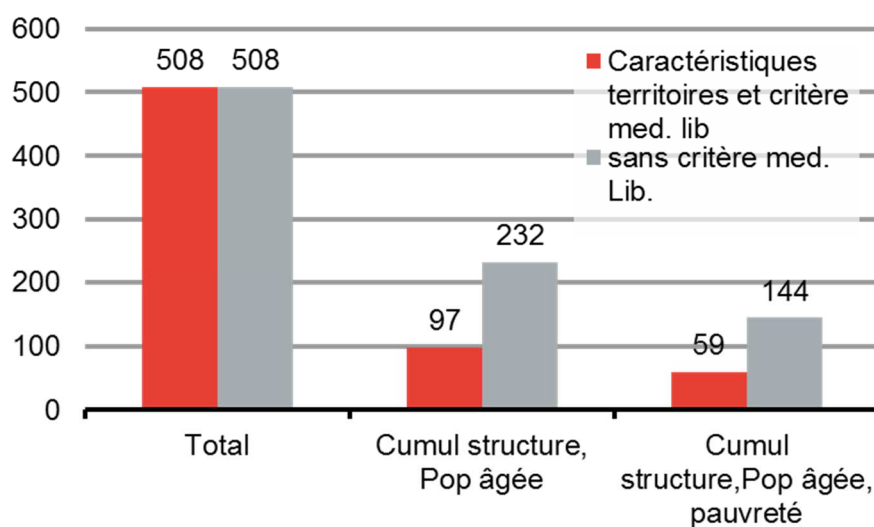
Graphique 4 Application des critères structurels, temps de déplacement



Ces deux graphiques illustrent l'impact de l'application des critères structurels, c'est-à-dire ceux qui traitent des caractéristiques des établissements. L'impact du critère concernant les médecins libéraux est important. Compte tenu du fait que les données sur les médecins libéraux sont incomplètes, les résultats sans l'application de ce critère sont également exposés. De plus, deux variantes sont présentées : la première tient compte des établissements qui collaborent avec un EHPAD lié au FINESS juridique, tandis que la deuxième (moins restrictive) tient compte de la présence ou non d'un EHPAD sur le territoire de l'établissement.

Les résultats issus de l'application des critères relatifs aux aspects territoriaux sont présentés ci-dessous :

Graphique 5 Application des critères liés aux territoires et les critères structurels des établissements



Cette analyse nous conduit vers la possibilité de développer une définition modulée des hôpitaux de proximité, qui comprendrait plusieurs niveaux.

Un groupe d'établissements qui remplit une fonction de coordination de base et qui satisfait aux critères suivants : pas de chirurgie, pas d'obstétrique, présence d'une activité EHPAD et USLD/ SSR. Cette définition concernerait 307 à 390 établissements (selon l'approche choisie pour définir les liens de l'établissement avec, respectivement, les EHPAD les USLD et les SSR).

Un groupe défini sur la base d'un premier critère supplémentaire : part de la population âgée. Cela concerne un groupe de 232 établissements.

Un groupe défini sur la base d'un second critère supplémentaire: le taux de pauvreté, soit 144 établissements.

Il serait aussi possible de moduler ces catégories sur la base de la présence ou non d'un médecin libéral. En appliquant ce critère au premier critère supplémentaire nous arrivons à une liste de 97 établissements, et au second critère supplémentaire à une liste de 59 établissements. Cependant, la fragilité des données concernant les médecins libéraux nous incite à la prudence concernant l'application de ce critère.

L'approche décrite ci-haut est cumulative, dans le sens où elle repose sur une application séquentielle des critères. Il est aussi envisageable de procéder par une application en alternance des critères. A titre illustratif, une possibilité serait de définir une catégorie d'établissements sur la base de critères structurels liés aux fonctions de coordination de base : c'est-à-dire, absence de séjours en chirurgie et en obstétrique, et liens avec au moins un EHPAD et au moins une USLD ou SSR. Cette méthode débouche sur une catégorie de 307 à 390 établissements, conformément à ce qui a été présenté précédemment.

Une seconde catégorie pourrait être définie sur la base des critères populationnels. Ainsi, nous pourrions définir une catégorie d'établissements dont les missions seraient particulièrement orientées vers les personnes âgées, en se basant sur le critère de la part de la population de plus de 75 ans. L'application de ce critère déboucherait sur une liste de 312 établissements. En appliquant ensuite le critère sur la pauvreté, la liste contiendrait 196 établissements.

En conclusion, les critères de définition sélectionnés peuvent être appliqués de façon modulable. Si nous partons du principe que la mise en œuvre opérationnelle du concept des hôpitaux de proximité serait de la responsabilité des ARS, cette approche modulable accorde donc une certaine flexibilité aux autorités régionales de mettre en œuvre ce concept d'une façon qui reflète les spécificités des territoires.

5.5 Conclusions

Cette étude a permis de situer le rôle des soins de proximité au sein de l'offre de soins. Spécifiquement, les soins de proximité contribuent à l'efficacité en vertu de l'importance de la proximité comme facteur influant sur l'efficacité de certaines catégories d'interventions, notamment celles liées aux conditions chroniques, à la prise en charge de personnes âgées, aux actions de prévention et à la réadaptation. Par ces interventions, les soins de proximité répondent à un souci d'équité, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. Ces catégories d'intervention nécessitent en outre une coordination entre différents acteurs du sanitaire et du médico-social.

Les hôpitaux de proximité peuvent servir de plateforme de coordination. Pour tenir ce rôle, il convient tout d'abord de définir le territoire au sein duquel cette coordination devrait d'opérer. La coordination est une fonction des complémentarités dans la demande de soins (essentiellement, des caractéristiques populationnelles) et dans l'offre de soins (essentiellement, les caractéristiques des structures médicales et médico-sociales). La définition appropriée du territoire est celle qui permettra de mieux évaluer ces complémentarités. Deux définitions de territoire, basées respectivement sur la notion de zone de recrutement et d'un bassin défini sur la base des temps de déplacement, peuvent être retenues (tout en soulignant la plus grande robustesse de la seconde définition).

Partant de cette définition du territoire, il convient d'identifier les caractéristiques des hôpitaux qui seraient capables de remplir des missions de proximité. Une définition des hôpitaux de proximité établie sur ces bases serait multidimensionnelle, avec une première catégorie d'établissements soutenant des fonctions de coordination de base et des catégories supplémentaires remplissant des fonctions plus spécialisées. Cette structuration devra aussi être reflétée dans les modes de financement proposés pour les hôpitaux de proximité.

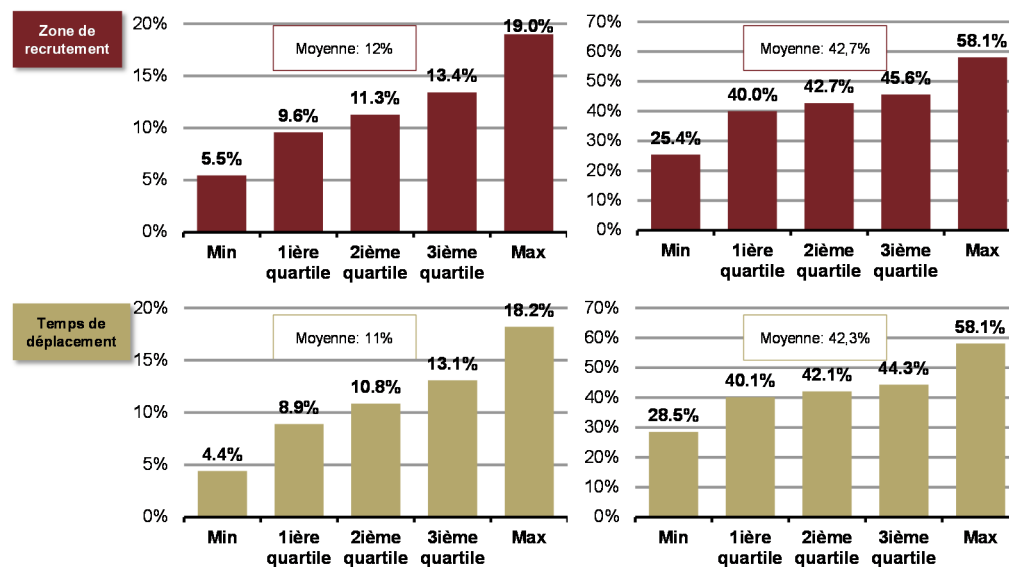
5.6 Annexes à la section 5

5.6.1 Diagnostic territorial – comparaison des zones de recrutement et des territoires définis sur la base des temps de déplacement

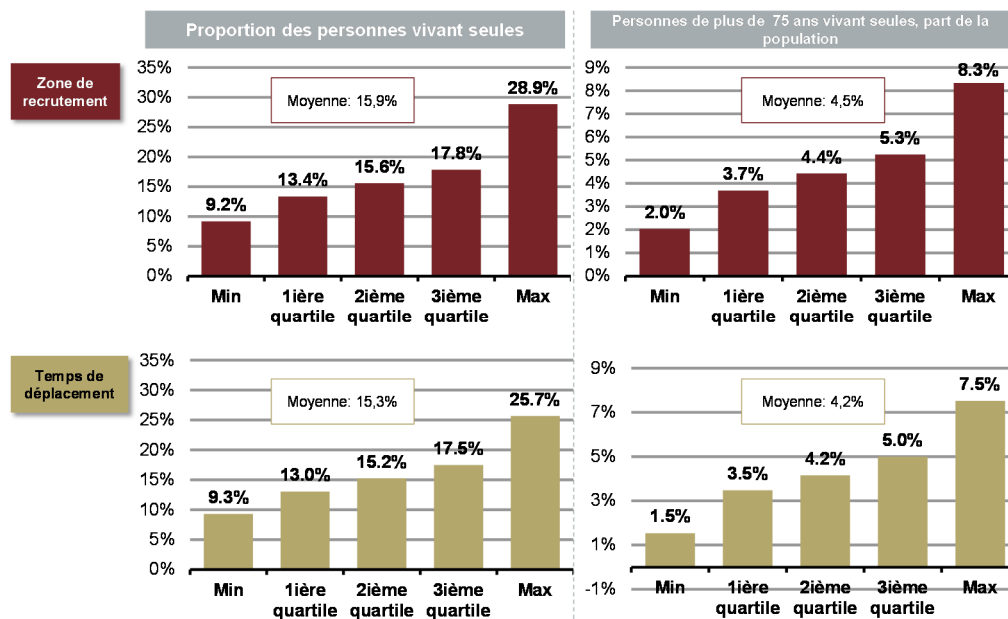
Les caractéristiques des territoires ont été présentées à la section 5.2, sur la base de certains indicateurs socio-économiques et de l'offre de soins. Nous avons constaté une convergence significative entre les deux notions de territoire étudiées (zones de recrutement et temps de déplacement) pour un nombre important d'indicateurs. Néanmoins des différences existent, reflétant les spécificités des territoires définis pour chacun des établissements considérés.

Est présentée ci-dessous la distribution des écarts, pour chaque indicateur, entre les valeurs obtenues pour les zones de recrutement et les temps de déplacement. Les écarts mesurent la différence pour chacun des établissements entre les valeurs d'un indicateur mesuré sur la base du temps de déplacement et de la zone de recrutement de l'établissement. Une grande incidence de valeurs extrêmes tend à démontrer que l'indicateur en question n'est pas stable par rapport à la définition de territoire.

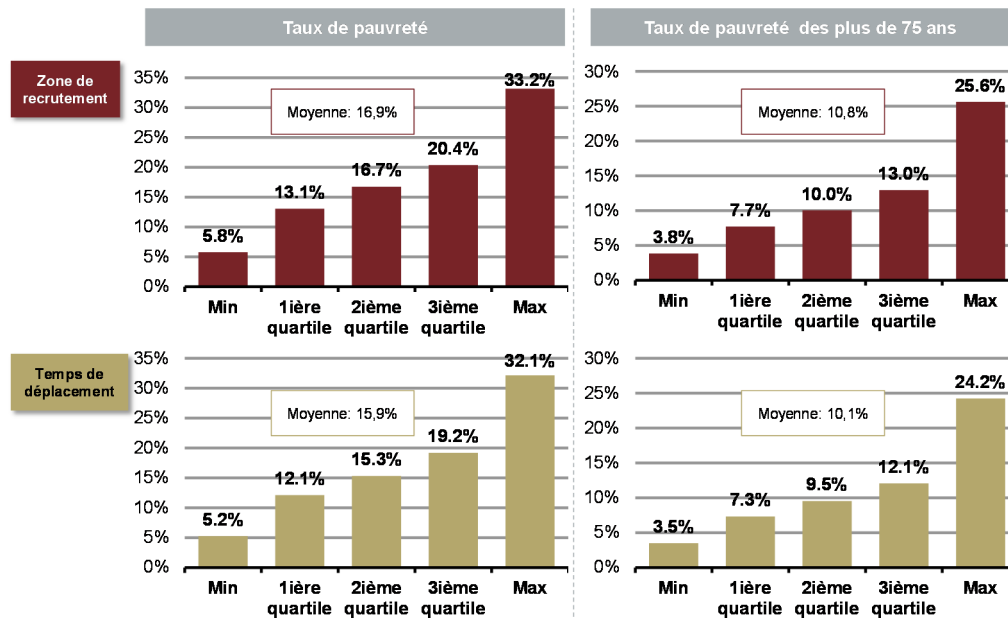
Graphique 6 Comparaison, part de la population de plus de 75 ans (gauche), part de la population de plus de 75 ans vivant seul (droite)



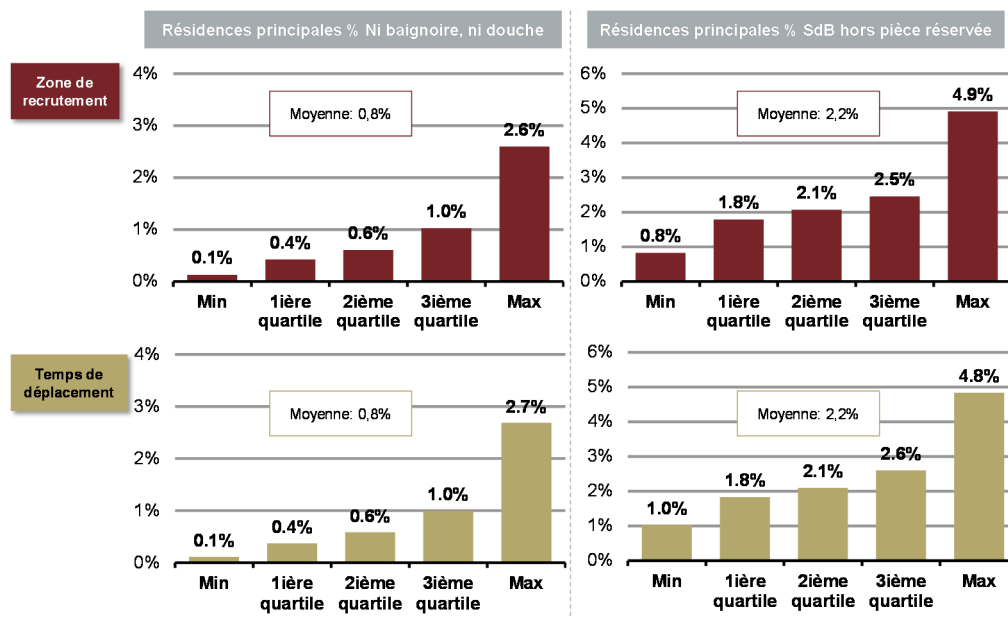
Graphique 7 Comparaison, personnes vivant seules, part de la population (gauche), et personnes de plus de 75 ans, part de la population (droite)



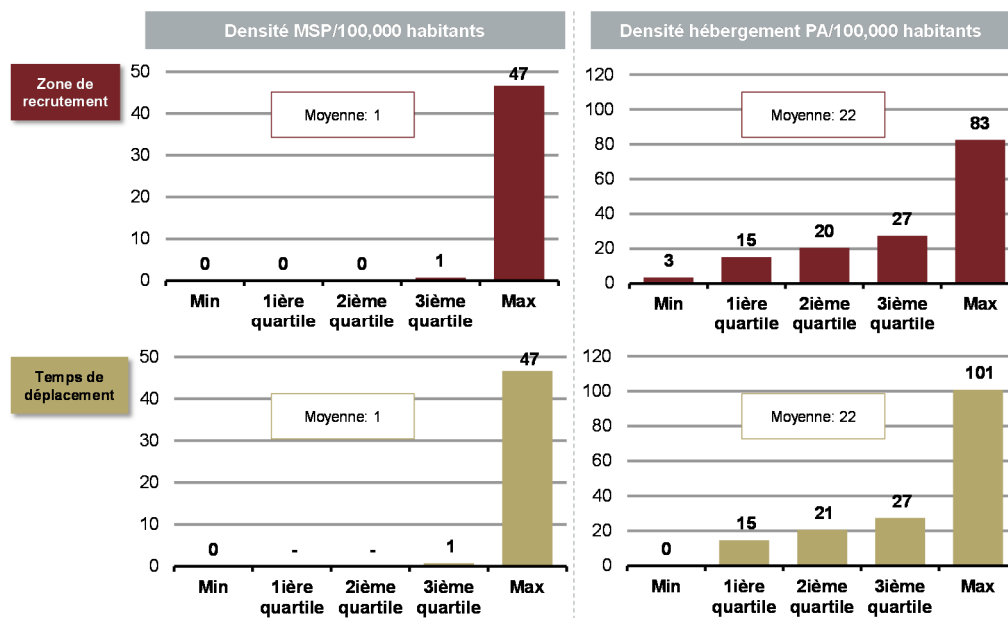
Graphique 8 Comparaison, taux de pauvreté, (gauche), et taux de pauvreté des personnes de plus de 75 ans (droite)



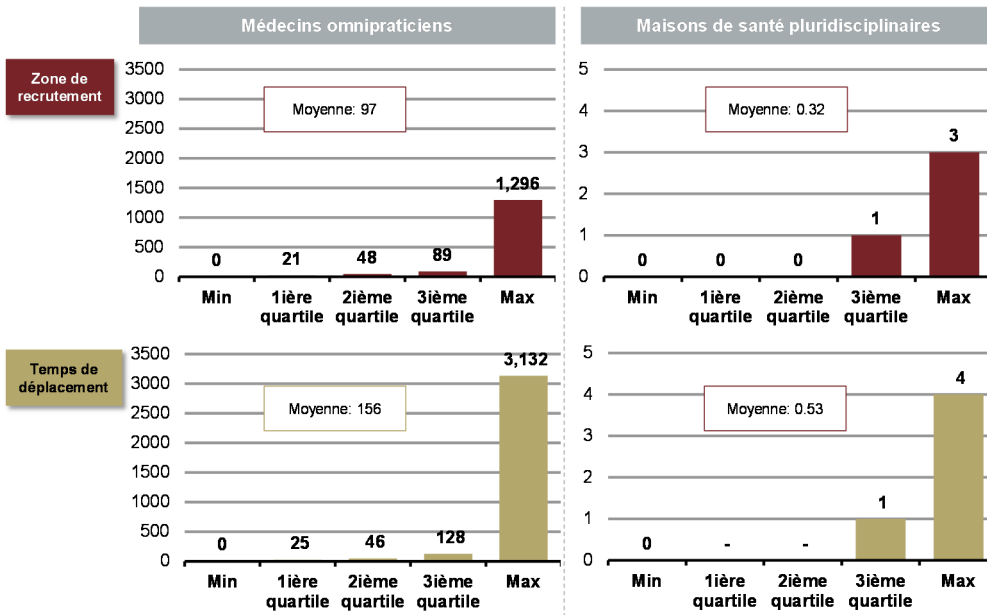
Graphique 9 Comparaison, indicateurs de la vétusté des logements et habitations



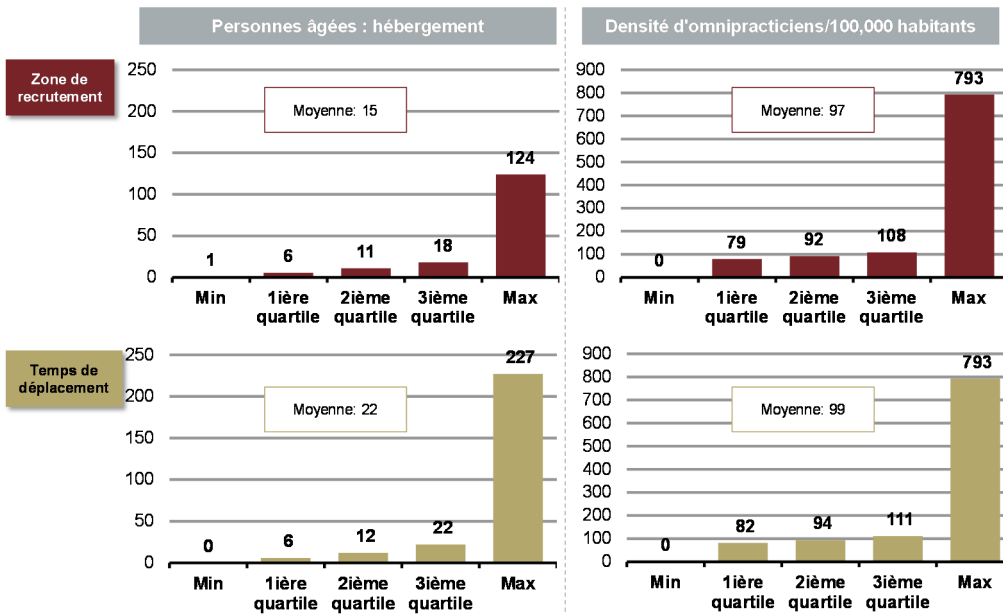
Graphique 10 Comparaison, indicateurs de la vétusté des logements et habitations



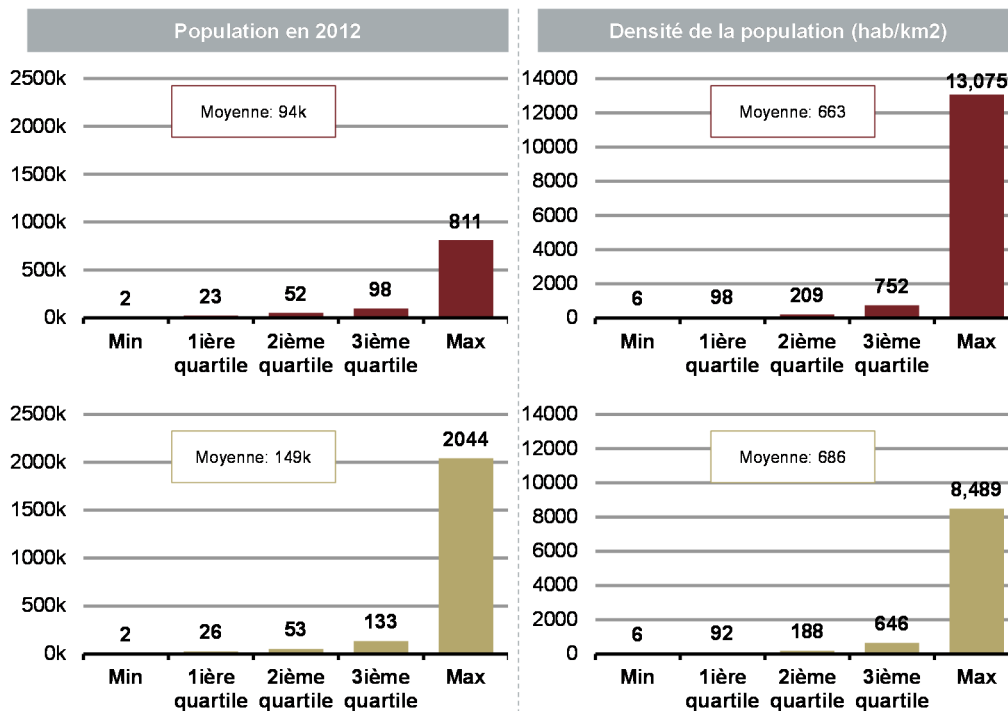
Graphique 11 Comparaison de l'offre de soins



Graphique 12 Comparaison, densité de l'offre de soins



Graphique 13 Comparaison, population (gauche), densité de la population



ylíos

6 Modes de financement

6.1 Principes et concepts de base

6.1.1 Enseignements issus de l'analyse de la phase 1

Les enseignements issus de la phase d'étude sur les missions et les critères de définition des hôpitaux de proximité permettent d'identifier certains facteurs structurants concernant les modes de financement :

- Le modèle de financement doit permettre de répondre à des besoins spécifiques du territoire (personnes âgées, personnes vivants dans la précarité...)
- Il faut pouvoir déterminer un financement souple et évolutif afin d'inclure de nouvelles missions réalisées par les futurs hôpitaux de proximité
- Le modèle de financement doit promouvoir l'implication des futurs hôpitaux de proximité dans un parcours de soins lisible et structuré :
 - via un maintien des activités de médecine au sein de l'établissement
 - via des structures médico-sociales présentes au sein de l'établissement ou du territoire
 - via des relais avec la médecine de ville
 - via des collaborations avec des structures impliquées dans des missions de coordination
- Le futur modèle doit inclure les différentes activités des hôpitaux de proximité en plus de l'activité de médecine (sanitaires et médico-sociales)
- Le futur modèle doit permettre le développement de nouvelles missions comme les missions de coordination.
- Le financement doit pouvoir proposer une standardisation de la tarification pour chaque acte en faisant attention à ce que cette rémunération n'encourage pas l'hospitalisation avec hébergement plutôt que le traitement à domicile
- La structure du modèle de financement doit garantir la pérennité tarifaire des missions des futurs hôpitaux de proximité.

Les objectifs énumérés ci-dessus reflètent les principes d'efficacité ou d'équité évoqués précédemment. Ainsi, l'idée de calquer les modes de financement sur les

besoins populationnelles sert l'objectif de promouvoir une allocation des ressources qui optimise le bien-être de la population concernée dans son ensemble (et donc, l'efficacité économique des ressources employées). Il reflète aussi l'objectif de maintenir une capacité d'accès aux soins garantie, et cette notion de capacité d'accès reflète des notions d'équité.

6.1.2 Structuration du financement – possibles approches

La structuration du financement intègre les compromis qui doivent être faits entre les notions d'efficacité et d'équité. Spécifiquement, la base sur laquelle s'effectue la rémunération d'acteurs détermine l'équilibre entre ces deux facteurs. Par exemple les paiements forfaitaires donnent lieu à un flux de ressources prévisible, mais dégagent peu d'incitations à l'innovation en matière de qualité de service. Des paiements à l'acte peuvent encourager les acteurs à innover, mais les exposent aux risques liés aux fluctuations de volume, ce qui pourrait conduire à la fermeture de certains établissements et donc potentiellement à des impacts sur l'accès aux soins.

L'approche par la capitation, qui s'efforce de calibrer le financement sur la base d'indicateurs populationnels sur un territoire défini, peut être considérée comme un mécanisme qui vise l'équilibre entre équité et efficacité. Les objectifs d'équité peuvent être reflétés par des indicateurs de besoins de la population, qui servent à pondérer la part des ressources allouées. Cette approche peut aussi encourager l'efficacité car elle permet un financement sur la base d'ensembles de services, et peut donc encourager la coordination entre services.

Parmi les approches à rémunération variable, se distinguent les paiements sur la base d'activité et les paiements sur la base de résultats. Dans la première catégorie, les paiements sont basés sur le volume d'interventions spécifiques menées par un acteur. Dans la seconde, les paiements s'effectuent sur la base de résultats obtenus (par exemple, une réduction de l'incidence d'une certaine maladie). Cette méthode incite d'avantage à la coopération entre acteurs et à l'innovation, mais est plus difficile à mettre en œuvre compte tenu de l'investissement très important en matière de collecte et analyse de données.

Tableau 1 Modes de financement – résumé des concepts

<p>Financement forfaitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rémunération périodiques pour un ensemble groupé de service • Le financeur (alt. prestataire) subit les risques d'une demande inférieure (alt. supérieure) à ce qui avait été prévu 	<p>Avantages:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financement prévisible, coûts administratifs faibles <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faibles incitations à la qualité et l'innovation, le financement ne suit pas le patient qui ne peut pas exercer un choix
<p>Paiements par capitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paiements forfaitaires pour un ensemble de services sur une période définie, à un prestataire (ou réseau) tenant compte du volume de patients. • Calcul sur la base d'une population territoriale, pondérée par facteurs de risques spécifiques (par ex âge, précarité, facteurs exogènes influant sur le coût des services) 	<p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le financement permet un suivi du patient. Choix du patient et certaines incitations à la qualité <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charge administrative liée au calcul des facteurs de pondération (omission peuvent fragiliser les services) • Faibles incitations à l'innovation si celle-ci augmente les coûts et la qualité
<p>Paiements par cas de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paiement sur la base d'épisodes de soins basés sur des groupements de procédés ou de diagnostics similaires du point de vue clinique. • Risques liés à l'incidence d'une maladie -> financier ; risques associés au traitement -> prestataire 	<p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incitations à la qualité et à la productivité. Choix des patients et concurrence facilités <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incitations au prestataire à éviter les patients « à risque » (équité). Problèmes de volumétrie • Incitations à augmenter artificiellement le volume de traitements
<p>Paiements par prestation fournie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paiement sur la base de chaque unité d'une prestation définie selon un tarif spécifié à l'avance • Risques liés à l'incidence d'une maladie -> financier ; risques associés au traitement -> prestataire 	<p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incitations à la qualité et à la productivité. Choix des patients et concurrence facilités. <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incitations au prestataire à éviter les patients « à risque » (équité). Problèmes de volumétrie • Faibles incitations pour la coopération inter-établissements
<p>Paiement au résultat</p> <ul style="list-style-type: none"> • On rémunère les acteurs ou un ensemble d'acteurs sur la base d'indicateurs du bien être de la patientèle, et non pas sur la base des activités 	<p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incitations à la qualité et à la productivité. Choix des patients et concurrence facilités. • Incitations à renforcer la coopération inter-établissements <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incitations au prestataire à éviter les patients « à risque » (équité). Problèmes de volumétrie • Des investissements très importants en matière de collecte de données sont nécessaires.

Il est bien entendu possible de développer des modèles « hybrides » qui combinent différents éléments des approches présentées ci-dessus. Ainsi les acteurs interrogés lors de la première phase de cette étude se sont prononcés en faveur d'une approche combinant une part de paiement fixe et une autre variable. Les éléments exposés ci-dessus nous permettent de constater que, même en partant de ce principe général, il est possible de structurer différents mécanismes de financement en fonction de la base utilisée pour calculer, respectivement, la part fixe et la part variable.

Le financement doit pouvoir proposer une standardisation de la tarification pour chaque acte en faisant attention à ce que cette rémunération n'encourage pas l'hospitalisation avec hébergement plutôt que le traitement à domicile

La structure du modèle de financement doit garantir la pérennité tarifaire des missions des futurs hôpitaux de proximité.

6.2 Modes de financement proposés pour les hôpitaux de proximité

6.2.1 Approche hybride combinant part fixe et part variable liée à l'activité

Les modes de financement peuvent combiner des éléments de paiements fixes et des éléments de paiements variables (cf. la section 6.1.2 et la section 6.4.1). Les raisons conduisant à introduire une part fixe dans les modes de financement sont les suivantes.

En principe, la part fixe :

- permet à un établissement de couvrir ses coûts fixes, sans quoi il cesserait de fonctionner, tout en fixant des tarifs variables pour un service au coût marginal de ce service (ce qui incite à l'efficacité).
- devrait être répartie selon les groupes de consommateurs et selon les proportions de consommation du bien ou service produit par l'établissement

Cependant, en réalité, la part fixe ne répond que très imparfaitement aux soucis d'efficacité. Elle est souvent aussi le reflet d'objectifs distributionnels, comme le souhait de maintenir une certaine capacité sur le territoire, la capacité visée dépendant d'un nombre de considérations pas toujours issues d'un raisonnement économique. La clef consiste à réconcilier les soucis d'efficacité et les objectifs distributionnels.

Une approche populationnelle pourrait servir à réaliser la réconciliation, ou du moins un rapprochement de ces deux objectifs. Elle permettrait notamment :

- de rémunérer les structures en fonction des besoins spécifiques de la population couverte ;
- de les inciter à réaliser les missions non liées à la production d'actes (prévention, coordination,...) qui sont mesurées, non pas par des volumes d'actes mais par des indicateurs liés à l'état de santé de la population ;
- de compenser certaines variations de coûts selon le lieu géographique d'un établissement, mais sans pour autant compenser des inefficiences opérationnelles.

Comme dans tout dispositif de financement, il est nécessaire de tenir compte de l'asymétrie entre le financeur et l'établissement concernant les informations sur la

structure des coûts, leur montant et les facteurs qui influent sur les coûts. Il est important de définir des indicateurs objectifs.

Les exemples présentés en annexe de cette section illustrent les principes dont il faut tenir compte dans le développement d'une approche populationnelle liée à un modèle de financement hybride.

6.2.2 Développement du modèle hybride avec modulation populationnelle

Architecture

L'architecture proposée repose sur une part variable et une part fixe, cette dernière étant composée de paiements forfaitaires auxquels sont appliqués un coefficient de modulation populationnelle. Le graphique ci-dessous présente les principaux éléments.

Graphique 14 Résumé de l'architecture proposée

		Objectifs
Part Fixe	Partie forfaitaire	<ul style="list-style-type: none"> Financer les composantes invariantes telles que les coûts du personnel et des infrastructures Maintien des capacités des établissements Possibilité d'inclure des ajustements pour les facteurs exogènes (par exemple, les spécificités locales du marché foncier ou immobilier).
	Modulation populationnelle	<ul style="list-style-type: none"> Modulation via un financement complémentaire en fonction d'éléments populationnels Possibilité d'ajuster les ressources mobilisées aux caractéristiques de la population afin de répondre au mieux aux besoins du territoire notamment en terme de prise en charge des populations les plus fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, populations précaires)
Part variable	Indexée sur l'activité	<ul style="list-style-type: none"> Incitation à l'efficacité (maintien des DMS,...) Incitation à la mutualisation entre activités ayant une composante d'hébergement (médecine, SSR,...) Il est possible de tenir compte des coûts exogènes dans un système de tarification à l'activité (par ex. Angleterre), mais il faut veiller à ne pas dédoubler les ajustements si ces facteurs sont pris en compte dans le calcul de la part fixe.

Il convient de s'attarder sur les modalités de calcul des paiements forfaitaires ainsi que le calcul de la modulation populationnelle, étant donné que la base et l'approche choisies détermineront l'impact du modèle sur les objectifs d'efficacité et d'équité. Le tableau ci-dessus présente les avantages et les inconvénients de différentes options. Les options sont présentées en ordre croissant de leur complexité, et aussi en ordre croissant quant à leurs capacités à

créer des incitations à l'efficacité en rapprochant le financement aux activités, et donc les coûts, de l'établissement.

La troisième option présente la possibilité de développer deux variantes :

- Une approche dite de « benchmarking », selon laquelle l'estimation des coûts fixes est basée sur ceux des établissements considérés comme étant de la meilleure pratique.
- Une approche basée sur un modèle hypothétique d'un établissement optimal.

Ces deux dernières approches sont souvent utilisées dans le cadre de réglementation des activités d'infrastructure (réseaux d'énergie ou de télécommunications, notamment), afin d'inciter la maîtrise des coûts

Tableau 2 Différentes approches pour le calcul de la part fixe

	Avantages	Inconvénients
Option 1 : Part fixe calculée par rapport aux recettes	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'assurer un maintien des recettes de la majorité des établissements • Dans le temps, permet un corrélation avec l'activité puisque la part à l'activité représentera une partie des recettes futures 	<ul style="list-style-type: none"> • Affaiblissement du lien entre le financement et les activités de l'établissement
Option 2 : Part fixe calculée par rapport à l'activité historique	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de prévoir à moyen terme la partie socle basée sur l'activité • Permet de lisser les variations d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de variations extrêmes d'activité le lissage n'est pas optimum, ceci peut notamment concerner les établissements à faible volume de séjours • Si l'activité est basée sur l'activité N-1 voire N-2 et sur les coûts moyens nationaux de l'ENC : pondération et répartition pas forcément optimales par rapport à la structuration de coûts des hôpitaux de proximité
Option 3 : Part fixe calculée selon les charges de l'établissement <i>Possibles variantes</i> - Approche selon le « benchmarking » afin de mesurer la meilleure pratique des établissements - Approche selon un modèle optimisé	<ul style="list-style-type: none"> • Sécuriser et maîtriser ses charges • Possibilité de développer des incitations à l'efficacité selon l'approche « benchmarking » et celle du modèle optimisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Danger d'une surpondération due aux différences de taille des établissements et de leur part des charges de personnel et d'infrastructure

Pour ce qui est du calcul du coefficient de modulation de la part fixe, trois questions se posent.


En premier lieu, il s'agit de définir quels sont les facteurs que l'on choisirait afin de pondérer la population du territoire concerné. En tenant compte des critères de définition des hôpitaux de proximité, deux d'entre eux se réfèrent aux caractéristiques populationnelles : la part de la population âgée de plus de 75 ans et la proportion de la population vivant dans la précarité. Ils sont mesurables grâce aux données de l'INSEE et peuvent donc servir de base de pondération.


En ce qui concerne la manière de prendre en compte ces critères, deux options peuvent être envisagées :

- Pour que la pondération soit précise, il convient de mesurer pour chaque territoire associé à un établissement de proximité, l'écart entre la valeur prise par chacune des variables (part de la population âgée, et précarité) et la valeur seuil pour cette même variable. Ces écarts définissent le degré de fragilité du territoire concerné (cf. tableau 3 ci-dessous), justifiant une plus importante allocation de ressources via la part fixe. L'écart peut être présenté sous la forme d'indice (par exemple, 1.05), servant de base pour le calcul du coefficient de modulation. Cette méthodologie est néanmoins compliquée à mettre en place et nécessite de mettre à jour périodiquement les valeurs pour chaque établissement.
- Seul le fait de remplir le critère est important ; la valeur exacte du taux et son écart au seuil choisi n'interviennent pas. Cette méthode est beaucoup plus simple dans sa mise en place et sa mise à jour périodique. Cependant, elle est moins précise et ne prend pas forcément en compte la mesure de la fragilité sur les critères. Par exemple, sur l'exemple ci-après, les deux territoires seraient considérés de la même manière.

Tableau 3 Application des critères et coefficient de modulation

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6	Cas 7
Taux de personnes de + de 75 ans	Fort taux	Faible taux	Fort taux	Taux moyen	Faible taux	Taux moyen	Faible taux
Taux de précarité	Fort taux	Faible taux	Faible taux	Fort taux	Taux moyen	Taux moyen	Fort taux





Territoire qui coche tous les critères avec des taux très éloignés des seuils choisis (=territoire très fragile)

Territoire qui coche tous les critères en étant proche du taux choisi (=territoire peu fragile)

La dernière question concernant le coefficient de modulation est celle de savoir s'il intègre une borne inférieure égale à 1. Cette règle implique que l'exercice de modulation sert seulement à augmenter la valeur de la part fixe. En effet, parmi les différentes catégories de définition qui ont été proposées pour les hôpitaux de proximité, pour certains de ces établissements, la part de la population âgée et le taux de précarité du territoire qui leurs sont associés ne seront pas forcément supérieurs aux seuils définis. Dans ces cas, l'application stricte d'un coefficient de modulation, sans borne inférieure, entraîne une modulation vers le bas de la part fixe. Nous proposons donc de spécifier que le coefficient de modulation prenne une valeur au moins égale à un, afin d'éviter de « pénaliser » certains établissements.

6.3 Conclusions

Le modèle de financement choisi doit refléter les spécificités des missions remplies par les hôpitaux de proximité. Plus précisément, le modèle doit tenir compte du fait que : ces missions, ainsi que la notion même des hôpitaux de proximité, sont définies par rapport aux besoins d'une population au sein d'un territoire et que l'action de coordination est un aspect important de ces missions.

Sur cette base, le modèle hybride, avec une part de paiement fixe et une part de paiement à l'activité semble plus adapté. La possibilité de pondérer la part fixe sur la base d'indicateurs spécifiques de la vulnérabilité de la population permet de tenir compte de la variabilité des caractéristiques des territoires au sein desquels opèrent les hôpitaux et de réconcilier des incitations à l'efficacité avec les objectifs d'équité.

Etant donné les complémentarités qui existent entre les hôpitaux de proximité et les activités SSR, l'intégration de ces dernières dans le mode de financement des hôpitaux de proximité semble être une idée prometteuse. Elle pourrait notamment favoriser la mutualisation des ressources. La mise en place de cette intégration nécessiterait un travail plus approfondi.

6.4 Annexes à la section 6

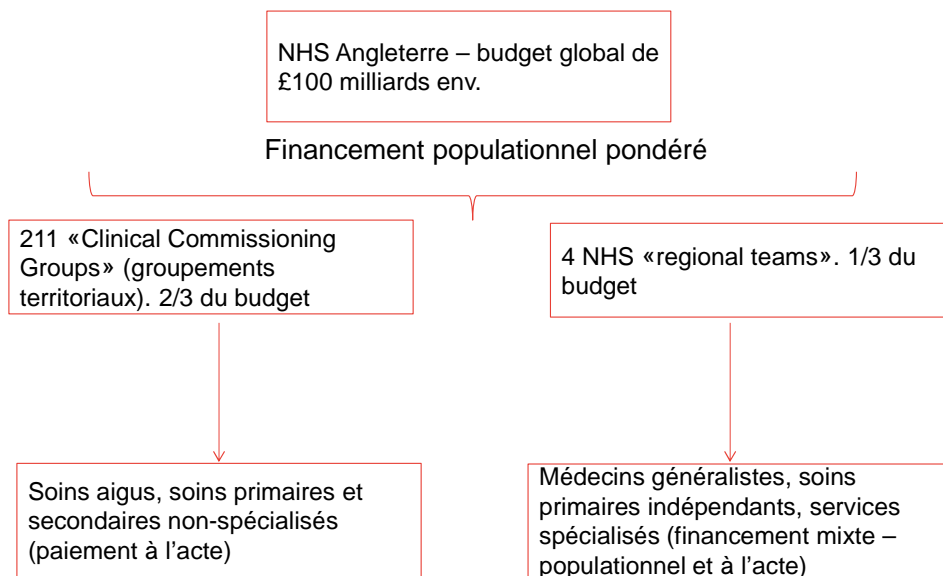
6.4.1 Etudes de cas

La définition des hôpitaux de proximité et de leurs missions met en exergue les fonctions de coordination dans les réponses apportées aux besoins d'une population sur un territoire défini. Il est donc intéressant d'examiner de quelle manière les modes de financement peuvent tenir compte des caractéristiques populationnelles. Nous nous sommes penchés sur le cas de l'Angleterre, et dans une moindre mesure, celui du Canada et de l'Italie.

Angleterre

Le financement de l'offre de soins en Angleterre implique l'allocation d'un budget d'environ 100 milliards de livres (en 2014), selon l'approche présentée au graphique 15.

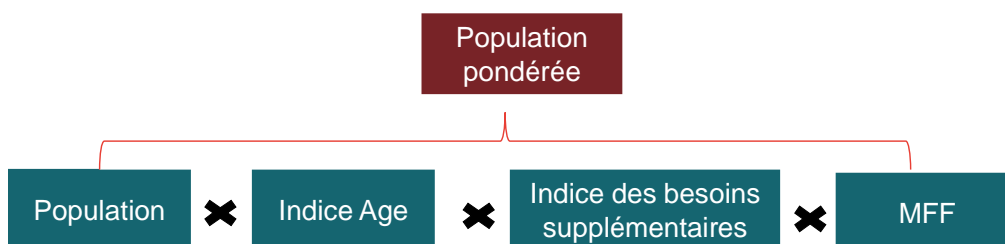
Graphique 15 Aperçu du modèle de financement de l'offre de soins en Angleterre



Le financement sur une base populationnelle pondérée implique que l'allocation que reçoit un territoire se fait selon la part de sa population relative à la population de l'Angleterre, mais ajustée sur la base de certains facteurs qui sont résumés au graphique 16. L'ajustement peut se faire vers le haut ou le bas, en fonction du calcul des facteurs d'ajustement pour le territoire concerné, par rapport aux autres territoires. Les territoires rémunèrent les acteurs de l'offre de soins selon un système de tarification à l'acte, ou selon des paiements fixes.

La formule de calcul de la population pondérée, qui peut être résumée comme suit :

Graphique 16 Formule de calcul de la population pondérée



où MFF signifie « Market Forces Factor », des facteurs qui influent sur les coûts de l'offre de soins, mais qui sont exogènes, c'est-à-dire, non contrôlables pour les acteurs.

Les principales composantes de la formule d'allocation sont reprises ci-dessous.

Age

- Cette composante repose sur le principe que certaines catégories d'âge (jeunes enfants, personnes âgées) ont des besoins plus importants que d'autres et que ces catégories ne sont pas réparties de façon égale à travers le territoire.
- Une valeur d'indice est déterminée pour chaque territoire par rapport à la moyenne nationale. Ce coefficient sert à pondérer la population du territoire.

Besoins supplémentaires

Les besoins supplémentaires sont définis comme étant ceux qui ne sont pas liés à l'âge ou ne sont pas suffisamment représentés par les données concernant l'âge. Le calcul de l'indice de ces besoins est complexe car les besoins ne sont pas observés directement. Il faut les calculer en s'appuyant sur des techniques de modélisation qui déterminent quels facteurs impactent le recours aux soins pour une période donnée, après avoir contrôlé la densité de l'offre de soins au sein du territoire.

L'approche exacte varie selon les trois catégories de soins : (i) hôpitaux et soins de communauté (ii) coûts des médicaments prescrits par les généralistes (iii) soins primaires (essentiellement les médecins généralistes). Dans chaque cas, un ajustement est réalisé sur la base d'un indice des inégalités de traitement (sur la base du taux de mortalité des moins de 75 ans).

La modélisation est effectuée par des groupes d'académiciens et chercheurs externes. Différentes équipes peuvent être engagées pour les calculs à effectuer sous chaque catégorie. La stratégie de modélisation repose sur les étapes suivantes :

- Estimer les besoins réels en modélisant le taux d'utilisation en fonction des caractéristiques du territoire en contrôlant pour l'effet des indicateurs de l'offre de soins
- Variable à expliquer: taux d'utilisation des services de soins
- Variables explicatives:
 - caractéristiques du territoire: indicateurs de santé (ex taux de mortalité, part de la population souffrant d'handicaps), indicateurs socio-économiques (par exemple, indice de précarité, niveau de formation, structure de l'emploi).
 - caractéristiques de l'offre de soins (ex. temps de parcours, nombre de généralistes).

- Les techniques de régression statistique calculent les coefficients des besoins supplémentaires.
- Les indicateurs retenus varient selon la catégorie de soins. Par exemple, pour les soins aigus et généraux (de la catégorie « hôpitaux et soins de communauté ») la modélisation s'effectue sur une base de 7 variables décrivant l'offre de soins et 12 décrivant les besoins
- Au sein de la catégorie « hôpitaux et soins de communauté », des calculs sont distincts pour les 5 catégories d'intervention suivantes: soins généraux et aigus, maternité, santé mentale, traitement et soins VIH, et prévention VIH.

Facteurs de marché/ coûts exogènes.

Les principales catégories de facteurs impactant les coûts sont la rémunération du personnel non-médical, la rémunération du personnel médical (médecins et dentistes), les coûts fonciers, et les coûts immobiliers. Ces coûts connaissent une importante variation géographique. La définition de ces catégories varie selon la catégorie de soins. D'autres coûts tels que l'équipement, les médicaments, etc. qui sont exogènes mais qui ne varient pas selon le lieu sont également intégrés.

Pour les hôpitaux, les soins de communauté et les soins de premier recours, des techniques de régression statistique sont appliquées sur les données relatives à la rémunération des employés du secteur privé, pour mesurer les influences géographiques, en contrôlant pour d'autres variables, notamment l'âge, la structure économique (industries et professions).

Pour le personnel médical des hôpitaux et des soins de communauté, l'indice calculé tient compte du ratio entre la rémunération pratiquée à Londres, et la rémunération en vigueur dans les autres régions du pays

Pour les médecins généralistes, la rémunération est fonction d'un indice de précarité, partant du constat qu'il est plus difficile d'inciter les généralistes à s'établir en endroits de forte précarité

Les coûts des biens immobiliers et fonciers sont calculés sur la base d'une analyse des valeurs observées et/ ou comptabilisées.

La répartition des différents éléments varie selon la catégorie de soins.

Pour les hôpitaux et les soins de communauté: personnel général 54,9%; indice du coût du personnel médical 13,9%; immobilier 2,7%; foncier 0,4%; et autres facteurs 28,1%.

Pour les soins de premier recours: rémunération des généralistes 42,1%; autres catégories de personnel 34,2%; foncier 1,3%; immobilier 6,4%, autres facteurs 16,1%.

L'indice est calculé pour chaque prestataire au sein du territoire, avant d'être agrégé (pondération sur la base de la part d'activité au sein de chaque territoire).

Canada

Le Canada a récemment mis en œuvre un programme de réformes, soit la Réforme du Financement du Système de Santé. L'ancien mode de financement prenait la forme d'une enveloppe budgétaire globale fixe redistribuée aux provinces pour couvrir la prestation des soins. Le financement était indépendant des soins promulgués ou de la complexité des cas traités, et le calcul était basé sur les coûts historiques des provinces en matière de santé.

Le nouveau modèle repose sur les éléments ou objectifs suivants :

- un système de financement à partir d'une formule pondérant des facteurs démographiques selon le type de prestations. La formule intègre : le nombre de patients pris en charge, les services offerts, des indicateurs de qualité des services et les besoins spécifiques de la population desservie.
- Accroître le recours aux paiements par capitation pour la rémunération des médecins.
- Donner davantage de compétences aux RSS pour la régulation des honoraires et l'intégration du budget pour les soins médicaux, hospitaliers et pharmaceutiques.
- Introduire un système de financement à l'activité dans les hôpitaux publics et privés – sur un pied d'égalité - pour inciter à l'efficacité des coûts.

Italie

Sur la lancée du Pacte de la Santé de 2014, l'Italie prépare des réformes de son modèle de financement. Les prochaines étapes de la réforme devront s'articuler autour du concept de réseaux et d'un financement qui « suit le patient ». Dans ce contexte, certaines régions expérimentent des réformes sur la base du modèle « Lombard », qui comprend les éléments suivants :

- Séparation entre les fonctions de financement et de prestataire
- La région alloue les ressources budgétaires aux ASL selon une formule de capitation pondérée
- Les ASL rémunèrent les prestataires à l'acte. Les patients ont le libre choix du prestataire