



MA SANTÉ 2022
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Comité de concertation #6

10 septembre 2019

ORDRE DU JOUR

- 1. Le financement des hôpitaux de proximité**
 - retours sur la mesure PLFSS
 - le modèle cible porté par la mesure
- 2. Premiers éléments sur la procédure de labellisation**
- 3. De nouveaux hôpitaux de proximité dès 2020: le modèle transitoire proposé**
- 4. Synthèses des contributions du comité sur la gouvernance des hôpitaux de proximité et travaux à venir**



1 -

LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Retours sur la mesure PLFSS

MESURE LÉGISLATIVE PROPOSÉE



Propositions portées dans le PLFSS 2020

- Un **financement garanti de l'activité de médecine** réalisé par les hôpitaux de proximité, couplé le cas échéant à des recettes à l'activité
- Une **dotation complémentaire**:
 - pour **soutenir les missions et le fonctionnement** spécifique des hôpitaux de proximité
 - qui tient compte des organisations mises en place par les **CPTS**
 - et permet notamment d'indemniser les médecins libéraux y exerçant, **pour des temps « non cliniques »**.

Les intentions...

Proposer un modèle de financement:

- qui offre de la **visibilité** aux établissements et qui n'est pas tourné vers la production d'actes;
- favorise la **complémentarité** des acteurs dans la réalisation de missions « partagées » avec les acteurs du territoire;
- soutient **l'exercice mixte** des praticiens, facteur de **décloisonnement** des pratiques et de leur implication dans la vie de l'établissement.

Texte soumis à des évolutions rédactionnelles d'ici son dépôt à l'Assemblée Nationale en octobre

ADHÉSION DU COMITE SUR LES PRINCIPES DE LA MESURE

PROPOSITIONS COMPLEMENTAIRES

- Extension de la possibilité de rémunérer des professionnels libéraux pour leurs activités « non cliniques » (ex: participation aux instances ») **aux établissements privés;**
- Prise en compte **d'indicateurs de santé publique et de qualité** pour moduler les financements
- Étendre le principe de la garantie de financement aux **activités de SSR**

UNE REDACTION A PRECISER SUR LES POINTS SUIVANTS

- Modalités de **fixation du niveau de la garantie**
- Modalités de **détermination du montant de la dotation de responsabilité territoriale et articulation avec les acteurs du territoire** concourant aux mêmes missions

POINTS D'ATTENTION

- Le modèle doit permettre d'éviter la redondance des financements attribués aux CPTS
- La **lisibilité** du modèle doit être améliorée
- Les **moyens** des hôpitaux de proximité doivent être augmentés

Certains partenaires ont salué le processus de travail et de concertation qui a précédé cette proposition



1 -

LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Le modèle cible porté par la mesure

ARCHITECTURE GLOBALE



OBJECTIFS

- faire des modalités de financement un levier d'évolution des pratiques pour davantage de **coopération et de décloisonnement**
- **sécuriser** les activités socles des hôpitaux de proximité
- financer de **nouvelles missions** dont certaines seront **organisées par les CPTS** et partagées avec les acteurs du territoire



ARCHITECTURE GLOBALE

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



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



3- Un financement de droit commun :

- pour les activités « optionnelles » (SSR, médecine d'urgence...)
- les différents compartiments du modèle de financement MCO: IFAQ, MIGAC
- le échéant, les actes chirurgicaux dérogatoires

LA GARANTIE PLURIANNUELLE DE FINANCEMENT DE L'ACTIVITÉ DE MÉDECINE



PRINCIPES

- Fixation d'une **garantie de financement de l'activité de médecine** sur la base de 100% des recettes historiques (moyenne des deux années antérieures) pour 3 ans
- Le montant de cette garantie est **comparée de façon mensuelle** à la valorisation de l'activité (séjours de médecine valorisés aux tarifs T2A):
 - 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
- **Au terme des 3 ans, le niveau de la garantie est revu** sur la base notamment des recettes effectivement perçues sur les 3 années



EXEMPLE



Recettes annuelles de l'Hprox

* En T0, moyenne des deux années précédentes

** Selon des modalités à définir

Deux modifications législatives sont nécessaires (mesure PLFSS 2020)

- **Le périmètre de la garantie :** l'activité de médecine
- **Le versement d'un complément de recettes** lorsque pour une année, le niveau des recettes issues de la valorisation T2A est supérieur au niveau de la garantie.



D'autres relèvent d'un décret d'application (en Conseil d'Etat)

- **Modalités de fixation du niveau de la garantie**
- **Modalités de révision de la garantie:** durée du cycle pluriannuel, indicateurs pris en compte, éléments de calendrier (...)



Des arrêtés
peuvent venir
compléter le
dispositif dans sa
déclinaison
opérationnelle
(modalités de
versement par
exemple)

L'ensemble des textes seront soumis à la concertation dans le cadre du comité

LA DOTATION DE RESPONSABILITÉ TERRITORIALE



PRINCIPES

Cette dotation vise notamment à :

- Financer la réalisation des **missions « partagées »** avec les acteurs du territoire telles qu'elles sont **organisées dans le projet de santé de la CPTS**
 - Prendre en compte certaines **spécificités organisationnelles** des hôpitaux de proximité (fonctionnement avec des médecins libéraux)
 - Autres (ex: soutenir une activité de consultations dès lors qu'elle n'est pas assurée sur le territoire)
- Ces besoins s'apprécient notamment par l'ARS qui **met en cohérence les projets de santé du territoire**

DECLINAISON JURIDIQUE

Mesure PLFSS

- Crée la dotation de responsabilité territoriale (DoResp)
- Fixe le périmètre (missions « partagées » de l'article 35) et indemnisation de l'exercice mixte
- Introduit la qualité des prises en charge dans les modalités de fixation

Décret d'application

- Éléments de cadrage
- Modalités de fixation, de délégation et de révision
- Calendrier

Des arrêtés peuvent venir compléter le dispositif dans sa déclinaison opérationnelle

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



- En complétant notamment le contrat d'exercice libéral, la mesure crée la possibilité pour les hôpitaux de proximité de rémunérer les médecins libéraux pour des activités « non cliniques »:
 - L'indemnité s'ajoute aux honoraires fixés sur la base de la convention médicale: elle ne constitue pas une majoration des tarifs conventionnels.
 - Elle concerne les professionnels libéraux qui participent directement à la prise en charge hospitalière des patients.
 - Elle vise à rémunérer les professionnels libéraux pour leurs activités hospitalières « non cliniques » : temps de coordination avec les équipes soignantes hospitalières, participation aux instances, etc.
- L'indemnité est financée par la dotation de responsabilité territoriale qui est versée à l'hôpital de proximité.

A ce stade la DGOS privilégie une indemnité de type forfaitaire

- La mesure s'applique aux établissements de tous statuts : publics ou privés

La DGOS a retenu la proposition du comité de concertation visant à étendre cette disposition aux établissements privés.

Un décret d'application, précisera les conditions dans lesquels les professionnels libéraux pourront bénéficier de cette rémunération

Afin de préciser davantage **le périmètre et les modalités de délégation** de la dotation de responsabilité territoriale, il est de nécessaire de:

- Documenter la façon dont s'organisent/peuvent s'organiser les missions « **partagées** » des hôpitaux de proximité;
- Etudier quels indicateurs pourraient rendre compte de **la qualité des prises en charge de ces missions**;
- Evaluer le caractère structurellement déficitaire des **autres activités socles des hôpitaux de proximité**: consultations, accès à des plateaux techniques de biologie et d'imagerie, équipements de télésanté;
- Objectiver les **temps « non cliniques »** s'ajoutant à l'exercice libéral en hôpital de proximité;
- ETC



ARTICULATION CIBLE DES MISSIONS PARTAGEES AVEC LES CPTS



Sur la base de diagnostics territoriaux, la **CPTS** organise sur son territoire:

- l'accès aux soins
- les parcours
- la prévention



L'organisation des soins primaires et des acteurs mobilisés est formalisée dans un **projet de santé**

L'hôpital de proximité



assure :

- des soins hospitaliers en médecine
- des consultations de spécialités
- l'accès à des plateaux techniques et la télésanté

En fonction des **besoins de la population et des organisations définies**, l'hôpital de proximité contribue:

- à l'appui des professionnels de ville
- à la prise en charge des populations vulnérables
- aux actions de prévention
- à la continuité et à la permanence des soins

Un espace de **gouvernance opérationnel** à inventer pour favoriser l'émergence de projets territoriaux articulés et décloisonnés



Un « **contrat** » définissant les rôles de chacun et donne lieu à délégation de la DoResp par l'ARS



2-

Premiers éléments sur la procédure de labellisation

Rappel article 35 LOTSS : habilitation à légiférer par voie d'ordonnance

« 1° Déterminer les modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité est établie par l'autorité compétente; [...]

3° Déterminer dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité juridique »

Champ de l'ordonnance

- L'autorité compétente pour établir la liste des hôpitaux de proximité
- Eléments de cadrage permettant de déterminer dans quelles conditions des sites géographiques peuvent être labellisés hôpitaux de proximité.



Décret d'application

- Conditions d'éligibilité au label : activités socles, exercice des missions
- Calendrier et procédure d'établissement de la liste
- Durée du label
- Etc.



Arrêtés

- Liste
- Etc.

PROPOSITIONS DGOS

Une labellisation sur la base du volontariat des établissements

La **dynamique territoriale** de coopération qu'implique l'organisation cible nécessite une adhésion forte au modèle.

Une montée en charge à prendre en compte dans le processus

- Les missions et le fonctionnement énoncés dans l'article 35 de la LOTSS sont une cible. Le **temps de montée** en charge pour l'atteindre doit être pris en compte dans ce processus (un prérequis néanmoins: l'autorisation de médecine)
- Les établissements pourront bénéficier d'un accompagnement par les ARS

Les hôpitaux de proximité : au cœur de l'offre de soins sur les territoires

Le maillage territorial de l'offre hospitalière de proximité est un élément structurant de la **politique régionale**. Aussi l'ARS semble ainsi être l'échelon le plus légitime pour établir la liste des hôpitaux de proximité sur la base d'éléments de cadrage nationaux.

Il semble pertinent d'asseoir la « durée de vie du label » sur celle de l'autorisation de médecine.

Quels types d'éléments de cadrage nationaux seraient nécessaires?
Comment caractériser les EG susceptibles de jouer le rôle d'hôpital de proximité?



3 -

De nouveaux hôpitaux de proximité dès 2020

—

Le modèle transitoire proposé

DE NOUVEAUX HÔPITAUX DE PROXIMITÉ DÈS 2020



OBJECTIF : ENGAGER LA DYNAMIQUE DE STRUCTURATION DES SOINS DE PROXIMITÉ, PARALLÈLEMENT À LA MONTÉE EN CHARGE DES CPTS DÈS 2020

VAGUE 1- PRINTEMPS 2020: LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS PAR LA RÉFORME DE 2016

Aujourd'hui 241 établissements sont labellisés hôpitaux de proximité sur la base d'une activité de médecine et de critères de fragilité du territoire (ces derniers n'ont pas vocation à être maintenus).

Tous ne satisfont pas, actuellement, aux missions et activités socles définies par l'article 35.

PROPOSITIONS:

- Afin d'accompagner ces établissements vers le modèle cible d'organisation **il est proposé l'inclusion, pour un an, de ces établissements sur la liste des hôpitaux de proximité;**
- **Ils bénéficient dès 2020 des nouvelles modalités de financement** et d'un accompagnement des ARS pour tendre vers le modèle cible;
- En **2021**, leur intégration au label « nouvelle version » sera examinée selon la nouvelle procédure mise en place.

VAGUE 2- AUTOMNE 2020: ETABLISSEMENTS REpondant AU CADRE DE DEFINITION (QUI SERA STABILISE A LA FIN DU 2nd SEMESTRE 2020)

2020: ANNEE DE TRANSITION



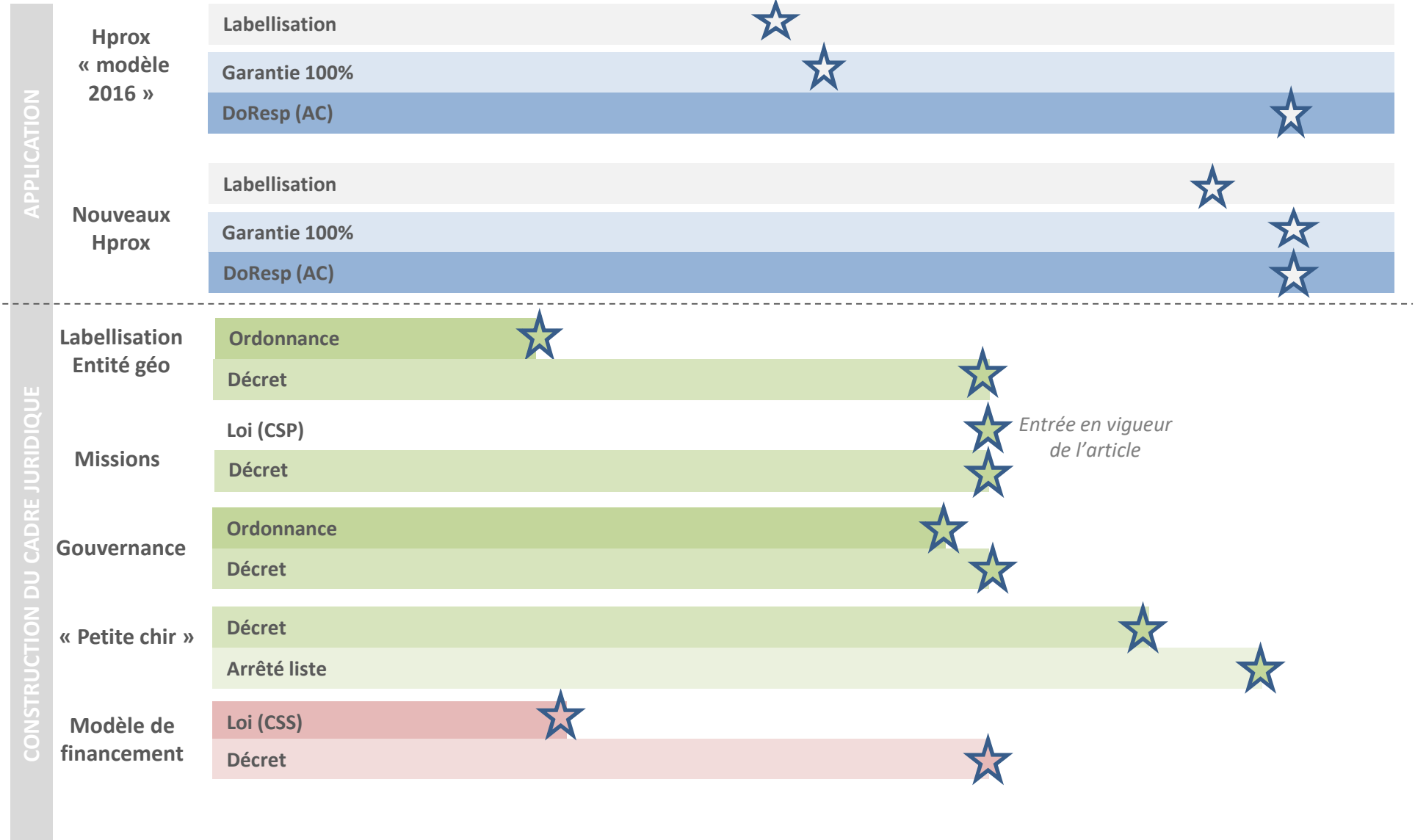
T4 2019

T1 2020

T2 2020

T3 2020

T4 2020





4 -

Synthèse des contributions sur la gouvernance et travaux à venir

RETOURS SUR LE COMITÉ DU 21 JUIN

- Consensus sur la nécessité **d'ouvrir la gouvernance** des hôpitaux de proximité aux professionnels de ville
- Un enjeu partagé de rendre les **instances plus attractives** (tant pour les professionnels de ville que pour que les hospitaliers) et **souples** dans ces modalités de fonctionnement
- L'articulation avec les GHT fait débat.



PROPOSITION DGOS:

- Documenter les **besoins des acteurs** en termes d'impulsion et de formalisation des coopérations (définition des objectifs de cette coopération)
- Identifier **les freins et les leviers** pour favoriser la coopération ville
- Caractériser davantage les **différentes configurations et organisations** des établissements qui pourront rentrer dans le modèle « cible »

Appel à contribution du Comité de concertation (août 2019)

Réflexion à conduire
parallèlement à la montée en
charge des CPTS

LES BESOINS ET PROJETS NÉCESSITANT DES COOPÉRATIONS ENTRE ACTEURS EN PROXIMITÉ

- L'articulation de l'offre de **soins non programmés** sur le territoire:
 - L'hôpital de proximité peut **appuyer** cette offre (maisons de garde, mise à disposition de plateaux techniques, participation à la PDSA)
 - Ce rôle doit nécessairement être **défini conjointement avec les acteurs du territoire et de la CPTS** pour éviter toute forme de concurrence inefficace
- Le développement d'organisations permettant **l'admission directes des patients** (sans passage aux urgences)
- La prise en charge de la **personne âgée** (repérage de la fragilité de la personne âgée, éléments de bilan à la demande de la médecine de ville...)
- La mise en place d'une **offre de consultations** et l'accès à des **avis spécialisés**: ils peuvent être assurés tant par des praticiens hospitaliers que par des médecins libéraux et être réalisés par télémédecine
- La **mutualisation de moyens** et des fonctions support (SI par exemple, aide au montage de projets)
- La participation conjointe à des **actions de prévention et éducation à la santé**

LES DIFFÉRENTS LEVIERS ENVISAGÉS POUR FACILITER LES COOPÉRATIONS AUTOUR DE PROJETS COMMUNS

- **L'exercice partagé** (ville/hôpital, consultations)
- La **valorisation** de la participation des professionnels libéraux à la vie institutionnelle de l'hôpital de proximité
- La participation d'un **membre de la CPTS** à la CME. En l'absence de CPTS, les MSP, MMG ou représentants des URPS pourraient représenter les professionnels (les professionnels paramédicaux sont également cités)
- A terme, des financements de type « intéressement collectif » seraient de nature à favoriser l'action commune des acteurs
- L'intégration des **élus et des usagers** aux dynamiques territoriales
- « L'incarnation » de la **direction de l'hôpital de proximité** sur place (a minima directeur délégué)

MODALITÉS DE COOPÉRATION

- La nécessaire **souplesse du cadre** de la coopération est relevée par tous. Il s'agit en particulier de:
 - ne pas multiplier les instances et capitaliser sur l'existant
 - prendre en compte les contraintes d'exercice de chacun des acteurs
 - mettre en place des organisations nécessairement « réactives » pour répondre aux besoins immédiats en proximité
- **Différents cadres** sont cités pour formaliser ces coopérations: Commission/conférence médicale d'établissement (CME), comité ad hoc « Ville-hôpital », instance de gouvernance de la CPTS, notamment.
- Des propositions quant à la **composition et au format des instances** sont également formulées ainsi que la **participation croisée** des acteurs aux instances de l'hôpital de proximité et des CPTS.



POINTS D'ATTENTION

- Les acteurs sont vigilants à la **place des GHT** dans l'organisation des soins de proximité et à l'autonomie « concrète » des hôpitaux de proximité (par ex: recrutement et contractualisation avec la médecine de ville);
- De la même façon, pour les représentants des établissements de santé l'implication des professionnels doit être **centrée sur l'organisation de la réponse aux besoins de soins primaires des patients**;
- Des pistes sont évoquées pour articuler les enjeux de la proximité et le rôle des GHT: l'inclusion d'un volet « proximité » dans les **PMP**, la création d'une **commission de proximité dans le GHT**, gérée par les hôpitaux de proximité.



ENSEIGNEMENTS:

- La question de la gouvernance est centrale dans la réussite du modèle cible: si certains consensus sont atteints, d'autres points doivent être davantage documentés (dans un **environnement en transformation**)
- La poursuite des travaux sur la réalisation des missions et les modalités de financement sera de nature à rendre **plus concrètes les modalités de coopération et le degré d'institutionnalisation nécessaire.**

PROCHAINES ETAPES



T4 2019

- Une à deux journées de travail avec les établissements pilotes sur le **champ de l'organisation concrète des missions** (pour nourrir les réflexions sur les modalités de gouvernance et de financement)
- Constitution d'un réseau au sein des ARS pour préparer le **déploiement** et identifier les **besoins d'accompagnement** des établissements
- Enquête « flash » auprès de quelques ARS pour **creuser certaines thématiques ciblées**, notamment:
 - caractéristiques d'entités géographiques pouvant jouer un rôle d'hôpital de proximité
 - éléments de cadrage nationaux à produire pour labelliser des hôpitaux de proximité sur la base des missions réalisées

OBJECTIFS

- Aboutir à des propositions **concrètes** sur la procédure de labellisation
- Intégrer l'appui des hôpitaux de proximité dans la **stratégie de déploiement des CPTS**
- Identifier les **axes de travail** pour le calibrage et les conditions de délégation de la **Do-Resp** (lancement des travaux techniques post-PLFSS)

JOURNÉE DE TRAVAIL DU 2 OCTOBRE- ÉTABLISSEMENTS PILOTES



OBJECTIFS:

Partager des retours d'expérience autour:

- d'actions et organisations déjà en place
- de projets en cours de construction



CINQ THÉMATIQUES IDENTIFIÉES:

- La participation d'un 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 de spécialité**
- L'intégration de l'hôpital de proximité dans une **CPTS**
- L'organisation territoriale mise en place pour **éviter le passage aux urgences des personnes âgées**
- La participation à des actions de **prévention**

Restitution lors du Comité de concertation #7