

## COMPTE-RENDU- GT FD- « HOPITAUX DE PROXIMITE ET SSR»-

28 JUIN 2017

### ETAIENT PRESENTS

Éric NOEL (FHP-SSR), Edwige MASSON (FHP-SSR), Sarah BEKHADA (FEHAP), Pierre-Yves ROUSSEL (FEHAP), Bernard GARRIGUES (FHF), Michèle DESCHAMPS (FHF), Rémi FAUQUEMBERGUE (FHF), Dominique COLAS (ANCHL), Claude DERAÏL (AGHL), Dominique SIMON (MSA), Dominique MENA-DUPONT (Cnamts), Océane CORNIC (ATIH), DGOS : Camille RUIZ (DGOS -bureau R5), Edith RIOU (DGOS -bureau R5), Marion FAGES (DGOS Mission SSR), Isabelle PETIT (DGOS -bureau R1), Nathalie SCHNEIDER (DGOS -bureau R2)

### I- RETOURS CAMPAGNE 2017- MISE EN ŒUVRE 2017 DES DFG

L'ATIH présente les niveaux de dotations forfaitaires garanties (DFG) notifiées par les ARS. Pour mémoire, ces dotations sont calibrées annuellement par l'ATIH sur la base d'une part socle représentant 70% de la moyenne des recettes des deux années précédente et une part liée aux caractéristiques du territoire de l'établissement (DOP) qui représente au global 20% de la masse tarifaire n-1. L'ATIH réalise un premier calibrage de cette DOP entre les établissements, les ARS ont ensuite la possibilité de la moduler entre les établissements dans le respect de l'enveloppe régionale, pour mieux prendre en compte les situations locales (actions de coopération/coordination mises en œuvre, fonctionnement des médecins en exercice mixte, caractéristiques du territoire).

En 2017, 8 régions ont utilisé leur marge de manœuvre pour ajuster les DFG, contre 3 en 2016. 79 établissements sont concernés. Au global, et au regard des DFG théoriques, la modulation de la DOP par les ARS s'est plutôt faite en faveur des ex-hôpitaux locaux.

### REMARQUES EN SEANCE

- L'ANCHL souhaiterait connaître les masses financières en jeu dans les modulations et souligne également les difficultés liées au codage pour certains ex-HL.
- La FHF serait intéressée par des analyses de case-mix des hôpitaux de proximité.

## II- RETOUR SUR L'AVANCEMENT DU GUIDE HP 2017

Une première version du guide d'accompagnement de la réforme des HP actualisé sur le chapitre des missions a été adressée en avril au groupe du travail. A ce jour, seule l'ANCHL a fait part de ses remarques sur ce document. L'ANCHL a notamment souligné le caractère insuffisamment prospectif de cette première proposition. Le bureau R5 poursuit les travaux en ce sens, notamment via des entretiens courant juillet avec des établissements. La parution est prévue pour la rentrée 2017, ce qui permettra également de mettre ce guide en cohérence avec les feuilles de routes ministre et DGOS.

### REMARQUES EN SEANCE

- La FHF et la FHP SSR font remarquer qu'à ce stade, les missions des HP telles qu'écrites dans les textes (appui au premier recours, orientation vers le second retour et coordination des parcours) pourraient être celles de l'ensemble des établissements de santé, MCO et SSR.
- Sur la question des GHT, l'AGHL souligne qu'à ce jour les médecins libéraux exerçant en hôpital de proximité ne sont pas dédommagés pour leur participation aux instances des GHT. Dans la même optique, l'ANCHL fait remarquer que l'activité non clinique et administrative des médecins libéraux n'est pas valorisée, d'où des risques de démobilisation.

## III- PROXIMITE ET SSR- PREMIERS TRAVAUX

### 1- Contexte

La DGOS revient sur le contexte ayant conduit à la réforme des hôpitaux de proximité en médecine. Il s'agissait notamment de répondre à la fin de la dérogation à la T2A pour le financement de l'activité de médecine des ex-HL, les travaux préalables ayant montré que les caractéristiques de la patientèle de ces établissements (âge élevé, DMS longue, niveau de sévérité, activité relativement faible) rendaient un financement à l'activité très défavorable. Les retours qualitatifs des régions lors de l'enquête 2014 indiquaient par ailleurs un service rendu particulier des ex-HL et des établissements de profil comparable, dans la prise en charge des personnes âgées et sur l'animation territoriale en zone fragile. La réforme a donc comporté un volet financier, prioritaire dans la mise en œuvre compte tenu du calendrier et un volet organisationnel, sur lequel les travaux se poursuivent.

Les réflexions sur l'extension du label « hôpital de proximité » en SSR s'inscrivent dans un contexte différent. En effet, l'année 2017 a été marquée par la mise en œuvre du modèle transitoire de financement des SSR. A ce stade, si des aménagements sont prévus, le modèle cible et l'impact sur des structures positionnées sur des missions similaires à celles des HP n'est pas connu. Si l'intérêt d'étendre le label HP au SSR a été soulevé par plusieurs acteurs (ARS, FD, prestation externe), la DGOS souhaite dans un premier temps travailler sur les missions réalisées et le positionnement dans l'offre de soins des établissements SSR potentiellement concernés. La question du modèle de financement n'est pas écartée mais serait traitée dans un second temps une fois le périmètre des établissements concernés précisé et le modèle général de financement des activités SSR clarifié.

## REMARQUES EN SEANCE

- La FHP-SSR souligne l'importance de la question du financement. Elle fait part de ses préoccupations quant à l'impact du modèle de financement transitoire sur ses adhérents et ajoute que des établissements de petite taille situés sur des territoires à faible densité de population connaissent des difficultés de financement structurelles, alors même que les ARS souhaitent maintenir leur activité.
- La DGOS précise qu'à ce stade les réflexions sur la proximité en SSR n'ont pas vocation à se substituer aux travaux relatifs au modèle de financement cible en SSR. Le modèle cible n'étant pas consolidé, et étant encore en phase transitoire, il apparaît plus opportun de continuer à construire le modèle de financement SSR cible plutôt que d'envisager des dérogations dorés et déjà.  
La labellisation peut néanmoins présenter d'autres avantages comme par exemple les dispositions de la convention médicale liées à l'exercice mixte en HP. La DGOS poursuit les travaux pour renforcer cette valorisation du label au sein de dispositifs existants ou à venir.
- Pour la FHP-SSR, le message d'une labellisation induisant une dérogation au modèle de financement pour la médecine uniquement peut être mal compris par les établissements SSR. Si de nouvelles missions autour de la proximité étaient définies, elles doivent s'accompagner de contrepartie.
- Pour l'ANCHL, la déconnexion entre label et modèle de financement peut également se poser pour la médecine : certains établissements souhaitent conserver un financement à l'activité mais peuvent se reconnaître dans des missions de proximité.

## 2- Travaux réalisés par la DGOS

La DGOS a procédé à de premiers travaux afin de préciser la notion de proximité en SSR, valider la pertinence d'une extension du label HP et le cas échéant proposer des critères d'éligibilité. Pour cela différentes analyses de l'activité des établissements SSR ont été réalisées. Une réunion d'échange avec les référents ARS a été organisée courant juin.

### *a- Les SSR « mixtes » et déjà labellisés HP*

L'activité de SSR au sein des HP présente des caractéristiques communes : peu de mentions spécialisées, absence de prises en charge pédiatrique, capacité et niveau d'activité en moyenne deux fois moins important que la moyenne des autres SSR. Quelques établissements labellisés HP présentent toutefois un profil atypique avec une activité SSR importante et spécialisée, qui semble être l'activité « dominante » par rapport à l'activité de médecine.

L'intérêt de raisonner « structure » et non par champ d'activité est partagé par les ARS et les acteurs du GT.

### *b- Les SSR « autonomes » (sans MCO)*

Une stricte application des critères territoriaux HP à l'ensemble des établissements SSR conduirait à l'éligibilité de 61% des SSR autonomes. D'autres critères plus discriminants et mieux adaptés au SSR doivent être recherchés.

*c- Premiers travaux sur les critères d'indentification*

Ont été fixés comme pré-requis l'absence d'autorisation MCO et le respect des critères d'éligibilité, territoriaux HP. Trois critères propres au SSR ont été testés :

- L'absence de mention spécialisée
- Un taux d'entrées directes élevé, afin de valoriser le lien direct avec le premier recours
- L'absence d'établissement MCO dans les 20 minutes : situation dans laquelle un SSR peut être amené à avoir un rôle de pivot de l'offre sanitaire
- Une densité de masseur-kiné inférieure à la moyenne nationale : la présence d'un HP dans un territoire sous-dense pouvant contribuer à attirer des professionnels de santé

Les échanges en séance conduisent à écarter le taux d'entrées directes jugé peu fiable et très dépendant des pratiques de codage. La densité de kinés serait également à écarter car reflétant des disparités régionales indépendantes des territoires de proximité.

Plus globalement, une approche par critères quantitatifs seule ne semble pas satisfaisante car ne permet pas de rendre compte suffisamment des missions assurées (ou à assurer) par ces établissements et de leur positionnement dans l'offre de soins. Une appréciation plus qualitative, suffisamment encadrée et dont l'articulation entre le niveau national et local reste à définir, semble souhaitable.

## REMARQUES EN SEANCE

- La question de la perte des autorisations de médecine induisant la perte du label HP est abordée par l'AGHL car elle a un impact fort sur les médecins libéraux. Elle limite l'intérêt d'exercer en HP et ne permet pas de bénéficier des dispositions prévues par la convention médicale. Dissocier labellisation et financement permettrait d'écarter cet écueil.
- La mention spécialisée comme condition d'exclusion pose question pour les fédérations car si quelques lits peuvent être dédiés à des prises en charge spécialisées, d'autres lits polyvalents peuvent accueillir une patientèle sur des missions de proximité. De plus, une mention spécialisée implique la présence de compétences parfois rares sur des territoires fragiles pouvant contribuer à améliorer l'accès aux soins de la population locale par le biais de consultations externes par exemple.
- Envisager les consultations externes comme « marqueur de la proximité » présente un intérêt, néanmoins les modes de tarification et de facturation ne rendent pas cette donnée exploitable. Si ces freins étaient levés, elle pourrait constituer une mission intéressante pour ces structures.
- Outre les consultations, la FHP-SSR suggère que ces établissements puissent investir le champ de la prévention.
- Pour l'ANCHL, l'approche par critères est limitée et il est plus judicieux de raisonner par une évaluation des besoins de la population et par la façon dont les établissements peuvent y répondre. Une vision prospective est nécessaire.

- Si cette approche est intéressante pour la DGOS, les outils actuels pour réaliser de tels diagnostics à une maille nationale sont limités, d'où l'importance d'une vision des ARS et d'avoir au préalable une meilleure connaissance de l'existant.
- Pour la FHF, les catégories d'établissements telles qu'elles sont utilisées aujourd'hui manquent de lisibilité sur le rôle de chaque type d'établissement.

### **3- Prochaines étapes**

- Poursuite des travaux sur les missions et le positionnement des HP pour une publication du guide à la rentrée
- Poursuite des travaux sur la proximité en SSR pour une labellisation éventuelle de premiers établissements en 2018
- Prochain GT fin septembre