

**Financement et pilotage de
l'investissement dans le secteur de la santé
Volet international**

Document de travail

Novembre 2023



Tables des matières

1. LES 4 AXES MOBILISES POUR LES MONOGRAPHIES ETRANGERES	5
2. LES DONNEES DE STATISTIQUE ECONOMIQUE	6
2.1. <i>Eléments de synthèse</i>	7
2.2. <i>Constats par pays</i>	10
3. ANGLETERRE	15
3.1. <i>Comment s'organise la régulation de l'offre ?.....</i>	15
3.2. <i>Comment s'organise la construction ?.....</i>	19
3.3. <i>Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?.....</i>	23
3.4. <i>Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?.....</i>	28
4. ALLEMAGNE.....	30
4.1. <i>Comment s'organise la régulation de l'offre ?.....</i>	30
4.2. <i>Comment s'organise la construction ?.....</i>	34
4.3. <i>Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?.....</i>	35
4.4. <i>Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?.....</i>	37
5. ITALIE.....	39
5.1. <i>Comment s'organise la régulation de l'offre ?.....</i>	39
5.2. <i>Comment s'organise la construction ?.....</i>	41
5.3. <i>Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?.....</i>	43
5.4. <i>Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?.....</i>	44
6. ECLAIRAGES CIBLES DE PRATIQUES DANS D'AUTRES PAYS	46
6.1. <i>Une implication croissante du régulateur européen, en lien avec les politiques d'attribution et d'évaluation des fonds structurels.....</i>	46
6.2. <i>Une articulation encore faible entre planification territoriale, urbanisme, et régulation en santé à l'échelle européenne</i>	47
6.3. <i>Investissement en Systèmes d'information : différences d'approches nationales.....</i>	48
6.4. <i>Intégrer l'investissement à la tarification à l'activité : l'expérience de Medicare aux Etats-Unis.....</i>	49
6.5. <i>Québec : une programmation décennale et un affermissement progressif des opérations, fondée sur l'état de fonctionnalité des infrastructures.....</i>	52
6.6. <i>Pays-Bas : une caisse de garantie des emprunts mutualisée, prenant le relais d'une supervision financière étatique.....</i>	56

Ce document a été écrit avec le concours de Frédéric Gjusteen.

Le présent document constitue le volet international de l'étude du Hcaam sur le pilotage de l'investissement en santé. Ce volet comporte plusieurs facettes :

- une revue préliminaire des indicateurs économiques internationaux permettant de situer le niveau d'investissement de la France et des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et effectuant une première revue de la gouvernance en vigueur dans les différents pays. Cette revue a permis de cibler les pays pour lesquels un approfondissement était à réaliser sous la forme de monographies
- la réalisation de 3 monographies sur des pays ciblés : Allemagne, Angleterre, Italie
- les analyses complémentaires qui ont été effectuées soit sur des thématiques annexes, soit afin de recueillir plus de détails sur les pratiques de certains pays sans aller jusqu'à une monographie complète

1. Les 4 axes mobilisés pour les monographies étrangères

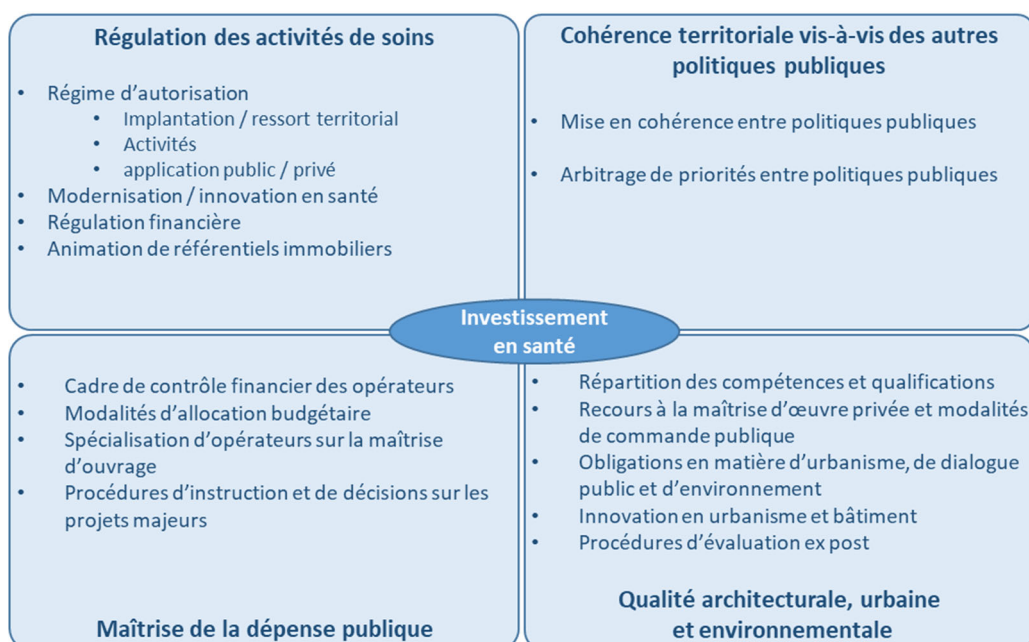
Le volet international de l'étude portant sur le pilotage de l'investissement a comporté deux étapes :

- la revue de plusieurs pays de l'OCDE susceptibles de comporter des enseignements intéressants sur le plan du pilotage de l'investissement, permettant d'effectuer un ciblage des pays à approfondir
- la réalisation d'études approfondies auprès des pays sélectionnés.

Le présent document rassemble les constats effectués auprès des différents pays étudiés. Il comporte ainsi trois volets : une étude d'ensemble des pratiques d'investissement en santé ; trois monographies plus approfondies auprès de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Italie ; et un ensemble d'enseignements issus d'autres pays dont l'analyse n'a pas été menée de manière aussi exhaustive que sur les 3 pays précités.

Pour les 3 pays principalement étudiés, le benchmark s'est attaché à couvrir de manière exhaustive les enjeux des procédures d'investissement en santé selon 4 axes :

1. le lien entre les procédures d'investissement et les efforts de régulation de l'offre de soins, visant l'égalité d'accès aux soins
2. l'articulation plus ou moins forte entre l'investissement en santé et les autres politiques publiques d'investissement
3. les enjeux spécifiques de maîtrise de la dépense publique
4. les enjeux de qualité architecturale, tant sur le plan de la fonctionnalité que celui du développement durable, et de l'expression culturelle.



2. Les données de statistique économique

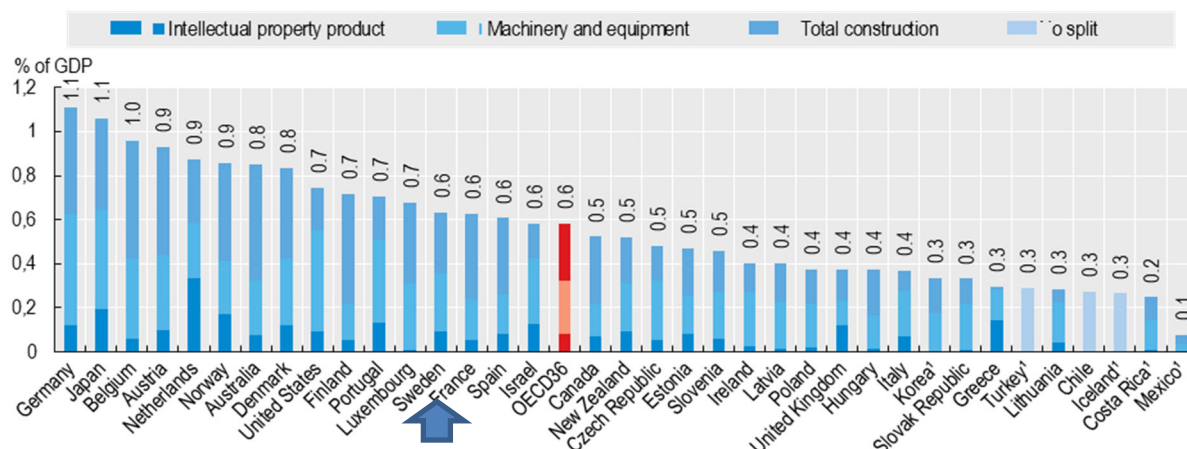
Les statistiques économiques internationales confortent l'idée que la France maintient un rythme d'investissement relativement comparable aux autres pays de l'OCDE, parmi lesquels on note néanmoins une disparité importante : la moyenne se situe aux alentours de 0,5 points de PIB, la France se situant légèrement au-dessus, et l'éventail des situations nationales s'étend de 0,25 points de PIB à plus de 1 point. En France, la situation a connu un pic à près de 0,7 points de PIB aux alentours de 2010, lié aux grands plans d'investissement du début des années 2000 : les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » compensaient une période précédente où le niveau d'investissement en France avait chuté à moins de 0,3 points de PIB. Ce cycle d'investissement explique le sentiment d'une baisse de l'investissement sur la dernière décennie.

Formation brute de capital fixe dans le domaine de la santé, en % du PIB

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Autriche	0,69	0,70	0,76	0,73	0,75	0,78	0,73	0,77	0,72	0,73
Danemark	0,51	0,58	0,69	0,62	0,66	0,64	0,60	0,61	0,55	..
Etats-Unis	0,62	0,64	0,65	0,64	0,59	0,59	0,58	0,61	0,59	..
Suède	0,53	0,57	0,55	0,54	0,55	0,56	0,54	0,54	0,59	..
France	0,65	0,69	0,66	0,61	0,60	0,53	0,53	0,52	0,51	..
Australie	..	..	..	0,57	0,59	0,61	0,72	0,50	..	..
Norvège	0,35	0,35	0,38	0,49	0,55	0,49	0,56	0,50	0,48	0,54
Finlande	0,35	0,32	0,40	0,41	0,40	0,39	0,38	0,49	0,46	..
Slovénie	0,31	0,35	..	0,37	..	..	..	0,41	..	..
Canada	0,61	0,55	0,56	0,46	0,43	0,46	0,41	0,38	0,62	0,33
Irlande	0,35	0,43	0,30	0,50	0,45	0,40	0,43	0,37	0,37	..
Israël	0,36	0,32	0,26	0,28	0,24	0,31	0,27	..	..	..
Royaume-Uni	0,39	0,29	0,36	0,27	0,28	0,30	0,29	0,30	0,35	..
Estonie	..	..	0,46	0,46	0,25	0,61	0,40	0,24	0,24	..
Grèce	0,15	0,12	0,11	0,11	0,22	0,24	0,20	0,22	..	..
République Tchèque	0,18	0,13	0,12	0,09	0,08	0,09	0,11	0,13	0,11	..

Source : OCDE.Stat, extraction le 10/02/2021. Les données de certains pays ne sont pas disponibles

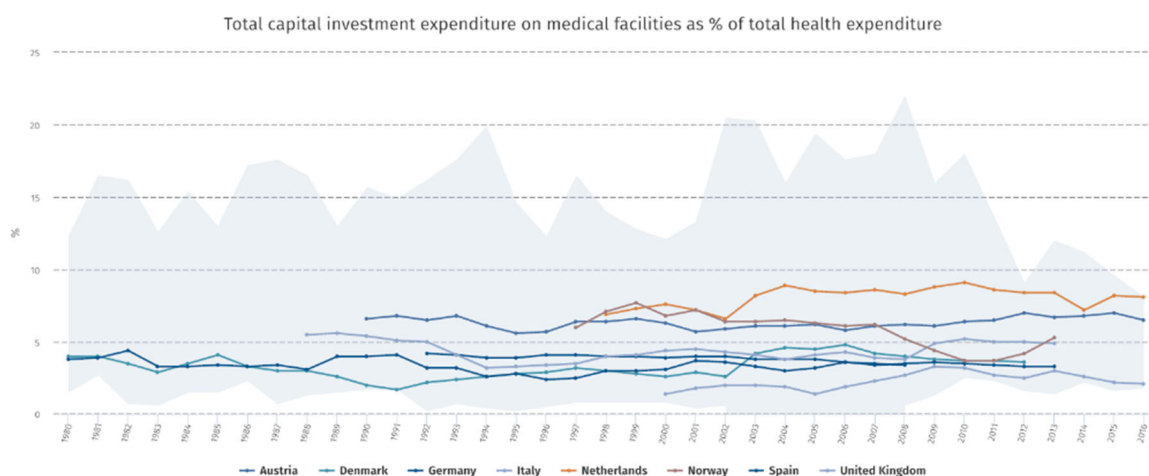
Une étude complémentaire a été publiée en novembre 2022 par l'OCDE et confirme à nouveau ce constat, tout en le nuancant en fonction du type d'immobilisation. Il laisse entendre que l'investissement en France est majoritairement positionné sur des constructions immobilières, au détriment du renouvellement des équipements.



Source : Capital expenditure in the health sector | Health at a Glance 2021 : OECD Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)

Ce point est d'ailleurs corroboré par l'analyse des taux de vétusté comptable que fournit la DREES : la vétusté moyenne des équipements est supérieure à celle des bâtiments, eu égard à des durées d'utilisation plus courtes.

Les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) permettent également une appréciation du niveau tendanciel d'investissement en santé : tous types d'investissement confondus, il représente entre 3 et 5% de la dépense totale en santé dans la majorité des pays ayant un rythme stable, un chiffre vérifiable sur des périodes longues. Les statistiques de l'OMS présentent des pics d'investissement dépassant les 10% voire 15% (la zone grisée correspond aux pics minimaux et maximaux d'investissement national constatés par année) : il s'agit de différents pays réalisant ponctuellement un plan d'investissement massif pour remettre à niveau leur équipement hospitalier. Par ailleurs, certains pays ont une tendance plus élevée, notamment l'Autriche et les Pays-Bas.



Source : OMS, Health Information Gateway, extraction le 10/02/2021. Les données de certains pays (dont la France) ne sont pas disponibles.

2.1. Eléments de synthèse

Le tableau ci-après décrit comment l'investissement en santé est organisé dans une série de pays de l'OCDE et plus particulièrement en Europe. Il se fonde majoritairement sur les monographies tenues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ ainsi que les fiches établies par le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)² ; s'y ajoutent quelques recherches documentaires en complément.

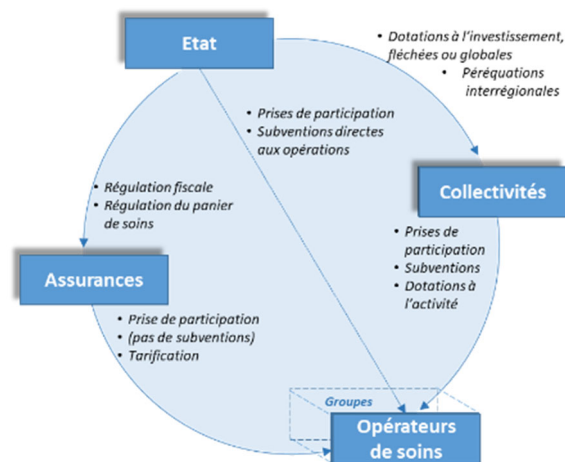
Les principaux constats qui en ressortent sont les suivants :

- dans la majorité des pays étudiés, le pilotage de l'investissement en santé est délégué aux collectivités d'échelon régional ; la France ressort comme atypique en ce que le pilotage régional relève d'une administration déconcentrée de l'Etat, et non d'une collectivité locale disposant d'une assemblée élue. Dans des pays tels que la Suède ou la Finlande, des instances fédératives *ad hoc* d'échelle interrégionale ont été spécifiquement créées pour assurer la supervision et la

¹ <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits>

² <https://www.cleiss.fr/pays/index.html>

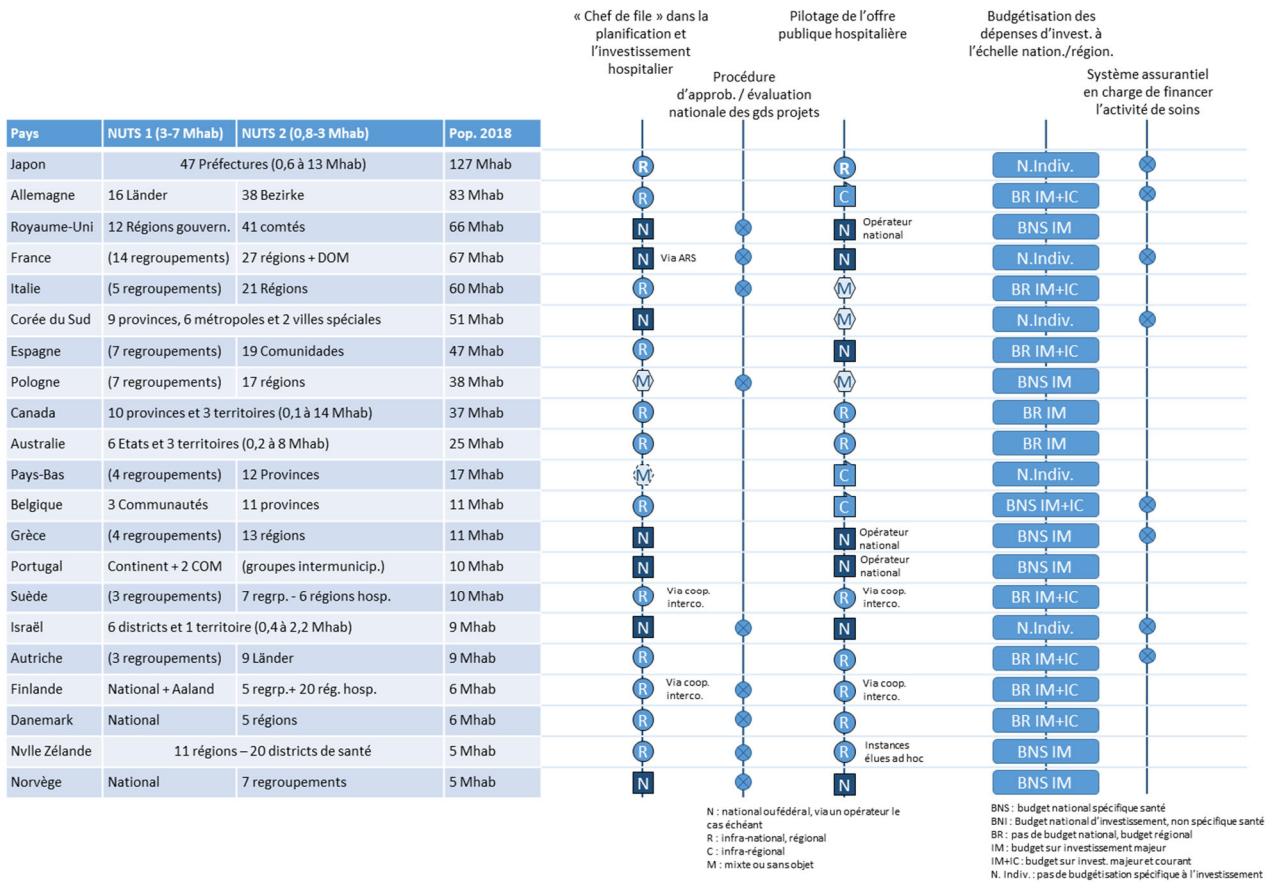
- gouvernance du secteur hospitalier ; les collectivités y siègent et délibèrent collectivement des investissements en termes d'enveloppes et de priorisation.
- le financement des investissements peut relever d'une enveloppe fermée et dédiée depuis l'échelon national ou au contraire, être globalisé dans les budgets des collectivités locales ; alors que le financement des prestations de soins relève le plus souvent d'un financement dédié. La tarification des soins ne couvre donc pas, dans une majorité de cas, l'amortissement des investissements majeurs ; néanmoins, on retrouve dans tous les pays ou presque une capacité d'autofinancement que les établissements parviennent à dégager sur la tarification, qui leur confère un degré variable d'autonomie pour programmer des investissements.
 - l'utilisation de ce degré d'autonomie dépend alors de la gouvernance des structures hospitalières (et ambulatoires). Plusieurs schémas se dégagent à ce sujet : la gouvernance hospitalière peut relever des collectivités locales ou inversement, rester intégrée à un service à compétence nationale.



L'investissement met en exergue des choix de configuration et de gouvernance du système de santé, notamment dans la relation entre Etat, collectivités et opérateurs de soins

- Plusieurs pays se sont dotés de procédures et d'instances spécifiques, à l'échelle nationale, pour outiller l'analyse d'opportunité des investissements hospitaliers. Il existe des procédures d'approbation ministérielle au-delà d'un certain seuil dans plusieurs pays scandinaves, voire des opérateurs dédiés ; la décentralisation en Italie s'est historiquement accompagnée de la mise en place d'une cellule ministérielle dédiée à l'évaluation des grands projets.
- Enfin, l'analyse montre également l'intérêt de réfléchir à des méthodes mixtes ; les modes de pilotage de l'investissement – comme de la gouvernance hospitalière au sens large – peuvent être différents en fonction des territoires. A titre d'illustration, la suppression de toute forme de pilotage spécifique à l'investissement aux Pays-Bas est évocateur, lorsqu'on tient compte de sa densité de population : elle peut fonctionner de manière circonscrite aux territoires fortement urbanisés.

L'énoncé peut être résumé à l'aide du graphique suivant :



2.2. Constats par pays

PAYS	SYNTHESE DU PILOTAGE DES INVESTISSEMENTS
<p><i>Pour l'Allemagne, l'Italie, le Royaume-Uni, les Pays-Bas : cf. études plus approfondies infra</i></p>	
<p>Belgique</p>	<p>Dans le régime belge, le système de santé est financé par un régime d'assurance dans lequel la détermination des règles de cotisations est unique, de même que le recouvrement, alors que la gestion des prestations est déléguée aux mutuelles.</p> <p>Ce régime isole une enveloppe de financement pour les investissements en santé et celle-ci est déléguée pour partie aux régions/communautés depuis 2014. L'échelon fédéral conserve donc une part de l'enveloppe allouée à l'investissement mais ce sont les collectivités régionales qui établissent des plans d'investissement sur leur territoire.</p> <p>Dans le principe, les opérations sont financées à 100%, avec une répartition entre l'échelon fédéral et l'échelon régional qui peut être de 40/60 ou de 90/10. L'enveloppe totale reste fermée : en d'autres termes, l'échelon régional détermine avant tout s'il répartit son enveloppe sur un nombre plus important d'opérations ou s'il la concentre sur quelques opérations fortement subventionnées. Un protocole d'accord entre l'Etat fédéral et les Communautés/Régions détermine les modalités d'application de ce régime financier, afin que les règles énoncées au niveau fédéral soient respectées, en termes de planification.</p> <p>Par ailleurs, des référentiels déterminent des valeurs « plafonds » en termes de surfaces à construire et de coûts au m².</p> <p>En complément, le financement des investissements mobiliers et des opérations de maintenance immobilière donne lieu à une enveloppe forfaitaire, fondée sur la taille de l'établissement. Cette enveloppe fermée est également placée sous la gestion des régions. Des règles déterminent les seuils de travaux à partir desquels les opérations sont soumises à autorisation préalable ; ces règles varient selon les Communautés.</p> <p>Les hôpitaux publics représentent environ un quart des établissements de santé du pays, la majorité des établissements étant privés à but non lucratif. Ils appartiennent à différents échelons de collectivités territoriales, voire à des groupements de collectivités ; en cas de déficit, la loi prévoit que c'est aux collectivités qu'il appartient de venir en soutien à l'établissement.</p>
<p>Espagne</p>	<p>Les soins relèvent pour l'essentiel du service public en Espagne, tant pour l'offre de premier recours que pour l'hospitalier. Le Service National de Santé est organisé en 17 services régionaux, transposant le découpage des Communautés Autonomes.</p> <p>Les ressources du système de santé sont fiscales (impôt sur le revenu + TVA), dont les règles de prélèvement sont établies au niveau national, puis déléguées aux Communautés Autonomes, sans flécher une proportion précise pour les politiques publiques de santé. Un régime de cotisations sociales existe mais vise les prestations autres que les soins : assurance vieillesse, maternité, prestations en espèces, ...</p> <p>Depuis 2002 ce sont les Parlements des 17 communautés autonomes qui votent le budget alloué à la Santé sur leur territoire. Des fonds de péréquation interrégionaux sont prévus pour maintenir une forme d'équité nationale, abondant les revenus des régions les plus pauvres. En outre, le Conseil Interterritorial du service national de santé établit un socle commun en termes de panier de soins à offrir à la population.</p>

PAYS	SYNTHESE DU PILOTAGE DES INVESTISSEMENTS
	<p>Les services régionaux du Service National de Santé ont autorité sur les hôpitaux. La relation entre les Directions de santé de chaque Communauté Autonome et les hôpitaux (ainsi que les centres de premier recours) s'organise sur une base contractuelle renouvelée annuellement. Les répercussions de la crise financière mondiale de 2008 ont été très fortes sur l'Espagne et ont conduit à réduire les dépenses nationales de santé de 20 Md€ entre 2013 et 2015. Dans ce contexte, les dépenses d'investissement ont été quasiment stoppées, ne représentant plus que 1,3% du total des dépenses de santé. La crise a entraîné un pilotage plus resserré des dépenses par le ministère national des finances ; en outre, elle a suscité un engagement plus marqué des autorités régionales dans des partenariats publics-privés permettant d'externaliser les besoins de financements de projets immobiliers, et s'étendant à l'externalisation des prestations non cliniques sur des périodes longues (30 ans).</p>
Finlande	<p>L'offre de soins est essentiellement publique en Finlande et financée par l'impôt ; la compétence est dévolue aux municipalités tant en termes de régulation que d'offre de soins.</p> <p>En pratique, celles-ci se fédèrent au sein de 20 districts qui chacun dispose d'un établissement hospitalier de recours, dont 5 ont un statut hospitalo-universitaire. Ce sont donc des structures de coopération « inter-communales » qui assurent à la fois le financement de l'offre de soins hospitalière et exercent l'autorité sur les structures. Le budget est établi par chaque district en fonction des priorités de santé publique énoncées par le Ministère de la santé ; le conseil de district associe les différentes municipalités et délibère également sur les investissements majeurs.</p> <p>Le premier recours est également placé sous la responsabilité des municipalités, mais ne fait pas l'objet de mutualisations à la même échelle que le réseau hospitalier.</p> <p>Un centre de services partagés dédié à l'immobilier hospitalier a été voté en 2017 mais a été suspendu dans l'attente d'autres réformes en cours. Depuis 2015, dans un contexte de pilotage plus resserré de la dépense publique, les investissements dépassant 5 M€ ont été soumis à une procédure de validation par le Ministère national de la santé, procédure qui n'existait pas auparavant.</p>
Pologne	<p>Dans les années 1990, le système de santé polonais a connu une modification d'ampleur de sa gouvernance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les hôpitaux ont été transformés en « sociétés publiques autonomes » alors qu'ils ne disposaient pas, jusqu'alors, de la personnalité morale - Une caisse nationale d'assurance maladie unique a été instituée alors que la prise en charge des soins relevait jusqu'alors d'un régime fiscal transverse aux différentes politiques publiques <p>Lors de leur création en tant que personnes morales, les hôpitaux ont été répartis entre les différents échelons de collectivités (Etat, 16 régions, comtés) en fonction de leur taille et leur niveau de plateau technique. La composition de l'assemblée délibérante peut être mixte, associant les différents échelons de collectivités ; l'Etat a principalement conservé la propriété des hôpitaux universitaires. Le financement des investissements obéit aux mêmes principes que la gouvernance des structures : les hôpitaux régionaux sont principalement financés par la</p>

PAYS	SYNTHESE DU PILOTAGE DES INVESTISSEMENTS
	<p>région compétente pour leurs besoins d'investissement, idem au niveau des comtés. Il en va de même pour les déficits : une loi a spécifiquement assigné à la collectivité propriétaire d'un établissement l'obligation de couvrir les déficits d'exploitation des hôpitaux dès lors que les comptes ont été approuvés par l'assemblée délibérante.</p> <p>Les fonds de l'assurance maladie ne concourent pas aux investissements mais rémunèrent uniquement les activités de soins. Les tarifs sont censés couvrir les coûts d'acquisition des équipements biomédicaux mais en pratique, il est encore courant de constater que ces équipements ont été financés par des subventions.</p> <p>En 2016, une procédure nationale a été établie pour améliorer la priorisation et la pertinence des investissements hospitaliers ; tout projet y est obligatoirement soumis dès lors qu'il sollicite des financements extérieurs, que ceux-ci relèvent des régions, de l'Etat ou de fonds structurels européens. L'évaluation s'appuie sur des documents de planification des besoins, également récents (2015) : ceux-ci sont établis par les collectivités régionales et approuvés par le Ministère de la Santé avant entrée en vigueur.</p>
Australie	<p>L'Australie fonctionne sur une base fédérale, associant 6 Etats pour une population totale de 26 Mhab. Le système de santé est financé par un impôt sur le revenu dont le taux est arrêté au niveau national et dont les dépenses sont régies par chaque Etat. Le budget distingue une enveloppe pour les opérations en capital.</p> <p>Dans les années 2000, cette enveloppe était considérée comme sous-dimensionnée par rapport aux besoins et cela a conduit à développer des coopérations public-privé : plusieurs établissements publics de santé ont été reconstruits dans des opérations les adossant à un établissement de santé privé à but lucratif, souvent selon des régimes de bail à construction (dans lesquels la propriété revient au secteur public à l'expiration du bail).</p>
Corée du Sud	<p>En Corée du Sud, les soins de premier et second recours étaient régulés jusqu'en 1990, date à laquelle les dispositifs (plafonds capacitaires par région) ont été supprimés ; cette décision accompagnait le passage à une couverture universelle en termes d'assurance maladie.</p> <p>Les deux décennies suivantes ont connu une inflation importante des capacités jusqu'à atteindre près du double des ratios médians de l'OCDE. Cette augmentation a été essentiellement portée par une offre privée à but non lucratif : des barrières réglementaires ont été maintenues contre l'émergence d'une offre à but lucratif d'une part, et d'autre part l'offre strictement publique ne représente que 10% des capacités.</p> <p>Les pouvoirs publics sont néanmoins administrateurs d'une partie de l'offre à statut privé non lucratif, notamment au travers des fondations qui sont responsables d'une partie de l'offre hospitalo-universitaire (8 structures sur 40). En parallèle, les différents régimes d'assurance maladie ont été fusionnés en un opérateur unique.</p> <p>Dans ce contexte, il n'existe pas d'enveloppe fléchée pour les investissements mais l'Etat peut intervenir pour subventionner ponctuellement des opérations, de même que les collectivités peuvent intervenir auprès des fondations de leur ressort. Ces subventions visent notamment le rééquilibrage de l'offre, dans la mesure où les deux décennies de développement se sont concentrées dans les agglomérations urbaines.</p>

PAYS	SYNTHESE DU PILOTAGE DES INVESTISSEMENTS
	<p>Ce fonctionnement pour l'immobilier se transpose pour les achats d'équipements lourds, qui sont également soumis à une procédure d'agrément mais pas d'analyse d'opportunité. Ces agréments sont instruits au niveau régional.</p>
<p>Israël</p>	<p>Le système de santé israélien a la particularité de reposer sur un recouvrement unique des cotisations et une gestion des prestations déléguées à 4 sociétés mutuelles, entre lesquelles les assurés peuvent librement choisir. Le montant alloué à chaque société repose sur un financement à la capitation et les sociétés négocient ensuite avec les offreurs de soins, sur la base d'une grille tarifaire dont les valeurs standard sont administrées par le gouvernement.</p> <p>En l'occurrence, le Ministère assure directement le pilotage des structures hospitalières (dont 45 hôpitaux de court séjour à l'échelle nationale et 373 établissements au total) ; la moitié environ des capacités relèvent du régime public, un quart à l'une des sociétés mutuelles évoquées ci-dessus (qui opèrent donc directement une partie de l'offre de soins) et le reste se partage entre une offre à but non lucratif et cliniques à but lucratif. Les collectivités locales ne semblent pas intervenir dans le champ de la santé.</p> <p>S'agissant de l'investissement, Israël se trouve dans une situation singulière à l'échelle internationale : les 2/3 des ressources affectées à la santé proviennent de dons personnels. Le tiers restant est fourni par les opérateurs et essentiellement financé par les tarifs. Les équipements biomédicaux, comme les opérations de travaux, sont soumis à autorisation par le Ministère, qui arrête des plafonds capacitaires ; la planification s'étend sur 20 ans.</p> <p>Israël figure parmi les pays organisant les plus fortes rotations dans ses capacités hospitalières : le taux d'occupation frôle les 100% et les durées de séjours figurent parmi les plus courtes de l'OCDE, aboutissant à un taux d'équipement rapporté à la population particulièrement bas ; ces chiffres découlent d'un niveau élevé de structuration de l'offre de premier recours et ambulatoire.</p> <p>De 2018 à 2022, le Conseil National à la planification et à la construction a procédé à une actualisation de son document stratégique en matière de santé. Le document identifie, au regard d'hypothèses démographiques et de santé publique, ainsi que de l'inventaire de l'existant, les besoins d'équipement et les opérations d'investissement à mener sur la période. Cette planification est particulièrement précise et intègre des projections capacitaires ainsi que des implantations au 1 :50 000^e. Le potentiel d'évolution de chaque site hospitalier est évalué et des prescriptions sont faites, conférant à cette planification le niveau de détail d'un véritable schéma directeur immobilier national, soit le niveau plus élevé identifié lors du benchmark ; le schéma national intègre des « mécanismes de flexibilité » permettant son ajustement en cours d'exécution. La durée longue de planification s'explique par l'effort de concertation (et peut-être par la répercussion du COVID) : les scénarios sont publiés depuis juillet 2020 mais le document final n'a encore pas été adopté³, alors qu'un cycle de rencontres avec les parties prenantes est en cours depuis 2 ans (établissements, associations d'usagers, ...).</p>

³ Une annexe de 380 pages détaille toutes les opérations immobilières prévues : https://www.gov.il/BlobFolder/guide/tama_49_m/he/Water_Energy_Communication_appendix_phaseA.pdf

PAYS	SYNTHESE DU PILOTAGE DES INVESTISSEMENTS
Portugal	<p>L'offre de santé au Portugal est pilotée au niveau ministériel et sans recours à un système d'assurance maladie. Les moyens d'investissement font l'objet d'une budgétisation distincte dans la détermination nationale des dépenses de santé.</p> <p>Une charte d'équipement en infrastructure et biomédical est actualisée tous les 15 ans environ, et décline au niveau territorial des objectifs en termes de taux d'équipement, ce qui guide ensuite la priorisation des investissements. Le secteur hospitalier est régulé au niveau national alors que les structures de premier recours relèvent d'autorités déconcentrées du Ministère. Le service public national de santé représente environ 50% de l'offre hospitalière (soit 115 structure sur 227), le reste se partageant à égalité entre structures privées à but lucratif ou non lucratif.</p>
Nouvelle Zélande	<p>Depuis 2000, l'offre de soins est répartie en 20 districts géographiques disposant de l'autorité sur l'ensemble des services de santé, hospitaliers comme de premier recours. L'instance dirigeante est, pour les 2/3, élue au suffrage universel direct, en même temps que les élections locales ; cette instance est spécifique à la Santé. Le troisième tiers est désigné par le ministère.</p> <p>Le ministère national de la Santé alloue des budgets aux districts et contrôle leur niveau d'exécution, sur la base d'un système de tarification interne. Par ailleurs, les investissements majeurs font l'objet d'une ligne dédiée dans le budget national, avec une procédure d'approbation imposée aux districts souhaitant déposer des projets. Le cas échéant, l'octroi des financements comporte une contrepartie en termes de rémunération du capital. L'investissement courant est, quant à lui, financé par la tarification interne.</p>

A l'issue de cette première revue, le rapport a mis la priorité sur l'étude monographique de 3 pays :

- le Royaume-Uni et plus particulièrement l'Angleterre (réalisant un focus sur ce pays parmi les 4 qui forment le Royaume-Uni ; l'Ecosse, le Pays de Galles et l'Ulster ont des fonctionnements similaires à celui de l'Angleterre mais les éventuelles nuances n'ont pas été étudiées)
- l'Allemagne et plus particulièrement la Basse-Saxe, *Land* ayant des caractéristiques socio-démographiques parmi les plus proches d'une région française
- l'Italie, avec un focus sur la région du *Veneto*.

Pour chacun de ces pays, l'étude s'est attachée à approfondir la problématique de l'investissement à l'échelle nationale, régionale et à l'échelle d'un territoire ou d'un site hospitalier. Cela a conduit à sélectionner des *Länder* ou régions afin de creuser sur l'application plus concrète du pilotage de l'investissement.

S'y ajoutent des focus sur les enseignements complémentaires issus d'autres pays, sans approfondir tous les axes étudiés pour les 3 premiers.

3. Angleterre

Le propos se concentre sur l'Angleterre et non le Royaume-Uni : en effet, sur le plan institutionnel ce dernier réunit également l'Ecosse, l'Ulster et le Pays de Galles, qui disposent de pouvoirs pour organiser eux-mêmes leur système de santé et peuvent donc effectuer des arbitrages sensiblement différents des Anglais, qui représentent tout de même plus de 80% de la population. Un choix a donc été opéré pour les besoins de l'étude, en faveur de la description des règles qui s'appliquent à la majorité de la population. Les autres territoires (Ecosse, Pays de Galles et Ulster) représentent moins de 6 Mhab chacun et conservent nombreux parallèles avec le système anglais.

3.1. Comment s'organise la régulation de l'offre ?

D'emblée, il paraît important de noter quelques éléments structurants du système de santé britannique :

- il est fondé sur l'impôt et ne distingue pas de cotisations distinctes des prélèvements fiscaux. C'est le Parlement qui détermine, lors du vote du budget de l'Etat, la part à accorder au Ministère de la Santé et celui-ci isole ensuite la part à allouer au National Health Service. Plus précisément le budget est segmenté en fonction des 4 pays constitutifs du Royaume Uni, chacun étant libre de déterminer l'utilisation faite des fonds.
- institué après-guerre, le National Health Service concentre l'essentiel de l'offre de soins sous un statut public unique ; une offre privée à but lucratif a été amenée à se développer sur les 30 dernières années mais le NHS reste l'opérateur principal des prises en charge de second recours, ainsi que de la régulation du premier recours. La médecine générale continue à être assurée par des professionnels libéraux mais sans le même degré de liberté d'installation qu'en France ; la question de l'implantation et de la prise en charge des coûts immobiliers étant fortement liés, elle est abordée ultérieurement dans le rapport.

Le système anglais a, sur la période récente, traversé plusieurs étapes successives de transformation. 5 étapes sont particulièrement structurantes pour comprendre le fonctionnement actuel du pilotage de santé et sont présentées de manière simplifiée ici :

- 1946 : acte fondateur du National Health Service (NHS). L'Etat britannique centralise l'ensemble des structures hospitalières publiques au sein d'une administration unique, dotée de la personnalité morale, placée sous la supervision du Département Ministériel de la Santé. Les structures du premier recours sont également placées sous le contrôle du NHS tout en conservant un principe d'exercice libéral pour les médecins. Au départ, le NHS est subdivisé en 14 conseils hospitaliers régionaux qui ont autorité sur les conseils d'administration locaux ; ils associent, jusqu'à leur dissolution en 1995, les représentants de collectivités locales.
- 1962 : à l'image du contexte français précédemment décrit, le NHS constate une inadéquation forte entre le parc immobilier hospitalier existant et les conditions nécessaires pour moderniser l'exercice médical et mettre en œuvre une politique ambitieuse de santé publique. Pour y parvenir, le NHS installe une forme de sectorisation géographique et populationnelle en « districts » et définit un maillage homogène (du moins dans son principe) d'hôpitaux de district. Un vaste plan d'investissement accompagne cette période. Cette régulation s'accompagne d'une démarche de définition de standards immobiliers qui est toujours en

vigueur, de manière actualisée, et qui est développée dans un chapitre ultérieur de ce rapport. Les hôpitaux ainsi que les réseaux de premier recours disposent d'une autonomie de gestion et sont dotés de la personnalité morale, sous forme de « trusts ».

- 1990 : dans une volonté d'introduire une régulation de l'offre par le marché, le gouvernement installe une première forme de mise en concurrence entre hôpitaux et confère au « primary care trusts (PCT) » du premier recours la responsabilité d'orienter les patients, en l'accompagnant d'une responsabilité financière. Ce sont les entités du 1er recours qui réfèrent les hôpitaux auxquels ils adressent leurs patients et contractualisent des volumes d'activités ; la gouvernance des PCT relève des médecins généralistes, avec un appui administratif important assuré par les services du NHS.
- 2012 connaît 2 réformes majeures. D'une part, il scinde les 2 activités alors conférées au premier recours, en séparant la fonction d'opérateur et celle d'adjudicateur. Ce seront désormais les « clinical commissioning groups (CCG) » qui sont chargés, chacun pour la population d'un territoire donné, de contractualiser l'achat de prestations de soins auprès des différents opérateurs. Les CCG récupèrent ainsi les attributions conférées aux PCT précédemment. Ces derniers sont recentrés sur l'activité de production de soins primaires et d'actions de santé publique. D'autre part, la réforme engage la transition des « trusts » hospitaliers vers plus d'autonomie en les incitant à acquérir, sur une base volontaire, le statut de « foundation trusts ». L'autonomie accrue dans les choix d'investissement figure en bonne place parmi les pouvoirs conférés à ces derniers.

L'autorisation d'exercer une activité de soins repose donc avant tout sur une base contractuelle, pour l'ensemble des structures, qu'elles relèvent du NHS ou du secteur privé. On ne trouve pas de régime d'autorisation, fondé sur une implantation comme en France, mais des licences d'exploitation régulièrement renouvelées. Celles-ci comportent 2 facettes :

- la contractualisation avec les CCGs (pour certaines activités de référence, c'est l'échelon central du NHS qui contractualise et non le CCG)
- le référencement ainsi que le contrôle de qualité et de sécurité des soins, qui est exercé par une autorité indépendante ayant le pouvoir de suspendre l'activité : le Care Quality Commission (CQC)

On peut ainsi remarquer que pour une implantation hospitalière, l'appréciation de l'opportunité et celle de la régularité/conformité font l'objet de procédures distinctes :

- le NHS alloue des budgets aux CCG selon des critères de population et de santé publique. Il contrôle par ailleurs la performance des CCG en fonction d'objectifs de santé publique, ainsi que le respect des critères de gouvernance ; l'équilibre économique s'intègre à ce second versant. Le NHS établit par ailleurs les tarifs par lesquels les CCG vont négocier leurs contrats de prestations auprès des opérateurs de soins, qu'il s'agisse du premier recours, du secteur hospitalier, des transporteurs sanitaires ou d'opérateurs de prévention.
- le CQC labellise la qualité des différents opérateurs et a autorité pour suspendre l'activité d'un opérateur qui ne présenterait des risques en termes de qualité et de sécurité des soins. Les risques immobiliers en font partie intégrante.

Le NHS dispose, au niveau central, des procédures dédiées au redressement d'opérateurs qui ne répondraient pas aux exigences de qualité, de sécurité ou d'équilibre économique. La mise en place d'un plan d'efficacité nationale en 2012, liée à la réforme législative de la même année, s'est accompagnée de la création d'un fonds spécifique pour retracer les moyens supplémentaires mobilisés pour garantir la solvabilité financière des structures en déficit : le *Financial Recovery Fund*. Ce fonds fait l'objet

d'un rapport annuel qui mentionne les structures en difficulté et les montants alloués : il rend visible le degré de réponse des trusts à l'effort d'efficience.

Dans ce cadre, le pilotage de l'investissement en santé est relativement centralisé :

- au niveau national, des revues de dépenses quinquennales (*Spending Review*) fixent un cadre budgétaire pluriannuel distinguant, pour chaque politique publique à l'échelle de l'Etat, un niveau de dépense distinguant fonctionnement et investissement. C'est à cette échelle que les orientations stratégiques en matière d'investissement sont prises ;
- ensuite, le budget annuel adopté par le Parlement précise un plafond de dépenses annuel pour le Département ministériel de la santé. Celui-ci comporte des plafonds distincts pour l'investissement et le fonctionnement courant. Pour l'exercice 2018-2019, ce plafond était de 6 milliards de livres, soit environ 7 Mds€. La majeure partie de ces budgets de fonctionnement et d'investissement est déléguée aux instances centrales du NHS par le Département ministériel de la Santé ; 4Mds€ sur les 7 précités environ⁴.
- les instances du NHS, en concertation avec ceux du Département ministériel, vont répartir ce budget annuel entre territoires et opérateurs :
 - o les budgets de fonctionnement sont ventilés auprès des CCG, qui vont financer les réalisations des soins par leurs opérateurs selon les modalités et tarifs contractuellement définis ;
 - o le budget d'investissement ne transite pas par les CCG mais fait l'objet d'un dialogue avec chaque « trust » de la NHS (hospitalier comme de premier recours). L'échelon central conserve une enveloppe pour l'investissement majeur et délègue les autres crédits pour couvrir les plans d'investissement courant.
- concrètement, dans le cadre de la préparation budgétaire annuelle, chaque trust fait remonter ses besoins budgétaires en matière de plan d'investissement courant et l'échelon central est amené à demander des corrections afin de respecter le cadrage budgétaire national. Ces corrections ont représenté une proportion importante de reports de travaux en 2019, estimés à 20% du montant initialement inscrit par les Trusts, pour des raisons qui sont développées ultérieurement.
- les opérations majeures d'investissement font l'objet d'une procédure distincte qui est détaillée dans le chapitre suivant.
- enfin, les « NHS Foundation Trusts » disposent, du fait de leur autonomie accrue, de la possibilité de capitaliser sur leurs résultats et/ou sur leur patrimoine pour financer et déclencher leurs propres investissements. Cela suppose qu'ils dégagent des excédents financiers (l'esprit de la réforme étant justement d'inciter à un effort d'équilibre économique) et/ou qu'ils cèdent du patrimoine foncier ou immobilier. Cela les distingue des Trusts ayant conservé le fonctionnement historique, pour lesquels les allocations budgétaires sont révisées annuellement sans possibilité d'effectuer de tels reports ou réserves.

La lecture du rapport du *National Audit Office (NAO)* de 2020⁵ invite néanmoins à nuancer le propos. En effet, l'analyse des comptes met en évidence un recours substantiel aux virements budgétaires depuis 2012 à l'échelle nationale, pour transférer des crédits vers le fonctionnement courant au détriment de l'investissement. En somme, la NHS a obéré annuellement ces capacités d'investissement, à hauteur de 4,3 milliards de livres cumulés sur 5 ans (soit une moyenne de 1 Mds€/an, pour un total de 4 Mds€ annuels) pour parvenir à honorer ses dépenses de fonctionnement ; ceci dans un

⁴ <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2020/02/Review-of-capital-expenditure-in-the-NHS.pdf>

⁵ <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2020/02/Review-of-capital-expenditure-in-the-NHS.pdf>

contexte de forte augmentation des dépenses associée au vieillissement de la population. De même, le NAO constate une sous-consommation des budgets d'investissement ; il l'explique par le fait que le dialogue budgétaire complexe entraîne un manque de visibilité pour les trusts sur les fonds qu'ils peuvent mobiliser et, in fine, des reports d'opération. Le rapport fait état d'une insatisfaction importante des acteurs au sujet des procédures d'investissement découlant, en partie, de sa restriction à un cycle budgétaire annuel.

Le même rapport met en exergue le contraste croissant entre le niveau d'investissement net et le retard de maintenance sur le patrimoine du NHS ; en effet, les trusts renseignent annuellement un état de leur patrimoine et estiment les coûts nécessaires de réhabilitation, en classant les éléments d'actif selon une échelle de risque (ces méthodes sont développées ultérieurement). Il est ainsi possible d'estimer le coût total du carnet d'entretien (*backlog*).

En 2020, le gouvernement a fait voter une loi fixant un seuil (et non seulement un plafond) pluriannuel de dépense d'investissement à l'attention du NHS, visant à garantir une meilleure visibilité aux opérateurs et à améliorer le niveau de réalisation réelle des investissements attendus. Cette loi s'inscrit dans le cadre d'une révision stratégique du rôle du NHS et de ses moyens matérialisés par un plan de long terme (*NHS Long term plan*) adopté en 2019. Ce plan comporte une déclinaison en matière d'investissement, le *Health Infrastructure Plan (HIP)*⁶, qui détermine sur une base quinquennale les opérations majeures d'investissement qui seront lancées, et priorise les opérations à étudier pour la séquence quinquennale suivante. Ainsi, 6 reconstructions d'hôpitaux sont inscrites en HIP 2020-2025 et 21 schémas sont à l'étude dans la perspective d'HIP2025-2030 ; le plan énonce les règles de priorisation pour les études à inscrire au-delà de ces 2 séquences.

L'investissement numérique est pris en charge par les trusts au sein de leurs budgets d'investissement courant mais également par une filiale nationale appelée *NHS Digital*, qui centralise les développements et l'exploitation d'outils nationaux.

L'implication du NHS dans l'investissement de premier recours est plus variable en fonction des territoires. Par principe le financement de la médecine générale couvre les besoins immobiliers par une modalité dédiée, développée ci-après ; néanmoins, certains CCG peuvent solliciter des crédits d'investissement pour conduire des opérations immobilières permettant de supporter les coûts immobiliers et d'inciter à l'installation de professionnels dans des zones peu attractives.

Accessoirement, on peut noter que les différentes réformes entraînent des ajustements dans le curseur séparant les attributions du département ministériel de celles des services centraux de la NHS, notamment sur les questions d'allocation budgétaire et d'investissement. Certaines filiales ou services se trouvent, au gré des réformes, rattachés à la NHS ou placés sous l'autorité directe du Secrétaire d'Etat en charge de la Santé. ; c'est également le cas de certains services comme par exemple celui qui gère les marchés-cadres de travaux du NHS.

⁶ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/835657/health-infrastructure-plan.pdf

De manière plus récente, l'Angleterre a initié une nouvelle réforme de son système de santé pour laquelle les incidences sur l'investissement ne ressortent pas clairement. Depuis 2016, l'Etat promeut le rapprochement entre CCG, Trusts et collectivités locales sous la forme de *Sustainability and Transformation Partnerships (STP)*, et vise leur transformation en *Integrated Care Systems (ICS)*. Ces rapprochements ne fusionnent pas les entités existantes, pas plus qu'elles suppriment les principes de contractualisation précités. En revanche, ils introduisent une implication accrue des collectivités locales dans la gouvernance du système de santé, en visant des collectivités représentant une échelle de 1 à 3 millions d'habitants (soit une échelle n'ayant pas de réel équivalent en France, se situant entre les départements et régions actuels)⁷ ; le NHS attribue à ces rapprochements des financements dédiés et le Parlement oriente l'autorité de contrôle (le CQC) vers une plus grande supervision des efforts d'organisation des parcours entre opérateurs contrôlés.

3.2. Comment s'organise la construction ?

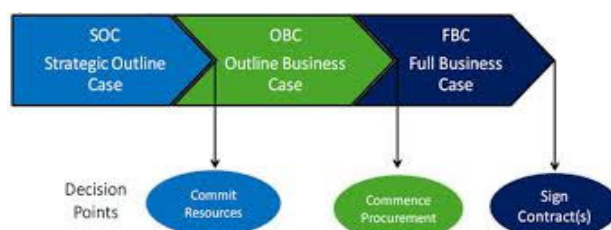
Le présent chapitre s'intéresse de manière principale aux opérations majeures d'investissement.

On distingue 3 composantes :

- la phase décisionnelle
- la phase de conception
- la phase de construction.

Le processus décisionnel d'un investissement majeur obéit à des principes transverses aux différents opérateurs de l'Etat britannique, énoncés par le service du Trésor⁸. Ces principes imposent notamment la réalisation de plusieurs étapes d'analyse stratégique :

- l'étude de cas stratégique (*Strategic Outline Case* ou SOC)
- le plan d'affaires stratégique (*Outline Business Case* ou OBC)
- le plan d'affaires complet (*Full Business Case* ou FBC)



Chacune de ces étapes doit faire l'objet d'une validation par les instances compétentes, en amont de la réalisation des études de conception immobilière. L'engagement des parties prenantes sur le financement de l'opération constitue l'objet principal de la première étape ; il n'y a en principe pas de passage à l'étape suivante sans engagement ferme sur la première estimation du coût d'investissement et de son équilibre (et inversement, il n'y a pas de versements effectifs de fonds avant l'étape finale que constitue le FBC, afin de maîtriser les commencements d'opérations).

L'analyse inscrite dans le SOC est à vocation socio-économique, en ce sens qu'elle englobe à la fois une approche économique du projet et une valorisation des bénéfices sociétaux attendus : allongement de la durée de vie, amélioration du bien-être font l'objet d'estimations qui sont intégrés au calcul de la valeur socio-économique du projet.

⁷ <https://psnc.org.uk/the-healthcare-landscape/sustainability-and-transformation-plans/>

⁸ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/938046/The_Green_Book_2020.pdf

Les étapes suivantes sont articulées avec les procédures de sélections d'entreprises pour la conception et la réalisation de l'ouvrage. De manière non spécifique à l'immobilier de santé, la procédure habituelle de construction immobilière publique au Royaume-Uni est différente des procédures françaises :

- le Royaume-Uni n'a pas retenu la même définition de la maîtrise d'œuvre qu'en France ni conféré aux architectes un monopole aussi étendu. Il est courant de démarrer l'opération par le choix concurrentiel d'un *contractor* qui assurera la maîtrise d'œuvre de l'ensemble du projet. Il ne s'agit pas nécessairement d'un architecte, celui-ci sera retenu par la suite au même titre que les autres prestations intellectuelles, puis les entreprises de travaux nécessaires pour la réalisation de l'ouvrage. Le profil des *contractors* se rapproche plutôt des métiers de la promotion en France en ce que l'entreprise dispose des capacités financières pour s'engager sur le coût total de l'ouvrage.
- en pratique, le service national des achats de la NHS intègre les projets immobiliers majeurs dans sa palette d'offres aux trusts : il référence 6 groupements capables d'assumer l'ensemble des étapes de conception et de réalisation d'un projet immobilier, évitant ainsi aux trusts de conduire eux-mêmes les procédures de marchés. Le recours à ce cadre national reste facultatif : les trusts peuvent décider d'engager leurs propres procédures de consultation. Il faut mesurer l'ampleur de ce type de marché : un marché quadriennal de référencement passé en 2020 estimait son montant maximal à 10 milliards de livres⁹, soit 12 Mds€.
- en revanche, le recours aux partenariats public-privé (*private finance initiative*) a été stoppé en 2018 sur décision du gouvernement. Il n'y a donc plus de procédures d'externalisation du financement des ouvrages.

Des référentiels au service du dimensionnement

L'effort de production de standards ou de recommandations est élevé dans la construction hospitalière britannique. Sans discontinuer depuis le plan hospitalier de 1962, le NHS a tenu à jour des référentiels à trois niveaux :

- les principes de conception, appelés « Healthcare Building Notes (HBN) ». Ces HBN sont organisés par domaine fonctionnel de l'hôpital (consultations, centre de premier recours, unité d'hébergement, bloc opératoire, ...) et comportent à la fois des orientations en termes de répartition spatiale et mobilière, des tableaux de surface, ainsi que des recommandations de choix organisationnels¹⁰.
- les prescriptions techniques applicables, intitulés « Healthcare Technical Memoranda ». Il s'agit là d'aborder des choix plus précis portant par exemple sur la gestion du risque infectieux, de la sécurité incendie, de la ventilation dans les différents espaces.
- des orientations en termes de financement sont adossées aux deux premiers référentiels, en déterminant quels choix fonctionnels sont couverts par les

⁹ <https://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:76421-2020:TEXT:EN:HTML&rearus=i99OTIdtQMlpHvhjuqE4Xw>

¹⁰ Par rapport aux références « COPERMO » françaises, il est intéressant de noter que les HBN se fondent sur des unités dimensionnées à 24 lits et comportant, de manière préférentielle 20 chambres simples et 1 chambre quadruple. L'organisation paramédicale est donc fondée sur une taille d'unité assez différente du principe français (1 binôme IDE/AS pour 30 lits, unités de 25 à 32 lits).

subventions d'investissement, dans les « Healthcare Premises Cost Guides (HPCG) ». Des coûts au m2 variables selon la destination des locaux sont prévus, ainsi que des ratios additionnels pour les locaux techniques et circulations. Les HPCG prévoient également des coefficients d'ajustement des prix selon les territoires, reconnaissant des spécificités locales.

- cet ensemble de recommandations est consolidé sous la forme de modèles de calculs, dont l'utilisation est recommandée pour les projets immobiliers au stade de « Strategic Outline Case (SOC) » ou « Outline Business Case (OBC) » (cf. supra). Il permet de concentrer la discussion sur les choix capacitaires effectués.

Le NHS étant compétent à la fois en matière hospitalière et de premier recours, ces recommandations s'étendent également à des structures d'exercice regroupé de médecine générale, des centres de santé.

4.13 Ward layouts will depend on local conditions and overall bed numbers.

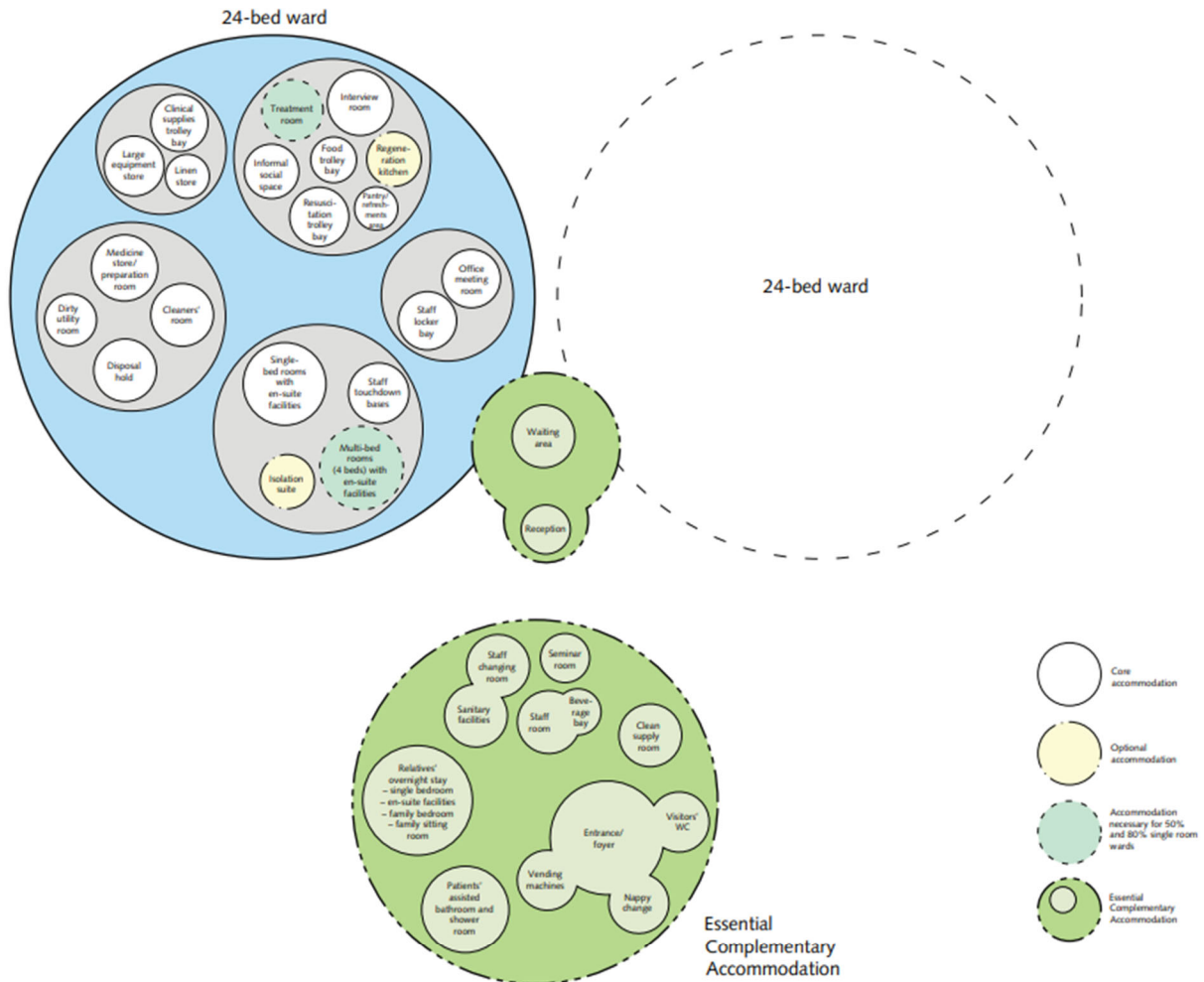


Figure 1 Functional relationships

Ward size

4.14 The schedules of accommodation for adult in-patient facilities are based on 24 beds.

4.17 The number of beds in each ward should be determined locally.

Key features of a desirable environment

Extrait du HBN relatif aux unités d'hébergement adulte ; dimensionnés à 24 lits (20+ 1 chambre à 4 lits)¹¹

Les documents rassemblent de nombreuses recommandations en termes de conditions techniques de fonctionnement, de tableaux de surfaces, des prescriptions techniques, etc.

En pratique, le NHS engage des spécialistes externes pour assurer l'actualisation périodique de ces référentiels, tous les 5 à 10 ans.

¹¹ https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/HBN_04-01_Final.pdf

Ces cahiers n'ont initialement pas une vocation normative mais les maîtres d'ouvrage y font régulièrement référence de manière prescriptive, en particulier lors de la contractualisation de marchés globaux de construction.

A ce sujet, il faut noter que la conduite d'un projet de construction associe les différents acteurs de manière différente de la France (cf. supra).

Des entités dédiées, visant principalement le premier recours

Par ailleurs, le NHS dispose de 2 filiales dédiées à l'immobilier :

- le principal, NHS Property Services, a été constitué lors de la séparation des CCG et des PCT en 2012. En effet, cette réforme s'est accompagnée d'une volonté de professionnaliser la fonction immobilière à l'échelle du NHS et un opérateur dédié a donc été constitué, auquel une majeure partie de l'immobilier du premier recours a été transféré. NHS Property services assume donc des fonctions de bailleur et de promoteur, et fournit par ailleurs des services d'entretien du patrimoine.
- le second opérateur s'appelle *Community Health Partnerships* et est le dépositaire d'un peu plus de 300 sites de premiers recours construits dans le cadre de partenariats publics-privés (PPP) entre 2001 et 2013 au Royaume-Uni. Ces PPP visaient en priorité à favoriser l'installation de professionnels de santé dans des zones peu attractives et aux problématiques aggravées de santé publique ; les constructions peuvent intégrer d'autres contenus tels que du logement, des bureaux, des librairies ou espaces récréatifs. Il a également été constitué lors des réformes précitées mais est dédié aux montages en PPP.

3.3. Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?

Il n'existe pas d'équivalent britannique au contrôle de légalité ni au contrôle de la dépense tel qu'il existe en France, empreint par l'adossement des opérateurs publics à un contrôle administratif par les services de l'Etat (et notamment, pour ce qui concerne les finances, par le réseau des agents comptables du secteur public local, ainsi que par l'obligation de dépôt de fonds auprès du Trésor). A l'inverse, les processus décisionnels britanniques mettent beaucoup l'accent sur le caractère personnalisé et nominatif de toute décision, et l'engagement de la responsabilité individuelle du dirigeant.

A titre illustratif, les Directeurs de Trusts engagent solennellement leur responsabilité dans leurs rapports d'activité : cet engagement englobe la qualité du contrôle interne et la sincérité de la situation de l'établissement. Les états financiers sont subordonnés à ces engagements, tel un reflet économique de la situation stratégique de la structure. Autre illustration, l'organe de contrôle CQC exige une tenue à jour stricte du représentant légal de chaque structure et les déclare nominativement responsables de la levée de réserves, dans les rapports et sur le site internet à destination des usagers. Enfin, pour ce qui concerne les opérations d'investissement majeur, les guides de procédures mettent l'accent sur la notion de « propriété » du projet (*Project Ownership*) : les instances délibérantes d'un trust mandatent formellement le Directeur pour instruire les rapports d'analyse socio-économique et celui-ci engage sa responsabilité sur le dossier déposé auprès des services du NHS central, du Ministère et du Trésor.

L'absence d'organe unique pour la tenue des comptabilités ne fait pas obstacle à la définition de directives unifiées en matière de tenue des comptabilités et des budgets ; l'échelon central du NHS énonce une doctrine comptable et budgétaire qui s'applique à l'ensemble des *trusts*, de même que des attentes en termes de pilotage et de

gouvernance. Il formule également des directives en matière de publicité des actes et des délibérations des instances, qui obligent les *trusts* à une transparence importante auprès du grand public. A titre d'illustration, les trusts ont l'obligation de produire un ensemble bimestriel d'indicateurs qui sont ensuite accessibles au grand public et qui couvrent la sécurité des soins, l'organisation des prises en charge (notamment les délais), l'efficacité des organisations et l'équilibre économique général.

Les Trusts du NHS ne disposent pas d'un accès direct à l'endettement. L'emprunt bancaire est soumis à autorisation par le Trésor britannique qui assume une fonction de prêteur de fonds et contrôle, par la même occasion, l'opportunité des projets qui sont financés. Ce contrôle transite par les processus décisionnels déjà décrits, qui obligent à un engagement progressif des financeurs avant que l'opération entre dans les phases de conception.

En outre, des mesures de contrôle interne et de gestion ont été prises historiquement au sein du NHS afin de s'assurer que l'échelon national dispose d'une vue d'ensemble sur l'état du parc immobilier. C'est ainsi que l'ensemble des sites du NHS rend compte annuellement de son état patrimonial au travers d'un système d'information unique. Il faut distinguer deux composantes :

- outre la documentation comptable, le NHS fournit des orientations précises sur la manière de segmenter le patrimoine immobilier et l'analyse de sa fonctionnalité. Des grilles pré-établies sont fournies qui décomposent ce patrimoine en lots techniques (structures, menuiseries, traitement d'air, éclairage, ...) et en destinations (urgences, hébergement, ...). Les services actualisent annuellement ces grilles en précisant pour chaque item leur état de fonctionnalité, et le niveau de risque associé, ainsi qu'une estimation du coût de remise à niveau. Sur cette base, chaque site dispose d'une priorisation des travaux à effectuer. C'est cette source d'information qui sert ensuite au dialogue de gestion entre le Trust et l'échelon central du NHS : les travaux sont estimés en montant et classés par niveau d'impératif, et la préparation budgétaire va les prioriser en fonction des plafonds de dépense d'investissement accordés. A ce sujet, et bien qu'il n'existe pas d'échelon régional institutionnel au sein du NHS, l'instruction centrale est organisée en subdivisions territoriales : il existe des équipes régionales qui sont chargées de la supervision financière et qui préparent les arbitrages de l'échelon central. On note ainsi que l'absence d'échelon régional sur le plan institutionnel est pallié organisationnellement, pour les besoins d'instruction.
- la plateforme *Estates Returns Information Collection* (ERIC) recense l'ensemble des sites de la NHS et permet d'apprécier leur surface, leur activité et leur niveau d'occupation, leur état de vétusté, ainsi que leurs caractéristiques sur le plan énergétique et logistique.

Ces différentes sources d'information donnent lieu à une consolidation nationale : elles permettent au département ministériel ainsi qu'au *National Audit Office* de bénéficier d'une estimation synthétique et nationale des engagements financiers nécessaires pour résorber le retard de maintenance, classé par niveau de risque. (cf. encart ci-après).

Enfin, chaque *Trust* tient un schéma directeur immobilier, obligation en vigueur depuis 2005.

La standardisation des techniques d'évaluation du bâti, tant en termes d'analyses périodiques à effectuer que de classement homogène des niveaux de risque...

FIRE SAFETY SURVEY REPORT FORM									
FORM REFERENCE:						DATE:			
SURVEYED BY:			BUILDING/BLOCK AGE:			TRUST NAME:			
OVERALL AREA (m ²):			REMAINING LIFE:			SITE NAME:			
OVERALL VOLUME (m ³):			NUMBER OF FLOORS:			BUILDING/BLOCK NAME:			
	CONDITION RANK	COST TO MAINTAIN IN CONDITION B (€'000)	ASSESSED PERIOD TO STAY IN CONDITION B (YEARS)	BACKLOG COSTS (€'000)	CONCRETE STRUCTURAL ASSESSMENT	LIKELIHOOD SCORE	RISK SCORE	RISK RANK	NOTES:
1. COMPARTMENTATION INTERNAL SPACES: B, 20, 20, 5, 5, 25, H ROOF SPACES/VOIDS: D, 20, 5, 5, 25, H ELECTRICAL POSITIONS: B, 24 PLANT RISERS: B, 24 NOTES: Fire barriers required above ceiling.									
2. FIRE DOORS FIRE DOOR SETS TO CIRCULATION SPACES: C, 6, 3, 4, 12, S FIRE HAZARD ROOMS: B, 24 ROOF SPACES/VOIDS: B, 24 NOTES: Fire doors required to corridors.									
3. MEANS OF ESCAPE SIGNS AND SIGNALS: B, 12 SURFACE FINISHES: B, 15 EMERGENCY LIGHTING: B (C), 2, 3, 3, 9, M NOTES: Not all signs and signals are as requirements. Emergency lighting requires new batteries.									
4. ALARMS & DETECTION SYSTEMS SYSTEM: B PANELS: B (C), 3, 5, 3, 3, 9, M DETECTORS: B (C), 3, 20, 3, 3, 9, M NOTES: Automatic system as noted.									
5. TEXTILES & FURNITURE TEXTILES - CURTAINS/BEDDING ETC: B, 1 FURNISHINGS: NOTES: Ensure all textiles/furniture are correctly labelled to indicate fire retardant to stipulated requirements. All laundered items should comply with fire retardant requirements. Ensure that fabric continues to provide protection.									
6. STORAGE OF FLAMMABLE SUBSTANCES LIQUIDS: GASES: B (C), 1, 2, 4, 3, 12, S OTHER: NOTES: Propane compound does not conform to best practice guidance.									
7. COMPLIANCE WITH FIRECODE SURVEY COMPLETE /UP-TO-DATE: C, 1, 5, 4, 4, 16, S ACTION PLAN IN PLACE: OTHER: NOTES: A risk assessment based on 'Firecode' should be available.									

... Permet de consolider de manière homogène les besoins de maintenance pour chaque site, puis de projeter les montants de travaux triés par criticité à l'échelle de chaque entité juridique ...

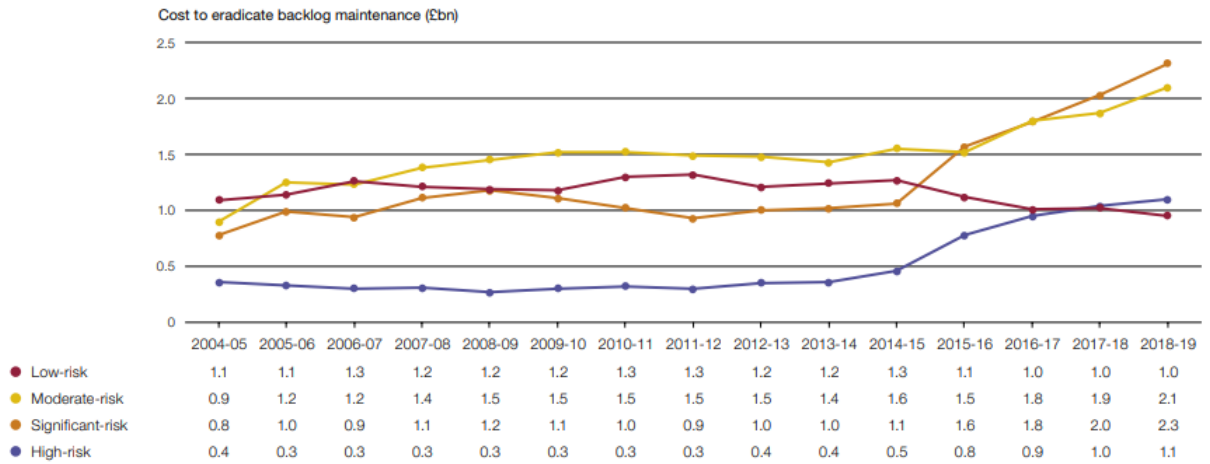
ELEMENT/OUR-ELEMENT	CONDITION RANK	Cost to maintain condition B sub-elements in that condition (Year 1) (€'000)	CONDITION PROFILE					RISK PROFILE													
			CURRENT BACKLOG COST €'000				IMPENDING BACKLOG COST €'000	RISK SCORE & RANK				IMPENDING BACKLOG RISK									
			Physical condition	Fire safety	Statutory safety	Total backlog cost	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5	Consequence score (1-8)	Likelihood score (1-8)	Total risk score (1-25)	Risk rank	CURRENT BACKLOG RISK	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5
PHYSICAL CONDITION																					
External fabric																					
Out-buildings - walls and finishes repairs	B	1.0		0.0																	
Out-buildings - external timber detail	B	1.0		0.0																	
Roof	C		1.0	1.0																	
Out-buildings - coverings - flat	C			1.0																	
External building assets																					
Drainage	B	2.0		0.0																	
Roads and car parks	B	10.0		0.0																	
Paths	B	3.0		0.0																	
Backyard/terrace areas	B	4.0		0.0																	
Walls	B	3.0		0.0																	
Fencing/gates	B (C)			0.0					10.0												LOW
Fencing/gates	C		10.0	10.0																	
MECHANICAL																					
Heating systems																					
Pipework insulation repairs	B	4.0		0.0																	
Heating pumps	B (C)			0.0				1.5													MODERATE
Hot and cold water systems																					
Pipework insulation repairs	B	2.0		0.0																	
DHW pumps	B (C)			0.0				1.0													SIGNIFICANT
Replace fire hydrant valves	B (C)			0.0				10.0													SIGNIFICANT
Mechanical plant systems																					
Repairs to pipework hangers in ducts	B	3.0		0.0																	
Electrical systems																					
Electrical distribution cables	B (C)			0.0				60.0													MODERATE
Electrical intake switchgear	B (C)			0.0				30.0													MODERATE
Street lighting cables	C			60.0																	SIGNIFICANT
Street lighting luminaires	C			60.0																	SIGNIFICANT
Communication systems																					
Replacement of telephone distribution	B (C)			0.0					25.0												MODERATE
PRE-SAFETY																					
Alarm/detection systems																					
Replace alarm distribution network	B (C)			0.0				60.0													SIGNIFICANT
Storage of flammable substances	C			12.0																	SIGNIFICANT
Remove redundant petrol storage tank	C			12.0																	HIGH
STATUTORY SAFETY																					
Asbestos																					
Asbestos work to duct C. Removal required	D			30.0	30.0																HIGH
Removal of deadlegs - part system redundant	D			5.0	5.0																HIGH
Compliance with Health & Safety at Work Act	C			15.0	15.0																MODERATE
Road traffic calming measures	C			2.0	2.0																LOW
Compliance with Disability Discrimination Act	C			2.0	2.0																LOW
Additional signs and signals	C			2.0	2.0																LOW
TOTAL																					
B BACKLOG COSTS (€'000)		30.0		30.0				10.0	0.0	150.0	2.5	35.0									HIGH RISK COST (€'000)
C BACKLOG COSTS (€'000)		171.0		171.0																	SIGNIFICANT RISK COST (€'000)
TOTAL BACKLOG COST (€'000)		201.0		201.0																	MODERATE RISK COST (€'000)
																					LOW RISK COST (€'000)

... et in fine, par consolidation des sites, d'avoir un débat national sur les priorités en matière de dépense publique et arbitrages entre projets. Ci-dessous, un extrait du rapport du National Audit Office relatif aux besoins de maintenance du parc immobilier à l'échelle nationale, classé par niveau de risque.

Figure 2

Cost to eradicate backlog maintenance 2004-05 to 2018-19, by risk category

Significant-risk and high-risk backlog maintenance has increased by 118% and 139% respectively since 2014-15



Premier recours : un financement dédié aux coûts immobiliers et un mécanisme de subvention des travaux

En matière de financement des locaux du premier recours, les négociations conventionnelles entre le NHS et les cabinets de médecine générale ont abouti à un dédommagement spécifique à l'immobilier. Ce financement a été prévu pour tenir compte des différentes formes de propriété et de gérance de cet immobilier : le cabinet peut être propriétaire de ses murs, être locataire de murs privés, être locataire de murs relevant d'une filiale du NHS, voire être locataire d'une société immobilière dont les médecins sont eux-mêmes propriétaires. Dans ce cadre, le financement des locaux était initialement fondé sur un dédommagement au réel (sur présentation de factures et après négociation). Une évolution réglementaire en 2013¹² a conduit à substituer à ce système un principe de recours à expertise tierce, où des experts immobiliers assermentés vont assurer la valorisation des loyers et ce montant servira à déterminer le dédommagement octroyé par le NHS, en plus de la tarification à l'acte et d'autres forfaits.

Ce mode opératoire laisse une latitude pour négocier le dimensionnement total du cabinet et les activités qui y sont exercées, ainsi que les conditions d'accueil des patients (salle d'attente, vétusté, etc). Ainsi, le NHS peut décider de subventionner des opérations d'investissement par les cabinets, visant l'amélioration de l'existant, l'extension ou le changement de locaux. Cette subvention est alors répercutée sur le dédommagement versé, qui sera minoré sur 5 à 15 ans à hauteur de la subvention accordée ; la durée exacte dépend du montant des travaux effectués. Il s'agit en quelque sorte d'un mécanisme d'avance remboursable. Le montant représente entre 1/3 et 2/3 du total des coûts. La convention prévoit des dispositions particulières en matière de dépôt de dossiers de demande et d'instruction.

¹² https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/184017/NHS_General_Medical_Services_-_Premises_Costs_Directions_2013.pdf

3.4. Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?

L'organisation territoriale de l'administration publique est assez différente du contexte français (pour mémoire, le rapport se concentre sur l'organisation anglaise, les territoires écossais, nord-irlandais et gallois comportant des spécificités non abordées).

Quelques notions-clés sont nécessaires pour mieux appréhender comment l'investissement en santé s'articule avec les autres politiques publiques :

- dès 1893, l'Angleterre restructure les collectivités locales afin de disposer d'autorités locales disposant d'une taille critique minimale. L'échelon communal voit ses prérogatives amoindries au bénéfice de subdivisions plus importantes en taille, mais ne disparaît pas : 9 000 « parishes » existent encore aujourd'hui et ont essentiellement une vocation consultative ;
- des réformes ultérieures ont abouti à un maillage pouvant comporter, selon les territoires, 2 échelons de collectivités ou une seule fusionnant ces deux échelons ; l'agglomération de Londres dispose d'un statut à part. Le terme de « Local Authority » englobe les différents cas de figure. Il n'y a donc pas de schéma unique ni de recouvrement entre les périmètres géographiques des collectivités.
- il n'existe pas d'échelon « régional » à proprement parler sur le plan institutionnel ; en revanche, les administrations peuvent constituer un échelon régional qui ne dispose pas d'instance élue et c'est notamment le cas du NHS (cf. supra).

Les structures locales du NHS telles que les trusts disposent d'une gouvernance ne conférant pas de rôle décisionnel ni de siège aux collectivités territoriales. Cette gouvernance comporte des nuances selon qu'il s'agit d'un *Foundation Trust*, d'un *NHS Trust*, d'un *CCG* ou d'une structure de premier recours. En revanche, le Parlement britannique a imposé la création d'une commission Santé dans chaque collectivité ainsi qu'une Direction de la Santé publique, chargée des services de prévention et de promotion de la santé. S'y ajoutent une « vigie sanitaire » (*Healthwatch*) réunissant l'équivalent britannique des représentants d'usagers : ces structures ont été établies dans chaque collectivité dès 1974 afin d'encourager l'expression des usagers et la prise en compte de leur avis dans le fonctionnement des services de santé. Commission et vigie constituent les interlocuteurs privilégiés des trusts et CCG du NHS pour l'orientation des politiques de santé sur le territoire.

L'analyse des dossiers d'investissement remontés au Trésor montre que les collectivités maintiennent néanmoins une implication importante dans les projets, étant appelés à manifester leur soutien institutionnel. Les collectivités sont souvent cosignataires des rapports d'analyse stratégique qui sont soumis à l'échelon central, ou l'accompagnent d'un courrier de soutien.

En outre, l'accompagnement des collectivités locales prend une seconde forme dans les opérations d'investissement, au travers des règlements d'urbanisme.

L'articulation entre politiques de santé publique et développement territorial prend une autre forme qui n'a pas de réel équivalent en France : pour toute opération d'urbanisme, la réglementation impose la réalisation d'une étude d'impact sanitaire. Les *Healthcare Impact Assessments* ont la particularité de pouvoir comporter une contribution à l'investissement public. En effet, l'évaluation se fait à double sens :

- prise en compte des enjeux de santé des habitants sur les choix urbanistiques, de manière à encourager les mesures préventives plutôt que curatives : l'évaluation doit porter sur les répercussions en termes de qualité de vie (air, eau, bruit, espaces collectifs, modes de déplacement doux, ...)

- traduction des choix urbanistiques sur les besoins d'équipements publics de santé : détermination de l'ampleur des équipements en premier recours nécessaire, en santé mentale etc. au regard, par exemple, d'une augmentation du nombre d'habitants.

L'étude d'impact a une importance particulière du fait qu'elle a des conséquences financières qui peuvent s'imposer aux opérateurs d'aménagement. La réglementation confère aux autorités locales le droit de prélever une taxe lors des opérations d'urbanisme auprès du propriétaire foncier ou du développeur, visant le financement des infrastructures communautaires : écoles, transports et voirie, aménagements, et services sanitaires et sociaux. Cette taxation peut d'ailleurs s'opérer en nature plutôt qu'en transaction financière.

Le degré avec lequel ces fonds sont captés par le NHS dépend de ses capacités de négociation locale, car il n'existe pas de règle opposable en la matière. La Filiale NHS Property Services dispose d'ailleurs d'une branche dédiée à la relation avec les collectivités territoriales, qui s'efforce de renforcer l'anticipation et la captation de ces fonds.

4. Allemagne

4.1. Comment s'organise la régulation de l'offre ?

La régulation des activités de soins relève des *Länder* en Allemagne, entendus comme des Etats autonomes. Au niveau fédéral, seuls les principes généraux par lesquels cette régulation doit intervenir sont énoncés, et ces principes fonctionnent selon un principe de subsidiarité : sont tranchés à une échelle fédérale, les arbitrages qui ne peuvent être effectués à l'échelle de chaque *Land* sans engendrer des phénomènes de concurrence entre *Länder*. A titre d'illustration, il existe donc autant de lois définissant les organisations hospitalières qu'il y a de *Länder*, dans le respect néanmoins d'un canevas fédéral.

Le plan directeur hospitalier est ainsi énoncé comme une obligation au niveau fédéral mais trouve une déclinaison assez différenciée d'un *Land* au suivant. Il en va de même pour les règles de financement : le paiement des dépenses d'exploitation des hôpitaux et cliniques est arrêté sur la base de tarifs au séjour fixés nationalement, et payés par les caisses d'assurances ; le règlement fédéral prévoit que les investissements soient financés par le *Land* mais n'assigne pas de montants ni d'exigences techniques. Ainsi, le ministère fédéral de la santé ne compte pas d'attributions en matière d'immobilier de santé. De même, les fonctions d'inspection et de contrôle sont du ressort de chaque *Land*.

Pour la poursuite de l'étude, un focus a été effectué sur un *Land* se rapprochant le plus du contexte français, en termes de taille, de densité de population et de PIB/habitant : c'est la Basse Saxe qui est ressortie comme la plus adaptée dans ce cadre.

Comme chaque Etat de la république fédérale d'Allemagne, la Basse Saxe adopte un plan hospitalier (*Krankenhausplan*) qui détermine les capacités de chaque établissement hospitalier du territoire. En l'occurrence, l'Etat de Basse-Saxe a opté depuis 1985 pour une révision annuelle de ce document, effective au 1^{er} janvier ; certains des autres *Länder* optent plutôt pour une révision pluriannuelle (décennale dans certains cas).

La détermination de ces capacités est néanmoins projetée à un horizon décennal soit jusqu'en 2030, sur la base d'un calcul de taux d'équipement. Celui-ci intègre :

- les prévisions démographiques par secteur et tranche d'âge,
- les taux de recours par spécialité clinique (on trouve 20 filières distinctes, qui ont été adoptées par l'ordre des médecins de Basse-Saxe ; elles peuvent donc varier entre *Länder*) et par tranche d'âge, ainsi que l'hypothèses d'évolution des durées de séjour de référence,
- une hypothèse de taux d'occupation moyen¹³.

Cette formule de calcul trouve son origine dans l'histoire : elle repose sur la transposition, en République Fédérale d'Allemagne alors sous tutelle américaine, des principes d'équipement hospitaliers adoptés pour les Etats-Unis après-guerre, au travers du *Hill-Burton Act* de 1946. La règle de calcul est fédérale ; les hypothèses de valeur sont du ressort de chaque *Land*.

¹³ Hypothèses en vigueur en 2020 : 80% pour la pédiatrie, 90% pour la psychiatrie, 85% pour les autres filières.

Le plan établit ensuite les filières autorisées par établissement et précise leurs capacités, puis rapporte celles-ci aux populations desservies afin d'obtenir des taux d'équipement pour chacun des 4 territoires qui subdivisent la Basse-Saxe¹⁴. Le plan énonce ainsi les capacités nominativement pour chaque structure : il constitue la base opposable à partir de laquelle l'établissement devient éligible au financement des investissements. Un établissement peut refuser les capacités assignées mais cela reviendrait, pour celui-ci, à s'exclure des financements régionaux ; c'est bien le financement qui fonde la légitimité du plan, car les tarifs des actes de soins ne couvrent que les coûts d'exploitation.

Les travaux de révision périodique du plan ne sont pas instruits de manière isolée par le *Land* mais font au contraire appel à une instance dédiée qui associe les fédérations hospitalières, les caisses d'assurance et l'ordre des médecins. Aux côtés des orientations quantitatives, la planification intègre également une dimension plus qualitative qui permet d'orienter les projets d'implantation ou de relocalisation de services ; la concertation se fait ainsi le reflet des recompositions envisagées, et progressivement inscrites dans le plan. La comparaison de plusieurs *Krankenhauspläne* montre que l'approche varie d'un *Land* à l'autre en matière d'inscription de nouvelles orientations, de perspectives de recomposition, dans le plan.

Le plan hospitalier comporte également des dispositions relatives à l'identification des centres de formation pour les professions paramédicales, ainsi que des centres d'expertise à vocation régionale (pour l'oncologie, la pédiatrie oncologique, le neurovasculaire, la néphrologie, les trauma center par exemple ; à l'inverse, le plan de Basse-Saxe ne distingue pas de lits de soins intensifs ni de réanimation, en considérant que le niveau d'équipement des lits reste du ressort des spécialistes). La typologie de ces centres est réalisée par le *Land* et les principes de répartition obéissent au même principe de répartition territoriale que pour les lits précités, sans toutefois quantifier une capacité ni un niveau d'activité cible.

L'émergence progressive de centres de référence et d'expertise a pu susciter des travaux fédéraux lorsque le niveau de technicité le justifiait ; c'est ainsi que certains centres de référence sont régis par des normes formalisées par le *Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*, l'instance collégiale en charge de l'auto-régulation du secteur de la santé en Allemagne.

Le territoire de Basse-Saxe compte 2 établissements hospitalo-universitaires et 169 autres établissements inscrits au plan ; il ne compte pas d'établissements sous contrat¹⁵. L'offre publique représente 43% des lits, contre 34% sous gestion non lucrative et 23% en gestion privée lucrative. Néanmoins, le caractère public renvoie à une notion actionnariale et non à la forme juridique de l'hôpital : les hôpitaux sont quasi-exclusivement organisés en sociétés à capitaux, quel que soit leur statut. De même, les personnels employés par les entités publiques ne relèvent pas d'un statut homogène mais de différentes conventions collectives, établies en fonction du type de structure (hospitalo-universitaire, communal, etc). Le nombre en apparence limité d'établissements universitaires au regard de la population (8 Mhab) s'explique par la proximité des villes-Etats de Brême et Hambourg.

¹⁴ Accessoirement, ces taux figurent parmi les taux les plus faibles constatables parmi tous les *Länder* allemands.

¹⁵ Dans le principe, les établissements de santé s'engagent auprès du *Land* à contribuer à la stratégie de santé régionale : ils acceptent les dimensionnements capacitaires assignés à l'établissement par le *Krankenhausplan* et cela conditionne leur éligibilité aux financements de l'investissement, tant pour le dédommagement annuel de l'entretien courant que pour les subventions aux opérations majeures. Dans des proportions variables selon les *Länder*, certains établissements (à but lucratif essentiellement) refusent ce schéma et s'inscrivent alors dans une stricte contractualisation avec les caisses d'assurance maladie, avec des tarifs de soins négociés sans intermédiation du *Land*.

Sur cette base, c'est le *Land* qui est chargé de financer les besoins d'entretien et de renouvellement des équipements. La réglementation fédérale prévoit la possibilité de distinguer 2 modalités : une enveloppe pour des opérations d'investissement majeures et un forfait pour les besoins d'investissement courant. Chaque *Land* détermine de manière autonome ses orientations pour ces 2 modalités.

Le financement accordé par la Basse-Saxe aux établissements de son ressort représente au total 6 169 € par lit et place en 2018. Ce montant se situe légèrement au-dessus de la moyenne fédérale de 5 791 €/lit et place (soit 3 Mds € annuels à l'échelle fédérale). Il se décompose entre :

- 2 487 €/lit au titre du forfait alloué pour l'investissement courant
- 3 369 €/lit au titre de la moyenne des financements accordés pour des opérations spécifiques (montant rapporté à l'ensemble des lits du plan ; dans les faits, cela ne vise évidemment que quelques bénéficiaires)

En pratique, le budget d'investissement ciblant des opérations individualisées (donc hors forfaits courants) représente 120 M€ annuels pour le *Land* de Basse-Saxe. Compte tenu du choix effectué par le Land en faveur d'une révision annuelle du Plan, ce budget n'est pas défini en pluriannualité et comprend donc des tranches annuelles pour plusieurs opérations, qui peuvent aller de 1 M€ à plusieurs dizaines de millions d'euros par an. En d'autres termes, il y a bien une programmation annuelle des investissements, avec des engagements pris sur le long terme (cf. infra) mais le *Land* a opté pour l'extraire de la planification sanitaire, déclarant uniquement ses engagements sur une base révisable annuellement. D'autres *Länder* optent pour une programmation pluriannuelle et l'articulent alors avec leur plan de mandat : en effet, l'investissement en santé constitue une part importante, mais non exclusive, des investissements portés par les *Länder*.

Un faible niveau de formalisation de référentiels nationaux, voire à l'échelle des Länder

En dehors du plan hospitalier, La Basse-Saxe ne formalise pas des référentiels spécifiquement hospitaliers qui conditionnent ou guident le dimensionnement de l'établissement. D'autres *Länder* ont pu effectuer des travaux de normalisation de leurs projets, notamment s'ils ont été confrontés à une période plus intensive de constructions à mener de manière rapprochée. C'est ainsi que le Schleswig-Holstein dispose d'un plan-type pour les hôpitaux, énonçant des normes en matière de construction, de fonctionnalités attendues, d'organisation des espaces. Il s'agit cependant d'un cas isolé.

A l'échelle fédérale, on trouve une instance de concertation qui porte sur les projets immobiliers mais celle-ci n'est pas associée au Ministère fédéral de la Santé : c'est la Conférence des ministres en charge de la construction, et non de la santé, qui a installé un groupe de travail permanent portant sur l'immobilier hospitalier. Celui-ci produit des recommandations de pratiques en matière de conception des locaux hospitaliers : psychiatrie, gériatrie, soins intensifs, soins palliatifs, salles opératoires ont été couverts par ce groupe de travail au fil des 20 dernières années¹⁶. C'est cette instance qui a publié, en 1976, le principal référentiel applicable en matière de construction hospitalière ; certains *Länder* y font encore référence malgré son obsolescence¹⁷.

¹⁶ <https://is-argebau.de/verzeichnis.aspx?id=22338&o=512005430>

¹⁷ <https://www.sicheres-krankenhaus.de/planungsbuero/bauliche-anforderungen/gesetze-verordnungen-und-regelungen>

Il existe en revanche des référentiels précis relevant des prescriptions en matière de sécurité au travail qui s'appliquent dans les différents métiers hospitaliers, mais pas de cadre d'ensemble réglementairement défini.

De manière complémentaire, les architectes impliqués dans la construction hospitalière se sont organisés en fédération depuis 1972 et produisent des retours d'expérience sur la conduite d'opérations immobilières : il s'agit de l'AKG¹⁸. L'association organise des formations et publie des guides de pratiques dans le champ de l'immobilier de santé.

Historiquement, l'autorité conférée aux *Länder* avait également pour conséquence que le niveau fédéral n'énonçait pas de conditions techniques de fonctionnement ni de normes d'effectifs pour les différentes activités cliniques. Les difficultés de recrutement paramédical et le souhait de normaliser les disparités de coûts entre services ont cependant conduit à la publication, en 2019, d'une loi fédérale fixant des niveaux minimum et maximum d'effectifs soignants dans les services (et allant plutôt dans le sens de la fixation d'effectifs maximaux en termes de présence auprès du patient¹⁹). Les remontées nationales de données d'activité médicale ont alors été modifiées pour intégrer des dispositions permettant de contrôler l'application de ces ratios d'effectifs.

Par ailleurs, la recherche d'un équilibre entre accès aux soins et efficacité du système de santé a conduit l'instance nationale G-BA à formaliser des principes de régulation²⁰ des implantations hospitalières fondés sur les distances d'accès et la gradation des soins. Fondées sur le principe de l'autorégulation, ces règles ont été convenues entre les parties prenantes du G-BA²¹ sans intervention du ministère fédéral de la santé, et visent à garantir l'équilibre économique d'activités de soins :

- 2018 : système déclinant 3 paliers pour les services traitant des urgences dans les établissements hospitaliers, et précisant les compétences et équipements associés à chaque palier ²² (niveau minimal : 6 lits de soins intensifs, Scanner, déchocage, compétences médicale, chirurgicale et anesthésique accessible en moins de 30 minutes, accessibilité en hélicoptère)
- 2020 : identification des établissements reconnus en isolement géographique sur la base de délais maximaux d'accès à certaines activités et d'un seuil minimal de population (30 minutes et 5000 habitants pour la médecine interne et les urgences chirurgicales, 40 minutes et 950 femmes en âge de procréer pour la maternité, 40 minutes et 800 mineurs pour les services de pédiatrie), et
- 2020 : Négociation de compléments de financement *ad hoc* pour les structures situées dans des zones à faible densité de population (générale ou, pour les maternités, de femmes en âge de procréer - le seuil est fixé à 100 hab/km², ce qui à titre illustratif représenterait les 2/3 des départements en France), dès lors que ces structures peuvent démontrer un déficit d'exploitation.

Ces arbitrages ne font pas référence à des analyses socio-économiques justifiant des choix effectués. En revanche, ils constituent de premiers référentiels fondés au niveau fédéral en Allemagne et réintroduisent des normes opposables ayant une double incidence sur l'investissement : choix des implantations d'activité, et niveau d'équipement des sites en fonction de leurs activités.

¹⁸ <http://www.akg-architekten.de/>

¹⁹ https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen_2021

²⁰ https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/1fe5c69b399310b7810433e1e3abe3bc/SiRe-RL_2020-10-01_iK_2020-12-09.pdf

²¹ Fédérations hospitalières, fédérations des caisses d'assurances, ordres médicaux

²² https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/0435ad1e7c61371bebd55b478d2af36d/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf

Premier recours : un effort d'autorégulation de l'installation et des investissements associés

S'agissant du premier recours, les associations professionnelles de médecins à l'échelle de chaque *Land* exercent un rôle sensiblement renforcé par rapport aux ordres professionnels français, puisqu'ils sont amenés à la fois à réguler l'installation géographique des médecins et à négocier les dispositions financières avec les fédérations régionales de sociétés d'assurances. En Basse-Saxe, l'irruption de déserts médicaux a conduit à mettre en place une incitation financière à l'installation dans les zones de sous-effectif médical : depuis 2014 cette aide vise des coûts d'investissement et associe à parts égales le *Land*, l'association professionnelle médicale et la fédération des caisses d'assurance, à hauteur de 1 M€/an ; en contrepartie, le praticien s'engage à exercer au moins 10 heures hebdomadaires pendant une période minimale de 5 ans. C'est l'association professionnelle qui assure l'administration du fonds.

De manière plus récente, le *Land* a soutenu des démarches de création de centres municipaux d'exercice regroupé (MVZ) ; il figure parmi les premiers *Länder* d'Allemagne de l'Ouest à mettre en oeuvre un schéma où la gestion d'une activité de médecine générale est placée sous administration publique, transposant ainsi des organisations déjà existantes en Allemagne de l'Est²³. Le *Land* a annoncé en 2020 s'engager dans le développement de centres régionaux de même type, dans lequel d'autres services publics viendraient s'ajouter autour d'un MVZ dans une logique de santé communautaire. Ces projets bénéficient de financements de plus d'1 M€ chacun et sont pilotés par le Ministère en charge du développement régional, plutôt que par le ministère de la santé.

4.2. Comment s'organise la construction ?

En termes de procédure, le pilotage des projets d'investissement associe plusieurs acteurs au niveau régional.

L'octroi des subventions régionales s'accompagne d'une contractualisation dans laquelle l'exécutif régional conserve le contrôle des fonds²⁴, et organise le contrôle de la conformité des réalisations avec le projet convenu.

L'instruction des projets immobiliers et le calibrage de la subvention sont assurés par l'administration financière du *Land*, en concertation avec les services en charge de la régulation hospitalière. On a ainsi une distinction entre instruction financière et analyse d'opportunité de l'investissement, la première visant à titre principal à vérifier la soutenabilité économique de cet investissement pour l'opérateur.

Des services relevant du *Land* effectuent des contrôles sur site et sont expressément mandatés pour vérifier le déroulement du projet jusqu'à sa mise en service. En effet, les compétences des *Länder* sont larges et recouvrent donc de nombreuses politiques publiques mobilisant des compétences d'ingénierie immobilière : ces services sont internalisés, ou prennent la forme de filiales. Ils sont organisés sur une base territorialisée et l'exécutif du *Land* dispose ainsi de services pouvant assurer le contrôle technique des chantiers.

²³ Cf. rapport du HCAAM relatif à la comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2020/IRDES-rapport-comparaison-internationale-MEDSPE-2020.pdf>

²⁴ Procédure d'octroi de subventions pour l'investissement hospitalier, téléchargé sur le site du Ministère de la Santé de Basse Saxe en août 2021 : https://www.ms.niedersachsen.de/download/9329/Richtlinie_ueber_das_Verfahren_ueber_die_Gewahrung_von_Foerdermitteln_nach_9_Abs._1_KHG.pdf

La maîtrise d'ouvrage de la construction appartient à l'établissement ou peut, dans certains cas, être déléguée à un opérateur régional « filiale » du *Land*. A l'image d'autres pays, les *Länder* se dotent d'un opérateur d'ingénierie spécialisé dans l'exercice de la maîtrise d'ouvrage et la conduite d'opérations de construction.

4.3. Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?

Plusieurs points sont à noter pour comprendre les modalités de financement et de contrôle dans le contexte germanique.

Tout d'abord, mesurer la différence d'approche du contrôle administratif par rapport au fonctionnement français. L'organisation bancaire et fiscale allemande entraîne des spécificités puisque chaque *Land* dispose de sa propre administration bancaire ; par répercussion, l'échelon fédéral ne dispose pas d'une administration financière unique similaire à l'administration fiscale française, où la Direction générale des finances publiques assure le rôle de comptable unique pour l'ensemble des collectivités et hôpitaux publics français. Le contrôle de la dépense publique renvoie alors à une maîtrise, par chaque entité, de ses flux de trésorerie et de son propre cadre de contrôle interne et de maîtrise des risques ; il n'y a pas de dispositif permettant, à l'instar de la France, de maîtriser les flux financiers par l'intermédiaire d'un contrôle des allocations budgétaires²⁵.

Ensuite, la notion de *Träger* est importante pour comprendre le fonctionnement du modèle allemand. Le *Träger* est une notion juridique souple qui désigne la personne morale qui porte la responsabilité de la supervision stratégique et financière de l'opérateur. Il s'agit d'une collectivité dans le cas d'hôpitaux publics, d'une fondation dans le cas d'un établissement non lucratif ou d'une société commerciale dans le cas d'un établissement à but lucratif. Cette notion n'est pas spécifique à la santé mais s'entend pour tout opérateur de services publics.

Le budget de chaque établissement hospitalier se trouve intégré à celui de sa collectivité de référence, ainsi que son plan d'affaires (*Wirtschaftsplan*), aux côtés des autres opérateurs et ce, même s'ils disposent de la personnalité morale. L'approbation du plan d'investissement se trouve ainsi inclus dans le vote de l'exécutif territorial, au travers d'états budgétaires consolidant l'ensemble des politiques publiques et l'ensemble des opérateurs rattachés à la collectivité. De même, l'éventuelle insuffisance de fonds est du ressort du *Träger* de l'établissement, entendu comme l'entité juridique qui assume la responsabilité stratégique de l'établissement.

L'analyse des états financiers de collectivités en Basse-Saxe montre qu'elles sont effectivement solidaires des déficits de leurs établissements de santé : c'est le cas, en 2019, du *Land* de Basse-Saxe vis-à-vis de la faculté de médecine de Hannover²⁶, et en 2021 de la Region (l'équivalent allemand d'une agglomération) de Hannover vis-à-vis du Klinikum Region Hannover GmbH²⁷, groupement hospitalier de la ville qui réunit plusieurs établissements publics de santé.

²⁵ En France, les règlements budgétaires et comptables s'imposent aux comptables publics, qui eux-mêmes ont le monopole des mouvements de fonds de l'ensemble des hôpitaux publics. Par le biais de la définition des règles budgétaires et par l'approbation subséquente des budgets, l'administration compétente (Etat, Agence ou collectivité régulatrice) s'assure une maîtrise de la conformité des dépenses ; ceci qui n'a pas d'équivalent en Allemagne, ce qui bouleverse les principes budgétaires et peut, par exemple, expliquer l'intégration des budgets de l'ensemble des satellites dans celui de la collectivité preneuse.

²⁶ Budget 2021 du Land de Basse-Saxe, téléchargé sur le site du Land en août 2021 :

https://www.mf.niedersachsen.de/download/165033/Haushaltsplan_2021_-_Gesamtdokument.pdf

²⁷ Budget 2021 de la Region de Hanovre, téléchargé sur son site en août 2021 :

https://www.hannover.de/content/download/856358/file/20210415_HHPL_2021_RH.pdf

Dans ce cadre, il n'existe pas de règles uniques en matière de contrôle financier ni de gouvernance des établissements de santé. Chaque *Land* fixe, au sein de sa loi hospitalière, sa définition d'un établissement de santé et les exigences associées en matière de fonctionnement, d'instances, de reddition de comptes. La plupart énoncent cependant une exigence de Directoire comportant un trio de Direction administrative, médicale et soignante. Les attributions exactes de chaque composante, et notamment les pouvoirs conférés à la composante médicale ainsi que les conditions de nomination, varient d'un *Land* à un autre mais renvoient en tous les cas à un principe de décision solidaire au sein de l'exécutif.

Une implication progressivement accrue de l'échelon fédéral en matière de régulation et d'investissement sur les dernières années

Comme évoqué, à l'échelle fédérale il n'existe pas d'entité de contrôle ni de supervision de l'investissement en santé ; l'investissement comme l'immobilier sont exclus du champ de compétence du ministère. Les établissements hospitalo-universitaires faisaient néanmoins exception à la règle jusqu'en 2006, étant considérés principalement au titre de leur mission d'enseignement et non de soins et à ce titre, rattachés au ministère de l'enseignement supérieur (en y associant les activités de soins). A cette date, une loi a organisé le transfert de responsabilité des facultés de médecine vers les Länder par substitution à la supervision de l'Etat fédéral, entraînant de facto le transfert concomitant des activités de soins associées.

Pour autant, le gouvernement fédéral a été interpellé de manière croissante, par les fédérations hospitalières tout au long de la décennie 2010, sur la diminution des moyens affectés par les régions à l'investissement hospitalier. Dès 2018 le gouvernement a constitué un fonds fédéral qui fonctionne sur le principe de l'abondement : au sein d'une enveloppe fermée et proratisée par Land, il alloue aux projets remontés par les Länder des fonds supplémentaires, visant exclusivement l'investissement hospitalier, sur la base d'un prorata fixe.

Ces interpellations se sont néanmoins poursuivies et ont culminé avec l'épidémie COVID, contribuant à placer l'hôpital parmi les priorités du plan de relance. Ce fonds a ainsi vu sa dotation majorée dans le cadre du plan de relance annoncé en 2020.

Illustration : la reconstruction en cours du site hospitalo-universitaire de Hanovre

L'opération de reconstruction de l'hôpital universitaire de Hanovre illustre la conduite d'opérations de cette ampleur en Allemagne. Le renouvellement immobilier était réclamé depuis plusieurs années par l'exécutif hospitalier sans que celui-ci dispose de l'autonomie ni des moyens financiers pour le mener à bien ; l'opération est estimée à 1 Md€, pour remplacer une construction de 1971 comportant 11 étages (plus de 1400 lits et 130 000 m²²⁸). Le gouvernement du *Land* a fait délibérer, en 2017, en faveur de la constitution d'un fonds dédié à la reconstruction de l'établissement ainsi que de celui de Göttingen, dont le budget serait abondé annuellement par l'exécutif régional jusqu'à atteindre les 2 Mds€ nécessaire pour mener à bien les 2 opérations. Les premières études ont été prises en charge par l'établissement qui lui a affecté une équipe dédiée, répondant à son Directoire : un schéma directeur (*Masterplan*) a fait l'objet d'une concertation avec les collectivités locales et le *Land*, afin de déterminer le scénario à privilégier sur le plan capacitaire et d'implantation.

Pour la suite, le *Land* a décidé de constituer un véhicule juridique dédié au travers d'une société de réalisation : la maîtrise d'ouvrage de l'opération n'est donc pas conservée par l'établissement mais relève d'une filiale du *Land*, disposant de sa propre gouvernance à laquelle le Medizinische Hochschule Hannover (MHH) participe.

Notons que les activités hospitalo-universitaires sont placées sous la responsabilité de l'établissement d'enseignement et de recherche en Allemagne, et les activités d'enseignement et de soins sont donc intégrées dans le même budget à la différence de la France. De ce fait, la tutelle des activités hospitalo-universitaires est confiée aux ministres en charge des universités dans les *Länder*, et non à ceux en charge de la santé.

Par le passé, le contrôle administratif auquel est soumis l'hôpital a conduit la faculté de médecine de Hannover à solliciter un changement de statut juridique, afin d'être reconnue comme fondation (*Stiftung*) plutôt que comme opérateur du *Land*. Ce changement de statut a été soumis au vote de l'exécutif du *Land* à deux reprises, en 2002 et en 2011, sans aboutir ; il aurait conféré plus d'autonomie à l'établissement pour, entre autres, conduire sa stratégie d'investissement.

4.4. Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?

L'adoption du plan hospitalier par l'assemblée délibérante de chaque *Land* introduit de fait une mise en cohérence avec les autres politiques d'investissement menées à cette échelle territoriale. Le *Krankenhausplan* vise des documents de planification territoriale et d'aménagement qui le surplombent, et avec lesquels il est tenu en conformité. Il existe donc une hiérarchie des normes d'aménagement et d'urbanisme à laquelle la planification hospitalière est subordonnée : le plan hospitalier vise le projet stratégique du *Land*.

Par ailleurs, la philosophie sous-jacente à la démocratie locale est fondamentalement différente : ce sont les *Länder* qui fixent, par délibération de leur assemblée, le découpage des échelons territoriaux et les attributions de chaque échelon. Cette philosophie a une incidence importante en termes de taille des collectivités, et de leur capacité à assumer le portage d'un opérateur tel qu'un hôpital.

²⁸ <https://www.mhh.de/die-mhh/der-neubau>

L'Allemagne compte environ 10 000 *Gemeinde* qui constituent la subdivision territoriale la plus fine mais c'est plutôt au niveau des *Kreise* que s'exercent les services publics de proximité tels que la voirie, les transports, le réseau scolaire etc. L'Allemagne compte 400 *Kreise*, si l'on y associe les villes disposant d'un statut autonome : en effet, l'organisation territoriale comporte des dispositions différentes pour les centres urbains et pour les territoires ruraux. C'est plutôt à partir de cette échelle que l'on trouve des opérateurs hospitaliers rattachés ; et c'est à cette échelle que le *Krankenhausplan* répartit les capacités hospitalières. Les *Kreise* assurent la supervision des *Gemeinde* de leur ressort, ce qui constitue une différence marquée par rapport aux principes de libre administration défendus par la Constitution française.

Le rattachement d'un hôpital à une collectivité publique preneuse - *Träger* - engendre certainement d'autres articulations entre politiques publiques à l'échelle locale, la collectivité ayant directement la possibilité de travailler sur l'implantation urbaine et sur les autres services publics associés. Il faut néanmoins rappeler qu'une part substantielle des capacités hospitalières relèvent du secteur non lucratif et qu'à ce titre, la participation des collectivités locales à leur gouvernance reste inégale.

5. Italie

L'étude de l'Italie nécessite, à l'instar de l'Allemagne, de se pencher en priorité sur l'échelon régional, au vu du principe constitutionnel de subsidiarité qui s'applique aux politiques de santé dans ce pays. L'étude a retenu la région du *Veneto* pour approfondir les analyses, au vu des similitudes avec une région française en termes de population, de densité de population et de PIB/habitant.

5.1. Comment s'organise la régulation de l'offre ?

La planification sanitaire fait l'objet d'une concertation dans la Conférence qui associe l'Etat central et les Régions. Cette Conférence n'est pas spécifique à la Santé, mais couvre toutes les politiques publiques relevant d'une compétence partagée entre Etat central et régions. Néanmoins, compte tenu des compétences dévolues, elle y tient une large part : les dépenses de santé représentent de loin la principale compétence des régions en termes de montant financier.

Elle aboutit à un cadre fixé par décret ministériel qui fixe un ensemble d'objectifs :

- définition du panier de soins minimal (*Livelli essenziali di assistenza, LEA*) à proposer par les Régions à tout résident
- taux d'équipement en lits, rapportés à la population. Le plafond régional est fixé à 3,7 lits de soins aigus pour 1000 habitants, associé à une formule permettant de prendre en compte des flux entre territoires et à un taux de recours de 160 hospitalisations pour 1000 habitants. Il intègre un plafond fixé à 0,7 lits pour les soins post-aigus et de réhabilitation.
- gradation des hôpitaux en 3 niveaux précisant les activités cliniques et médico-techniques de chacun, et quantifiant la population couverte en principe par chaque niveau (ex : pour un bassin de 80 000 à 150 000 habitants, prévoir des capacités en secours immédiats, de la chirurgie générale et de l'orthopédie, de la médecine interne, de l'anesthésie, ainsi que la radiologie et la biologie médicale).
- promotion d'une organisation en réseaux hiérarchisés (*Hub and Spoke*), en particulier pour une liste déterminée d'activités cliniques : urgences, pédiatrie, oncologie, infarctus, greffe, douleur, maladies rares
- différenciées pour chaque activité clinique, des fourchettes de population justifiant une implantation. Certaines activités sont également soumises à un niveau minimal d'activité annuelle (voire à des mini/maxi) et à des indicateurs de sécurité des soins à respecter. A titre d'illustration, la chirurgie pédiatrique est autorisée pour des établissements disposant d'un bassin de 1,5 à 2,5 Mhab ; le plan vise la réduction progressive des maternités de moins de 1000 accouchements/an.
- taille minimale de structure exprimée en nombre de lits (minimum 60 lits de soins aigus ; nécessité de fusionner pour les hôpitaux n'atteignant pas ce seuil, sous peine d'un arrêt d'exploitation)
- taux maximal de personnel administratif rapporté au personnel clinique (7%)
- taux d'occupation fixés entre 80% et 90%, mais abaissés à 70% pour les hôpitaux en « zones particulièrement désavantagées », c'est-à-dire situées à plus de 60 minutes d'un service des urgences ; en pratique, les taux d'occupation peuvent être bien inférieurs, il est par exemple de 62% en Vénétie.

Au niveau régional, en prenant l'exemple de la Vénétie, ces orientations sont déclinées et précisées par un document adopté par le conseil régional. Il s'agit de la Planification socio-sanitaire régionale quinquennale (PSSR)²⁹ :

- le document couvre un champ très large couvrant à la fois la régulation des services de santé, les objectifs de santé publique, mais aussi des orientations en termes de gouvernance et de management
- des cibles capacitaires affinent celles définies au niveau national : 3,0 lits de soins aigus pour 1000 habitants, 0,5 lits de « réhabilitation hospitalière » pour 1000 habitants. Le schéma vénétien associe un taux cible pour l'ensemble des structures dites « intermédiaires » de 0,6 lits pour 1000 habitants de plus de 45 ans, pouvant être élevé à 0,8 lits / 1000 hab en zone difficilement accessible. En pratique, ce taux est apprécié à l'échelle de chaque province.
- la gradation des établissements de santé est déclinée selon le principe du « *Hub and Spoke* » : identification des 5 établissements typés « Hub » et couvrant chacun une population minimale d'1 MHab ; s'y ajoutent 4 établissements ayant un statut de « Hub » dans certaines spécialités tels que l'institut d'oncologie de Vénétie ; puis identification des établissements dits « spoke », ayant vocation à couvrir un bassin de 200 000 habitants, les autres établissements étant reconnus comme des « nœuds de réseau ».
- sur ces fondements, les établissements sont identifiés pour chaque province et les taux d'équipements sont calculés.
- la PSSR consacre une large de son propos à l'identification des réseaux de soins et la description des orientations à engager sur la période, pour chaque réseau (oncologie, pédiatrie, urgences, ...). Ces orientations ne sont néanmoins pas déclinées sur le plan capacitaire ni par établissement.

En termes de régulation financière, c'est à l'échelle régionale que s'effectuent les arbitrages en termes d'investissement, voire au niveau inférieur de l'organisation des services de santé régionaux. Le service sanitaire est historiquement fondé sur des sociétés sanitaires locales (*Azienda Sanitaria Locale* ou *ASL*) disposant de la personnalité morale qui elles-mêmes intègrent les comptes des différents hôpitaux et services de premier recours sur leur territoire. Il existe ainsi une tension entre échelon régional et échelon local en ce qui concerne l'autonomie pour réaliser des investissements. Dans ce domaine chaque région élabore une organisation propre.

L'échelon national intervient donc peu en matière d'investissement ; néanmoins, il exerce un contrôle accru sur les régions qui se trouvent en déséquilibre économique, principalement situées dans la moitié Sud du pays. Le ministère de la Santé national contractualise des plans de redressement avec ces régions et effectue, dans ce cadre, un contrôle resserré sur les investissements réalisés – notamment en santé.

Sur le plan méthodologique, il existe une agence nationale d'appui aux services sanitaires et sociaux, l'AGENAS : en matière d'investissement, celle-ci intervient principalement concernant l'évaluation des technologies de santé, et ne dispose pas d'attributions en matière d'immobilier de santé³⁰. Elle intervient en revanche dans d'autres domaines à des fins de mutualisation d'expertises et/ou de consolidation des bonnes pratiques : synthèse financière du système de santé, données de qualité des soins et notamment calcul de l'atteinte des objectifs du panier de soins LEA par les

²⁹ https://www.trevisovolontariato.org/wp-content/uploads/2019/03/PSSR_2019_23_DEFINITIVO.pdf

³⁰ Cela a été le cas par le passé, comme en témoigne le guide technique publié en 2003 et utilisé comme référence dans certains rapports d'évaluation. Le guide ne fournit pas d'approches quantitatives mais détaille une segmentation des locaux hospitaliers : <https://www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-%E2%80%93-supplementi-alla-rivista/604-sprincipi-guida-tecnici-organizzativi-gestionali-ospedali>

différentes régions, appui à la définition des réseaux cliniques, soutien aux régions en difficulté.

A défaut d'une implication nationale, peu de référentiels de dimensionnement ressortent des documents consultés, hormis ceux évoqués ci-dessus. Il n'y a pas de référentiels permettant de calibrer des tailles d'unités (même si les études de faisabilité analysées ressortent plutôt avec des unités de 24 lits, à raison de 10 chambres doubles et 4 chambres individuelles) ni de calculer les surfaces nécessaires en fonction de ces tailles.

Une implication plurielle en faveur du premier recours

S'agissant du premier recours, les médecins généralistes et pédiatres contractualisent avec les ASL à titre libéral, pour un financement à la capitation³¹. Ils sont répartis en districts de 60 000 habitants environ, en sachant que la convention collective nationale qui les lie au service de santé prévoit un plafond en termes de nombre de patients inscrits dans leur patientèle. Le forfait couvre les frais immobiliers, et peut être complété par des financements à l'acte.

Les Régions se mobilisent néanmoins en faveur de l'exercice regroupé et la convention collective prévoit des financements spécifiques à cet égard ; ceux-ci couvrent à la fois des frais administratifs et immobiliers, sans que l'investissement soit particulièrement évoqué. En revanche, l'analyse de certains centres d'exercice regroupé montre que les collectivités locales mettent parfois des locaux à disposition pour favoriser l'installation des professionnels en une unité de lieu.

La Région du *Veneto* figure parmi celles ayant engagé des actions volontaristes en la matière, allant jusqu'à financer des sites ouverts 7j/7 avec des horaires étendus ; le coût de ces mesures a suscité une demande de suspension de l'échelon national, arguant que le dispositif était trop onéreux et non soutenable en cas d'extension nationale.

5.2. Comment s'organise la construction ?

L'Italie hérite d'un fonctionnement de la maîtrise d'œuvre sensiblement différent de la France. Le nombre d'architectes y est bien plus nombreux et les frontières entre ce métier et celui de l'ingénierie n'ont pas été tracées de manière aussi tranchée. En outre, il est plus courant de disposer d'équipes en interne aux entités publiques qui peuvent assurer une partie des missions d'étude. Cela semble en particulier être le cas des études programmatiques et de faisabilité, celles qui servent à la décision de lancer ou non l'opération. Dans les quelques projets du *Veneto* qui ont pu être consultés, les études ont été effectuées en interne, à l'exception du chiffrage des coûts d'opération qui sont parfois effectués par un économiste de la construction indépendant.

L'analyse des actes administratifs relatifs à ces opérations montre que les étapes de dialogue entre l'opérateur et l'échelon régional sont relativement formalisées :

- la réglementation relative aux opérations d'investissement prévoit que l'établissement nomme un responsable unique d'opération, en charge de la coordination de l'ensemble des intervenants sur un projet. Cet interlocuteur sera nommément désigné dans les actes administratifs relatifs à l'opération ;
- les avis et dépôts de documents pour approbation sont formels : le conseil régional donne mandat au Directeur général d'une ASL pour réaliser une étude de faisabilité pour les opérations majeures ; le Directeur général d'ASL est amené à déposer auprès du Conseil régional son projet par un acte

³¹ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/building-primary-care-in-a-changing-europe-case-studies-study>

administratif ; la réponse de la Région sera également retracée par un acte administratif ; etc.

En outre, et sous l'impulsion des exigences d'accès aux fonds structurels européens, l'Italie a fortement développé les obligations d'évaluation préalable des projets d'investissement. Ils sont soumis à une procédure d'évaluation socio-économique sous l'égide du Comité interministériel pour la programmation économique (*CIPE*). La réglementation en vigueur impose que chaque ministère central et chaque région se dote d'une instance indépendante chargée d'instruire ces évaluations et de les approuver : ce sont les *NUVV*³², également appelées *NVIP* ou *NVISS* dans certaines régions. Ces instances composées d'experts en évaluation et en analyse économique voient leur composition renouvelée tous les 3 ans. Outre les évaluations en santé, elles peuvent couvrir d'autres politiques publiques ; outre l'évaluation *ex ante*, elles sont amenées à effectuer des analyses *in itinere* (notamment pour les concessions de travaux ou de services publics) voire *ex post*, et participent à des travaux méthodologiques avec les autres *NUVV*. Dans le Veneto, le seuil de sollicitation de la *NUVV* est fixé à toute opération de plus de 5 M€.

La région Veneto dispose, au sein de son organigramme, d'une Direction spécialisée dans les affaires sanitaires et sociales ; celle-ci comporte une unité dédiée au pilotage des opérations majeures de construction et de suivi du plan d'investissements. Elle comporte également une instance, la *CRITE*, chargée d'arbitrer sur les projets d'investissement. Cette instance est interne au service de santé et réunit les membres concernés de l'équipe de Direction du service de santé régional, ainsi que 2 experts indépendants³³. La *CRITE* arbitre sur tous les besoins d'investissement qu'il s'agisse d'immobilier, de *SI* ou d'équipements biomédicaux dès lors que le coût dépasse 200 k€. Elle est en charge de l'évaluation des technologies de santé (*HTA*), fonction qui ainsi ne s'effectue pas à l'échelle nationale comme en France. Elle assure également l'évaluation économique des parcours-type de soins afin d'en vérifier la soutenabilité budgétaire : en effet, le plan régional prévoit de protocoliser un certain nombre de parcours de soins de manière à favoriser des prises en charges homogènes sur le territoire et de faciliter l'amélioration continue de la qualité des soins.

Les projets peuvent donc être amenés à être évalués successivement par la *CRITE* (interne) puis par la *NUVV* (indépendante), chaque instance pouvant formuler des demandes d'ajustement du programme.

L'accord du Conseil Régional pour poursuivre l'opération d'investissement se fonde sur l'étude de faisabilité et précise, le cas échéant, les modalités de financement de l'opération. Dans le Veneto, ce sont ensuite les services d'ingénierie situés au niveau de l'*ASL* qui prennent en charge les étapes suivantes : finalisation des études (avec appel à une maîtrise d'œuvre extérieure pour les opérations majeures) puis lancement de l'opération, réception et mise en service.

L'organisation de chaque Région entraîne des variantes dans cette organisation. A titre illustratif, le Piémont s'est doté d'un Institut de recherche économique et sociale qui agit de manière transverse aux différentes politiques publiques, dont la Santé. Dans ce champ, il publie des travaux relatifs à la stratégie immobilière du service de santé régional et fournit un appui à la priorisation des opérations de travaux³⁴. La Lombardie figure parmi les régions ayant impulsé un degré important d'autonomisation des établissements de santé et a en conséquence revu le rôle de ses services territoriaux *ASL* ; etc.

³² *Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.*

³³ https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/Download.aspx?name=Dgr_1953_19_AllegatoA_410752.pdf&ty pe=9&storico=False

³⁴ <https://www.byterfly.eu/islandora/object/librib:1005838/datastream/PDF/content/librib%201005838.pdf>

5.3. Comment s'organise le financement et le contrôle administratif ?

Les comptes du service sanitaire régional consolident ceux des différentes sociétés (*Aziende*) qui le composent et sont soumis à l'approbation du Conseil Régional, de même que le budget prévisionnel. Ces comptes restent distincts du budget principal de la région ; il n'y a donc pas de confusion des dotations sanitaires avec d'autres politiques publiques sur le plan budgétaire. Si le budget sanitaire est présenté en déficit, il est néanmoins prévu que celui-ci soit compensé par le budget régional.

Chaque ASL a l'obligation de tenir un plan d'investissement triennal qui est soumis à l'approbation du Conseil régional. En l'occurrence, ce rôle est délégué par le Conseil à la CRITE dans le Veneto. Les cessions de patrimoine sont également soumises à l'avis de la CRITE. La Région peut statuer en opportunité et non uniquement en régularité, et ainsi demander le retrait d'une opération d'investissement inscrite par une ASL.

Dans le cas du Veneto, le choix a consisté à créer une société supplémentaire au titre de l'intérêt régional, rattachée à aucun territoire en particulier et intitulée « *Azienda Zero* ». Cette entité porte les services administratifs mutualisés ainsi que les investissements communs à l'échelle de la région (notamment en matière de systèmes d'information). Par ailleurs, tous les investissements des ASL sont soumis à la validation de l'instance régionale CRITE³⁵. L'option consistant à centraliser les investissements au sein de l'*Azienda Zero* a été envisagée par l'échelon régional mais suscite de fortes réserves de la part des ASL, de même que la mutualisation des équipes en charge de la maîtrise d'ouvrage.

Ainsi, c'est la consolidation des budgets triennaux approuvés des ASL et autres entités du service de santé régional qui constitue le budget régional d'investissement et qui permet d'en vérifier la soutenabilité économique.

Outre l'enveloppe globale que constitue le fonds sanitaire national, L'Etat central de l'Italie contribue financièrement aux investissements en santé par le biais d'une enveloppe dédiée dont la ventilation est négociée par région. Le fondement de ces allocations est ancien puisqu'il se fonde sur une loi de 1988³⁶ et a été abondé en 1998 puis en 2010. Les Régions soumettent ensuite les projets pour lesquels ils sollicitent un accompagnement ; l'instruction est assurée par les services du Ministère de l'Economie et des Finances. Les relevés montrent que l'Etat intervient alors sur une série d'opérations fléchées et en finançant 80% à 95% des besoins.

En pratique, ce fonds n'a pas été réabondé récemment et le Veneto n'a donc pas soumis d'opérations récentes. La consultation de dossiers d'évaluation d'autres régions permet de formuler les constats suivants :

- l'adéquation activités/besoins est plus qualitative que quantifiée. On trouve peu d'hypothèses et indicateurs établissant un lien arithmétique entre le dimensionnement des services et le niveau d'activité visé, tant au niveau de l'hébergement que des plateaux techniques
- les rapports réalisent un calcul de Valeur actuelle nette (VAN) et une démarche coûts-bénéfices. Ces analyses se fondent sur la comparaison entre le projet étudié et un scénario « sans projet ».
- en pratique, les leviers qui permettent d'aboutir à une VAN positive reposent sur la récupération d'une activité actuellement assurée par d'autres structures faute d'attractivité ou de moyens. Les documents ne reprennent pas les notions de « fuites » ou de « parts de marché » utilisées en France mais parlent plutôt de « mobilité passive » : le terme fait écho aux principes de calcul des dotations et

³⁵ <http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=425245>

³⁶ https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=353&area=investimenti&menu=programma

refacturations entre régions, pour des patients en mobilité. Celle-ci peut être infra- ou extra-régionale. Le regain d'attractivité permet d'augmenter l'activité sur site et présente en outre l'intérêt de réduire les coûts de transports de patient ; c'est ainsi que le projet immobilier parvient à trouver sa justification économique.

5.4. Comment s'organise la concertation avec les autres politiques publiques ?

Tout d'abord, le dialogue semble systématiquement formalisé entre le Conseil Régional et les collectivités locales (*Provinze, Comune*) concernées par un équipement hospitalier. Les opérations étudiées visent un « accord de programme » cosigné entre les différentes collectivités ainsi que l'ASL compétente et l'opérateur hospitalier le cas échéant. Cet accord constitue la première étape d'engagement d'une opération, avant de réaliser les études de faisabilité ; elle fournit une première estimation du coût d'opération et détaille les engagements pris par les différentes parties pour en assurer le financement.

Il s'agit là d'une première forme de concertation entre politiques publiques. La réglementation d'urbanisme italienne en prévoit une deuxième : il s'agit des conférences inter-administrations (« *conferenza di servizie* ») qui sont prévues par la loi. En l'espèce, le Conseil régional est amené à solliciter cette formation *ad hoc* qui réunit toutes les administrations susceptibles d'avoir un avis à rendre sur le projet ou une autorisation/permis à accorder. L'objectif est de repérer de manière précoce les difficultés que suscite un projet et ainsi de gagner du temps.

Dans ce cadre, il faut noter l'importance des évaluations environnementales obligatoires. A l'instar des NUVV, la réglementation prévoit également une instance indépendante en charge d'expertiser les opérations d'urbanisme sur la base d'un rapport environnemental. Ce rapport sera soumis à la conférence inter-administrations et aide ainsi à identifier les points d'achoppement éventuels que suscite le projet d'investissement.

Un projet d'investissement en cours de conception : la reconstruction de l'hôpital universitaire de Padoue sur un site neuf (963 lits, coût d'environ 500 M€)

L'Hôpital universitaire de Padoue dispose de l'autonomie juridique et répond à ce titre directement à la Direction régionale. Le projet de reconstruction intégrale fait suite à un projet antérieur dans lequel seule la pédiatrie était visée et pour lequel une allocation budgétaire avait déjà été prévue

- Le projet n'est pas spécifiquement cité dans le plan socio-sanitaire régional, qui ne détaille pas les besoins d'investissement et projets associés. En revanche, il en respecte les dispositions en termes de gradation des soins et de dimensionnement
- Le point de départ en termes d'instruction découle d'un « pré-accord » de programme signé conjointement en 2017 par le Président de région et le Maire, reconnaissant l'intérêt territorial stratégique d'une reconstruction de l'hôpital. Il est suivi, en 2018, d'un accord élargi à l'hôpital, ainsi qu'à l'université. Il prévoit les opérations foncières nécessaires à la réalisation de l'opération et ouvre la possibilité de réaliser les études économiques et architecturales, en vue d'un accord renouvelé et portant cette fois programmation de l'opération.
- La conférence inter-administrations a été réunie sous l'égide de la Région en 2019, notamment pour déterminer les niveaux de précision à prévoir dans l'évaluation environnementale. La commission régionale en charge de cette évaluation a rendu un premier avis.
- Le projet d'accord de programme assorti de l'évaluation environnementale a été soumis à publicité début 2020. Après prise en compte des remarques, l'accord est signé en avril 2020. Il intègre les engagements financiers des parties
- Une étude de pré-faisabilité a été finalisée en décembre 2020 et adoptée par le Directeur de l'hôpital pour soumission à la CRITE, qui a rendu son avis 2 mois plus tard en demandant des ajustements ; l'étude est accompagnée d'une analyse des alternatives, celles-ci étant néanmoins restreinte à des variantes d'implantation sur le même site et à capacités identiques
- Le responsable unique de l'opération a été nommé par le Directeur général de l'hôpital, l'établissement étant amené à assurer la maîtrise d'ouvrage
- Sur cette base, un appel d'offres a été lancé en mai 2021 pour réaliser les études approfondies de faisabilité puis le « projet définitif » en option. L'AO comprend les phases ultérieures, également en option : le « projet exécutif », la conduite de travaux, la coordination de la sécurité de chantier.
- La sollicitation de la NUVV est en cours, celui-ci statuant plutôt au stade du projet définitif. En revanche, l'avis environnemental a été rendu

6. Eclairages ciblés de pratiques dans d'autres pays

Le présent chapitre recense des expériences intéressantes issues de pays qui n'ont, pour autant, pas fait l'objet d'une monographie complète. Il comporte également quelques synthèses issues d'études internationales ayant un intérêt particulier pour le pilotage de l'investissement en santé.

6.1. Une implication croissante du régulateur européen, en lien avec les politiques d'attribution et d'évaluation des fonds structurels

Il existe dans l'ensemble peu de travaux approfondis sur les procédures d'investissement en santé. Quelques travaux ont néanmoins été menés sous l'égide de l'OMS et de l'Union Européenne et 3 d'entre eux comportent plus particulièrement des enseignements pour le benchmark :

- sous l'égide de l'Observatoire des systèmes de santé hébergé par l'OMS, une équipe de recherche a rédigé une série de 10 études de cas en 2009³⁷ puis un rapport de synthèse intitulé « Investing in hospitals of the future »³⁸. Ce rapport n'aborde pas frontalement la question du mode de financement et se focalise plutôt sur les sujets qui alors figuraient au centre de nombreux échanges à l'échelle internationale : l'externalisation du financement sous la forme de partenariats publics-privés, le renforcement de l'hébergement médico-social (lié au vieillissement de la population) et ses conséquences en termes de recentrage de l'offre hospitalière sur son plateau technique, enfin les enjeux de développement durable dans la conception hospitalière. Il est intéressant de noter que le rapport n'opère pas de distinction entre la régulation des activités de soins et la planification des investissements.
- le rapport de 2019 de l'OMS relatif à la qualité des soins³⁹ intègre un chapitre relatif à la contribution spécifique de l'immobilier dans cette problématique : il met l'accent sur les disparités d'approche méthodologique entre pays lorsqu'il s'agit de caractériser les exigences de qualité et de performance des locaux affectés aux soins. Lié aux contextes juridiques et réglementaires de la commande publique, le chapitre décrit différentes approches sur un double plan :
 - sur le fond, certains pays imposent des choix de matériaux ou des choix de conception (nombre de salles, taille des salles etc) alors que d'autres privilégient une description plus fonctionnelle, sous forme d'indicateurs de performance à respecter. Pour illustrer de manière caricaturale, on peut soit énoncer un type d'équipement attendu en termes d'éclairage par exemple, soit énoncer un niveau de luminosité attendu.
 - sur la forme, le mode d'élaboration et le caractère opposable peut varier : alors que certains érigent les choix précités en standards s'imposant à l'ensemble des acteurs, d'autres privilégient une forme plus collégiale d'élaboration des principes de construction, qui ne fait pas intervenir le Régulateur.
 - le rapport met l'accent sur l'importance de bénéficier d'une capitalisation des pratiques, sans préconiser un modèle parmi ceux énoncés ci-dessus.

³⁷ https://hcn.eu/wp-content/uploads/2017/12/7_Hospitalcasestudybook.pdf

³⁸ <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/5687/1/Investing%20in%20hospitals%20of%20the%20future.pdf>

³⁹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf>

- enfin, l'Union européenne a financé des travaux de recherche-action visant à améliorer l'utilisation des fonds structurels et d'investissement européen en matière de santé, au début des années 2010. Le focus de l'UE, au travers des projets EuRegio III et « Health Equity 2020 », puis « ESIF for Health »⁴⁰ est d'encourager l'élaboration de plans d'investissement fondés sur une approche territoriale des besoins et sur l'identification de priorités de santé publique, en substitution aux projets mono-site et trop marqués par la reconduction de l'existant. Les projets ont développé des outils pratiques à destination des autorités locales souhaitant porter un projet pour financement européen. Deux enseignements sont mis en exergue
 - l'attachement à sortir de ratios d'équipement « statiques » pour tendre vers une analyse des besoins fondés sur les parcours
 - l'importance de ne pas financer des opérations individuelles mais d'apprécier les besoins de manière systématique à l'échelle d'un territoire.

Ces différents travaux ont en réalité été menés par le même collectif de chercheurs et d'institutions, réunis au sein de l'association *European Healthcare Property Network* (EuPHN).

En complément, il convient de signaler les travaux effectués en 2015 en matière de gouvernance hospitalière⁴¹, publiés par l'Observatoire Européen des systèmes et politiques de santé. En l'espèce, ces travaux dénotent le lien très fort entre enjeux d'investissement et de gouvernance : le degré d'autonomie est largement apprécié en fonction des pouvoirs dévolus aux instances dirigeantes des hôpitaux publics pour déterminer leur stratégie d'investissement.

6.2. Une articulation encore faible entre planification territoriale, urbanisme, et régulation en santé à l'échelle européenne

L'Union européenne a financé en 2016-2018 une étude comparative des démarches d'urbanisme et de planification territoriale parmi ses Etats membres, appelée ESPON (European Spatial Planning Observatory Network). L'administration référente en France est l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT).

Cette étude comporte une analyse approfondie et déclinée en 2 dimensions :

- les politiques publiques couvertes par les démarches d'urbanisme : les politiques de logements, de voirie et d'infrastructures de réseaux en constituent le socle historique mais il existe un degré très variable d'intégration d'autres thèmes dans la planification urbaine tels que le développement économique, les aspects culturels et patrimoniaux, la gestion des espaces verts et agricoles, etc
- la répartition, par échelon territorial (national/régional/local), des attributions en matière de planification.

L'étude a procédé par questionnaire adressé aux administrations nationales compétentes, en s'efforçant de veiller à des réponses harmonisées malgré l'importante distance culturelle entre pays sur cette thématique.

Pour les besoins de l'étude des procédures d'investissement en santé, les points suivants sont à retenir : La formulation des questions elle-même, qui amalgame enseignement et santé, témoigne de la faible articulation puisque ces deux champs ont peu d'éléments en commun (hormis les formations médicales et sanitaires).

⁴⁰http://esifundsforhealth.eu/sites/default/files/2019-03/Final%20Report%20ESI%20Funds%20for%20Health_3.pdf

⁴¹https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/377368/policy-brief-28-eng.pdf

- la forte maturité des pays scandinaves perceptible dès 2000 dans la mobilisation des SI comme levier d'amélioration des soins : « zéro papier », portails patient, interopérabilité, outils numériques, analyse de données, sécurité
- un accent mis sur la nécessité d'équilibrer l'investissement dans les développements du SI avec l'effort d'accompagnement RH, pour prévenir les phénomènes d'« illettrisme digital »
- une implication très diverse des échelons national et régional (voire européen) dans la maîtrise d'ouvrage (MOA)
- en termes d'articulation avec la modélisation budgétaire
- porosité entre coûts de fonctionnement et coûts d'investissement, du fait de la multiplicité des modes de contractualisation (infogérance Vs exploitation en propre, « Software as a service » Vs licences, ...)
- maintien d'enveloppes nationales pouvant servir soit à des projets en MOA nationale, soit à allouer des subventions. Peu de visibilité à cette échelle car les financements se croisent (ex : SI inclus dans un forfait à la capitalisation)
- retour d'expérience favorable aux modèles budgétaires fondés sur les parcours et/ou les priorités de santé publique : financement du SI intégré à des enveloppes structurées par pathologies, plutôt que de favoriser de « grands projets » (qui, par exemple, vont se heurter à un manque de fongibilité ville-hôpital, ...). Les SI apparaissent alors comme un vecteur de coordination et prévention

6.4. Intégrer l'investissement à la tarification à l'activité : l'expérience de *Medicare* aux Etats-Unis

A la différence de la France, les Etats-Unis ne mobilisent pas un système unique de facturation des activités de soins et le financement de l'exploitation, comme de l'investissement, repose donc sur des bases multiples. Chaque établissement développe sa propre tarification, en interaction avec les sociétés d'assurance présentes sur son territoire. Pour autant, *Medicare* fournit un socle de financement qui s'impose de manière transversale à l'ensemble du pays, or, le mode de rémunération des activités hospitalières de *Medicare* intègre un volet spécifique à l'investissement.

Le système de facturation à l'activité mis en place par Medicare au travers des *Diagnosis-related Groups (DRGs)* est bien connu en France, puisqu'il a largement inspiré les Groupes homogènes de séjours (GHS) déployés dans le champ Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) depuis plus d'une décennie. Les différences d'approche suivantes peuvent néanmoins être notées :

- alors que la France révisé annuellement le montant de chaque tarif GHS, *Medicare* distingue 2 étapes : chaque DRG est associé à un indice de lourdeur qui est actualisé annuellement ; pour obtenir le tarif final, il est multiplié par une valorisation financière du point d'indice qui est également actualisée annuellement.
- surtout, le DRG comporte en réalité 2 calculs : l'un pour couvrir les coûts d'exploitation, l'autre pour couvrir les coûts d'investissement. Historiquement, *Medicare* a d'abord couvert les frais d'exploitation courante à compter de 1983 ; la couverture des besoins d'investissement a nécessité des débats plus longs et a conduit à associer une 2^e rémunération, pour chaque DRG facturé, à compter de 1991. La grille des indices de lourdeur par DRG est unique ; en revanche, le système américain comporte 2 valorisations du point d'indice visant pour l'une l'exploitation et l'autre l'investissement.
- annuellement, *Medicare* publie donc les évolutions de la grille des DRG et celle des deux points d'indice, exploitation et investissement. Les deux points d'indice évoluent de manière différente et on peut noter que l'indice portant sur

l'investissement a progressé moins rapidement, conduisant de facto à diminuer la proportion de financement qui lui est allouée par rapport aux dépenses d'exploitation.

- ce calcul intègre des modulateurs. Ceux-ci permettent de majorer la rémunération en fonction d'enjeux territoriaux ou d'accueil de publics précaires, ou de la minorer lorsque l'établissement ne répond pas à des exigences de remontée de données ou d'informatisation du dossier patient ; en outre les établissements de santé chargés d'une mission d'enseignement et de formation médicale touchent une majoration de leur DRG, de même que les établissements situés en zone isolée (à 55 km ou 45 minutes d'un autre établissement de santé)

Sur son versant d'investissement, la mise en place de ce système a connu une période de transition significative, de l'ordre de 10 ans. Ceci a permis de maintenir le système de financement antérieur, qui reposait sur l'appréciation des coûts réels, pour les établissements les plus fortement pénalisés par l'application du nouveau modèle de financement.

En complément, depuis 2020 *Medicare* a mis en place un dispositif spécifique à l'investissement innovant : il existe une procédure spécifique pour demander la reconnaissance d'équipements dont le coût est réputé non inclus dans le tarif des DRG, et permettant de toucher une rémunération supplémentaire pendant une période de transition de 2 à 3 ans. Il est ensuite considéré que le coût de ces nouveaux outils est intégré dans l'actualisation des indices de lourdeur.

De même, il faut noter que sous l'apparence d'une offre essentiellement concurrentielle, le recours à une offre publique, privée lucrative ou non lucrative varie en réalité considérablement d'un Etat à l'autre.

Dans ces circonstances, comment s'organise le financement des investissements pour un opérateur public ? L'exemple de la Californie

L'étude ciblée du régulateur en santé de l'Etat californien et de l'opérateur hospitalo-universitaire principal fournit un éclairage intéressant permettant d'approfondir la compréhension du schéma en vigueur aux Etats-Unis.

En l'occurrence, le *Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD)*⁴² assure la planification hospitalière et la fonction de régulation des implantations. Il exerce une mission de contrôle des installations, et est dans ce cadre amené à rédiger des prescriptions techniques. Tous les projets immobiliers (construction neuve comme réhabilitation) doivent être soumis à l'OSHPD quel que soit le statut du promoteur. Sur le plan financier, l'OSHPD ne verse pas de subventions ; en revanche, il peut accorder la garantie d'emprunt de l'Etat de Californie, permettant aux promoteurs – s'ils sont à but non lucratif - de bénéficier de taux d'intérêts moindres.

⁴² L'OSHPD est devenu en octobre 2021 le *Health Care Access and Information (HCAi) department*, pour mieux reconnaître son implication en faveur de l'égalité d'accès aux soins et son extension d'attributions : il a vocation désormais non seulement à superviser les recueils d'indicateurs de qualité des soins et le contrôle des installations, mais également de planifier les besoins en ressources humaines et d'accompagner les programmes de formation.
<https://hcai.ca.gov/construction-finance/construction-financing/>

Un autre service d'Etat, le *California State Treasury*, dispose en revanche de services consacré au financement des structures de santé. Le *California Health Facilities Financing Authority (CHFFA)*, créé en 1985⁴³) assure essentiellement un rôle de prêteur de fonds, qui vise principalement les structures implantées en zone rurale, avec un taux d'intérêt minoré. Il dispose également de la possibilité d'accorder des prêts exonérés de taxation, notamment pour les équipements biomédicaux et numériques. Enfin, il assure l'émission d'obligations (*bonds*) pour le compte d'établissements à but non lucratif à leur demande, permettant là aussi un accès aux marchés financiers dans des conditions plus intéressantes. Enfin, il peut accorder des subventions à des opérations d'investissement, le cas échéant au sein d'une enveloppe fixe et selon des modalités prédéfinies par le Sénat de Californie ; dans les cas étudiés, seules les collectivités locales de l'Etat et leurs opérateurs sont éligibles, et cela vise plutôt des programmes en lien avec la santé mentale ou l'intervention sociale.

L'Etat de Californie a ainsi fait le choix de séparer les activités de régulation et de financement des investissements en santé. L'Etat dispose en outre de ses propres opérateurs en santé, avec deux entités principales : les *Department of State Hospitals*, qui assurent essentiellement des soins psychiatriques ; et l'Université de Californie (UC), qui assure des activités de soins aux côtés de ses missions d'enseignement supérieur et de recherche.

L'analyse des états budgétaires et des procédures applicables en matière d'investissement à l'UC sont éclairantes :

- l'université procède depuis 1996 essentiellement par émissions obligatoires plutôt que par appel à l'emprunt, et évite ainsi l'intermédiation bancaire⁴⁴ ; l'envergure et la renommée internationale facilitent certainement cette possibilité ;
- chaque site hospitalier dispose d'une instance de concertation formalisée avec les collectivités locales et les représentants d'usagers, à rythme de rencontre quasi-mensuel, portant sur les sujets d'urbanisme et de développement territorial. Il tient un *Long Range Plan* qui décrit la stratégie immobilière sur 15 à 20 ans⁴⁵ et s'inscrit en concordance tant avec la stratégie générale de l'université qu'avec les documents de planification territoriale ; ce *Long Range Plan* est actualisé tous les 10 à 20 ans ;
- l'état technique du patrimoine est recensé ainsi que les besoins d'investissement qui en découlent, en les priorisant selon leur état de criticité et selon l'ancienneté du bâti. Les instances dirigeantes disposent ainsi d'une appréciation du *maintenance backlog* à l'instar de ce qui a déjà été présenté pour le NHS en Angleterre ;
- en termes de technique budgétaire, les ressources en capital ne sont pas globalisées à l'échelle de l'entité juridique mais au contraire, fléchées par opération. Ainsi, chaque site se trouve responsabilisé sur la dette qu'il occasionne et l'un des arbitrages stratégiques du budget porte sur le choix d'affecter les réserves internes à tel ou tel projet. Le *Capital Plan*⁴⁶ annuel identifie ainsi les opérations à couvrir et le degré avec lequel les sources de financement sont trouvées ou non, sur les 5 années à venir. L'activité de soins représente la moitié des besoins d'investissement et sont majoritairement couverts, alors que les autres activités comportent l'essentiel des demandes de financements sans source de financement identifiée. Le *Capital Plan* évoque la diminution des

⁴³ <https://www.treasurer.ca.gov/chffa/index.asp>

⁴⁴ <https://plandesignbuild.ucsd.edu/files/capital/CapitalMarketsFinanceGuide.pdf>

⁴⁵ <https://plandesignbuild.ucsd.edu/planning/lrdp/la-jolla.html>

⁴⁶ https://www.ucop.edu/capital-planning/resources/cfp_2020-26_v_final.pdf

- contributions de l'Etat de Californie sur les dernières années pour expliquer la proportion de projets non couverts ;
- enfin, un montant de contribution au plan d'investissement est inscrit dans le budget d'exploitation de l'UC : ainsi l'autofinancement devient un prérequis dans la construction budgétaire, et non la résultante d'une équation centrée sur l'équilibre économique à court terme.

6.5. Québec : une programmation décennale et un affermissement progressif des opérations, fondée sur l'état de fonctionnalité des infrastructures

Le système québécois comporte deux enseignements qu'il nous paraît intéressant de valoriser dans le cadre du benchmark :

- l'attachement à dresser un inventaire factuel du patrimoine hospitalier et à fonder la priorisation des demandes non sur un « mode guichet », mais sur la base de cet inventaire
- la création, au sein de la sphère publique, d'un opérateur dédié à la réalisation des investissements et qui mutualise ainsi l'expertise dans la conception et l'exécution de projets immobiliers

S'agissant du premier enseignement, les services ministériels québécois disposent d'un inventaire détaillé du patrimoine immobilier de leurs hôpitaux et celui-ci est actualisé par rotation pluriannuelle, afin de qualifier son état de vétusté. Des normes transverses sont édictées et la qualification mesure ensuite l'écart entre l'état réel et les attendus, pour aboutir à une notation (de A à E).

Indice d'état gouvernemental		
Indice	État	Description
A	Très bon	L'infrastructure est habituellement récente ou elle est remise à neuf. Elle rend le service sans interruption ou ralentissement. Elle nécessite peu de travaux de maintien d'actifs.
B	Bon	L'infrastructure présente un niveau léger de dégradation et de déféctuosité. Elle nécessite certains travaux de maintien d'actifs. Habituellement, l'infrastructure est dans son deuxième tiers de vie utile. Des interruptions ou ralentissements de service de l'infrastructure peuvent survenir occasionnellement.
C	Satisfaisant	L'infrastructure présente un niveau modéré de dégradation et de déféctuosité. Elle nécessite régulièrement des travaux de maintien d'actifs. Habituellement, l'infrastructure est dans son troisième tiers de vie utile. Des interruptions ou ralentissements de service de l'infrastructure surviennent occasionnellement. Au besoin, des mesures d'atténuation de risques sont en place.
Seuil d'état		
D	Mauvais	L'infrastructure présente un niveau élevé de dégradation et de déféctuosité. Elle nécessite des travaux de maintien d'actifs importants et parfois urgents. Habituellement, l'infrastructure dépasse sa durée de vie utile. Des interruptions ou ralentissements de service de l'infrastructure surviennent souvent. Au besoin, des mesures importantes d'atténuation de risques sont en place.
E	Très mauvais	L'infrastructure présente un niveau très élevé de dégradation et de déféctuosité. Elle nécessite des travaux de maintien d'actifs très importants et souvent urgents. Habituellement, l'infrastructure dépasse nettement sa durée de vie utile. Des interruptions ou ralentissements de service de l'infrastructure surviennent très souvent. Des mesures très importantes d'atténuation de risques sont en place.

Inventaire des infrastructures ¹ Par type et catégorie d'infrastructure										
	Quantité	Dimension (m ²)	Âge moyen (ans)	Inspection (%)	Indice d'état (%)			Indice d'état moyen	Déficit de maintien d'actifs (M\$)	
					ABC	D	E			
Immeubles										
Bâtiments										
Centres hospitaliers	573	4 738 164	50	100	88	10	2	B	322,8	
CHSLD	463	2 134 167	49	100	78	18	4	C	153,8	
Centres de réadaptation	174	385 792	52	100	79	14	7	C	34,2	
Centres jeunesse	180	329 388	58	100	66	26	8	C	56,7	
Centres locaux de services communautaires	187	358 862	42	100	82	17	1	B	16,6	
Autres ²	1 077	1 299 354	50	100	77	16	7	C	182,8	
Immeubles excédentaires	53	182 606	92	100	56	11	33	D	59,8	
Total	2 707	9 428 333							826,7	
Équipements										
Appareils médicaux										
Imagerie	3 666	s. o.	8	100	76	21	3	C	280,8	
Radiothérapie	99	s. o.	8	100	83	7	10	C	36,4	
Biologie médicale	1 761	s. o.	8	100	69	22	9	C	58,4	
Monitoring (N ^{bre} d'installations)	127	s. o.	7	100	81	17	2	B	34,1	
Inhalothérapie	2 693	s. o.	8	100	80	17	3	B	32,7	
Chirurgie	867	s. o.	8	100	82	12	6	B	25,1	
Soins	336	s. o.	5	100	88	10	2	B	18,8	
Autres	2 274	s. o.	7	100	73	17	10	C	86,0	
Total	11 823								572,3	
Total									1399,0	

¹ Données du 28 février 2019 concernant le parc immobilier et du 30 septembre 2018 concernant les équipements médicaux.

² Les autres immeubles incluent les résidences des employés et médecins, les centres de recherche, les espaces administratifs, les entrepôts, les buanderies et les chaufferies.

Extraits du Plan annuel de gestion des investissements en infrastructures du Gouvernement du Québec⁴⁷

⁴⁷ Pages 80 et suivantes : https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/20-21/Plans_annuels_de_gestion_des_investissements_publics_en_infrastructures.pdf



2.1 Santé et services sociaux

2.1.1 Investissements au PQI 2020-2030

Investissements au PQI 2020-2030 pour le secteur par type et par année

(contribution du gouvernement du Québec, en millions de dollars et en pourcentage)

Type d'investissements	PQI 2020-2030							PQI 2019-2029			
	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Sous-total	2025-2026 à 2029-2030 (5 ans)	Total	%	Total	%
Maintien du parc											
Maintien d'actifs	290,8	304,9	312,4	316,0	329,3	1 553,4	1 745,9	3 299,3	16,1	3 188,5	16,4
Prise en charge du DMA	115,8	118,6	122,2	126,1	130,1	612,7	678,8	1 291,6	6,3	1 465,4	7,6
Remplacement	495,0	442,5	527,8	435,9	446,7	2 347,9	2 477,1	4 825,0	23,6	5 079,7	26,2
Sous-total	901,6	866,0	962,5	878,0	906,1	4 514,1	4 901,8	9 415,9	46,0	9 733,6	50,2
Bonification du parc	659,1	780,9	1 234,1	1 453,9	1 502,0	5 630,1	5 416,5	11 046,6	54,0	9 673,7	49,8
Total	1 560,6	1 646,9	2 196,6	2 331,9	2 408,1	10 144,2	10 318,4	20 462,6	100,0	19 407,3¹	100,0

Note : Les sommes ayant été arrondies, leur addition peut ne pas correspondre à la somme indiquée.

¹ Avant le transfert au secteur « Ressources informationnelles » du montant de 779,0 millions de dollars du secteur « Santé et services sociaux », ce montant s'établissait à 20 186,4 millions de dollars comme présenté au PQI 2019-2029.

2.1.2 Projets autorisés et annoncés de 20 millions de dollars et plus, par degré d'avancement

En réalisation

(contributions en millions de dollars)

Nom	Note	Région	Contribution du Québec				Contribution des partenaires	Coût total	
			Avant 2020-2021	PQI 2020-2030		Total			
				2020-2021	2021-2030				
1 Villa Fraserville, centre jeunesse – Rivière-du-Loup – Agrandissement et réaménagement		01	10,6	7,5	3,3	10,8	21,5	-	21,5
2 Hôpital de l'Enfant-Jésus, complexe hospitalier – Construction et réaménagement		03	614,0	258,9	1 016,5	1 275,4	1 889,5	78,0	1 967,5
3 Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, électrophysiologie – Agrandissement		03	32,4	2,3	-	2,3	34,7	6,5	41,2
4 Buanderie Partagec – Québec – Construction		03	26,7	7,0	5,0	12,0	38,7	0,1	38,8
5 Institut universitaire en santé mentale de Québec, centre de neurophotonique et animalerie – Réaménagement		03	15,3	9,2	5,0	14,2	29,5	4,2	33,7

À l'étude (projets de 50 millions de dollars et plus)

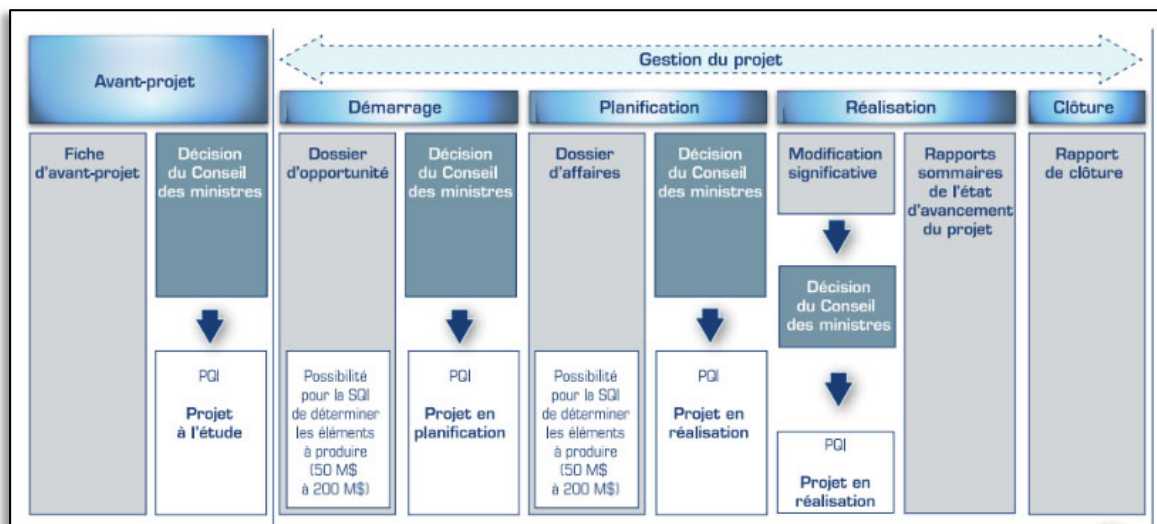
Nom	Note	Région
1 Hôpital régional de Rimouski, bloc opératoire et santé mentale – Maintien et bonification		01
2 Hôpital de Chicoutimi, bloc opératoire – Saguenay – Maintien et bonification		02
3 Centre d'hébergement Saint-Augustin – Québec – Maintien et bonification	5	03
4 Hôtel-Dieu de Québec – Maintien et bonification		03
5 Hôpital du Centre-de-la-Mauricie, urgence – Shawinigan – Maintien et bonification		04
6 Centre hospitalier de St. Mary, unités de soins – Montréal – Maintien et bonification		06
7 Centres d'hébergement et de soins de longue durée – Montréal (secteur est de l'île) – Maintien	5	06
8 Centres d'hébergement et de soins de longue durée – Montréal (secteur ouest de l'île) – Maintien	5	06
9 Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, bloc opératoire et unités de soins (phase III) – Maintien et bonification		06
10 Hôpital Fleury, urgence – Montréal – Maintien et bonification	5	06

Extraits du plan québécois des infrastructures (PQI) 2020-2030⁴⁸

⁴⁸https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/20-21/7-Plan_quebecois_des_infrastructures.pdf

Ce procédé n'est pas spécifique à la santé mais au contraire, transverse aux politiques publiques et à ce titre, tenu par les services du Trésor. Il permet ainsi de manifester l'équilibre entre les différentes facettes de l'investissement ; il est organisé sur une base décennale, mais actualisé annuellement. Il est adossé à une procédure de soumission et d'instruction de projets immobiliers qui comporte des phases précises et qui permettent de communiquer sur l'état de validation individuelle de chaque opération, ainsi que sa justification (« maintien en l'état » Vs « bonification »).

L'insertion d'un projet dans cette planification est elle-même particulièrement cadrée, avec une validation par les élus dès le stade de l'idée de faire, comme détaillé dans le processus ci-dessous :



Extrait de la Directive sur les projets d'investissement majeur. En 2020, 22 projets sont inscrits au PQI au stade de l'étude, 25 au stade de la planification et 28 au stade de l'étude ⁴⁹

Les modalités de chaque étape (à l'étude, en planification, en réalisation) comportent systématiquement une validation au plus haut niveau, ce qui permet de rythmer l'instruction qui se fait en local. Les services déconcentrés du ministère disposent ensuite de directives sur les études à réaliser et documents à produire, notamment le « plan clinique » qui correspond aux arbitrages les plus structurants sur le plan capacitaire. Ce sont eux qui valident non le fond, mais la complétude des dossiers et animent ainsi le dialogue avec les opérateurs de soins.

Le Ministère fournit des grilles de dimensionnement des projets qui préemptent d'emblée toute discussion sur les coûts : ratios de surface par type d'activité clinique et ratios de coûts de construction différenciés par territoire. Ces indicateurs accélèrent le traitement du dossier en recentrant les discussions non sur le coût d'opération, mais sur les choix capacitaires qui le sous-tendent.

Le deuxième enseignement intéressant découle de ce niveau élevé de structuration de la fonction immobilière : le Québec s'est doté d'un opérateur public dédié, la Société Québécoise des Infrastructures (SQI). On retrouve ce type d'opérateur en France au travers des Offices Publics d'Aménagement et de Construction (OPAC), qui toutefois n'ont que très ponctuellement vu leur champ étendu à l'hospitalier. La SQI opère de deux manières :

⁴⁹ https://www.sqi.gouv.qc.ca/vision/Documents/directive_gestion_projets_majeurs.pdf

voir également le guide d'élaboration du plan clinique : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-610-02W.pdf>

- dans le portage des investissements et la conduite d'opérations de travaux, pour le compte d'un établissement de santé ; c'est le Ministère qui décide, en concertation avec l'établissement de santé, d'affecter un projet à la SQI ou de le faire réaliser directement par l'établissement, voire par un tiers
- mais également en gérance locative : le patrimoine est alors externalisé auprès de la SQI, qui facture des loyers en contrepartie de ses prestations d'entretien et de maintenance du parc

Un rapport IGAS/IGF de 2007 détaille les expérimentations similaires conduites dans d'autres pays ; il plaidait à l'époque pour l'expérimentation d'un tel modèle dans 1 ou 2 régions.

6.6. Pays-Bas : une caisse de garantie des emprunts mutualisée, prenant le relais d'une supervision financière étatique

La régulation hospitalière aux Pays Bas impose aux établissements de conserver un statut privé à but non lucratif ; formellement, il n'existe pas de fonction publique hospitalière d'une part, et d'autre part la réglementation ne permet pas le versement de dividendes, tout en maintenant la possibilité de choisir entre un mode d'exercice libéral ou salarié pour les praticiens.

Il y a une décennie environ les Pays-Bas ont opté pour la mise en concurrence de l'ensemble des opérateurs hospitaliers. Dans ce contexte, le financement des investissements, qui relevait jusqu'en 2008 de financements dédiés, a été basculé dans une intégration aux tarifs (en contrepartie, la couverture de l'assurance maladie est devenue universelle) selon différentes modalités :

- avant la réforme, la réalisation des investissements majeurs associait subventions à l'opération et versement d'une redevance spécifique aux charges immobilières (emprunts et intérêt), calculée individuellement pour chaque site hospitalier. Il était reproché à ce système de neutraliser tout intéressement des gestionnaires hospitaliers au niveau réel d'occupation et donc d'aller à l'encontre d'un objectif d'efficience. En effet, les frais immobiliers étaient intégralement couverts quel que soit l'activité réellement assurée.
- avec cette réforme, l'indemnisation des coûts immobiliers a été intégrée à la tarification de l'activité hospitalière selon deux modalités : une tarification au séjour et une tarification au prix de journée. La seconde catégorie vise plutôt les soins de moyen/long séjour ainsi que la médecine gériatrique, cette dernière étant considérée comme relevant des soins primaires aux Pays-Bas.

Pour chaque catégorie, des analyses de coûts ont été effectuées afin de construire des tarifs :

- la première catégorie se concentre sur les soins critiques, les soins chirurgicaux et les séjours les plus lourds : elle comporte 2 compartiments, distinguant coûts de personnel et coûts matériels, et l'immobilier est englobé dans ce 2^e compartiment. L'évolution des tarifs est indexée sur des indices économiques nationaux. Cependant, la réforme privilégie une mise en concurrence sur ces tarifs et une grande partie des actes ne fait donc l'objet d'aucune publication de tarif ; c'est le cas par exemple de l'activité prothétique, pour laquelle les mutuelles sont amenées à négocier avec les établissements hospitaliers. La tarification officielle vise donc avant tout une partie des soins les plus sensibles,

- pour laquelle l'échelon national publie des tarifs « plafond », que les mutuelles sont également invitées à négocier.
- pour la 2^e catégorie visant plutôt la gériatrie, les soins de longue durée, la psychiatrie et les soins de réadaptation, 3 compartiments sont distingués : coûts de personnel, coûts de consommables et d'équipements, et le troisième compartiment vise spécifiquement les coûts capitalistiques immobiliers. Chaque compartiment est indexé sur un indice national spécifique.
 - enfin, des majorations de financement ont été prévues pour les établissements hospitalo-universitaires mais celles-ci comportent des exigences en termes de concentration sur des activités de recours : la réglementation intègre un seuil minimal d'activité de recours, en précisant la définition de ces activités, en-deçà duquel l'établissement n'est pas éligible aux majorations. Ce mécanisme s'est substitué à un régime de subventions *ad hoc* dont les modalités de calcul étaient jugées peu transparentes.

Deux instances sont directement impliquées dans la gestion tarifaire et la supervision des structures hospitalières, sans avoir de prérogatives visant directement les choix d'investissement :

- le Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) est l'Autorité de Santé nationale, placée auprès du Ministère de la Santé. C'est le NZa qui assure la supervision des établissements hospitaliers ; dans le champ économique, c'est cette instance qui définit et actualise les tarifs hospitaliers opposables, selon les orientations présentées ci-dessus.
- le Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) est un fonds de garantie des établissements de santé. Il se finance par des cotisations lors de la souscription des emprunts, qui sont intégrées au montant total de l'emprunt, et permet au secteur de bénéficier de tarifs minorés. La grande majorité des établissements sont adhérents au fonds mais ceci n'est pas obligatoire. Par extension, c'est cette instance qui assure l'assistance au redressement pour des structures en difficulté économique, étant directement intéressée à la solvabilité de ses adhérents⁵⁰.

L'impulsion évoquée ci-dessus a entraîné un mouvement important de fusions entre établissements hospitaliers, mais aussi de gradation : la concurrence a incité les établissements à se doter de « centres avancés » implantés aux limites de leurs zones d'attraction, permettant ainsi de capter une patientèle plus importante grâce à des centres d'accueil ambulatoires.

Sur la même période, les instances qui supervisaient les opérations d'investissement à l'échelle nationale ont été dissolues, et notamment le Collège pour la Construction en Santé (*College Bouw Zorginstellingen*). Le Ministère de la Santé maintient toutefois des prérogatives qui se concentrent sur une approche bilantielle des établissements de santé : supervision des situations de déficit d'un établissement de santé ; autorisation préalable des opérations foncières (acquisition et cession de terrains, d'immeubles – dans l'esprit, les moyens alloués à la santé ne doivent pas être détournés vers d'autres usages) ; plus récemment, expérimentation de prises de participation privées dans l'actionariat des établissements de santé.

Concrètement, ce Collège était placé sous l'animation du TNO, la principale agence d'ingénierie parapublique des Pays-Bas. Le TNO continue à intervenir en conseil auprès du Ministère de la santé, notamment pour le calcul des indices qui ont été cités précédemment, mais a vu son degré d'intervention réduit avec la suppression du collège.

⁵⁰ En France, le secteur du logement social fonctionne selon un principe similaire, la Caisse de Garantie du Logement Locatif Social (CGLLS) assurant à la fois la garantie des emprunts et l'assistance aux bailleurs en difficulté économique, sur la base d'une cotisation obligatoire versée par les bailleurs.

La densité populationnelle aux Pays-Bas explique en partie le faible niveau de régulation des implantations : 99% de la population est située à moins de 45 minutes d'un hôpital équipé d'un service des urgences. Les collectivités territoriales semblent très peu impliquées, hormis dans le champ médico-social et dans la prévention, ou en tant qu'actionnaires de certaines structures hospitalières.

Un retour d'expérience a été publié fin 2021 sur la gestion de l'épidémie COVID dans ce pays et intègre une prise de recul sur les répercussions de la réforme de financement entreprise depuis une décennie. Elle observe le ralentissement de l'investissement et la réduction capacitaire que cette réforme a entraîné, ainsi que l'amélioration des taux d'occupation. Elle conclut par ailleurs que les mécanismes en vigueur sont adaptés pour l'activité récurrente mais ne peuvent répondre à des situations exceptionnelles et qu'il est en conséquence opportun de renforcer la régulation de moyens tels que les soins critiques, afin de disposer de moyens supplémentaires en cas de besoin.

Les Pays-Bas fournissent un exemple intéressant de l'impact d'une libéralisation du secteur hospitalier sur les politiques d'investissement et comporte des parallèles avec l'exemple américain. Le secteur a maintenu le principe d'une activité à but non lucratif et n'engage plus de subventions directement, mais s'efforce plutôt de garantir son attractivité sur les marchés de capitaux.