

## L'ARTICLE 8 : LA DÉROGATION À LA PRATIQUE DE CERTAINS ACTES CHIRURGICAUX



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION  
DU SYSTÈME DE SANTÉ

### DÉROGATION INTRODUITE SUITE AUX DÉBATS PARLEMENTAIRES

**OBJECTIF:** Permettre à des hôpitaux de proximité de réaliser certains actes chirurgicaux sur des territoires où l'offre fait défaut, dès lors que les conditions de qualité et de sécurité des soins sont réunies.

### CADRE ENVISAGE

Dérogation accordée par le DG ARS, au cas par cas, sur la base d'actes ciblés, impliquant des procédures courtes, standardisées et à faible niveau de risque:

- Liste établie par arrêté ministériel
- Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités de mise en œuvre de cette dérogation

### METHODOLOGIE D'ELABORATION DE LA LISTE

- Liste des actes travaillée dans le cadre du **GT « autorisation de chirurgie »** piloté par la DGOS et réunissant les fédérations hospitalières, les sociétés savantes, la HAS
- **Avis conforme** de la HAS sur liste
- Arrêté ministériel

## L'ARTICLE 8 : LE CAS DES ETABLISSEMENTS « MONO-SSR »



**CONTEXTE:** l'obligation de détenir une autorisation de médecine exclut les établissements de SSR de la labellisation. Pourtant certains SSR sont déjà « proches » du modèle d'organisation cible.

**PROPOSITION DGOS:** accompagner certains SSR proches du modèle cible vers la labellisation et l'obtention d'une autorisation de médecine;

**TRAVAUX EN COURS:** identification avec les ARS de la réalité de cette problématique et des conditions permettant de faciliter la mise en œuvre de cette option.

### PREMIERS RETOURS DES ARS

- Une problématique **plus ou moins présente** au sein des régions et dépendante de **contextes territoriaux** (absence d'offre alternative notamment);
- Une transformation qui doit s'articuler avec les enjeux de **démographie médicale**, de dynamiques territoriales et de maillage de l'offre;
- Un besoin identifié de définir « **la médecine de proximité** » (à lier aux travaux sur l'évolution des autorisations) pour apprécier la capacité des établissements à satisfaire les conditions de qualité et de sécurité des soins



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION  
DU SYSTÈME DE SANTÉ



# SUITE DES TRAVAUX – GOUVERNANCE ET ARTICULATION AVEC LA VILLE

## QUELLES ATTENTES SUR LES EVOLUTIONS DE LA GOUVERNANCE?



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION  
DU SYSTÈME DE SANTÉ

### CHANTIER II: CRÉER LES CONDITIONS D'UNE RELATION REINVENTÉE ENTRE LES ACTEURS DU TERRITOIRE ET L'HÔPITAL DE PROXIMITÉ

#### OBJECTIFS:

- Favoriser le développement de dynamiques territoriales communes, notamment avec les CPTS, incluant en particulier l'exercice partagé...
- ...et bénéficier de l'appui des Groupements hospitaliers de territoire (pour les établissements publics) et de la médecine de ville de deuxième ligne dans la mise en place de parcours de soins et d'accès à l'expertise (consultations avancées).

#### CONTEXTE

Révision des compétences et des instances de gouvernance des établissements publics (An II des GHT)

#### ENJEUX DES TRAVAUX

- Définir au sein des instances de gouvernance ce qui doit être renforcé en proximité pour les ES de tous statuts
- Proposer des organisations adaptées aux enjeux de la proximité, du décloisonnement et de l'exercice partagé
- Prendre en compte la montée en charge progressive des CPTS pour susciter l'adhésion des professionnels

MISE EN PLACE DE GROUPES DE TRAVAIL THEMATIQUES AVEC LES ETABLISSEMENTS PILOTES ET DES PROFESSIONNELS DE VILLE



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION  
DU SYSTÈME DE SANTÉ



# SUITE DES TRAVAUX – FINANCEMENT

## RAPPELS SUR LE MODELE DE FINANCEMENT ACTUEL

### ÉLIGIBILITÉ

- Une activité de médecine plafonnée (- de 5500 séjours). Pas d'activité de chirurgie, pas d'activité d'obstétrique.
- Un territoire « fragile », déterminé sur la base de critères géographiques, sociaux et des caractéristiques l'offre de soins sur le territoire.

### PRINCIPES DU MODÈLE DE FINANCEMENT

Le modèle de financement actuel repose sur une valorisation de l'activité à laquelle est fixée un « plancher » : la **dotation forfaitaire garantie (DFG)**. Cette garantie de revenu, équivalente à **90% en moyenne**, est déterminée pour chaque établissement sur la base :

- Des recettes historiques : « le socle » (70% en 2018)
- Du caractère plus ou moins fragile du territoire (apprécié par les valeurs des critères d'éligibilité): +/- 20% des recettes historiques: **c'est la dotation organisationnelle et populationnelle (DOP)**. **L'ARS a la possibilité de moduler** cette part de la garantie entre les établissements de la région.

### MISE EN ŒUVRE

En début d'année, l'ARS notifie le montant de la DFG aux établissements de la région. Parallèlement, l'établissement transmet mensuellement ses données d'activité qui sont comparées à la DFG (en montants cumulés) :

L'établissement perçoit des recettes :

- **équivalentes à la dotation garantie**, si la valorisation de son activité (recettes T2A) est inférieure au montant de sa garantie
- **aux recettes T2A** si elles excèdent le niveau de sa garantie.

## QUELLES ATTENTES SUR L'ADAPTATION DU FINANCEMENT AUX MISSIONS?



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION  
DU SYSTÈME DE SANTÉ

### ENJEU

Le modèle d'organisation cible des hôpitaux de proximité, en décloisonnant les pratiques entre la ville et l'hôpital, doit conduire à un recours moindre à l'hospitalisation.

La croissance de l'activité ne peut donc constituer le « cœur » du modèle de financement.

### OBJECTIFS (PREMIÈRES RÉFLEXIONS)

- Economiques:
  - Garantir le financement des activités socles des hôpitaux de proximité: la médecine, les consultations de spécialités, l'accès à des plateaux techniques
  - Financer des missions nouvelles dont certaines seront organisées par les CPTS et partagées avec les autres acteurs du territoire
- Organisationnel: favoriser la coopération avec les autres acteurs de la ville et du territoire au travers notamment d'organisations spécifiques (gouvernance, exercice mixte...)
- Opérationnel: simplicité et lisibilité pour les acteurs

### CONTEXTE

Travaux relatifs à l'évolution de la tarification hospitalière avec plusieurs chantiers en cours: l'IFAQ V2, les forfaits « pathologies chroniques », la réforme du financement des SSR, de la psychiatrie, expérimentations « bundle payment » et intéressement collectif.