

NOTE FINANCEMENT

DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

– Juillet 2019 -

1. PROCEDURE DE LABELLISATION

- **Redoter les établissements mono-SSR en lits de médecine** : l'article 8 de loi Ma Santé 2022 laisse de côté les ex-Centres Hospitaliers Locaux qui ne peuvent pas avoir le statut d'hôpital de proximité (activité de SSR et/ou d'USLD, sans médecine) ainsi que ceux qui n'optent pas pour la modalité de financement hôpital de proximité. Les établissements mono-SSR doivent être redotés en lits de médecine, notamment dans le cadre de la refondation des autorisations actuellement en cours.
- Les Agences Régionales de Santé doivent recevoir des directives afin qu'elles confèrent la reconnaissance gériatrique à des établissements (les CHL en particulier) dont la patientèle a, pour la médecine et le SSR, plus de 80 ans de moyenne d'âge pour tout ou partie des lits (afin de conserver des lits de soins palliatifs ou accueil des moins de 60 ans), et en dépit des qualifications des praticiens et des conventions d'appui des CH voisins pour l'accès à leur plateau technique. De même, il n'y a pas d'engagement ~~pas~~ dans la reconnaissance des activités et des lits de soins palliatifs ou d'États Végétatifs Chroniques, autant de mesures qui avec les précédentes, contribueraient à améliorer les recettes de ces établissements, principales victimes du système de tarification. Ces activités sont exercées selon les normes en vigueur mais niées par les ARS.

2. MODALITES DE FINANCEMENT

La réforme de 2016 n'a eu aucun rôle protecteur. Le nouveau financement des Hôpitaux de proximité est peu sécurisant et complexe. Les soins prodigués aux personnes âgées dépendantes et en particulier aux personnes très âgées (90 ans et plus) que les CHL prennent en charge (séjours plus longs et soins moins techniques) sont sous-cotés.

- Les critères de la DOP, qui n'ont jamais été transparents, doivent être revus :
 - pour soutenir la participation des médecins libéraux
 - pour maximiser la prise en charge des personnes âgées
 - pour lutter contre les déserts ruraux

- Le financement de l'activité de médecine devrait être sécurisé sur 5 ans au lieu de 3 comme ce que prévoit la réforme.

- Il faut un fléchage pour le financement des consultations avancées, par exemple sur le fond de Missions d'Intérêt Général.

- Définir une activité de court séjour intermédiaire : séjours de médecine nécessitant des durées de séjours plus longues que les prises en charge habituelles. Cette disposition est essentielle pour une bonne prise en soins des personnes âgées dépendantes.

- Pour permettre une meilleure réactivité à l'augmentation d'activité, le mode de calcul de la part fixe de la Dotation Forfaitaire Garantie doit évoluer :
 - au lieu de se baser sur les recettes historiques N-1 et N-2, il devrait se faire sur les 12 derniers mois glissants (sous condition qu'ils soient nettement supérieurs à la moyenne)
 - a contrario, si l'activité augmente fortement (par exemple, + 5%), une clause de révision doit permettre de réévaluer rapidement le montant de la part fixe.

Le financement IFAQ à la qualité devra être précisé, notamment dans le cadre des certifications de GHT à venir. En effet, un hôpital de proximité n'ayant ni bloc ni maternité, ne devra pas être pénalisé pour de mauvais résultats d'une certification globale sur ces activités.