

COMITE DE CONCERTATION # 6 « HÔPITAUX DE PROXIMITE »

COMPTE-RENDU DES ECHANGES DU 10 septembre 2019

PRESENTS

FEDERATIONS, CONFERENCES, ORGANISATIONS SYNDICALES : Marie-Claire VIEZ (FHP), Christine SCHIBLER (FHP), Laure BOISSERIE-LACROIX (FNEHAD), Vincent ROQUES (FHF), Kathia BARRO (FHF), Marc BOURQUIN (FHF), François MORO (FEHAP), Guillaume LE DUFF (FEHAP), Sarah BEKHADA (FEHAP), Thierry GODEAU (CNPCMECH), Armelle COURTOIS (CNPCMECH), Laurence BERNARD (CNDCH), Christian DE GAYE (AGHL), Claude DERAÏL (AGHL), Dominique COLAS (ANCHL), Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ (CDGCHU), Jean-Paul ORTIZ (CSMF), Martine AOUSTIN (CSMF), Agnès GIANOTTI (MG France), Virginie BELLOIN (MG France), Pierre-Jean TERNAMIAN (FMF), Philippe VERMESCH (SML), Marie-Hélène CERTAIN (CMG).

ATIH : Océane CORNIC

CNAM : Jean-Philippe ROUX

ARS : Christine GARDEL (Normandie), Damien PATRIAT (BFC)

DGOS : Stéphanie DECOOPMAN (DGOS), Céline FAYE (SDR), Edith RIOU (SDR5), Elizabeth BOUTTIER (SDR5), Amélie ADELIN (SDR5), Arthur BABELON (SRD5), Thomas COONE (SDR-MSSR)

Stéphanie DECOOPMAN introduit la séance en excusant Thomas DEROCHE appelé à de nouvelles fonctions. Elle assure au comité la forte implication de la DGOS dans la réforme des hôpitaux de proximité, un des projets prioritaires de la rentrée et des mois à venir. L'année 2020 constitue un tournant pour la réforme en tant qu'année de déploiement et de mise en œuvre. Si la publication de la loi OTSS marque une étape importante, de nombreux travaux restent à mener sur la labellisation, le financement et la gouvernance des futurs hôpitaux de proximité

1- Le financement des hôpitaux de proximité : mesure PLFSS 2020 et modèle cible

Edith RIOU revient sur la mesure PLFSS dont une première version législative a été soumise cet été aux membres du comité. Elle repose sur le constat partagé lors des derniers comités qu'un financement exclusivement fondé sur la tarification à l'activité n'est pas adapté pour ces établissements. L'objectif est plutôt de proposer un modèle qui ne soit pas tourné vers la production d'actes et qui offre de la lisibilité aux acteurs tout en favorisant le décloisonnement des pratiques.

Fort de ces constats, l'architecture globale du modèle proposé consiste à mettre en place des modalités de financement dérogatoires pour financer les missions et les activités sociales des hôpitaux de proximité, tandis que le droit commun s'appliquera sur d'autres champs d'activité. Il est à cette

occasion rappelé que le dispositif IFAQ s'applique bien aux hôpitaux de proximité (il est par ailleurs précisé que l'IFAQ s'appliquera dès 2020 aux entités géographiques, et non plus à l'entité juridique, ce qui permet un affinement de la rémunération à la qualité).

Les compartiments faisant l'objet de dérogation sont présentés :

- **La garantie pluriannuelle de l'activité de médecine.** Le niveau de cette garantie sera fixé et révisé au bout de trois ans selon des modalités qui restent à définir et qui seront concertées dans le cadre du comité. Le montant de la garantie est régulièrement comparé à la valorisation de l'activité. Si la valorisation T2A est supérieure au niveau de la garantie, l'établissement perçoit un complément de recette, afin de prendre en compte le cas échéant les évolutions à la hausse de la demande en besoin d'hospitalisation.
- **La dotation de responsabilité territoriale.** Cette dotation complémentaire et qui s'ajoute à la garantie de financement vise à financer les missions partagées avec les acteurs du territoire et à prendre en compte les spécificités de fonctionnement, notamment la diversité des modes d'exercice, propres à l'hôpital de proximité. Cette dotation pourra par exemple permettre la participation de l'établissement à des actions de prévention ou à la mise en place d'un plateau de consultations de spécialité en complémentarité avec l'offre libérale disponible. Il est précisé que ces missions seront bien organisées sur les territoires par les CPTS et que dans ce cadre, l'hôpital de proximité peut devenir un des « effecteurs » de certaines actions du projet de santé.
- **L'indemnité visant à rémunérer les professionnels libéraux participant à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité.** Cette indemnité vise à rémunérer les activités non cliniques qui témoignent de l'investissement des professionnels libéraux dans ces établissements. Il est prévu que cette indemnité s'ajoute aux honoraires fixés sur la base des tarifs conventionnels et concerne les professionnels libéraux qui participent directement à la prise en charge hospitalière des patients. La DGOS propose, suite aux retours des membres du comité de concertation, d'élargir aux établissements privés la possibilité de rémunérer les professionnels libéraux grâce à ce dispositif.

Stéphanie DECOOPMAN et Edith RIOU précisent **que la déclinaison réglementaire de ces mesures législatives sera concertée dans le cadre de ce comité.** Les remarques et propositions exprimées au travers des contributions ont permis de nourrir le texte proposé par la DGOS, notamment concernant la prise en compte de critères de qualité des prises en charge dans les modalités de détermination de la garantie de financement. Le texte sera déposé au Conseil d'Etat au début du mois d'octobre et transmis aux membres du comité.

Edith RIOU évoque enfin les **travaux à mener.** Un an après le lancement de la réforme, les trois chantiers – missions, gouvernance et financement – sont travaillés de façon simultanée. En effet, c'est bien la caractérisation des missions des hôpitaux de proximité, dans une dimension concrète, qui va permettre de déterminer les modalités d'allocation des ressources, notamment la dotation de responsabilité territoriale, et révéler les besoins d'évolution de la gouvernance. L'ensemble de ces travaux est guidé par le besoin d'articulation entre les hôpitaux de proximité et les CPTS pour éviter toute redondance ou concurrence inefficaces et au contraire favoriser les coopérations et le dialogue entre acteurs.

REMARQUES

Le comité de concertation semble adhérer aux principes proposés par la mesure PLFSS. Toutefois de nombreuses demandes de précision sont exprimées, notamment sur les modalités de détermination du niveau de la garantie pluriannuelle, qui ne devrait pas reposer exclusivement sur les recettes historiques, et de la dotation de responsabilité territoriale. Enfin, le comité se montre vigilant sur le besoin de lisibilité du modèle et sur les risques de redondance avec les financements attribués aux CPTS pour des missions proches et partagées.

- **Sur la garantie pluriannuelle de financement**

La **FHF** exprime son adhésion aux grands principes portés par la réforme mais est réservée sur les modalités de révision de la garantie qui ne devraient pas être basées sur le volume de l'activité au risque de construire un modèle paradoxal : si l'objectif est de favoriser des actions entraînant un recours moindre à l'hospitalisation, les établissements ne doivent pas être « pénalisés » en voyant leurs financements baisser alors qu'ils ont en effet développé des alternatives à l'hospitalisation (actions de santé publiques par exemple). La **CNDCH** abonde en ce sens.

La **Conf. des PCME de CH** considère que les modalités de fixation à T0 de la garantie sont à ce stade peu lisibles. L'**ANCHL** déplore qu'elles puissent se baser sur l'activité d'établissements d'ores et déjà mis en difficultés par leurs DAF historiques. Si le souhait est que l'hôpital de proximité soit ancré sur son territoire, le financement devrait prendre en compte les besoins du territoire et non la seule activité. L'association exprime à nouveau son regret que l'activité de SSR soit exclue de la réforme et souhaiterait qu'une réflexion s'engage autour de la notion de « court séjour intermédiaire », plus adaptée aux activités se situant à la limite entre la médecine et le SSR.

La **DGOS** rappelle ses intentions : donner de la lisibilité, de la visibilité et sécuriser les financements pour développer des alternatives à l'hospitalisation. Ce modèle s'insère par ailleurs dans un écosystème, qui est aujourd'hui majoritairement fondé sur la tarification à l'activité dont il ne saurait se départir complètement, et ne peut préempter des évolutions concernant le financement du SSR et les perspectives sur le grand âge.

Concernant les déterminants de la garantie, la DGOS précise que la qualité des prises en charge sera bien prise en compte. Concernant le développement des alternatives à l'hospitalisation, et donc la baisse du volume d'activité, la DGOS rappelle que le modèle propose justement un autre vecteur de financement (la dotation de responsabilité territoriale) ayant vocation à valoriser ces actions.

- **Sur la dotation de responsabilité territoriale**

La **FHF** note que beaucoup d'ARS ne faisait pas usage de la modulation de la Dotation organisationnelle et populationnelle (DOP), compartiment de la réforme de financement de 2016. Il sera donc nécessaire de clarifier les missions et de donner les moyens aux ARS d'exercer leurs marges de manœuvre. L'**ARS BFC** se dit satisfaite de la mise en place de la DoResp qu'elle considère comme un dispositif plus opérationnel que la DOP.

L'**ARS Normandie** souligne qu'il faudra être vigilant pour éviter les « doublons » dans le financement des hôpitaux de proximité avec celui des CPTS. A cette fin, les indicateurs de suivi devraient

permettre de révéler comment s'organise la responsabilité partagée de ces acteurs. La **CSMF** rappelle que la tâche est d'autant plus difficile que les hôpitaux de proximité seront parfois en coopération avec plus d'une CPTS. La **FHF** considère que la participation croisée à la gouvernance des hôpitaux de proximité et des CPTS est fondamentale pour une juste répartition des crédits.

MG France s'interroge sur la possibilité de voir un hôpital de proximité labellisé sans CPTS sur son territoire. Sur ce point la **Conf. des PCME de CH** souligne qu'on ne peut attendre la couverture complète des territoires pour renforcer les hôpitaux de proximité.

La **DGOS** précise que l'articulation avec les CPTS dépasse la question du financement. Ce sont les modalités de gouvernance et de fonctionnement qui permettront d'assurer la réalisation des missions dans le modèle cible, et ainsi d'allouer les financements en évitant les doublons.

- **Sur l'indemnité pour les libéraux participant à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité**

L'**AGHL** fait état du fait que l'investissement des médecins généralistes libéraux dans les établissements de santé est très largement sous-rémunéré, notamment concernant le temps « non soignant ». Pour répondre à une première proposition de la DGOS sur le caractère forfaitaire que pourrait prendre cette indemnité, l'association souligne que cet investissement est inégal selon les situations, ce qui peut rendre cette modalité de rémunération difficile à mettre en œuvre.

La **Conf. des PCME de CH** rappelle que la problématique de la rémunération des temps non cliniques, et la valorisation du rôle du PCME, touchent l'ensemble des établissements et l'ensemble de médecins, et pas seulement les médecins libéraux exerçant en hôpital de proximité.

L'**ANCHL** souligne que la rémunération actuelle des médecins libéraux ne permet pas de valoriser la préparation de la sortie d'hospitalisation et le codage PMSI, qui ne fait par ailleurs l'objet d'aucune formation particulière.

La **DGOS** rappelle que les textes d'application concernant cette indemnité, notamment son périmètre et ses modalités de fixation, seront soumis à la concertation et qu'un travail est par ailleurs mené sur la revalorisation de la fonction de PCME dans le cadre de la réforme des GHT. La DGOS propose qu'un des établissements participant aux groupes de travail, membre fondateur de la CPTS sur son territoire intervienne lors de la prochaine réunion du comité afin d'éclairer sur les modalités de cette coopération.

- **Discussions autour de la mise en œuvre et la transition pour les futurs hôpitaux de proximité**

Le comité de concertation s'interroge sur les modalités de mise en œuvre du modèle de financement pour les établissements qui vont devenir hôpitaux de proximité.

Concernant la garantie de financement, la **CSMF** évoque l'exemple de CH en reconversion et s'interroge sur le périmètre de l'assiette de la garantie.

La **CNDCH** évoque la situation inverse des « petits établissements » pour lesquels structurellement les études nationales ont tendance à sous-estimer les coûts. L'**ANCHL** fait part des difficultés pour ces établissements à valoriser efficacement leur activité à travers le codage PMSI, par manque de moyens techniques et humains. La **Conférence des PCME de CH** s'interroge sur les modalités de

transitions des établissements SSR qui voudraient devenir hôpitaux de proximité, en (ré-ouvrant) des capacités de de médecine et s'interroge sur une éventuelle cartographie des besoins.

2- Premiers éléments sur la procédure de labellisation

Elizabeth BOUTTIER rappelle le champ de l'habilitation à légiférer par ordonnance concernant la labellisation des hôpitaux de proximité et présente les premières orientations proposées par la DGOS.

Compte tenu de l'adhésion et l'engagement nécessaires aux établissements pour enclencher la dynamique territoriale portée par le modèle cible, la DGOS propose une **labellisation sur la base du volontariat**, qui doit prendre en compte un temps de montée en charge. Concernant l'autorité compétente, **l'ARS est identifié comme échelon légitime pour déterminer, sur la base d'éléments de cadrage nationaux, la liste des hôpitaux de proximité**. Enfin, la médecine étant l'activité socle et commune à tous les hôpitaux de proximité, la « durée de vie » du label sera assise sur celle de l'autorisation de médecine.

La DGOS ouvre la discussion concernant les éléments de cadrage nationaux nécessaires à la procédure de labellisation et sur les éléments permettant de caractériser les sites géographiques ou antennes d'établissements qui pourraient répondre au modèle cible.

REMARQUES

La **Conférence des DG de CHU** exprime son adhésion à ces premières orientations et considère que les GHT auront un rôle à jouer dans l'impulsion du modèle des hôpitaux de proximité.

L'**ANCHL** et la **FMF** réaffirment la nécessaire autonomie des hôpitaux de proximité par rapport aux GHT. La **FHF** exprime son adhésion à ces propositions et rappelle sa position concernant les rapports entre hôpitaux de proximité et GHT : les premiers n'ayant pas d'avenir dans une indépendance fictive par rapport aux seconds.

La **DGOS** rappelle la diversité des situations dans les territoires et que le sujet ne se pose pas tant en termes d'autonomie que de coresponsabilité. Le GHT sera un des interlocuteurs de l'hôpital de proximité.

La **FHP** souscrit au caractère volontaire de la labellisation et s'interroge sur deux points :

- La labellisation résultera-t-elle d'une sollicitation ARS ou d'une candidature sur la base d'un cahier des charges ?
- Un comité de labellisation sera-t-il mis en place afin d'assurer la transparence du processus de labellisation ?

Dans le même sens, la **CSMF** s'interroge sur un éventuel mécanisme de recours sur le modèle du droit des autorisations.

La **DGOS** entend le besoin exprimé par l'ensemble des membres du comité de s'assurer que la procédure de labellisation soit transparente et proche des besoins des territoires. Des propositions seront faites en ce

sens et concertées dans le cadre de ce comité. L'ARS BFC émet la proposition de soumettre le sujet à un avis de la CSOS.

3- Modèle transitoire pour 2020

Edith RIOU présente les orientations proposées par la DGOS concernant l'année 2020. L'objectif est d'engager la structuration des soins de proximité dès 2020 en prenant en compte la montée en charge des CPTS. Deux vagues de labellisation sont envisagées :

- Une première vague au **printemps 2020** concernant les hôpitaux de proximité « actuels » (modèle 2016). A ce stade, pour ces établissements il est proposé une inclusion temporaire dans le label pour un an. En 2021 leur intégration pérenne au label sera examinée selon la nouvelle procédure mise en place.
- Une seconde vague à **l'automne 2020** concernant des nouveaux hôpitaux de proximité répondant au cadre de définition stabilisé à la fin du premier semestre 2020.

Un calendrier prévisionnel de concertation et de publication des textes juridiques à prendre afin de mettre en œuvre le modèle dans ces délais est également présenté.

REMARQUES

La **FHF** s'interroge sur une éventuelle identification à ce stade d'établissements aujourd'hui labellisés qui ne répondraient pas aux nouveaux critères de labellisation des hôpitaux de proximité.

La **Conférence des DG de CHU** souligne que le calendrier des labellisations doit être mis en perspective avec le calendrier des autorisations.

La **CSMF** et l'**AGHL** rappellent que la montée en charge des hôpitaux de proximité et des CPTS doit être envisagée dans une logique de complémentarité.

La **DGOS** rappelle qu'il n'y a pas de liste préétablie, car les critères de la labellisation, qui découlent des missions déclinées dans l'article 35 de la LOTSS, ne sont pas encore fixés et seront concertés. La complémentarité entre l'offre de ville et l'hôpital de proximité est un élément structurant des travaux qui sont menés.

4- Synthèse des contributions sur la gouvernance

Elizabeth BOUTTIER présente une synthèse des contributions du comité sur la gouvernance des hôpitaux de proximité.

L'articulation des soins non programmés, les admissions directes, la prise en charge des personnes âgées, la mise en place de consultations et d'avis spécialisés, la mutualisation des moyens et les actions de préventions sont les sujets identifiés dans les contributions comme devant faire l'objet de projets et de coopérations entre les acteurs de la proximité.

Différents leviers sont envisagés pour favoriser ces coopérations : la diversité des modes d'exercice en hôpital de proximité et leur valorisation, la participation des membres de la CPTS à la vie

institutionnelle de l'établissement, au côté des élus et des usagers. A terme un financement fondé sur une logique d'intéressement collectif pourrait inciter à la mise en place d'actions communes.

Un consensus est trouvé autour de la nécessaire souplesse du cadre des coopérations. Certaines instances, existantes ou ad hoc, sont mentionnées par les contributeurs comme lieu de dialogue entre les établissements et les acteurs du territoire.

Les contributeurs se montrent vigilants sur la place des GHT dans l'organisation des soins de proximité et aux marges de manœuvres nécessaires pour les hôpitaux de proximité afin de pouvoir être réactifs dans la mise en place de projets articulés. Par ailleurs il est remonté que l'implication des professionnels de santé doit bien être centrée sur l'organisation de la réponse aux besoins de soins primaires des patients, en prenant en compte les contraintes d'exercice des professionnels libéraux.

En conclusion, la gouvernance des hôpitaux de proximité apparaît comme un enjeu fondamental de la réussite du modèle cible. Des travaux restent à mener pour rendre plus concrètes les modalités de coopération et le degré d'institutionnalisation nécessaires.

Pour clore la séance, Edith RIOU évoque les travaux qui seront menés en 2019 en parallèle du PLFSS.

REMARQUES

La **conférence de PCME de CH** rappelle son adhésion à l'idée de participation croisée aux instances des hôpitaux de proximité et des CPTS et envisage la création d'une commission de proximité dans les GHT, présidée par les hôpitaux de proximité, comme un vecteur positif pour améliorer la prise en charge en proximité dans l'ensemble des établissements.

La **FEHAP** souligne que les spécificités des EBNL, les établissements SSR et le médico-social doivent être pris en compte dans ces nouvelles modalités de gouvernance

Les prochaines séances se tiendront le :

Le jeudi 7 novembre de 14h30 à 17h salle 7234R

Le jeudi 16 janvier de 10h à 12h30 salle 3275R