



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MA SANTÉ 2022  
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

# HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

## Comité de concertation #9

13 mars 2020



- **Retour sur les contributions et premières propositions sur la gouvernance**
- **La labellisation des hôpitaux de proximité : orientations et calendrier pour 2020**
- **Point d'étape des travaux sur le financement et la campagne 2020**



# Hôpitaux de proximité : chantier gouvernance

---

## Retour sur les contributions et premières propositions



## SYNTHÈSE DES CONTRIBUTIONS SUR LA GOUVERNANCE



### OBJECTIFS DE LA GOUVERNANCE RENOVEE

- Elle a vocation à faire des hôpitaux de proximité un **point de rencontre entre la ville et l'hôpital** et faire émerger des projets co-construits et cohérents avec les projets de santé des CPTS.
- Les modalités de gouvernance spécifiques doivent **se concentrer sur les besoins concrets et découler des spécificités de chaque territoire**



### ENJEUX DES TRAVAUX SUR LA GOUVERNANCE

- **Proposer un cadre offrant la souplesse** nécessaire aux spécificités de chaque territoire tout posant un **socle minimum** nécessaire à l'impulsion de la coopération lorsque celle-ci n'est pas engagée;
- **Mobiliser parallèlement d'autres dimensions de la réforme des hôpitaux de proximité** pour favoriser le décroisement des pratiques (exigences sur les critères de labellisation, financements dans le cadre de la dotation de responsabilité territoriale pour accompagner et soutenir les projets décroisés, etc.);
- Veiller à une **gestion locale attentive** pour le cas des entités géographiques



### CONTRIBUTIONS RECUES AU 12 MARS : sollicitation pour acter les points de consensus et recueillir des propositions

ANCHL, conférence des DG de CHU, FNEHAD, FEHAP, FHF, CNAM



### UN CONSENSUS AUTOUR D'UNE OBLIGATION DE COOPÉRATION FORMALISÉE PAR UNE CONVENTION FIXANT LES MODALITÉS DE GOUVERNANCE



### DES POINTS SUJETS A DEBATS

- La **représentation de la CPTS à la CME** est sujette à discussion. Elle ne semble pas, à elle seule, propre à répondre au besoin d'opérationnalité et de souplesse à même de créer des pratiques décloisonnées
- Certains partenaires proposent une **représentation croisée** des hôpitaux de proximité à la gouvernance des CPTS et de la CPTS du territoire à la CME des hôpitaux de proximité (si elle est difficilement « imposable » par voie législative ou réglementaire, elle pourrait être fortement encouragée)



### PISTES DE TRAVAIL

- Créer des **outils nouveaux** favorisant une gouvernance souple et opérationnelle
- Privilégier des **leviers « incitatifs »** en préservant la capacité des acteurs à proposer les organisations les plus adaptées
- **Valoriser les modèles de gouvernance intégrée** (par voie d'instruction, diffusion de retours d'expériences réussis).



### OBJECTIF

**Co-construire des projets** répondant aux besoins de santé de la population: établir l'articulation entre l'organisation des missions des CPTS, et la déclinaison concrète des missions des hôpitaux de proximité.

### VECTEUR

Une **convention** liant l'hôpital de proximité et les acteurs du territoire (*a minima la médecine de ville, organisée le cas échéant en CPTS*), et où figure **l'organisation territoriale** proposée pour assurer les missions des hôpitaux de proximité, le périmètre des coopérations et les **modalités de pilotage** de cette organisation.

Cette convention pourrait être approuvée par les instances de gouvernance propres à chaque parties prenantes.

### MODALITE

Afin de poser un socle minimum, capitaliser sur l'existant et encourager à des modèles plus intégratifs, les textes pourraient poser l'obligation que cette gouvernance rénovée propose a minima une organisation parmi les trois suivantes **au choix des acteurs** :

- Au sein de la gouvernance médicale de l'établissement de santé, où elles peuvent constituer **une émanation de la CME** (sous-commission le cas échéant) ;
- Au sein de la **gouvernance des CPTS**, dans le cadre d'un espace dédié ou non ;
- Une **instance ad hoc** peut être créée, de type « comité ville-hôpital » si cette modalité paraît la plus adaptée.

Les trois modalités pouvant être mobilisées de façon concomitante.



### OBJECTIF

S'assurer que les besoins exprimés par les acteurs de la ville sont pris en compte dans la **stratégie médicale globale** de l'établissement : à elle seule la représentation de la CPTS à la CME ne paraît pas suffisante pour impulser des projets articulés sur les territoires (dans le cas des entités géographiques notamment).

Cette instance a néanmoins une **dimension stratégique**: la représentation des acteurs de la ville pourrait être l'outil d'une meilleure coordination du projet de l'hôpital de proximité et plus globalement des établissements de santé avec les projets de santé des CPTS.

### VECTEUR

La représentation des CPTS au sein de la **CME** de l'hôpital de proximité (en cible).

La question de la représentation de la médecine de ville en l'absence de CPTS constituée ou dans le cas d'une pluralité de CPTS partenaires reste à expertiser.

### MODALITE

Quel degré **d'implication** de la CPTS au sein de la CME?

- Option 1 : membre avec voix consultative. Il est invité à l'ensemble des délibérations sur lesquelles il peut donner un avis;
- Option 2 (à créer) : le représentant de la CPTS peut avoir une voix délibérative sur une partie du champ de compétence de la CME qui concerne l'organisation des rapports ville/hôpital - renvoi au règlement intérieur.



### OBJECTIF

Positionner les hôpitaux de proximité en « **laboratoire** » pour tester des modalités de gouvernance alternatives.

De nombreux partenaires ont pointé le fait que l'organisation des soins de proximité et les enjeux du décloisonnement **concernent tous les territoires et tous les établissements de santé**.

Cette réforme a une **dimension prospective**: l'hôpital de proximité pourrait, du fait de la souplesse des organisations souvent en place, être le lieu propice à des innovations organisationnelles.

A terme, ces modèles pourraient inspirer des modalités de décloisonnement qui pourraient être reproduites à d'autres établissements de santé.

### VECTEUR

Ouverture d'un « **droit à expérimenter** » des **modalités de gouvernance dérogatoires** au sein de l'hôpital de proximité dans la loi.

Ex - fusion d'instances (comité Ville Hôpital / CME / CSIRMT)

### MODALITE

Ce droit à expérimenter **serait encadré au niveau législatif** de manière à garantir les exigences de représentativité des personnels et ne pourrait être utilisé que sur la base du volontariat et de l'accord des instances concernées.

Les modalités de cette proposition **restent à expertiser**, au regard des textes à paraître relatifs à la gouvernance des établissements de santé (ordonnances GHT et médicalisation de la gouvernance).



# La labellisation des hôpitaux de proximité

---

## Orientations et calendrier pour 2020



### UNE ORDONNANCE PRÉVUE POUR COMPLÉTER L'ARTICLE 35 DE LA LOI OTSS SUR LE CHAMP DE LA LABELLISATION.

Périmètre de l'ordonnance :

- L'autorité compétente en charge d'établir la liste des hôpitaux de proximité
- Les conditions selon lesquelles une entité géographique peut devenir un hôpital de proximité



### RAPPEL DES PRINCIPES DE LA LABELLISATION DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

- Une labellisation sur la base de la **réalisation des missions**
- L'intégration dans le modèle est laissée au libre choix **des établissements de santé**
- Le **DGARS** établit la liste des hôpitaux de proximité sur la base d'éléments de cadrage nationaux
- Une « durée de vie » du label assise sur l'autorisation de médecine
- La possibilité de labelliser des **entités géographiques**



#### Rédaction proposée:

« Pour chaque région, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe par arrêté la liste des hôpitaux de proximité, au regard de leur activité et de leur capacité à réaliser les missions énoncées à l'article L. 6111-3-1. Des sites dépourvus de la personnalité morale relevant d'un établissement de santé peuvent figurer sur cette liste. L'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité est au libre choix de l'établissement. Les modalités d'application de cet article sont définies par décret en conseil d'Etat. »



### ATELIERS « LABELLISATION » MENÉS AVEC LES RÉFÉRENTS ARS AU MOIS DE FÉVRIER

3 séances de travail en sous-groupe avec la quasi-majorité des ARS

#### PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

- « Territoire dépendante », la déclinaison concrète des missions peut prendre des modalités très différentes: **c'est à l'établissement de proposer** une organisation et des actions pour y répondre;
- L'appréciation de la réalisation de ces missions ne peut être binaire. Elle doit **tenir compte de l'offre présente et des besoins du territoire** et relève donc très largement du niveau régional;
- La procédure doit prendre en compte un **temps de montée** en charge vers le modèle cible;
- Des critères **opposables** doivent être posés au niveau national afin de sécuriser la procédure et assurer des pratiques uniformes sur les territoires.





### PROPOSITIONS : des critères définis par voie réglementaire et une appréciation régionale sur la base d'un dossier de labellisation renseigné par l'établissement

- Des **critères socles** posés au niveau national par voie réglementaire
- Un **dossier type de labellisation** publié par voie d'arrêté ministériel : il serait renseigné par les établissements volontaires, et un **dialogue** s'engagerait alors avec l'ARS pour définir une feuille de route jalonnée et articulée avec les actions menées par les acteurs du territoire
- L'établissement expose la façon dont il répond aux critères socles et aux missions confiées aux hôpitaux de proximité
- Pour chaque mission, le dossier pourrait prévoir des **modalités concrètes de réalisation** et laisser également le champ à l'établissement pour décrire les modalités d'organisation qu'il propose ou auxquelles il participe.
- Une **dimension prospective** devrait également intégrer le dossier, incitant l'établissement à faire état de son engagement dans des projets à venir.
- Si l'offre existante permet de répondre aux besoins sur le territoire (sur la permanence des soins ou la prévention par exemple), l'établissement n'est pas tenu de proposer une participation: **le caractère non concurrentiel** des actions conduites sur le territoire fera l'objet d'une attention particulière.





### Des critères socles posés au niveau national

- Critère relatif aux **autorisations** : l'établissement ou le site doit être autorisé en **médecine**, mais pas en chirurgie ni en obstétrique
- Critère relatif aux **activités obligatoires** : consultations de spécialité en complémentarité avec l'offre libérale disponible, accès aux plateaux techniques
- **Caractère « non-mono-spécialisé »** (au sens technique) des prises en charge de médecine
- Existence de **liens formalisés avec les acteurs de la ville** (exercice mixte, partenariats, coopérations, etc.).



### Une appréciation régionale sur la base du dossier de labellisation

- Le caractère **complémentaire et articulé avec l'offre de ville** des projets mis en place par les hôpitaux de proximité
- La **réalisation des missions décrites au 1° à 4° du nouvel article L. 6111-3-1** : appui au premier recours, prise en charge des personnes vulnérables en proximité, prévention, permanence et continuité des soins
- La **dimension prospective** : analyse de l'état de lieux et des projets à venir.



### Points d'attention

- Le dossier **doit être lisible** pour les établissements et doit permettre de révéler la diversité des modes d'organisation proposés
- Un **calendrier** doit être fixé pour assurer un temps d'instruction suffisant pour l'ARS.





### Textes législatifs et réglementaires

- Transmission du projet d'**ordonnance** au Conseil d'Etat
- Rédaction et concertation du projet de **Décret en Conseil d'Etat** qui mentionne :
  - le principe de la labellisation sur dossier;
  - les critères socles de la labellisation ;
  - des éléments de procédure et de calendrier (date limite de publication de la liste, délai d'instruction, modalités du dialogue ES/ARS, etc.);
  - les modalités de sortie (sortie volontaire, perte ou gain d'autorisation, etc.).

### Dossier type de labellisation (si approbation par le Comité)

- **Rédaction du dossier** sur la base des éléments concertés, en lien avec les référents ARS
- **Test** du dossier auprès d'établissements pilotes
- **Concertation** des partenaires du comité



Des réflexions largement nourries par les travaux menés en 2019 avec les ES pilotes relatifs à la réalisation des missions des hôpitaux de proximité

### Objectif : des premiers hôpitaux de proximité labellisés en 2020



- Publication des textes au plus tard en **mai 2020**
- Mise à disposition du dossier de labellisation **avant l'été 2020.**

# Le financement des hôpitaux de proximité

---

## Point d'étape des travaux sur le modèle de financement et la campagne 2020



## RETOUR SUR MESURE DE LA LFSS POUR 2020 DEDIEE AU FINANCEMENT DES HÔPITAUX DE PROXIMITE



### UN BON ACCUEIL DE LA MESURE PAR LES PARTENAIRES DE LA CONCERTATION



### RETOUR SUR LE CONTENU DE LA MESURE LEGISLATIVE



Une **garantie** des recettes de l'activité de médecine qui ne prend en compte que les évolutions positives de l'activité, sur un cycle pluriannuel

+

Une **dotation de responsabilité territoriale** permettant de proposer des services de proximité favorisant l'accès aux soins et minimisant le recours à l'hospitalisation

Les éléments constitutifs de la garantie (fixation et ou révision) à préciser:

- Recettes historiques
- Prise en compte des besoins de la population définis dans le PRS
- La qualité des prises en charge (indicateurs différents d'IFAQ)
- Le volume de l'activité
- Soutien aux activités socles: consultations, accès à des PT
- Soutien à l'exercice mixte: rémunération des temps « non cliniques » des médecins libéraux
- Financement des missions partagées
- Prise en compte de la qualité des prises en charge

Modalités de fixation des éléments du modèle: durée, procédure...



### STRATEGIE D'APPLICATION

Privilégier l'application d'un modèle **simple et lisible en première intention** sans perdre l'ambition d'une prise en compte d'indicateurs adaptés aux hôpitaux de proximité et au renforcement du lien ville/hôpital.





## TRAVAUX RELATIFS AU FINANCEMENT CONDUITS DEPUIS LE DERNIER COMITE



### PARTI PRIS DES TRAVAUX

Le cœur de la réforme est le renforcement des soins de proximité et le **modèle de financement constitue un levier de décloisonnement des pratiques.**



### DIFFERENTES EXPERTISES MOBILISEES

- Groupes de travail avec les **ARS**:
  - modalités de fixation et de révision de la **garantie pluriannuelle de financement**
  - premiers échanges sur la prise en compte de la **qualité** dans le modèle de financement
- Sollicitation de quelques établissements pilotes sur les modalités d'accompagnement a la mise en place d'une **offre de consultations**
- Premiers travaux sur la base de la liste des hôpitaux de proximité inclus dans le modèle de 2016
- Echanges avec **l'ATIH** sur la faisabilité technique des premières orientations



# LA GARANTIE PLURIANNUELLE DE FINANCEMENT DE L'ACTIVITE DE MEDECINE



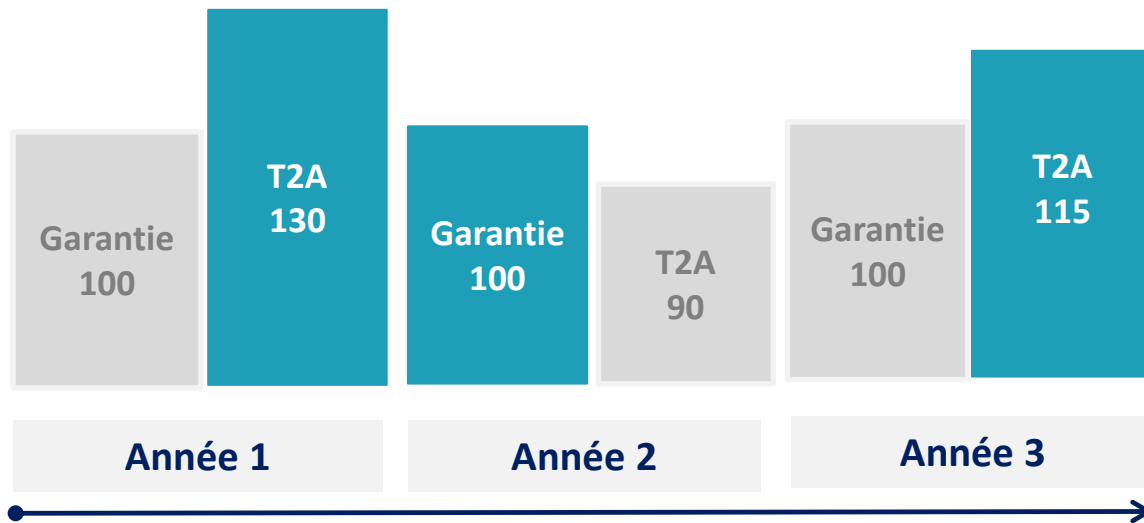
## RAPPEL DE LA MECANIQUE

Les recettes annuelles de l'hôpital de proximité **ne peuvent être inférieures au montant de la garantie** fixée en début de cycle. Pour prendre en compte des dynamiques de population (croissance démographique, vieillissement) ou une attractivité retrouvée, **les recettes T2A peuvent venir majorer la garantie** si elles sont supérieures à celle-ci.

Ex 1

Fixation de la garantie à 100

T0



Base de révision de la garantie:

$$115 \leftarrow (130+100+115)/3$$

Fin du cycle 1

Ex 2

Fixation de la garantie à 100

T0



Base de révision de la garantie:

$$105 \leftarrow (100+100+115)/3$$

Fin du cycle 1

Le niveau de la garantie fixée pour le « cycle 2 » prend également en compte la qualité des prises en charge, le cas échéant l'activité et les besoins du territoire identifiés dans le PRS.



## LA GARANTIE PLURIANNUELLE DE FINANCEMENT DE L'ACTIVITE DE MEDECINE



### QUELLE ANTÉRIORITÉ DES RECETTES HISTORIQUES DANS LE CALCUL DE LA GARANTIE PLURIANNUELLE?

Sur la base des recettes effectivement perçues en 2016, 2017, 2018 par les hôpitaux de proximité inclus dans le modèle actuel (décret 2016), deux scénarios de calibrage basés sur un calcul de la garantie correspondant à 100% des recettes historiques ont été travaillés:

- **3 ans**: 45% des établissements « gagnants » par rapport au modèle actuel (avec une majoration de la garantie moyenne à 63 451€ soit 2,60% des recettes 2018).
- **2 ans**: 54% des établissements « gagnants » par rapport au modèle actuel (avec une majoration moyenne de la garantie à 46 248€ soit 2,70% des recettes 2018/ établissement).

Poursuite des simulations avec les **données 2019** (disponibles en avril).



### QUELLE DUREE DU CYCLE?

La DGOS propose que la garantie pluriannuelle de financement soit fixée pour **une durée de 3 ans**:

- un calendrier durant lequel la **visibilité** est suffisante pour engager des projets et produire de premiers effets;
- dès lors que les recettes ne peuvent pas être inférieures à 100% des recettes historiques, certains établissements peuvent trouver un **intérêt à une révision régulière**;
- de l'avis des ARS, cette durée est la bonne maille pour engager des dynamiques de projet et **un dialogue approfondi**.



### QUELLE PRISE EN COMPTE DU VOLUME D'ACTIVITE?

- Cet élément n'a **pas vocation à être au cœur du modèle**: il pourrait permettre d'ajuster à la hausse ou à la baisse la garantie dans des situations particulières (ex: création de lits, réduction pérenne de l'activité hospitalière au profit de projets d'alternatifs et financés notamment par la dotation de responsabilité territoriale).
- Pour les ARS, une prise en compte trop importante du volume d'activité « **dénaturerait** » l'intérêt d'un cycle de garantie pluriannuelle.



## LA DOTATION DE RESPONSABILITÉ TERRITORIALE



### RAPPELS DES PRINCIPES

- Un financement **complémentaire à la garantie de financement** de l'activité de médecine puisqu'il vise à soutenir des actions partagées avec les acteurs du territoire, visant à diminuer le recours à l'hospitalisation;
- Une délégation par l'ARS sur la base d'un **projet élaboré par les acteurs** dans le cadre d'une gouvernance ouverte et renouvelée;
- Des éléments de **cadre nationaux** (accompagnement des consultations, soutien à l'exercice mixte par exemple) à produire pour orienter les ARS et garantir l'égalité de traitement entre établissements.



### PREMIERES REFLEXIONS SUR LE SOUTIEN A LA MISE EN PLACE D'UNE OFFRE DE CONSULTATIONS DE SPECIALITES (COMPLÉMENTAIRE A L'OFFRE LIBÉRALE EXISTANTE)

#### RETOURS DES ÉCHANGES CONDUITS AVEC QUELQUES ÉTABLISSEMENTS

- Cette offre de consultations a tendance à se mettre en place de façon **progressive et est très dépendante de l'offre disponible**: en premier lieu elle répond à un besoin **d'accès aux soins** de la population;
- L'organisation de consultations entre établissements se fait **« de gré à gré »**, avec des modalités de financement spécifiques et mobilise différents outils: convention, redevance, mise en place de GCS de moyen...
- Dans tous les cas, l'offre est au mieux à l'équilibre mais dans la majorité des cas elle est **déficitaire** pour l'hôpital de proximité. Parallèlement, cette activité peut être source de recettes pour l'établissement « projetant » de la ressource médicale si elle induit des actes techniques;
- Les principaux **postes de surcoûts identifiés concernent l'organisation de ces consultations**: temps humain (secrétariat, professionnels paramédicaux), mise à disposition, matériels médicaux (plus ou moins lourds).



#### PISTES DE TRAVAIL

Soutenir la mise en place des consultations au sein des hôpitaux de proximité par le biais de **forfait** en fonction du nombre de consultations (mais difficultés à les comptabiliser « finement ») ou des plages horaires proposées.



## DES MODALITES DE FINANCEMENT QUI INTREGRONT LA QUALITE DU SERVICE RENDU



### RAPPELS

- La prise en compte de la qualité dans le financement des établissements de santé est un **axe central des réformes en cours**
- Une déclinaison de cet objectif pour les hôpitaux de proximité fait sens au vu de **l'ambition de la réforme** et de la rupture proposée avec la tarification à l'activité.



### DIFFÉRENTS NIVEAUX DE PRISE EN COMPTE DE LA QUALITÉ DANS LE FINANCEMENT (ARTICLE 33 LFSS 2020)

Prise en compte de la **qualité des soins** des patients

GARANTIE

+

Prise en compte de la **qualité des soins** des patients

DORESP

+

Dispositif généralisé à tous les ES  
Indicateurs dossier patient MCO &  
SSR, certification

IFAQ



### PROPOSITIONS SOUMISES À DISCUSSION

1

Prise en compte des résultats qualité **au moment de la révision** uniquement = pas d'appréciation annuelle des résultats qualité ?

2

Une **modulation** de la garantie effectuée au niveau national au sein d'une fourchette de taux prédéfinie (par exemple entre -2% et +2%)?

3

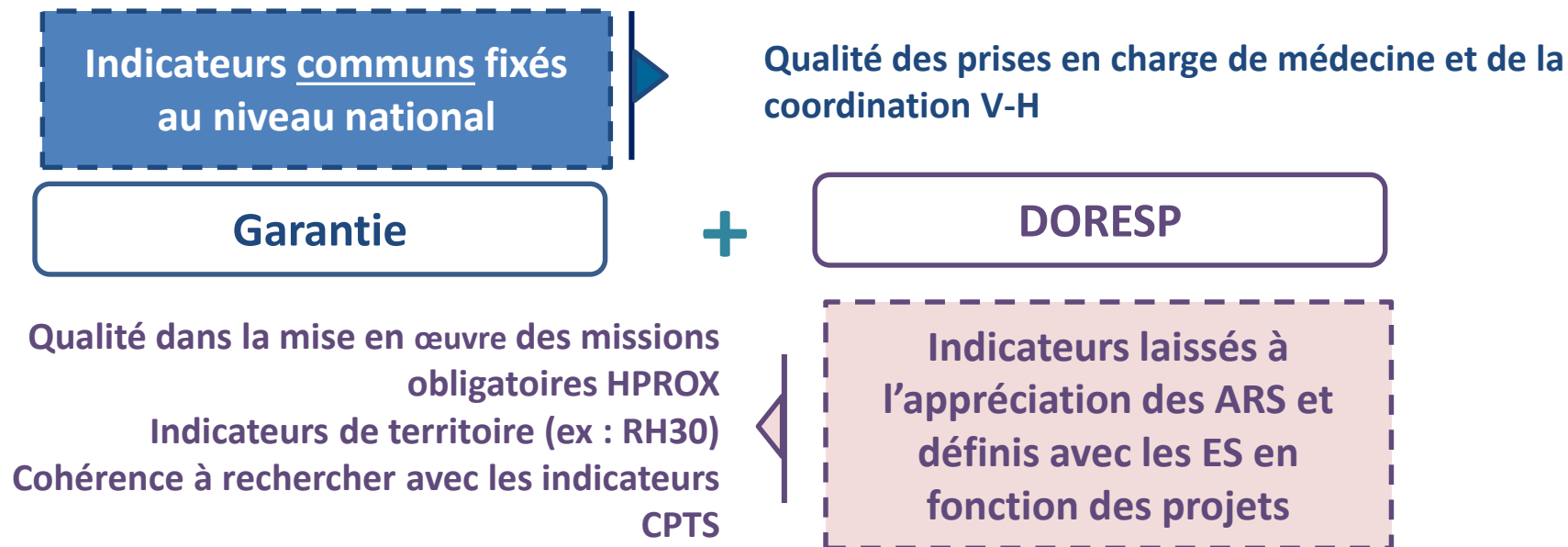
Une modulation de la DORESP **effectuée au niveau régional** au sein d'une enveloppe qualité régionale?



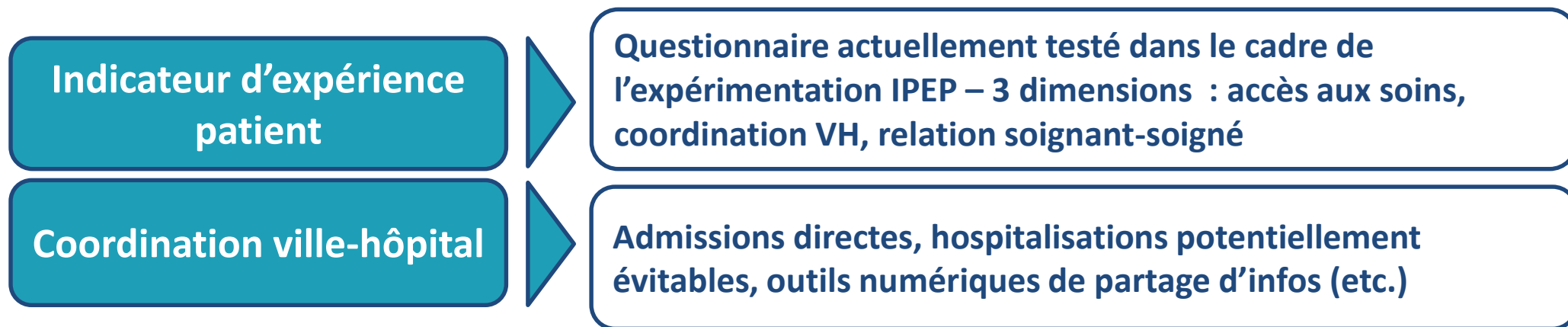
## CHANTIER QUALITE



OBJECTIF GÉNÉRAL : UN NOMBRE LIMITÉ D'INDICATEURS DIFFÉRENTS DE CEUX RETENUS DANS IFAQ ET AUTOMATISABLES DANS LA MESURE DU POSSIBLE



PREMIÈRES PISTES DE RÉFLEXION SUR LES THÉMATIQUES D'INDICATEURS DE QUALITÉ





## UNE PREFIGURATION DU MODELE DE FINANCEMENT DES 2020



### CAMPAGNE TARIFAIRE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : les « actuels »

Les établissements de santé bénéficiant du modèle de financement de 2016 seront financés de la façon suivante:

- Le niveau de la dotation forfaitaire garantie pour 2020 est porté à **100%** (moyenne des recettes en médecine des années 2018 et 2019)
- La garantie est calibrée selon les **mêmes modalités** pour tous les établissements (pas de différenciation en fonction des territoires, pas de modulation de l'ARS)



### LABELLISATION DES HÔPITAUX DE PROXIMITE A L'AUTOMNE

- Les hôpitaux de proximité labellisés à l'automne selon le nouveau cadre pourront bénéficier d'un **complément de financement** en fin d'année au titre de la DORESP
- Le système de la garantie à 100% sera également **appliqué de façon rétroactive** sur 2020 aux « nouveaux » établissements labellisés à l'automne.



### PUBLICATION DU DECRET D'APPLICATION A LA RENTREE ET MISE EN ŒUVRE DU MODELE CIBLE EN 2021



### UNE MESURE TRANSITOIRE PREVUE DANS LE PLFSS 2021

Le futur modèle « écrasant » le décret de 2016, une **mesure transitoire** applicable aux hôpitaux de proximité actuels et qui ne seraient pas labellisés en 2020 ou 2021 sera proposée (de façon à ce qu'ils ne soient pas financés par la seule T2A).