

Hôpitaux de proximité Comité de concertation #11 18 septembre 2020



- 1. Retour sur la concertation en cours des textes relatifs au cadre juridique de la labellisation**
- 2. Présentation par l'ANAP de son offre d'accompagnement**
- 3. Point d'avancement sur les travaux sur le modèle de financement**
- 4. Discussion autour du chantier dédié à la gouvernance**

Retour sur la concertation en cours des textes relatifs au cadre juridique de la labellisation

Une dimension qualitative importante qui met les ARS au cœur de la procédure de labellisation et conduit à proposer l'architecture juridique suivante:

1 UNE INSCRIPTION DANS LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE DES GRANDS PRINCIPES DE LA LABELLISATION

- L'adhésion de l'établissement est **volontaire** au modèle
- La liste est établie par le **DGARS**
- **Une entité géographique** d'un établissement de santé peut-être labellisé dès lors qu'elle répond aux conditions d'éligibilité

2 LES CONDITIONS DE LA LABELLISATION POSÉES AU NIVEAU RÉGLEMENTAIRE (DÉCRET EN CONSEIL D'ETAT) :

- Existence de **coopérations avec les acteurs du territoire**
- Critère relatif aux **autorisations** : l'ES (ou le site géographique) doit être autorisé en médecine, et ne pas l'être en chirurgie et/ou en obstétrique
- Critère relatif à la **non spécialisation des prises en charge** : l'ES (ou le site géographique) ne doit pas intervenir sur un segment spécifique (ex: centre de dialyse) ou exclusivement sur une population donnée (ex: centre d'addictologie)
- Critère relatif à **l'offre de consultations de spécialités (complémentaire à l'offre de ville) et accès à des plateaux techniques**
- Critère relatif à la **réalisation des missions** posées par la loi OTSS

Des éléments de procédure figurent également dans le décret.

3 UNE APPRÉCIATION RÉGIONALE SUR LA BASE D'UN DOSSIER DE LABELLISATION NATIONAL

Un **dossier type de labellisation** publié par voie d'arrêté ministériel est **renseigné par les établissements volontaires**. Le dossier est **instruit par l'ARS** et lui permet d'apprécier que les conditions de labellisation sont remplies ou en cours.

 **PRINCIPAUX RETOURS :**

- Fédérations hospitalières : FHP, FEHAP, FHF
- ANCHL
- ARS : Bretagne, Normandie, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine- *présentation des textes aux référents ARS*

**DES TEXTES CONSIDÉRÉS PAR LES PARTENAIRES DE LA CONCERTATION COMME GLOBALEMENT FIDÈLES AUX ÉCHANGES DU COMITÉ**

- Les **grands principes discutés** en comité de concertation se retrouvent dans les textes (labellisation volontaire, liste établie par le DGARS, labellisation des entités géographiques, établissements publics et privés, existence de liens renforcés avec les acteurs du territoire, etc.)
- Un décret qui apparaît **suffisamment cadrant pour les ARS** et un dossier assez souple pour permettre **d'apprécier les spécificités territoriales**

**UN OBJECTIF DE PUBLICATION RAPIDE DES TEXTES**

- La publication du corpus juridique est **très attendue** pour apporter de la visibilité à la réforme
- Elle permet également d'engager le déploiement en laissant **un temps d'appropriation nécessaire** aux ARS et aux acteurs

- Nécessité de mettre l'accent sur la dimension prospective de l'analyse de l'ARS des activités et actions de l'établissement. Tous les établissements ne pourront pas immédiatement « cocher toutes les cases » : présence d'une CPTS, plateau de consultation, liens structurés avec les acteurs du territoire par exemple.
 - ❖ **Proposition DGOS : Faire apparaître de façon plus explicite la dimension prospective et territoriale dans la lettre du DCE.**
- Faire ressortir davantage « **l'ADN hospitalier** » des hôpitaux de proximité : si la spécificité des hôpitaux de proximité est son ancrage sur le territoire, il constitue également le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers.
 - ❖ **Proposition DGOS : Adapter le dossier de labellisation pour permettre à l'ES de valoriser son activité hospitalière, la façon dont elle répond aux besoins du territoire, tout comme son inscription dans la gradation des soins hospitaliers**
- Le volet prise en charge de « l'aval » et l'organisation territoriale pour assurer le retour à domicile n'apparaît pas suffisamment tout comme les liens avec les acteurs du médico-social et du domicile
 - ❖ **Proposition DGOS : Ajouter un volet dédié à la dimension « prise en charge de l'aval »**
- Mise en miroir des conditions d'éligibilité et des conditions de sortie du label (notamment le lien avec le territoire et la réalisation des missions) à ce stade limitées aux critères d'autorisation et non spécialisation des activités.
 - ❖ **Proposition DGOS : les missions et le lien avec les acteurs constituent une dynamique dans laquelle l'établissement s'engage durablement. D'autres compartiments du modèle (financement et gouvernance) permettent d'assurer la stabilité et le suivi de cet ancrage territorial.**



- Remarques autour du **périmètre des activités autorisées en hôpital de proximité, précisé par dans la loi OTSS**:
 - La situation d'établissements ne disposant pas d'une autorisation de médecine à ce stade et qui exercent des missions proches à celles attendues des hôpitaux de proximité est relevée (les « mono-SSR »)
 - Il est également regretté que certains établissements autorisés en chirurgie ne soient pas admis à solliciter la labellisation des hôpitaux de proximité.
 - ❖ **Proposition DGOS : Un groupe de travail avec des ARS spécifiquement concernées par le sujet des « mono-SSR » à lancer rapidement pour porter cette discussion à l'ODJ du prochain Comité de concertation**
 - ❖ **Proposition DGOS : Des travaux sont à conduire dans les prochains mois pour dégager de premières propositions concernant la dérogation pour les actes de « petite » chirurgie (qui devront être validés par la HAS). Ils devront nécessairement s'articuler avec la travaux sur la refonte de l'autorisation de chirurgie, en cours de reprise.**
- Remarque DGOS:** le cadre proposé est volontairement « souple et dynamique » et sera enrichi par ces deux axes de travail. Pour autant, il ne pourra pas répondre à l'intégralité des « situations spécifiques ».
- Un manque de visibilité sur la réforme dans sa « globalité » est pointé (transition des établissements actuellement inclus dans le modèle de 2016, modèle de financement et gouvernance)
 - ❖ **Proposition DGOS: ces éléments n'ont pas vocation à être inscrits dans ce volet du cadre juridique. Il devra néanmoins s'accompagner d'éléments d'information pour favoriser l'appropriation des acteurs (demande forte des ARS). La DGOS propose de mettre à disposition des documents d'information réguliers aux partenaires.**

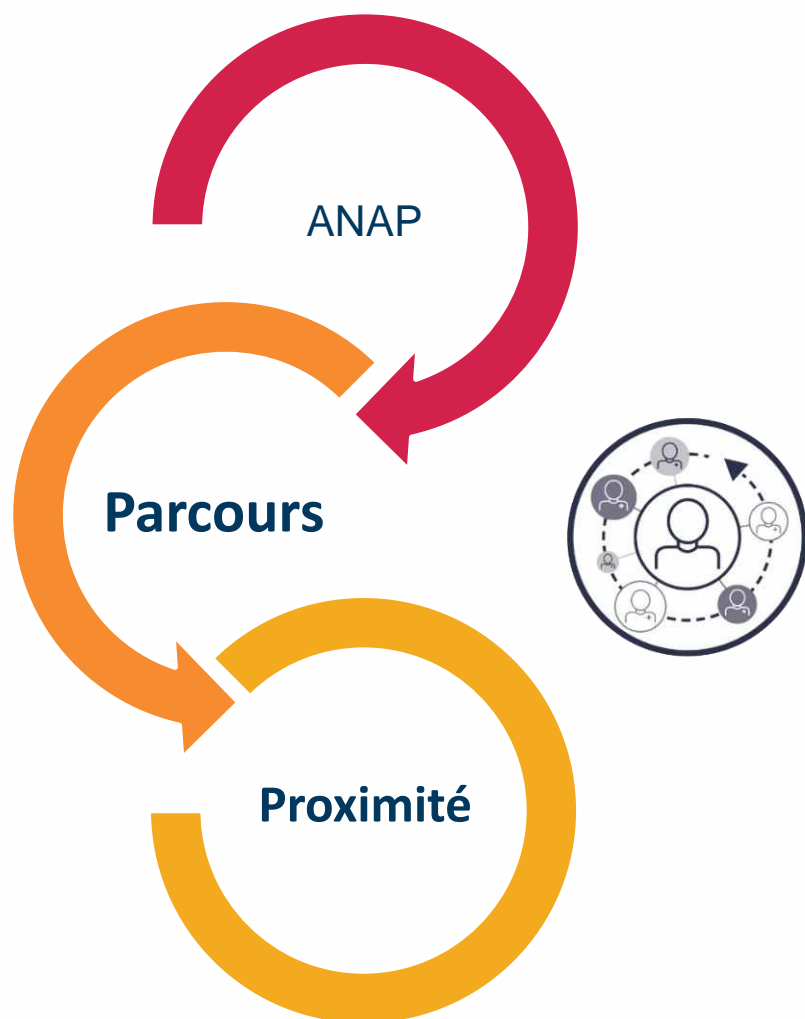


Une nouvelle version du DCE et du dossier de labellisation sera adressée prochainement.

Hôpitaux de proximité :

Présentation de l'Accompagnement ANAP

Comité de concertation
18 septembre 2020
14h à 16h30
salle 7275R



3 niveaux

Niveau 1 : Appui collectif ciblé

Niveau 2 : Publication « Hôpital de proximité en 2022 : une vision à 360° » (titre provisoire)

Niveau 3 : *Publication pour construire la feuille de route (titre provisoire)*

- **But du chantier :**

- mettre en place un **accompagnement opérationnel** auprès de structures sanitaires leur permettant de répondre aux exigences de la labellisation d'un hôpital de proximité et de rédiger leur plan d'actions pour concrétiser leur nouveau statut

- **Objectif principal du chantier :**

- Que 100% des structures sanitaires accompagnées aient les moyens d'écrire leur projet et leur plan d'actions dans les délais impartis du calendrier de labellisation en 2020, puis dans les délais impartis pour les vagues de 2021 voire de 2022 ;

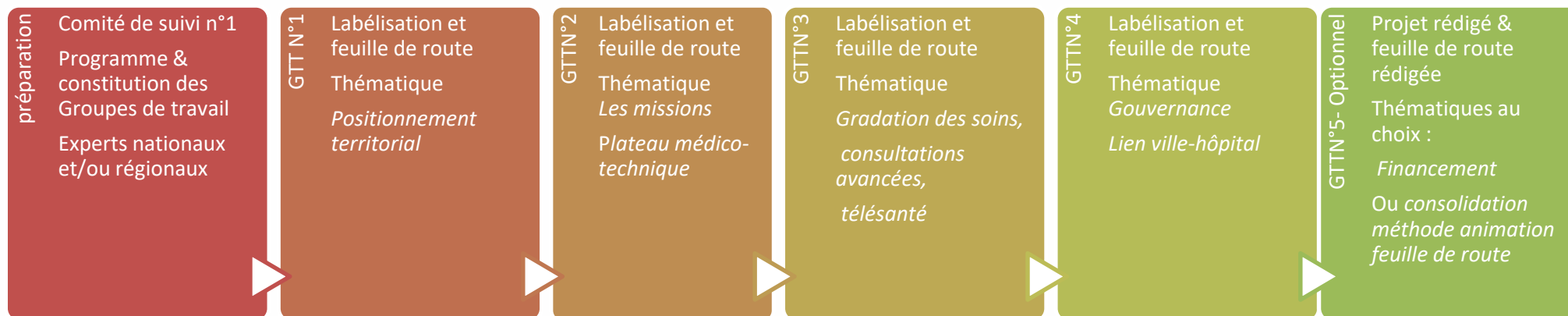
- **Périmètre du chantier :**

- Etablissements labélisables en 2020-2021 comprenant les 237 hôpitaux de proximité (arrêté du 27 mai 2019)

- Nombre d'établissements pouvant bénéficier d'un appui collectif ciblé :

24 établissements maximum

- Repérage par les ARS, nécessité de prioriser en concertation ARS, ANAP
- Quelques critères
 - Une répartition des situations territoriales : une grande diversité des situations territoriales est recherchée
 - Urbain, péri urbain, rural, rural avec saisonnalité, etc.
 - Une répartition des statuts : tous les établissements qu'ils soient publics, privés à but lucratif, et privés à but non lucratif doivent être présents
 - établissements publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif, sites d'établissements
- Si nécessaire, des critères supplémentaires pris en compte lors d'entretiens ANAP ARS



4 réunions
ou
Groupe de Travail Thématique

+ 1 optionnel

1 fois par mois

en distanciel,

Objectifs

- ✓ Elaborer le projet d'établissement et la feuille de route demandés dans le cadre du dossier de labélisation
- ✓ Approfondir des thématiques de structuration de l'offre hospitalière de proximité
- ✓ Partager des expériences
- ✓ Consolider la dynamique territoriale

GTT N°1

Labélisation et
feuille de route

Thématique

Positionnement
territorial

Exemple

Objectifs du GTT n°1 :

- lancer les travaux d'élaboration du projet : dossier et feuille de route, partager le dossier type de labellisation (question-réponse)
- Méthode d'analyse et enseignements d'une **cartographie de l'offre de soins du futur HPROX et de son environnement** : expertise ANAP
- Planifier les travaux des prochains GTT, les intersessions

5 temps (atelier/ apports expertises):

- ✓ Lancement : création d'un collectif
- ✓ Présentation du dossier, des attendus, de l'accompagnement ANAP avec les référents ARS
- ✓ Démarche de positionnement territorial de l'offre de soins : Expertise ANAP- démarche présentation
- ✓ Feuille de route à mettre en œuvre pour concrétiser le projet d'établissement
- ✓ Structuration des travaux dans les 5 mois



Exemple

Objectifs du GTT n°2 :

- Dossier type de labellisation et feuille de route
- les missions et les nouvelles missions des HPROX: ou en sont ils actuellement?
- Et que faudrait il faire pour les remplir ?
- Les plateaux médico-techniques : Pharmacie, Biologie, Imagerie,
- Enrichir la feuille de route à mener pour concrétiser le projet d'établissement

4 temps :

- Dossier et feuille de route
- Missions et nouvelles missions des HPROX
- Plateau médico-technique : Pharmacie, biologie, Imagerie

Exemple

GTTN°3

Labélisation et
feuille de route

Thématique

*Gradation des
soins,
consultations
avancées,
télésanté*

Objectifs du GTT n°3 :

- Dossier type de labellisation et feuille de route
- Gradation des soins
- offre de consultations avancées
- les outils de la télésanté : Expert ANAP

4 temps :

- Dossier et feuille de route : état d'avancement
- Offre de consultations avancées : spécialités, organisation, SI , financement
- Télésanté : cf.ANAP- expert
- Plan d'actions

Exemple



Objectifs du GTT n°4 :

- Dossier type de labellisation et feuille de route
- Apporter de l'expertise sur élaboration des points clé que devrait contenir la convention avec la gouvernance opérationnelle, gouvernance stratégique
- Envisager des innovations « laboratoire »
- Dresser un état des lieux des liens ville-hôpital: CPTS
- Enrichir la feuille de route à mener pour concrétiser le projet d'établissement

7 temps (atelier/apports expertises):

- ✓ Dossier type de labellisation et feuille de route
- ✓ Proposition sur les points clé de la convention
- ✓ Intervention/témoignage sur des gouvernances innovantes
- ✓ Etat des lieux des liens ville-hôpital sur le territoire des futurs hôpitaux de proximité participants

Exemple

GTTN°5-Optionnel

Projet rédigé & feuille de route rédigée

Thématiques au choix :

Financement

Ou consolidation méthode animation feuille de route

Objectifs du GTT n°5 : GTT **optionnel** avec proposition

- Soit une session sur la gestion de projet, la mise en œuvre de la feuille de route pour renforcer la dynamique territoriale
- Et/ou avec une présentation du modèle de financement par DGOS

3 temps (atelier/ apports experts) :

- Accompagnement à la gestion de projet : structuration, planification
- Partage d'expérience des établissements, questions-réponses
- Présentation du modèle de financement (à valider)

- **But du chantier :**

- faciliter la compréhension de ce que peut être un hôpital de proximité en 2022 à partir d'un florilège **d'études de cas** sur des trajectoires de labellisation d'hôpitaux de proximité et d'hôpitaux en cours de labellisation

- **Objectif principal du chantier :**

- Publier/mettre en ligne au plus tard en mai 2021 une **documentation** à destination des directeurs et Présidents de CME, les référents des ARS, mettant en exergue **les freins et les leviers** pour obtenir une labellisation et répondre aux nouvelles missions, inscription dans le territoire, interface dans l'offre de soins de proximité.

- **Périmètre du chantier :**

- **4** situations d'établissements seront expertisées lors d'entretiens, visites de site. Les ARS concernées seront interviewées en amont.

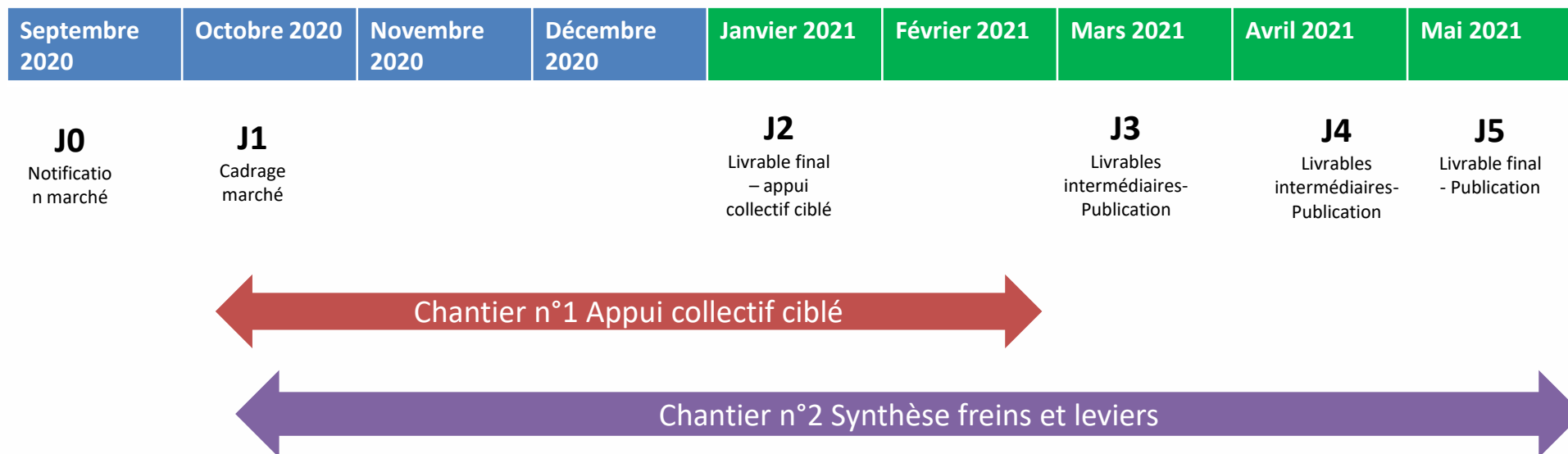
- **4 types de situations à documenter :**

- Situation 1 : l'inscription forte dans le territoire = l'hôpital de proximité labellisé 2016 avec un panel selon les caractéristiques du territoire urbain, rural, semi urbain, la densité de libéraux, CPTS.....etc.
- Situation 2 : la transformation majeure à venir dans le territoire = l'hôpital de proximité qui vise une labellisation 2020 avec un réajustement des missions, une diminution ou extension de l'offre de soins, des capacités d'hospitalisation
- Situation 3 : un site d'établissement qui viserait une labellisation dans le territoire
- Situation 4 : un SSR qui viserait une labellisation en qualité d'hôpital de proximité dans le territoire

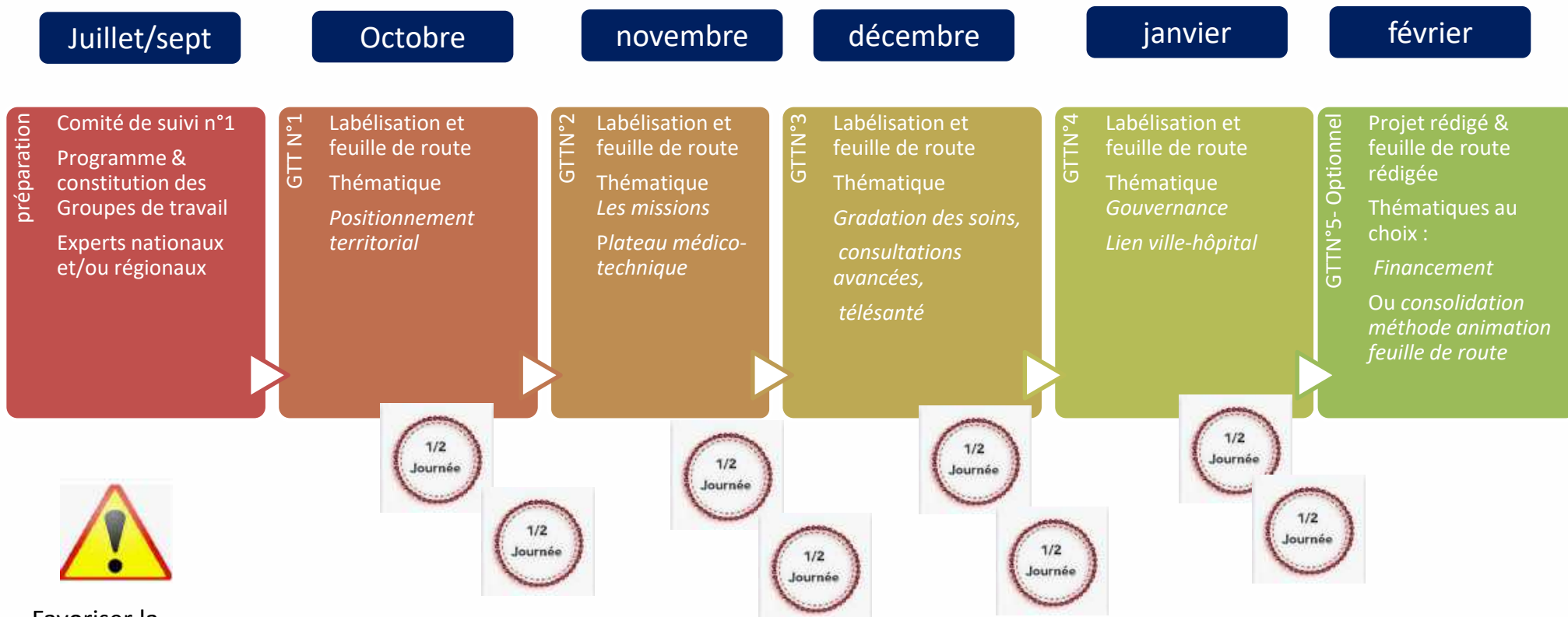
- **Chaque situation sera illustrée par X territoire à minima 3 territoires par situation**

- **Critères : par les ARS,**

- volontaires,
- différents des établissements inscrits dans l'appui collectif ciblé
- en essayant d'avoir une représentativité des territoires (urbain, rural, etc.)
- et des statuts public, privé à but non lucratif, et privé but lucratif.



Macro planning 2020- 2021 niveau n°1



Favoriser la mobilisation dans un contexte de crise sanitaire

- **Date de démarrage : 15 Octobre 2020**

Avez-vous des questions ?

Point d'avancement sur les travaux sur le modèle de financement



OBJECTIFS POURSUIVIS

- Rompre avec la production d'actes au profit d'une logique de mutualisation des ressources
- **Sécuriser les activités** socles des hôpitaux de proximité et **financer les missions élargies**, en complémentarité avec l'action des professionnels de ville
- L'enjeu de mettre en place ce volet de la réforme a été réaffirmé dans le cadre du Ségur de la santé

LE MODELE DE FINANCEMENT PROPOSE (LFSS 2020)

- Une **garantie pluriannuelle de financement** de l'activité de médecine, couplée à des recettes à l'activité dès lors qu'elles sont supérieures au niveau de garantie
- +
- Une **dotation de responsabilité territoriale** visant à:
 - Financer la réalisation des **missions « partagées »** avec les acteurs du territoire (à articuler avec la gouvernance spécifique qui sera mise en place)
 - Accompagner la mise en place d'une **offre de consultation de spécialités et le soutien à l'exercice mixte** des médecins libéraux

ARCHITECTURE GLOBALE CIBLE POUR 2021: UN MODELE QUI NE GENERE AUCUN EFFET REVENU NEGATIF

Un financement dérogatoire de l'activité de médecine: une garantie de financement complétée le cas échéant de recettes liées à l'activité

+

Une **dotation de responsabilité territoriale** prenant en compte l'organisation des missions élargies des hôpitaux de proximité définies dans la LOTSS.

+

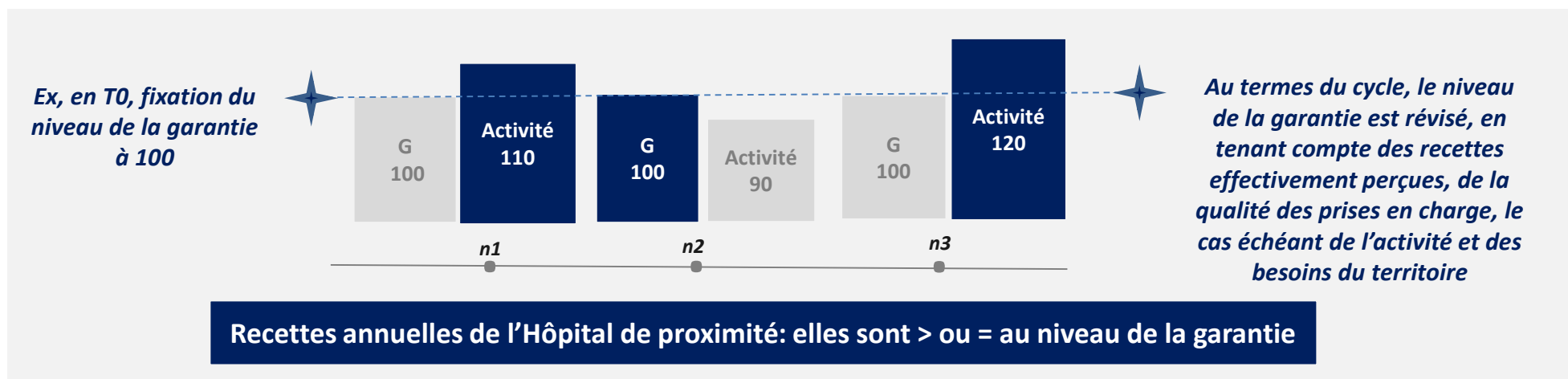
Un financement de droit commun pour:

- Les ACE
- Les activités « optionnelles » (SSR, médecine d'urgence...)
- Le financement à la qualité (IFAQ)



RAPPELS

- Une garantie de financement pluriannuelle fixée **sur 3 ans, sur la base de 100% des recettes historiques** de l'activité de médecine
- Même mécanique que dans le modèle actuel pour **la prise en compte de l'activité** dès lors qu'elle est supérieure au niveau de la garantie



CE QU'IL RESTE À STABILISER:

- L'antériorité des recettes dans le calibrage initial de la garantie
- La prise en compte de la qualité, de l'activité et des besoins de santé dans l'ajustement de la garantie



MODALITES DE CALIBRAGE ET DE REVISION DE LA GARANTIE PLURIANNUELLE

- Sur la base de la liste des établissements répondant au cadre de 2016, 2 scénarios testés:
 - Sc1- Application d'une garantie de financement sur la base de la moyenne (100%) des recettes perçues en **2017, 2018, 2019**
 - Sc2- Application d'une garantie de financement sur la base de la moyenne (100%) des recettes perçues en **2018 et 2019**
- Une comparaison du niveau de garantie par établissement selon le Sc1 et le Sc2 est réalisée:

Etablissements de santé pour qui le Sc1 est plus favorable					
	CH	CH (ex HL)	Clinique privée	EBNL	Total
Part par catégorie d'établissement	49%	52%	43%	39%	50%
Médiane (majoration de la garantie par rapport au scénario alternatif)	44 307	17 629	44 588	75 111	38 393
Etablissements de santé pour qui le Sc2 est plus favorable					
	CH	CH (ex HL)	Clinique privée	EBNL	Total
Part par catégorie d'établissement	51%	48%	57%	61%	50%
Médiane (majoration de la garantie par rapport au scénario alternatif)	37 786	17 805	18 689	46 022	25 009

UNE ANTÉRIORITÉ DES RECETTES SUR DEUX ANS PARAÎT PLUS FAVORABLE AUX ÉTABLISSEMENTS

- Années de référence pour l'application du modèle aux établissements de santé entrant dans le modèle en **2021**: 2019 et 2020*
- Années de référence pour l'application du modèle aux établissements de santé entrant dans le modèle en **2022**: 2020* et 2021

* Pour mémoire en 2020, les établissements de santé ont bénéficié d'une garantie de recettes équivalente à 100,2% de leurs recettes historiques



LA DOTATION DE RESPONSABILITE TERRITORIALE

- **Déléguée par l'ARS**, elle a vocation à soutenir la réalisation des missions de l'hôpital de proximité, qu'ils réalisent conjointement avec les acteurs du territoire.
- Des éléments de **cadrage nationaux** seront également nécessaires (soutien aux consultations et à l'exercice mixte notamment)

REFLEXIONS EN COURS

- Un équilibre à trouver entre la **marge régionale et le cadrage national**

Si l'adaptation du financement à la réalité des projets des établissements est nécessaire, les ARS restent preneuses d'outils (type référentiels) pour faciliter cet exercice.

- L'opportunité de proposer un **montant forfaitaire, identique à tous les établissements**, est également une option envisagée:
 - Soit à **l'entrée dans le modèle**, sous la forme de crédits d'amorçage, pour conforter l'établissement dans la montée en charge de projet
 - Soit comme **une part fixe**, constituante de la dotation
- La **durée** sur laquelle la dotation est fixée est également posée:
 - Elle pourrait être **annuelle**, pour être ajustée en fonction des réalisations des établissements
 - Suivre **la durée de la garantie**, pour apporter de la visibilité aux établissements sur un cycle de 3 ans (un ajustement annuel pourrait être prévu à la demande de l'établissement en cas d'évolution significative des missions)





Elle concerne les établissements **actuellement inclus dans le modèle de 2016** et qui bénéficient d'une garantie annuelle.



OBJECTIFS

- Eviter une bascule brutale en T2A en 2021 des établissements qui bénéficient aujourd'hui d'un modèle de financement protecteur dans le cas où ceux-ci ne rentreraient pas dans le label dès 2021
- Privilégier une **labellisation « qualitative »** en laissant éventuellement aux établissements qui ne rempliraient pas encore les conditions d'éligibilité un temps de montée en charge



MESURE PROPOSÉE

Il est proposé d'intégrer dans le PLFSS 2021 **une mesure transitoire maintenant l'ancien modèle**, pour l'année 2021, pour les « hôpitaux de proximité actuels » qui ne satisferaient pas encore les conditions d'éligibilité.



ÉLÉMENTS À STABILISER

Le **niveau de la garantie** : ce niveau doit permettre une sécurisation des recettes afin d'être plus protecteur que la seule T2A mais ne peut toutefois être aussi attractif que le nouveau modèle de financement (basé sur 100% des recettes historiques)




ENJEU

Un objectif général d'une meilleure prise en compte de la qualité dans les modèles de financement irrigue tous les travaux en cours sur les réformes de financement.



LE CADRE JURIDIQUE DE LA LFSS 2020 PERMET:

- de proposer des indicateurs spécifiques sur le volet garantie et sur le dotation
- de prendre en compte la qualité de façon plus transversale dans le modèle 



TRAVAUX EN COURS: COMMENT MESURER LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE ET DES MISSIONS REALISEES AU SEIN DES HÔPITAUX DE PROXIMITE?

- L'enjeu pour ces structures est notamment de parvenir à mesurer la **qualité des coopérations**, facteur de fluidification des parcours: peu d'indicateurs disponibles à ce jour sur ce champ.
- Brève **enquête/entretiens** réalisés auprès d'établissements (août/sept) pour documenter cette dimension (une dizaine de retour à ce jour)



ELÉMENTS ETUDIÉS

- **Cadre actuel** et démarche qualité conduite au sein des établissements
- **Spécificités** de la prise en charge réalisées en hôpital de proximité qui pourraient être valorisées
- Test de la pertinence de **quelques indicateurs**
- Focus sur « **l'expérience patient** »



LE CADRE ACTUEL DE MESURE DE LA QUALITÉ

Les indicateurs usuels de la qualité applicables aux hôpitaux de proximité font l'objet d'un suivi resserré, bien que certaines limites existent:

- Ils sont jugés parfois **trop « MCO » centrés** et ne prennent pas suffisamment en compte les approches du soin plus « globale » faisant par exemple intervenir des acteurs du médico-social (« la prise en charge en soins palliatifs n'est pas que médicamenteuse »)
- Des effets « seuils » excluent parfois ces établissements du recueil tandis que d'autres **ne sont pas adaptés au fonctionnement de l'établissement** (ex: la lettre de liaison dans le cas d'établissements fonctionnant avec des médecins libéraux)
- La procédure de certification apparaît « lourde », **mais n'est pas remise en cause** et source de progrès au sein des établissements



SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE RÉALISÉE EN HÔPITAL DE PROXIMITÉ

- Une **prise en charge globale** du patient : beaucoup de choses « invisibles » réalisées au sein des établissements
- Une organisation qui **doit éviter les épisodes aigus** (passage par les urgences) ex: démarche systématique d'évaluation de la fragilité
- Une **adéquation de la réponse aux besoins du territoire** s'illustre également par la provenance des patients (prise en charge des patients relevant du bassin de vie même lorsqu'ils sont en « situation complexe »)

QUELQUES INDICATEURS « INTÉRESSANTS » MAIS QUI SOULÈVENT LA QUESTION DE « L'IMPUTABILITÉ » DES ACTIONS AU SEUL ÉTABLISSEMENT:

- Admissions directes
- Taux de réhospitalisation à 30 jours
- Hospitalisations potentiellement évitables

Pour les établissements sur les territoires où une CPTS est installée, ou en cours, **un rapprochement est constaté** sur le suivi des indicateurs de qualité

FOCUS SUR L'EXPÉRIENCE PATIENT

- Une dimension extrêmement pertinente à prendre en compte et qui **parle aux soignants** (ex: partage et échanges au sein des équipes)
- L'intérêt de la méthodologie du « **patient traceur** » est également citée
- Des démarches d'évaluation de la satisfaction/expérience patient largement **conduites au sein des établissements** (ex d'un établissement ayant confié la réalisation d'entretiens auprès des patients à la Commission des usagers)
- Une dimension qui gagnerait à être généralisée mais qui se **heurte à la question de l'administration du recueil** (patientèle âgée, troubles cognitifs)





PREMIERS ENSEIGNEMENTS

- Une prise en compte en compte de la qualité dans le modèle de financement est **difficilement « industrialisable » à ce stade**
- Cette dimension du modèle reste importante et **pourrait monter en charge progressivement**, sous réserve de pouvoir construire des indicateurs robustes
- S'il reste intéressant de disposer d'indicateurs nationaux, la prise en compte de la **spécificité des territoires nécessite également d'avoir une vision régionale de la qualité**
- Le **rapprochement** avec les indicateurs mobilisés dans le cadre des CPTS ou les organisations des soins de ville est à encourager



PISTE À L'ÉTUDE :

- Identifier des « dimensions » de la qualité qui se traduiraient par une liste d'indicateurs à sélectionner en fonction des territoires
- Mobiliser ces indicateurs pour **moduler les financements** de la garantie de financement et de la dotation de responsabilité territoriale

Poursuite des échanges sur la gouvernance des hôpitaux de proximité

 DES ORIENTATIONS STABILISÉES QUI PORTENT SOUPLESSE DES ORGANISATIONS ET INNOVATION

Afin de favoriser l'adhésion des acteurs et des modalités de gouvernance qui pourront s'adapter à la variété des territoires , il est proposé:

- Que l'hôpital de proximité **conclut obligatoirement une convention** avec les acteurs du territoire (a minima la ville): elle décrit les modalités de fonctionnement et d'organisation (ex: Comité ville/hôpital ad hoc, participation à la CME et/ou à la gouvernance de la CPTS...)
- +
- Qu'un **droit d'expérimentation** soit ouvert pour tester des modalités de gouvernance alternatives et innovantes.

Les échanges récents conduisent également à proposer la mise en place **d'une contractualisation entre l'hôpital de proximité (lorsqu'il est de statut public) et le GHT** : elle pourrait décrire la façon dont s'organise la relation (ex: organisation des consultations avancées, modalités d'association au PMP...) en partant d'un angle « ascendant » de la réponse aux besoins territoriaux.

 LES CONCLUSIONS DU SEGUR DE LA SANTE : « Faire des hôpitaux de proximité des laboratoires en matière de coopération territoriale »

- Les travaux relatifs aux hôpitaux de proximité ont intégré le Ségur de la Santé qui en a **confirmé les orientations**.
- Le Comité de concertation a été conforté comme instance de discussion pour poursuivre les discussions relatives à l'adaptation des modalités de gouvernance de ces établissements.
- Une attention particulière devra être portée à **l'association des élus locaux, et plus globalement** dans la construction des politiques territoriales de santé.
- Une articulation nécessaire avec les conclusions sur le pilier « **simplification** » du Ségur de la santé



STABILISATION DU CADRE PROPOSE ET TRADUCTION DANS DES PROJETS DE TEXTES LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

- Sur la **convention obligatoire** : un cadre est nécessaire pour poser les « impondérables », notamment concernant :
 - Le **contenu** de la convention obligatoire : objectif, attributions, produits de sortie
 - Les **signataires** obligatoires et optionnels de la convention
 - Des éléments de cadrage quant au **suivi des objectifs** de la convention
- Sur la **possibilité d'expérimenter des modalités de gouvernance alternatives** :
 - Les **champs ouverts** à la dérogation doivent être explicités : composition et fusion d'instances, compétence des instances, etc.
 - Des **modalités de suivi et d'évaluation** de ces expérimentations doivent être posées.



UNE CONTRIBUTION DES MEMBRES DU COMITÉ SERA DEMANDÉE SUR CES POINTS, TOUT COMME SUR CE QUI POURRAIT ÊTRE ENVISAGÉ DANS LE CADRE CONTRACTUEL AVEC LE GHT



UN OBJECTIF DE PUBLICATION DES TEXTES D'ICI LA FIN 2020

Le gouvernement dispose d'une habilitation à légiférer par voie d'ordonnance pour les mesures d'ordre législatif: celle-ci doit être publiée **au plus tard le 25 janvier 2021**.