



MA SANTÉ 2022
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Comité de concertation #7

07 novembre 2019



ORDRE DU JOUR

1. **Déclinaison concrète des missions des hôpitaux de proximité : restitution de la journée de travail avec les établissements pilotes**
2. **Le modèle de financement des hôpitaux de proximité – retour sur la mesure PLFSS 2020**
3. **Chantiers labellisation et déploiement – Point d’avancement**



1 -

**Déclinaison concrète des missions des
hôpitaux de proximité –
Restitution de la journée de travail avec
les établissements pilotes**

JOURNÉE DE TRAVAIL AVEC LES ÉTABLISSEMENTS PILOTES



OBJECTIFS

- documenter de façon plus concrète comment des **services de proximité se construisent et fonctionnent** sur leur territoire
- apprécier comment **se structurent les relations** entre acteurs du territoire

METHODES: partages d'expérience autour de 5 thématiques

- Les relations entre les hôpitaux de proximité et les **CPTS**
- L'organisation territoriale mise en place pour **éviter le passage aux urgences** des personnes âgées
- La participation de l'hôpital de proximité à une **offre de soins non programmés** en lien avec la médecine de ville
- La mise en place d'une offre de **consultations** avancées de spécialités
- La participation à des actions de **prévention et de promotion de la santé**

PARTICIPANTS :

- **17 établissements** représentés (tous statuts, labellisés 2016 ou non)
- ARS BFC et IDF
- DGOS (équipe projet, bureaux métiers)

Focus 1



L'ORGANISATION TERRITORIALE MISE EN PLACE POUR ÉVITER LE PASSAGE AUX URGENCES DES PERSONNES ÂGÉES

CONTEXTE

En tant que ressource pour les professionnels de ville, les hôpitaux de proximité ont vocation à permettre l'admission directe de patients sur **adressage du médecin traitant**.

ENJEUX DES ORGANISATIONS

- Permettre une prise en charge rapide des patients dont l'état de santé **ne nécessite pas un passage par les urgences**
- Eviter les pertes de chance
- Favoriser la **continuité** des parcours de santé

L'EXEMPLE DU CH D'YVETÔT

- Une **préoccupation forte de la médecine libérale** pour éviter le passage aux urgences de leurs patients
- Des besoins spécifiques de la médecine libérale identifiés: une réponse rapide et un point d'entrée unique (« **une relation de confiance** »)
- Une organisation pensée et formalisée au sein de la CME (qui comptent deux médecins généralistes) donnent lieu à la diffusion d'un **protocole d'admissions directes** auprès des médecins libéraux du territoire
- Des modalités spécifiques sont travaillées pour prendre en compte les **spécificités de la patientèle prise en charge en EHPAD** (formations des personnels)
- Un **soutien du GHT** à la démarche (mise à disposition d'outil numérique de téléurgences par ex)

Le service proposé

Un numéro
de téléphone
unique

Une priorisation
des demandes des
médecins libéraux
pour...

...des admissions
directes
(décompensation,
exploration,
syndromes fébriles...)
avec
possibilité d'organiser
le transport

Une lettre de liaison
à la sortie
Un appui à la
préparation au
retour à domicile
Des échanges en cas
d'évènements
indésirables

Un taux
d'admissions
directes de
50%

LES RELATIONS ENTRE LES CPTS ET LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

CONTEXTE

- Les CPTS ont vocation à devenir les **interlocuteurs privilégiés** des hôpitaux de proximité dans la mise en place de projets territoriaux
- C'est notamment à partir du projet de santé de la CPTS, expression des besoins de santé de la population et des professionnels, que seront déclinées la participation des hôpitaux de proximité aux **missions « partagées »** définies au sein de la loi OTSS.

ENJEUX

- Eviter les **logiques concurrentielles** entre les acteurs
- Encourager les **initiatives** émergeant des acteurs du terrain en facilitant les conditions du dialogue et de la coopération

L'EXEMPLE DE LA HAUTE-SAÔNE: INTERVENTION DU GHI 70 (SITES DE LURE, LUXEUIL, BIENTÔT GRAY)

- Une volonté de l'ARS et des DD de mailler l'ensemble du département par des CPTS, sur des territoires cohérents en terme d'articulation entre acteurs
- Une réflexion associant en amont les représentants des URPS, les Commissions paritaires locales des CPAM, le Conseil territorial de santé
- Des rencontres organisées avec les professionnels de santé pour présenter la démarche et recueillir leurs attentes
- Une adhésion des professionnels sur le principe de constitution d'une CPTS sous réserve qu'elle s'attèle à des problématiques concrètes et qu'elle ne génère pas une charge administrative supplémentaire
- Un accompagnement externe est financé par l'ARS pour appuyer les acteurs dans l'élaboration du projet de santé: diagnostic territorial et définition des priorités, gouvernance et fonctionnement, modèle éco...

L'organisation qui dessine

4 CPTS constituées sur le département avec sur chacun des territoires, un site du GHI 70

Des projets de santé, propres à chaque CPTS, qui déclinent des organisations de parcours et de coopération entre les acteurs avec une approche populationnelle

Des outils de coordination mis au service des CPTS, communs aux 4 territoires:

- une plateforme territoriale d'appui
- un SI partagé

Participation à l'expé Art 51 IPEP

LA MISE EN PLACE D' ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE

CONTEXTE

- La Stratégie nationale de santé a fait du développement de la prévention une priorité. Depuis la signature de l'ACI, l'organisation de la prévention est **une mission socle des CPTS**;
- La loi OTSS a inscrit la **participation des hôpitaux de proximité** aux actions de prévention et de promotion de santé au sein des missions qu'ils partagent avec les acteurs du territoire.

ENJEUX

- Inscrire les actions de prévention et de promotion de la santé dans une **logique territoriale** pour favoriser les mutualisations et la diffusion de messages identiques;
- Résoudre la **contradiction** entre la prévention et la production d'actes.

L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL SUISSE (ISSY LES MOULINEAUX)

- Situé sur un territoire urbain, facilement accessible, l'Hôpital Suisse s'est spontanément investi dans des actions de prévention;
- Une relation établie avec les patients, aux venues régulières, se prête à la sensibilisation à des actions de prévention et de promotion de la santé;
- Ces initiatives font toutes l'objet de **partenariat** avec des acteurs locaux: associations et réseaux, médecins libéraux et centres de santé, municipalité, IDE libéraux;
- Ces actions **valorisent les personnels** et permettent de créer des **interactions** avec des acteurs d'horizon différents sur des projets communs.

Quelques exemples d'actions

Formation des IDE libéraux sur les plaies et la cicatrisation

Don du sang : organisé 4x/an dans les locaux de l'établissement

Journée mondiale du diabète:

- Dépistage gratuit
- Atelier de sensibilisation interactif

Mois sans tabac: diffusion de flyers sur les ressources mobilisables

Bilan remise au sport, en partenariat avec la Municipalité

Formation Information MAD de locaux Activités de soin

METTRE EN PLACE DES SERVICES DE PROXIMITÉ: LES CONDITIONS DE RÉUSSITE



LA CO-CONSTRUCTION APPARAÎT COMME LE FACTEUR DE RÉUSSITE MAJEUR DE CES PROJETS

« Si on fait sans eux ça ne fonctionne pas »

Un dialogue indispensable à nouer avec les acteurs de la ville

- Parfois historiques et portées par une gouvernance imbriquée, les relations avec les professionnels de ville **peuvent être plus longues** à construire;
- La compréhension mutuelle et notamment **des besoins exprimés** par les professionnels de ville est fondamentale;
- Le rôle de **l'ARS et de ses DD** est majeur dans la mise en place de ces coopérations en impulsant et en animant le dialogue, « sans faire à la place de »;
- Un **accompagnement externe** est souvent utile pour dynamiser la démarche et la conduite de projet

Etendre les coopérations à d'autres acteurs

- Hôpitaux de proximité et CPTS n'ont pas vocation à être « isolés dans leur bulle »
- Un dialogue est également nécessaire avec les établissements du GHT, afin d'éviter des stratégies territoriales contradictoires : l'hôpital de proximité peut assurer **l'interface entre le GHT et la CPTS**
- Les **élus** peuvent également être des facilitateurs de coopération par leur lien avec les structures d'exercice coordonné et le secteur médico-social et social

UN POINT D'ATTENTION: des professionnels de ville parfois peu convaincus de l'intérêt de se constituer en CPTS (déjà débordés, avec des habitudes de travail installées, craignant que cela représente une charge administrative supplémentaire)

METTRE EN PLACE DES SERVICES DE PROXIMITÉ: LES FREINS EXISTANTS



DES FREINS DE NATURE INSTITUTIONNELLE OU FINANCIÈRE ALTÈRENT LA MISE EN PLACE DES SERVICES DE PROXIMITÉ

L'adaptation des services proposés aux enjeux territoriaux se heurte à des limites d'ordre administratif

- Difficultés à répondre à des cahiers des charge (ex: équipes mobiles)
- Des projets qui au contraire ne trouvent **pas de cadre existant**
- Des limites liées à des règles de facturation voire à la fiscalité

«On ne rentre pas dans les cases »

Les modalités actuelles de financement ne sont pas adaptées au rôle que peuvent jouer les hôpitaux de proximité

- L'objet de leurs missions, en lien avec l'évitement de l'hospitalisation, peut être en **contradiction** avec une gestion d'établissements dont les ressources dépendent de l'activité;
- Certaines activités sont **structurellement déficitaires** (cas des consultations) avec les modalités de financement actuelles;
- D'autres comme la prévention ne sont pas financées de façon pérenne. Les coûts induits (temps, perte d'activité hospitalière, dépenses afférentes...) sont **difficilement absorbables** sur des surfaces financières restreintes et sensibles aux aléas.

«Quand on fait ça on ne fait pas d'activité »

Des freins qui pourront être partiellement levés avec le modèle de financement proposé



2 -

Le modèle de financement des hôpitaux de proximité – retour sur la mesure PLFSS 2020

RAPPELS DES OBJECTIFS DU MODÈLE



OBJECTIFS

- **Sécuriser** les activités socles des hôpitaux de proximité
- Financer des missions élargies des hôpitaux **sans concurrencer** les acteurs du territoire
- **Offrir de la visibilité** aux établissements pour qu'ils puissent se projeter dans des organisations non tournées vers la seule production d'actes

LE MODÈLE CIBLE

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

+

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

En cohérence avec le projet de santé de la **CPTS** du territoire



Le modèle de financement des hôpitaux de proximité a suscité l'adhésion des députés.

Trois points ont fait l'objet de discussions :

- **Des ajustements et demandes de précisions sur la définition des besoins de santé du territoire**

Les parlementaires ont inscrits dans la loi que l'appréciation des besoins de santé du territoire doit s'appuyer sur les projets de régionaux de santé et leurs déclinaisons territoriales.

- **Une attention particulière au respect du principe de complémentarité avec l'offre de ville pour les consultations de spécialité**

De nombreux amendements ont été déposés en ce sens. Il a été rappelé que l'article 35 de la loi OTSS pose déjà comme principe que l'activité de consultations proposées par l'hôpital de proximité doit se faire en complémentarité de l'offre libérale disponible.

- **Un débat sur la prise en compte du volume de l'activité dans la détermination de la garantie**

Il a été précisé que le modèle de financement proposé a justement vocation à se détacher d'une logique « tout T2A » en proposant un modèle de garantie pluriannuelle et des financements supplémentaires avec la dotation de responsabilité territoriale. Le volume d'activité ne sera qu'un des paramètres du modèle de financement.

Examen au Sénat la semaine du 12 novembre

LA GARANTIE PLURIANNUELLE DE FINANCEMENT DE L'ACTIVITÉ DE MÉDECINE



« I. – Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur **activité de médecine** et par dérogation à l'article L. 162-22-6, d'une **garantie pluriannuelle de financement**.

Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du **volume d'activité** et des **recettes perçues antérieurement** par l'établissement au titre de cette activité, **des besoins de santé de la population du territoire**, tels que définis dans les PRS et leurs déclinaisons territoriales, ainsi que de la **qualité** de la prise en charge des patients, **sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15.**

Ces établissements bénéficient du versement d'un **complément de recettes issues de leur activité**, lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée. »

Principe de la garantie pluriannuelle de financement
Durée et modalités de révision à déterminer en DCE

Détermination du niveau de la garantie sur la base de quatre critères :

- **Volume de l'activité de médecine**
- **Recettes antérieures** (*sur la base de 100% en moyenne des 2/3 années précédentes*)
- **Besoins de santé de la population du territoire** (*indicateurs à déterminer*)
- **Qualité des prises en charge** (*critères différents d'IFAQ et de la DoResp*)

Les hôpitaux de proximité bénéficient du dispositif IFAQ dans les conditions de droit commun.

Le montant de cette garantie est comparé à la valorisation de l'activité:

- *Si la garantie est > recettes T2A : l'établissement perçoit le montant de la garantie*
- *Si la garantie est < recettes T2A: l'établissement perçoit le montant des recettes T2A*

LA DOTATION DE RESPONSABILITÉ TERRITORIALE



« II. – Les hôpitaux de proximité bénéficient également d'une **dotation de responsabilité territoriale** dont le montant est déterminé en tenant compte de **l'organisation et de la réalisation de leurs missions** précisées aux 1° à 4° du II de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique et de la **qualité** de prise en charge des patients.

Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de **consultation** de spécialités et l'accès à des **plateaux techniques** d'imagerie, de biologie et des équipements de **télésanté**, et à financer **l'indemnité** prévue à l'article L. 6146-2 du même code versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité peut également être versée aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de **statut privé** relevant de l'article L. 6161-1 du même code. »

Principe : une dotation supplémentaire qui ne substitue à aucun vecteur de financement.

Détermination de son niveau sur la base de:

- **L'organisation et la réalisation effective des missions et activités**
- **Qualité des prises en charge (*critères différents d'IFAQ et de la garantie*)**

3 grands types d'actions financés :

- **Accompagner les activités socles des hôpitaux de proximité précisées dans la loi OTSS (*consultations, PT, télésanté*)**
- **Missions « partagées » des hôpitaux de proximité en lien avec le projet de santé des CPTS (*Appui à la médecine de ville, maintien des personnes vulnérables dans leur milieu de vie, prévention, permanence et continuité des soins*)**
- **Soutien à l'exercice mixte : indemnité versée aux libéraux qui participent aux missions de hôpitaux de proximité (*y compris ES privés*)**

RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX POUR LEUR PARTICIPATION AUX MISSIONS DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ



« III. – L'article L. 6146-2 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :

« Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral admis, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à **participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité** mentionnées à l'article L. 6111-3-1, peuvent être indemnisés à ce titre selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa. »

Un complément au contrat d'exercice libéral

Cette indemnité vise à rémunérer les professionnels qui hospitalisent leurs patients ou participent à la prise en charge hospitalière des patients du territoire à l'hôpital de proximité.
Il s'agit de rémunérer les « temps non cliniques » : *réunions d'équipes, admissions des patients suivis en ville, préparation à la sortie, etc.*
Elle ne double pas les financements dédiés aux missions des CPTS

Les modalités d'indemnisation et le cadre dans lequel elle sera allouée feront l'objet d'un décret qui sera concerté dans le cadre ce comité.

LA GARANTIE PLURIANNUELLE DE FINANCEMENT- APPLICATION



LES MODALITÉS D'APPLICATION LA GARANTIE SERONT DÉFINIES AU SEIN DU DÉCRET D'APPLICATION, QUI PRÉCISERONT:

- La durée du cycle pluriannuel: il est proposé de la fixer à 3 ans
- Les modalités de détermination de la garantie (le « T0 ») et de révision de la garantie au terme du cycle. Deux approches:

Un modèle simple et lisible pour les acteurs

- Une garantie fixée en T0 sur la base de 100% de la moyenne des recettes perçues les années antérieures
- Une révision à la marge prenant en compte les besoins du territoire, la qualité des prises en charge, le niveau d'activité et de recettes observés au cours du cycle

Avantages: visibilité forte

Inconvénients: peut-être perçu comme une dotation historique

Un modèle plus « sophistiqué » et davantage déconnecté des recettes historiques et de l'activité

Des ressources qui dépendraient davantage d'indicateurs territoriaux et de qualité, tant dans la détermination du niveau de la garantie que de celui de la révision.

Avantage: rompt plus nettement avec un modèle de gestion « T2A »

Inconvénients: peut engendrer de l'instabilité dans les ressources, une déconnexion avec les coûts réels, difficultés à valoriser les « besoins du territoire »

OBJECTIFS ET INTENTIONS

- La DoResp est un **financement supplémentaire** qui ne se substitue pas aux modalités de financement de droit commun pour ce qui concerne les activités socles (consultations, PT, télésanté)

Ex: les consultations de spécialités seront facturées selon le droit commun. La dotation permettra de compléter ce financement, en tenant compte des surcoûts liées à leur mise en œuvre.

- De même, elle permettra de **compléter la rémunération** des médecins libéraux en exercice mixte
- S'agissant des missions « partagées », son calibrage dépendra des projets territoriaux mis en place dans le cadre de l'organisation définie avec les CPTS



LA DoResp EST DÉLÉGUÉE PAR L'ARS:

- Un financement « aux projets » proposés par l'hôpital de proximité, qui tient donc compte de l'implication effective de l'établissement dans la réponse aux besoins de la population et du territoire. La **qualité du service rendu** sera également à définir (critères à déterminer)
- La contractualisation avec l'ARS permettra de s'assurer de la **cohérence des actions menées** par les acteurs du territoire



3 -

Déploiement et labellisation – Point d'avancement

LABELLISATION ET DÉPLOIEMENT



RAPPEL DES PREMIERES PROPOSITIONS DE LA DGOS

- Une labellisation sur la base du **volontariat** des établissements
- Une **montée en charge** à prendre en compte dans le processus
- La liste des hôpitaux de proximité est établie par le **DGARS** sur la base **d'éléments de cadrage nationaux**
- Une **durée de vie** du label qui s'appuie sur celle de l'autorisation de médecine

RAPPEL DU CALENDRIER DES TRAVAUX JURIDIQUES

- Ordonnance relative à la labellisation: **début 2020**
- Décret d'application précisant la procédure de labellisation et intégrant la déclinaison concrète des missions ainsi que les modalités de gouvernance: **été 2020**
- Des premières listes régionales, selon le cadre rénové: **automne 2020**

LANCEMENT DES TRAVAUX TECHNIQUES AVEC LES ARS

- Construction **d'éléments de cadrage nationaux** nécessaires à la labellisation
- Définition de la **procédure** de labellisation et **outillage** opérationnel pour la mise en œuvre
- Stratégie **d'accompagnement des établissements pour atteindre le modèle cible** avec une attention particulière portée aux établissements labellisés en 2016

Méthode: constitution d'un réseau de référents ARS (enquêtes « flash », atelier des référents dès décembre), prise de contact pour accompagnement de l'ANAP

LABELLISATION – RETOUR ENQUÊTE ARS LABELLISATION À L'EG



L'article 35 de la loi OTSS habilite le gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance sur deux thématiques concernant la labellisation des hôpitaux de proximité :

- La procédure et l'autorité compétente pour établir la liste des hôpitaux de proximité 
- Les modalités selon lesquelles des sites géographiques d'établissements peuvent être labellisés hôpitaux de proximité.

Enjeux de l'enquête « labellisation à l'EG »

- Les « entités géographiques », comme tout hôpital de proximité devront **répondre aux missions** et au fonctionnement posés par la loi;
- D'autres **critères devront compléter ce cadre** pour s'adapter aux spécificités des établissements multi-sites
- Les ARS ont été sollicitées afin de:
 - Documenter la réalité de la problématique
 - Tester des « types de critères »
 - Identifier les opportunités et risques de la labellisation des entités géographiques

Retours: 8 ARS sollicitées

- 5 retours (au 6 nov) : GE, BFC, PACA, IDF, Normandie
- La majorité des régions répondantes (4/5) ont identifié, à partir de leur connaissance du territoire, des besoins et de l'activité, des sites géographiques **dépourvus de personnalité morale qui se rapprochent du modèle des hôpitaux de proximité** (environ 16 sites concernés)

LABELLISATION – RETOUR ENQUÊTE ARS

LABELLISATION À L'EG



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION
DU SYSTÈME DE SANTÉ

Critères pertinents pour identifier ces sites géographiques



Provenance des patients



Jugé très pertinent : répondre aux besoins de la population du territoire (zone d'attractivité concentrée sur le bassin de population)
Limite : pour l'activité de médecine uniquement (GE)

Eloignement géographique



Jugé pertinent : éviter de labelliser des sites spécialisés
Limite : quid de la distance minimale ? Commune différente (GE), à apprécier au cas par cas (IDF), plutôt isolement (PACA) mais le critère ne figure pas dans la loi (BFC)

Fonctions supports



Jugé très peu pertinent car pourrait être trop restrictif au regard des stratégies d'optimisation organisationnelle (GHT, fusion etc.)

Instances spécifiques



Jugé très peu pertinent – risque d'être trop restrictif
Plutôt à réfléchir après la labellisation : quelle instance en local (et à quel niveau) pour le lien avec les CPTS / libéraux et les usagers?

Autres critères identifiés par les ARS

Présence de PS sur le territoire (IDF) / autonomie dans la PEC – mode d'entrée (Normandie)

Vision stratégique de la labellisation des sites

Opportunités

-Intégrer des ES jusqu'alors exclus de la réforme
-Ne pas entrer en contradiction avec les stratégies de fusion et rapprochement d'ES menées en région
-Consolider l'offre de soins de ville (facteur d'attractivité)

Risques

-Transfert des situations complexes sur le site labellisé
-Non-incitation au développement d'activité sur ces sites
- Création d'une filière de proximité propre au groupe et non au territoire

Vision opérationnelle de la labellisation des sites

Besoins des ARS

- **Circuit de financement à clarifier** : comment faire cohabiter deux modes de tarification pour une même activité au sein d'une même entité juridique ?
- **Gouvernance** : comment associer les CPTS / libéraux ? Faut-il mettre en place des instances locales avec le risque de doubler celles de l'entité juridique ?

ENSEIGNEMENTS ET SUITE A DONNER



ENSEIGNEMENTS

- L'approche consistant à identifier les hôpitaux de proximité à partir des missions exercées et des spécificités de fonctionnement est **acquise et accueillie** favorablement par les ARS interrogées
- La labellisation des EG correspond à un **besoin sur le terrain**
- Les critères **d'éloignement géographique avec les autres sites de l'ES et un recrutement local** pourraient permettre de discriminer des sites autonomes répondant au modèle des EG et des antennes spécialisées
- L'appréciation **au cas par cas** par les ARS semble être à privilégier
- Certains sites de **CHU** pourraient être concernés

SUITE DES TRAVAUX

- **Restitution** de ces premiers éléments au Comité de concertation (7 novembre)
- Production d'une synthèse adressée au réseau ARS pour avis et compléments
- **Proposition de rédaction de l'ordonnance** soumise à la concertation d'ici fin 2019

PRISE EN COMPTE DE LA QUESTION DES ENTITES GEOGRAPHIQUES DANS LES AUTRES CHANTIERS

- Modalités d'application du modèle de financement
- Prise en compte de la spécificités des entités géographiques (au sens large) dans le cadre des éléments de gouvernance