

La réforme des hôpitaux de proximité

SUPPORT MÉTHODOLOGIQUE



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



SOMMAIRE

Editorial	5
Introduction	7
Première partie : qu'est-ce qu'un hôpital de proximité ? Critères d'éligibilité des établissements de santé et modalités d'entrée et de sortie dans le dispositif.....	9
1.1 Les critères liés aux autorisations et à l'activité de médecine	9
1.2 Les critères liés aux caractéristiques du territoire de l'établissement	9
1.2.1 Définition du territoire de proximité.....	9
1.2.2 Les critères retenus pour caractériser la fragilité du territoire.....	10
1.3 Les critères de rattrapage	10
1.4 Les modalités d'entrée et de sortie dans le dispositif des hôpitaux de proximité.....	11
1.5 Exemple d'application	12
Deuxième partie : les missions des hôpitaux de proximité	14
2.1 Le renforcement de l'offre de premier recours et l'accès à des consultations spécialisées.....	14
2.2 Le rôle d'orientation vers le deuxième recours et le médico-social	15
2.3- Les dispositifs de coordination qui pourront être mobilisés au profit des hôpitaux de proximité à brève échéance	16
2.4 L'inscription des missions des hôpitaux de proximité dans les projets de territoire.....	17
Troisième partie : le modèle de financement applicable aux hôpitaux de proximité.....	18
3.1 La dotation forfaitaire garantie (DFG)	20
3.1.1. La part fixe	20
3.1.2. La dotation populationnelle et organisationnelle (la DOP).....	20
Principe.....	21
Méthodologie de calcul et illustration	21
3.1.3. Fixation de la DFG par les DGARS.....	23
3.2 La majoration de la dotation par l'activité valorisée	23
3.3 Modalités de versement de la dotation hôpitaux de proximité	24
3.3.1 Évolution de l'arrêté versement mensuel pour les établissements hors facturation directe .	24

3.3.2. Application aux établissements sous facturation directe	26
3.4 Prise en compte du coefficient prudentiel et reversement en cas de dégel	27
3.5. Prise en compte des données lamda et des factures rectificatives	27
3.6. Calendrier annuel de mise en œuvre	28
Quatrième partie : l'année 2016.....	28
4.1-Transmission des données d'activité et bascule dans le modèle hôpitaux de proximité.....	29
4.2. Régularisation des recettes entre le modèle T2A ou DAF et la dotation hôpitaux de proximité	29
4.3. Cas des ex-hôpitaux locaux n'entrant pas dans la réforme	30
4.4 Inscription comptable de la dotation HPR pour 2016 (voir maquette EPRD ATIH)	30
Annexe 1- Principaux résultats de l'enquête DGOS de 2014 auprès des ARS :33	
Annexe 2 : les textes réglementaires de la réforme des hôpitaux de proximité	35
Annexe 3 : modèles d'arrêtés régionaux.....	54

EDITORIAL

Le renforcement de l'offre de premier recours et de proximité est une priorité pour la DGOS, inscrite fortement dans son programme de travail depuis 2012, tant sur son versant « ville » que sur son versant hospitalier. C'est en effet dans la proximité que se gagneront les principaux défis qui se posent à nous : garantir pour tous l'équité d'accès à des soins de qualité sur tous les territoires et réussir à construire des prises en charge fluides et efficaces pour nos patients de plus en plus souvent atteints de pathologies chroniques et de plus en plus vulnérables, par leur âge, leur maladie, leur isolement ou leur situation sociale.

Nous devons concevoir les hôpitaux de proximité comme un pivot de l'offre de soins sur les territoires. Au travers de leurs missions, ils sont un point de rencontre entre les soins de ville et les soins hospitaliers, le premier et le second recours, le sanitaire et le médico-social. Au cœur des prises en charge de proximité et des parcours de soin, ils ont également vocation à jouer un rôle dans leur environnement. Ils sont, et le seront davantage demain, un lieu d'intégration, un support d'innovations organisationnelles construites entre professionnels de santé quels que soient le métier ou le mode d'exercice.

La reconnaissance de ce rôle crucial, de cette responsabilité que portent les hôpitaux de proximité vis-à-vis de la population et des professionnels de santé, trouve aujourd'hui sa traduction dans une évolution de leur financement. En effet, pourquoi financer de la même façon hôpitaux de proximité et centre hospitaliers ou centre hospitalo-universitaires alors que leur positionnement stratégique est différent ? Le nouveau modèle de financement, construit en étroite association de l'ensemble des parties prenantes, est en rupture avec la T2A. Il leur donnera les moyens d'assurer pleinement leurs missions et de développer leurs projets. Egalement, les Groupements Hospitaliers de Territoire, obligatoires pour les hôpitaux de proximité de statut public et ouverts au partenariat des établissements d'autres statuts, soutiendront ce mouvement, par leurs projets médicaux partagés et en leur offrant un support médical, médico-technique, logistique et administratif.

Ce guide méthodologique, fruit d'une forte mobilisation de tous les acteurs, que je souhaite ici remercier, vient entériner cette ambition forte et déterminante pour notre système de santé. Il a vocation à accompagner les établissements dans cette réforme en cours en partageant une vision de leur rôle et positionnement dans l'offre et en explicitant les évolutions du modèle de financement.

A ce titre, l'année 2016 est une année importante et charnière. Ce sera la première année de mise en œuvre de ce modèle de financement innovant. Tout en sécurisant les ressources allouées, il incitera à de nouvelles organisations et de nouveaux partenariats. L'enjeu est important mais je sais pouvoir

compter sur vous pour permettre aux hôpitaux de proximité de pleinement s'affirmer sur nos territoires.

De nombreux travaux restent à conduire, j'en suis consciente. Mais je ne doute pas de l'engagement de l'ensemble de tous pour parvenir à toujours mieux adapter notre système de soins à la réalité des situations locales.

Anne-Marie ARMANTERAS de SAXCE

Directrice Générale de l'Offre de Soins

INTRODUCTION

La réforme des hôpitaux de proximité est l'aboutissement d'un certain nombre de travaux et constats menés depuis 2012:

- En 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a supprimé la notion d'hôpital local (HL). Les lois de financement de la sécurité sociale successives n'ont cependant pas remis en cause la dérogation d'un financement à la tarification à l'activité (T2A) pour les ex-HL exerçant une activité de médecine. Ces établissements ont donc continué à être financés, jusqu'en 2016, en dotation annuelle de financement (DAF). Cette dérogation au droit commun devait ainsi prendre fin le 1 janvier 2015 avec un passage à la tarification à l'activité, qui aurait, pour la majorité d'entre eux, affaibli ces établissements.
- Dès 2012, le Pacte territoire santé consacre l'engagement n°11 au renforcement du rôle des hôpitaux de proximité (HP) dans l'appui au premier recours. Les hôpitaux de proximité sont, pour nombre d'entre eux, implantés sur des territoires où la densité médicale décline, et jouent, à ce titre, un rôle important en matière d'attractivité pour les médecins généralistes. L'ambition de cet engagement est de s'appuyer sur les hôpitaux de proximité comme levier pour attirer ces médecins. Il vise également à mobiliser les centres hospitaliers régionaux dans le soutien aux hôpitaux de proximité.
- Un rapport de la Cour des comptes¹, publié en 2013, se penche sur l'avenir des ex-HL. Il fait tout d'abord le constat de la spécificité des prises en charge assurées dans ces structures : faible volumétrie, durée moyenne de séjour (DMS) de 15 jours, âge moyen de la patientèle de 80 ans avec d'importantes comorbidités². La Cour y reconnaît par ailleurs le rôle spécifique des ex-HL dans des zones où il y a une pénurie de professionnels de santé: leur présence, malgré une volumétrie de séjours parfois très faible, peut être justifiée par les besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins. Enfin, la Cour des Comptes préconise de mettre en place un modèle de financement introduisant de la mixité (part fixe et à l'activité).

Dans ce contexte, la DGOS a lancé en 2014³ une enquête auprès des ARS dont l'objectif était de documenter la notion « d'hôpital de proximité ». L'annexe 1 présente les principaux enseignements de cette enquête. Ces travaux ont montré notamment que d'autres établissements (tous statuts juridiques confondus) financés à la T2A présentent des caractéristiques similaires aux ex-HL et devaient, à ce titre, être intégrés à la réflexion sur l'évolution du modèle de financement des anciens hôpitaux locaux. Les ARS ont également insisté sur le fait que l'intérêt de la présence de structures dites de proximité était étroitement lié au contexte local (densité médicale et offre de soins locale notamment).

¹ Cour des comptes, *L'avenir des hôpitaux locaux*, septembre 2013, www.ccomptes.fr

² Les niveaux de sévérité 3 et 4 représentent plus de 33% du total de l'activité

³ Enquête DGOS 2014 : réalisation d'un état des lieux sur 300 petits établissements de santé.

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, une mesure législative en LFSS pour 2015 a été portée par le ministère visant d'une part à reconnaître le rôle spécifique des hôpitaux de proximité, dont font partie la plupart des ex-HL, et, d'autre part, à leur appliquer un modèle de financement mixte dérogeant à la tarification à l'activité, et plus adapté au volume et à la nature de l'activité produite par ces établissements. L'article 52 définit les hôpitaux de proximité sur la base de leur activité de médecine avec une absence d'activité de chirurgie et d'obstétrique, indépendamment de la catégorie juridique de l'établissement.

L'année 2015 a été consacrée à la rédaction des textes d'application de l'article 52 de la LFSS 2015 et notamment du décret d'application qui précise les critères d'éligibilité des hôpitaux de proximité et les modalités de financement applicables aux établissements qui y répondent. Les éléments décrits dans ce texte émanent de différents travaux menés avec l'ATIH, en charge notamment du pilotage d'une étude externe⁴ portant sur la définition de l'hôpital de proximité, ses missions et les modalités de financement. Ils ont, par la suite, fait l'objet d'échanges avec l'ensemble des fédérations hospitalières, les ARS, et la Cnamts.

Le décret⁵ apporte des éléments de définition supplémentaires aux hôpitaux de proximité basés sur les caractéristiques du territoire qu'ils desservent (cf. annexe 2), cette approche territoriale étant également un des paramètres du modèle de financement.

Ce texte positionne l'hôpital de proximité à la jonction entre le premier recours, le second recours et le médico-social.

Le modèle de financement proposé est basé sur une dotation construite à partir des recettes historiques de l'établissement, des caractéristiques de son territoire et de l'activité produite. Il répond à un double objectif : d'une part stabiliser les ressources de ces établissements en leur apportant de la visibilité et d'autre part les encourager à développer leur activité. Il répond également à la contrainte de faire converger des règles de financement différentes (DAF et T2A) au sein d'un même modèle.

L'objet de ce guide est d'apporter une lecture pédagogique des textes d'application de la réforme des hôpitaux de proximité. Les deux premières parties sont consacrées à la définition des hôpitaux de proximité et aux missions qui leur seront confiées. La troisième partie présente le modèle de financement applicable aux hôpitaux de proximité. Enfin, la dernière partie de ce guide s'attache à décrire les modalités de mise en œuvre de la réforme pour 2016.

⁴ Cette étude sera publiée sur le site de l'ATIH prochainement

⁵ Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement

PREMIERE PARTIE :

QU'EST-CE QU'UN HOPITAL DE PROXIMITE ?

CRITERES D'ELIGIBILITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MODALITES D'ENTREE ET DE SORTIE DANS LE DISPOSITIF⁶

1.1 LES CRITERES LIES AUX AUTORISATIONS ET A L'ACTIVITE DE MEDECINE⁷

Un établissement peut être hôpital de proximité :

- s'il détient une autorisation en médecine délivrée par l'ARS ;
- s'il n'est pas autorisé en chirurgie ou en obstétrique ;
- si l'activité de médecine n'excède pas un seuil plafond.

Ces trois conditions sont cumulatives.

Le seuil plafond a été fixé à 5500 séjours par l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité (cf. annexe 2). Il s'appuie sur les travaux de l'ATIH pour caractériser les plus petits établissements (- de 5500 séjours). Ce seuil relativement élevé permet d'assurer la stabilité du dispositif et la prise en compte des variations annuelles d'activité. Il favorise également le développement d'activités pour ces structures. Il concerne l'activité en hospitalisation complète des séjours de médecine (hors séances) et est appliqué sur l'activité moyenne des deux années précédentes⁸ (les modalités de calcul du seuil sont décrites dans la partie 4. Mise en œuvre).

1.2 LES CRITERES LIES AUX CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE DE L'ETABLISSEMENT⁹

1.2.1 Définition du territoire de proximité¹⁰

Dans le cadre de l'étude externe pilotée par l'ATIH, différentes définitions du territoire ont été étudiées :

- le bassin de vie, défini par l'INSEE comme le territoire au sein duquel ses habitants ont un accès aux principaux services et à l'emploi. Il est apparu dans de nombreux cas soit trop petit soit trop large, d'où des situations très disparates ne permettant pas un traitement équitable de tous les établissements ;
- la zone de recrutement, construite par l'ATIH à partir de la provenance des patients. Cette

⁶ Article 1er du décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement.

⁷ 1° de l'article R. 6111-24 du CSP.

⁸ Sur la base des séjours comptabilisés à partir des catégories d'activités de soins du PMSI, pour les établissements ex-DG et en date de liquidation à partir du SNIIREP pour les établissements ex-OQN. Les séances n'entrent pas dans le périmètre du seuil plafond

⁹ 2° de l'article R. 6111-24 du CSP.

¹⁰ 2° de l'article R. 6111-24 du CSP.

zone pouvait donner lieu à des territoires de très grande dimension dès lors que la structure accueillait quelques patients en provenance d'une grande ville. Cette zone peut également « varier » d'une année sur l'autre.

- Le territoire défini sur la base d'un temps de trajet routier. Il présente l'avantage de construire des territoires de dimension comparable et d'être stable dans le temps.

Ces réflexions ont conduit à définir le territoire de l'hôpital de proximité sur la base d'un temps de trajet routier en automobile de 20 minutes autour de l'établissement¹¹ mesuré en prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses. L'ensemble des indicateurs décrits ci-dessous sont calculés sur la base des communes incluses dans le territoire de proximité.

1.2.2 Les critères retenus pour caractériser la fragilité du territoire¹²

Quatre indicateurs, issus des dernières données INSEE disponibles, ont été retenus et appliqués au territoire défini supra :

- la part de la population âgée de plus de 75 ans (> à la moyenne nationale de 9%)
- la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté¹³ (> à la moyenne nationale de 14,3% i.e. part de la population ayant 60% ou moins du revenu médian en 2012).
- la ruralité (densité de population < au seuil de 150 personnes par km², indicateur OCDE)
- la part des médecins généralistes¹⁴ pour 100 000 habitants (< à la moyenne nationale de 99 praticiens pour 100 000 habitants)

Ces quatre indicateurs permettent de refléter les spécificités du territoire de l'hôpital de proximité. Ces structures répondent en effet en priorité aux besoins d'une population vulnérable, en particulier les personnes âgées et celles en situation de précarité nécessitant d'être hospitalisées proche de leur domicile compte tenu de leur fragilité en termes de mobilité ou d'accès aux soins. Ces structures sont aussi nécessaires dans les territoires ruraux ou dans ceux ayant une proportion faible de médecins généralistes afin de garantir l'accès à l'offre de 1^{er} recours.

La notion de proximité étant difficile à appréhender dans sa globalité et afin de prendre en compte la diversité des problématiques d'accès aux soins, **sont éligibles les établissements répondant à au moins 2 des 4 caractéristiques présentées ci-dessus.**

1.3 LES CRITERES DE RATRAPAGE¹⁵

¹¹ Le temps de trajet par la route autour d'un établissement permet d'analyser précisément les communes faisant partie de la zone de proximité de l'établissement. Les calculs de géo localisation sont réalisés par la plateforme Atlasanté (<http://www.atlasante.fr/>) à partir de la nomenclature FINESSE produite par la DREES, ce qui signifie que chaque établissement de santé est localisé. A partir du module routier du logiciel Cartes&Données, des courbes isochrones (une courbe isochrone est une courbe géométrique délimitant les points accessibles par un véhicule – terrestre – en un temps donné) sont calculées. Ces courbes reflètent la distance maximale pouvant être atteinte par un automobiliste en une durée de temps définie en partant de l'adresse de l'établissement. Pour chaque établissement, et chaque durée d'isochrone, les communes entrant en intersection même partiellement avec l'isochrone sont sélectionnées.

¹² 2° de l'article R. 6111-24 du CSP.

¹³ Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

¹⁴ La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins (généralistes) à la population d'un territoire donné. La densité médicale s'exprime en nombre de médecins (par exemple) pour 100 000 habitants.

¹⁵ II de l'article R. 6111-24 du CSP.

Les ARS ont également la possibilité de proposer des établissements ne répondant pas aux conditions présentées au 1.2, s'ils remplissent l'un des deux critères suivants :

- l'établissement fonctionne avec des médecins en exercice mixte ville-hôpital¹⁶. Il peut s'agir de médecins ayant une activité libérale dans un cabinet en ville ou en structure d'exercice coordonné qui exercent également au sein de l'hôpital de proximité, mais aussi de médecins salariés des centres de santé mis à disposition auprès de l'hôpital de proximité. La réforme souhaite en effet encourager cette modalité d'exercice qui favorise la prise en charge globale et continue des patients au plus proche de leur lieu de vie. (voir le § 2.1) ;
- sur son territoire de 20 minutes, l'établissement est le seul offreur à détenir une autorisation de médecine sur son territoire (a contrario, plusieurs établissements autorisés en médecine sur un même territoire peuvent être proposés par l'ARS s'ils répondent aux critères).

1.4 LES MODALITES D'ENTREE ET DE SORTIE DANS LE DISPOSITIF DES HOPITAUX DE PROXIMITE¹⁷

Au vu des conditions présentées ci-dessus, la DGOS, en lien avec l'ATIH, transmet en début d'année aux ARS une liste d'établissements répondant aux critères d'éligibilité. L'ARS est chargée de prendre contact avec les établissements. Elle peut cependant écarter les établissements qui ne répondraient pas à l'esprit de la réforme « hôpitaux de proximité », soit qu'ils exercent une médecine très spécialisée, soit qu'ils soient sur le point de perdre leur éligibilité, par l'obtention d'une autorisation de chirurgie ou obstétrique, ou par le terme donné à leur autorisation de médecine.

L'ARS est libre d'utiliser tous vecteurs de communication écrite (courrier, courriel, télécopie...) et doit être en mesure d'apporter la preuve de la date de réception par l'établissement de la proposition d'inscription.

L'établissement dispose d'un délai d'un mois pour faire part de son refus. Ce droit d'opposition s'applique au moment de l'inscription sur la liste des HP. Il emporte avec lui rejet du modèle de financement. A contrario, le silence de l'établissement vaut accord pour inscription sur la liste.

Après le délai d'un mois dont disposent les établissements pour faire part de leur refus, l'ARS propose la liste des établissements qu'elle souhaite voir inscrire sur la liste nationale des hôpitaux de proximité.

La liste définitive est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est valable au minimum deux ans, période pendant laquelle un établissement ne peut être radié de la liste (à sa demande ou à celle de l'ARS), sauf en cas de modifications de ses autorisations (perte ou nouvelle autorisation) :

- un établissement qui perdrait son autorisation de médecine pendant cette période ne remplirait plus les critères du DCE et ne serait donc plus considéré comme un hôpital de proximité. Il figurera néanmoins sur la liste jusqu'à la révision annuelle de celle-ci (1er mars) mais il ne sera pas financé sur la base du modèle de financement mixte des hôpitaux de proximité.
- un établissement qui deviendrait éligible (ex: perte d'autorisation de chirurgie ou d'obstétrique), pourrait être inscrit sur la liste applicable le 1^{er} mars de l'année suivant son

¹⁶ Pour 2016, les établissements concernés ont été identifiés sur la base des données du RTC mentionnant des charges liées à l'exercice libéral et des retours des ARS

¹⁷ Article R. 6111-25 du CSP.

éligibilité.

Une mise à jour annuelle permet de tenir compte des mouvements d'autorisation, y compris ceux liés à des fusions d'établissement : un hôpital de proximité dont un des établissements de même entité juridique possède une autorisation de chirurgie ou d'obstétrique ne peut être éligible au dispositif.

Les indicateurs relatifs au territoire sont revus tous les deux ans.

1.5 EXEMPLE D'APPLICATION

La première liste des 243 hôpitaux de proximité a été arrêtée le 23 juin 2016¹⁸. La majorité des établissements concernés sont des anciens hôpitaux locaux même si toutes les catégories juridiques sont représentées :

- ex hôpitaux locaux (64%)
- centres hospitaliers ou « autres EPS » (28%)
- établissements privés à but non lucratif (7%)
- établissements privés à but lucratif (1%)

Un quart des hôpitaux de proximité sont situés sur un territoire très fragile (ils répondent aux quatre critères) au sens des indicateurs du décret.

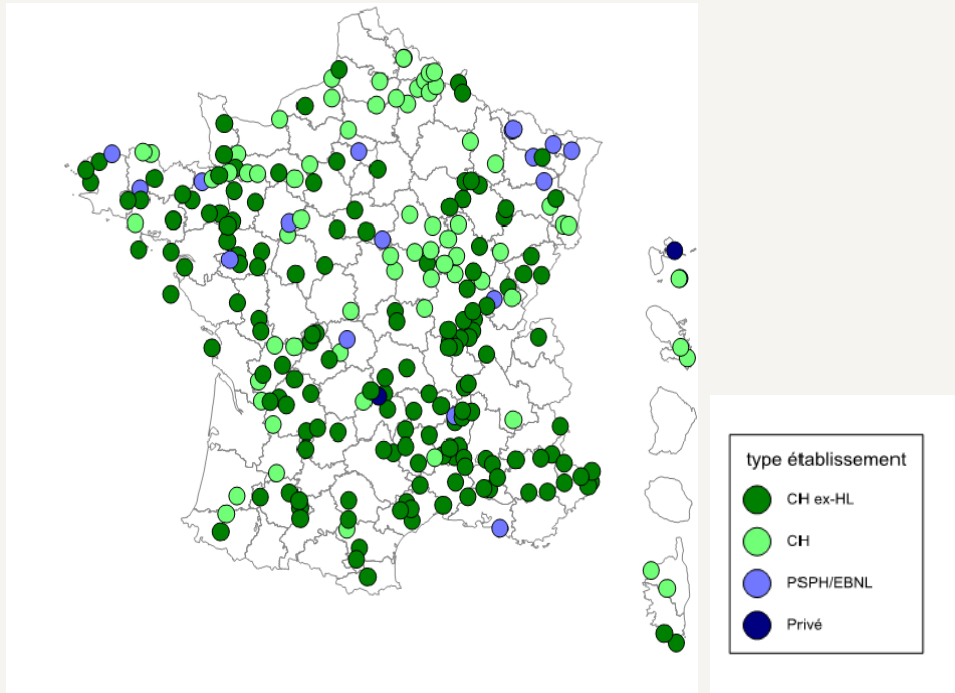
Répartition des HP par nombre de critères remplis:	
4	23%
3	48%
2	21%
rattrapés	8%

On note également que la répartition par critère rempli est assez équilibrée :

Part des HP remplissant le critère:	
- personnes âgées	86%
- population précaire	62%
- pénurie MG	62%
- ruralité	86%

Enfin, la couverture territoriale des hôpitaux de proximité est variable selon les régions. Les hôpitaux de proximité couvrent néanmoins l'ensemble des régions métropolitaines ce qui n'était pas le cas des seuls hôpitaux locaux :

¹⁸ Arrêté du 23 juin 2016 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R.6111-25 du code de la santé publique.



DEUXIEME PARTIE : LES MISSIONS DES HOPITAUX DE PROXIMITE ¹⁹

Deux types de missions sont confiés par la loi aux hôpitaux de proximité :

- contribuer, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans le territoire qu'ils desservent et favoriser l'accès à des consultations spécialisées ;
- assurer un rôle d'orientation pour le patient en jouant un rôle de passerelle vers le deuxième recours et le médico-social.

Dans la continuité du texte de loi, le décret d'application précise que les hôpitaux de proximité contribuent à l'amélioration du parcours du patient, notamment des personnes âgées ou en situation de précarité, et qu'ils coopèrent dans cette optique avec les acteurs de santé : les professionnels du 1^{er} recours, les établissements de deuxième recours et les structures médico-sociales.

La réalisation de l'ensemble de ces missions trouvera naturellement à s'appuyer sur les nouveaux outils de coordination et de coopération développés dans la loi de modernisation du système de santé, lorsque ceux-ci seront effectivement mis en place.

2.1 LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE PREMIER RECOURS ET L'ACCES A DES CONSULTATIONS SPECIALISEES ²⁰

Le fonctionnement avec des médecins exerçant également en ville a été étendu à toutes les catégories d'établissements depuis la loi HPST.

Ce double exercice ville-hôpital du médecin a été reconnu par la Cour des comptes comme un facteur d'efficacité dans la coordination du parcours de la personne âgée²¹. Ce lien avec le premier recours offre la possibilité pour le patient d'être suivi par son médecin traitant à l'hôpital ou par une équipe médicale coordonnée, évitant ainsi les ruptures dans sa prise en charge. Les liens forts avec la médecine ambulatoire contribuent également à privilégier les solutions de maintien à domicile plutôt que l'hospitalisation.

La réforme des hôpitaux de proximité entend, par conséquent, promouvoir ce modèle d'organisation, d'autant que ces établissements se situent sur des territoires fragiles et présentent des enjeux importants en termes de maintien ou d'amélioration de la démographie médicale.

Aussi, les hôpitaux de proximité jouent un rôle dans l'accès aux soins des populations locales en proposant notamment :

- l'organisation de consultations spécialisées et avancées au sein de l'hôpital de proximité

¹⁹ Article R. 6111-26 du CSP.

²⁰ 1° et 2° a) de l'article R. 6111-26 du CSP.

²¹ Cour des comptes, *L'avenir des hôpitaux locaux*, septembre 2013, www.ccomptes.fr

- un premier avis médical en orientant le patient vers la structure ou le professionnel de ville adéquat (offre de ville, établissements de santé de deuxième recours, structures d'exercice coordonné...)
- la mise en place de consultations de télémedecine.

Les hôpitaux de proximité peuvent également être un point d'ancrage pour les structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé ou les centres de santé, qui peuvent s'établir dans leurs locaux ou dans des locaux attenants. Ceci favorise l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet médical commun.

A noter

Même s'il ne s'agit pas d'une mission identifiée dans les textes réglementaires, les hôpitaux de proximité ont également un rôle positif à jouer dans l'installation et le maintien de médecins généralistes. La présence d'un hôpital de proximité peut en effet constituer pour eux un facteur d'attractivité. C'est d'ailleurs l'esprit de l'engagement n°11 du Pacte territoire santé qui vise à renforcer le rôle de l'hôpital de proximité dans cette optique.

Les travaux menés auprès des acteurs et notamment l'enquête menée auprès des ARS en 2014 ont confirmé l'attrait des médecins de ville à exercer également dans des établissements de santé. Leur intérêt se situe notamment dans la possibilité de travailler en équipe mais aussi de bénéficier d'une formation continue.

Les partenariats des hôpitaux de proximité avec des structures d'exercice coordonné (SEC), maison de santé (MSP) ou centre de santé (CdS) contribuent également à renforcer l'attrait des territoires et de l'offre de premiers recours. Pour mémoire, une instruction en 2014²² illustre par des expériences locales l'intérêt de ces modalités de coopération.

2.2 LE RÔLE D'ORIENTATION VERS LE DEUXIEME RECOURS ET LE MEDICO-SOCIAL²³

Les hôpitaux de proximité sont tenus de développer des partenariats avec des établissements de deuxième recours, publics, ESPIC et privés à but lucratif, afin d'assurer une orientation adéquate des patients. Celle-ci requiert une coordination entre acteurs à différentes étapes de la prise en charge :

- en renforçant leur lien avec le premier recours, les hôpitaux de proximité joueront davantage le rôle d'entrée directe vers le système hospitalier avec un rôle d'orientation, le cas échéant, vers une structure assurant des soins plus techniques et spécialisés;
- par leur positionnement sur la prise en charge post-aigüe et notamment pour la grande majorité d'entre eux sur l'activité de SSR et leurs connexions fortes avec les structures médico-sociales, les hôpitaux de proximité sont également attendus dans la recherche de solutions de retour à domicile, une fois le patient stabilisé.

Pour les établissements de statut public, la réforme des hôpitaux de proximité est concomitante à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ces derniers ont vocation à améliorer l'accès aux soins en organisant une gradation des soins hospitaliers dans les territoires. Les

²² Instruction DGOS/R2/R5 n° 2014-222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux

²³ 2° a) et b) de l'article R. 6111-26 du CSP

GHT pourront faciliter l'organisation de filières de soins dans lesquels seront intégrés les hôpitaux de proximité.

Les hôpitaux de proximité de statut privé, qu'ils soient ou non à but lucratif, pourront également nouer des partenariats avec des GHT ou d'autres structures, dès lors qu'ils feront sens pour les territoires considérés. L'ensemble des outils de contractualisation existants pourront bien sûr être également mobilisés (conventions, GIE, GCSMS...).

2.3- LES DISPOSITIFS DE COORDINATION QUI POURRONT ETRE MOBILISES AU PROFIT DES HOPITAUX DE PROXIMITE A BREVE ECHEANCE

La loi de modernisation de notre système de santé a introduit plusieurs modalités de coopération et d'outils de coordination qui concerneront au premier chef les hôpitaux de proximité.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit la mise en place de plateforme territoriale d'appui (PTA) qui contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours à travers 3 missions :

- 1/ l'information et l'orientation vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;
- 2/ l'appui à l'organisation du parcours, dont l'organisation des admissions et des sorties d'établissements ;
- 3/ le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Les hôpitaux de proximité sont nécessairement concernés dans le déploiement des PTA : en tant que bénéficiaire de ses services d'abord, puisque la PTA apportera un appui pour les admissions et les sorties d'établissements dans un objectif de maintien à domicile, et en tant que partenaire pouvant participer à la mise en œuvre des missions des PTA.

Ce rôle territorial très structurant pourra également se retrouver par la place que pourront occuper ces établissements dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Pour mémoire, les CPTS rassemblent des professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux, désireux de s'organiser pour mieux travailler ensemble sur un territoire donné sur la base d'un projet territorial commun. Nées de l'initiative des professionnels de santé, elles portent des projets visant à répondre aux besoins identifiés sur le territoire et cherchent à y organiser au mieux les parcours de santé, le tout sous une approche « populationnelle ».

Les hôpitaux de proximité pourront également contribuer au projet territorial de santé mentale.

2.4 L'INSCRIPTION DES MISSIONS DES HOPITAUX DE PROXIMITE²⁴DANS LES PROJETS DE TERRITOIRE

Les modalités de coopération avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux sont décrites dans le projet médical de l'établissement. Dans le cadre de la mise en place des GHT et du projet médical partagé, une attention particulière devra être portée à la prise en compte de la proximité et des missions dévolues aux HP.

Ceux-ci sont des acteurs majeurs dans la recherche d'une cohérence forte avec le projet médical des GHT. Cette cohérence pourra s'incarner dans un projet territorial de santé que les hôpitaux de proximité pourront établir avec les professionnels de santé de ville, afin d'aboutir à la mise en œuvre de parcours de santé partagés entre la ville et les établissements de santé, dans une vision globale de la prise en charge des patients au niveau des territoires.

Les missions en matière de coopération, de partenariat et de coordination du parcours de santé des patients sur le territoire que les ARS confieront aux hôpitaux de proximité feront l'objet d'une contractualisation entre l'établissement et l'ARS dans le cadre du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Il est également demandé aux ARS de s'assurer que les différents partenaires mobilisés respectent leurs engagements vis-à-vis des hôpitaux de proximité afin que ceux-ci puissent bénéficier de certaines compétences logistiques, techniques (achats, assistance juridique, système d'information), et médicales (appui au codage par des médecins DIM territoriaux, consultations avancées ou de télémedecine).

²⁴ Il de l'article R. 6111-26 du CSP

TROISIEME PARTIE :

LE MODELE DE FINANCEMENT APPLICABLE AUX HOPITAUX DE PROXIMITE²⁵

Le modèle de financement des hôpitaux de proximité répond à plusieurs enjeux :

- stabiliser les recettes de structures réalisant peu de séjours et dont l'activité est tournée vers des prises en charge spécifiques (patientèle vulnérable notamment) ;
- encourager le développement d'activités ;

A partir de 2016, les hôpitaux de proximité sont financés²⁶ par **une dotation mixte**, composée d'une dotation forfaitaire garantie (DFG) construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi, et de l'activité produite.

L'originalité du modèle réside dans la garantie offerte à l'établissement de conserver un revenu, indépendamment de l'activité produite. Le décret porte cette garantie à 50% minimum des recettes historiques de l'établissement, cette valeur étant arrêtée par les ministres. Pour 2016, l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité **fixe cette part à 80%**. Cette garantie de revenu sera d'autant plus importante que l'établissement est situé sur un territoire fragile (tel que défini dans le décret²⁷). Ce modèle permet de s'affranchir des aléas d'un financement d'une activité qui, au sein de structures de petite taille, peut être volatile d'une année sur l'autre.

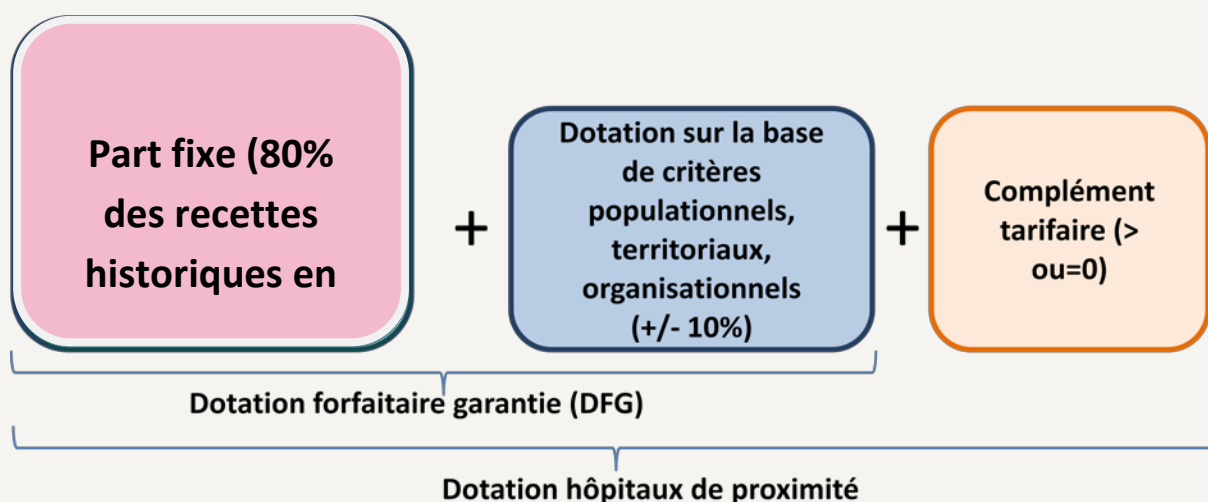
Pour autant, le dynamisme de l'activité est également pris en compte puisque la valorisation des séjours réalisés est une composante de la dotation mixte.

De façon schématique, la dotation mixte des hôpitaux de proximité se décompose de la façon suivante :

²⁵ Article 2 du décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement.

²⁶ Ce nouveau mode de financement ne s'applique pas directement pour les établissements privés facturant directement leurs prestations à l'assurance maladie. Des modalités spécifiques sont prévues pour ces établissements (cf. point 3.3.2 du guide) afin de ne pas remettre en cause leur mode de facturation au fil de l'eau de leurs prestations d'hospitalisation.

²⁷ Article R.6111-24 du CSP.



En termes d'impact sur les recettes des établissements, le modèle :

- offre une garantie de revenus en cas de baisse importante de l'activité (le modèle propose, dans sa globalité, 90% des recettes historiques au titre de la dotation forfaitaire garantie) ;
- peut être avantageux pour les ES situés sur des territoires très fragiles car la garantie de revenu peut être supérieure aux recettes actuelles (T2A ou DAF) ;
- est, au global, plus favorable pour les ex-HL que la tarification à l'activité ;
- n'engendre pas d'effets revenus négatifs pour les établissements actuellement à la T2A car le financement garanti (part fixe et DOP) est comparé à la valorisation d'activité classique (T2A). Les établissements bénéficient du meilleur des deux niveaux de recette.

Pour 2016, ce modèle s'applique sur l'ensemble des prestations hospitalières suivies d'hospitalisation de l'activité de médecine.

Sont donc visés :

- Les GHS (dont séances)
- Les suppléments
- Les produits de la liste en sus

Restent financés selon le droit commun :

- Les ACE
- Les prestations non suivies d'hospitalisation (FFM, ATU, SE...)
- Les MIGAC
- Les forfaits annuels
- Les forfaits d'HAD et de dialyse à domicile

3.1 LA DOTATION FORFAITAIRE GARANTIE (DFG)²⁸

La dotation forfaitaire garantie est composée d'une part fixe à laquelle s'ajoute une part modulable, appelée dotation organisationnelle et populationnelle (DOP). La DFG répond à l'objectif de stabilisation des financements alloués à ces structures, en prenant également en compte les spécificités territoriales des établissements.

La DFG est révisée annuellement (part fixe et DOP) selon les conditions décrites ci-dessous.

3.1.1. La part fixe²⁹

La part fixe est une fraction de la moyenne des recettes Assurance Maladie de l'établissement perçues au titre des deux années précédentes. Par dérogation cependant, pour la première année d'application du modèle (2016), ne sont prises en compte dans le calcul de la part fixe que les seules recettes 2015.

La fraction des recettes historiques a été fixée à 80% par l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des hôpitaux de proximité).

Ainsi, la part fixe d'un établissement ex-HL sera équivalente à 80% des crédits de la DAF MCO déléguée en 2015 au titre de son activité d'hospitalisation de médecine. Ce socle a été calculé à partir de la décomposition de la base MCO remontée par les ARS³⁰ (enquête ATIH mars 2016).

De la même manière, un établissement dont le modèle de financement était à la T2A aura l'assurance d'une garantie de revenu correspondant à 80% de ses recettes d'hospitalisation³¹ (GHS, suppléments, liste en sus) de 2015.

3.1.2. La dotation populationnelle et organisationnelle (la DOP)³²

²⁸ Article R.162-42-7-3 du CSS.

²⁹ 1° de l'article R.162-42-7-3 du CSS.

³⁰ L'ATIH a sollicité les ARS dans le cadre d'une enquête en mars 2016 afin d'identifier pour chaque établissement ce qui, au sein de la DAF MCO, relevait de l'activité de médecine (telle que définit en introduction de la troisième partie)

³¹ Sources : données PMSI n-1 pour les établissements ex-DG, données liquidées issues du SNIIREP pour les établissements ex-OQN

³² 2° de l'article R.162-42-7-3 du CSS.

PRINCIPE

Cette dotation a pour objectif de prendre en compte les fragilités du territoire de l'hôpital de proximité, tant du point de vue de la vulnérabilité de la patientèle accueillie que des conditions de l'offre locale et ainsi de lui permettre de mettre en œuvre les coordinations et la coopération qu'elle nécessite entre les acteurs de la ville, du deuxième recours et du secteur médico-social.

Le décret précise ainsi au 2° du second article que le montant de la DOP tient compte des caractéristiques du territoire, des engagements de coopérations et de la présence de médecins pratiquant en exercice mixte.

METHODOLOGIE DE CALCUL ET ILLUSTRATION

L'enveloppe nationale de la DOP correspond à 10% des recettes des prestations suivies d'hospitalisation. Cette enveloppe est ventilée sur chaque établissement en fonction des 4 indicateurs caractérisant le territoire. Ces indicateurs (source INSEE) sont les mêmes que ceux pris en compte pour les critères d'éligibilité :

- la part de population âgée de plus de 75 ans
- la part de population située en dessous du seuil de pauvreté
- la densité de population
- la part de médecins généralistes pour 100 000 habitants

Pour chaque indicateur, un indice est calculé par établissement. Cet indice traduit l'écart entre la valeur du territoire où est situé l'établissement et la référence nationale. Ainsi plus la valeur du territoire s'éloigne de la moyenne nationale, plus l'établissement a un indice élevé. Afin de donner le même poids à chaque indicateur, les valeurs sont centrées par rapport à la référence nationale. Si l'établissement ne satisfait pas le critère³³, l'indicateur prend la valeur 1 par défaut.

A noter que le taux de pauvreté n'est pas disponible pour l'ensemble des territoires. Dans ce cas le taux moyen des hôpitaux de proximité (16,3%) est attribué à l'établissement.

Exemples

Un établissement se situant dans un territoire avec un taux de personnes âgées de 10,5% aura un indice de 1,16, la référence nationale étant de 9%.

³³ Supérieure à la référence nationale pour le taux de personnes âgées et le taux de pauvreté, inférieure à la référence nationale pour la densité de population et le taux d'omnipraticien.

Un établissement se situant dans un territoire avec un taux de personnes âgées de 16,8% aura un indice de 1,82, la référence nationale étant de 9%).

A partir de ces 4 indicateurs, un indice de modulation de la DOP est calculé par le biais d'une moyenne simple. Cet indice est majoré de 10% pour les établissements avec au moins un médecin libéral au sein de la structure³⁴. Au final l'indice caractérise la fragilité du territoire dans lequel se situe l'établissement.

Cet indice est ensuite utilisé comme clé de répartition de l'enveloppe DOP nationale. La DOP d'un établissement est fonction de cet indice mais également fonction de ses recettes 2015 suivies d'hospitalisation. Ainsi deux établissements avec un même indice auront une part de DOP par rapport à leurs recettes identique mais un montant de DOP différent.

Exemples

	Recettes 2015	Indice	Taux DOP / Recettes	Montant DOP
Etab A	200	1,16	5%	10
Etab B	100	1,16	5%	5
Etab C	120	1,32	8%	10

Les établissements A et B ont le même indice de modulation de la DOP de 1,16. La part de la DOP par rapport aux recettes de l'établissement est donc identique soit 5%. Comme les recettes sont différentes entre les deux établissements, le montant de la DOP est différent.

L'établissement C a un indice plus élevé (1,32) soit une part de DOP par rapport aux recettes de 8%. Mais comme ses recettes sont plus basses que l'établissement A, il obtient in fine le même montant de DOP que l'établissement A.

A noter que l'ensemble des indicateurs ne sont pas disponibles pour les établissements des DOM. Par défaut la part de la DOP par rapport aux recettes, hors majoration liée à la présence d'un médecin libéral au sein de la structure, est fixée pour ces établissements à la moyenne nationale, soit 10%.

Pour l'année 2016, la part de la DOP par établissement varie entre 1% et 20% des recettes.

³⁴ Pour 2016, les établissements concernés ont été identifiés sur la base des données du RTC mentionnant des charges liées à l'exercice libéral et des retours des ARS.

3.1.3. Fixation de la DFG par les DGARS³⁵

Une enveloppe nationale, répartie par région, équivalente à la somme des DFG des hôpitaux de proximité est fixée par arrêté des ministres³⁶

Dans la limite du montant régional, le montant de la DFG est fixé pour chaque établissement éligible par arrêté du DGARS, pris 15 jours après la fixation de l'enveloppe régionale (modèle en annexe 3). Cet arrêté distingue le montant correspondant à la part fixe de celui correspondant à la DOP. La DFG est fixée pour 1 an et prend effet rétroactivement au 1er janvier de l'année en cours.

La fixation de la part fixe se fait sur la base des recettes historiques de chaque établissement. Cette part doit être équivalente à 80% de leurs recettes (cf. point 3.1.1). L'ARS ne dispose pas de marge de manœuvre pour la fixation de ce montant.

En revanche, la DOP par établissement est calibrée par l'ATIH selon la méthodologie décrite plus haut, mais la fixation de son montant relève de la compétence du DGARS qui pourra moduler cette dotation entre établissements, dans le respect de son enveloppe régionale. L'ARS, par sa connaissance du territoire pourra ainsi valoriser un établissement particulièrement investi dans ses missions d'hôpital de proximité et engagé dans diverses coopérations avec les acteurs des soins de premier recours, avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux.

Autrement dit, la DOP n'a pas vocation à être augmentée sur la base d'une situation financière ou du statut de l'établissement par exemple. Il est demandé aux ARS d'être transparentes vis-à-vis des établissements sur les critères de répartition utilisés.

3.2 LA MAJORATION DE LA DOTATION PAR L'ACTIVITE VALORISEE³⁷

³⁵ II de l'article R.162-42-7-3 du CSS.

³⁶ Arrêté du 23 juin 2016 portant détermination pour 2016 de la dotation nationale forfaitaire garantie visée au II de l'article R.162-42-7-3 du code de la sécurité sociale et de sa répartition par région pour les établissements inscrits sur la liste des hôpitaux de proximité.

³⁷ Article R.162-42-7-4 du CSS.

Un complément de financement peut s'ajouter à la dotation forfaitaire garantie pour les établissements dont la valorisation de l'activité excéderait le montant de la DFG.

Le montant de ce complément repose sur la comparaison du montant de la DFG (part fixe + DOP) avec le montant issu de la valorisation de l'activité transmise par l'établissement. Elle se fait sur la base des tarifs nationaux en vigueur (y compris coefficient prudentiel³⁸), déduction faite de la participation du patient, soit la part correspondant aux recettes assurance maladie de l'établissement.

Ainsi sur une année :

- si la valorisation de l'activité est inférieure au montant la DFG, la dotation hôpitaux de proximité versée est égale au montant correspondant à la DFG ;
- si elle est supérieure, la dotation hôpitaux de proximité versée est égale au montant de la DFG auquel s'ajoute le différentiel entre l'activité valorisée ou facturée et la dotation forfaitaire garantie.

Les conditions de mise en œuvre diffèrent selon les modalités de « facturation » des établissements. Elles sont présentées dans la suite du document.

3.3 MODALITES DE VERSEMENT DE LA DOTATION HOPITAUX DE PROXIMITE

La traduction opérationnelle de ce modèle de financement diffère selon les établissements et leurs modalités actuelles de facturation. Pour tous les établissements concernés, le DGARS arrête en début d'exercice une dotation forfaitaire garantie (modèle en annexe 3), qui est le point de référence sur lequel le DGARS s'appuiera, en cours ou en fin d'année, pour notifier les ressources de chaque établissement selon les modalités de versement définies dans l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité figurant en annexe 2.

3.3.1 Évolution de l'arrêté versement mensuel pour les établissements hors facturation directe³⁹

³⁸ Article R.162-42-7-6 du CSS.

³⁹ Titre 2 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

Les recettes des établissements publics et privés non lucratifs, anciennement financés sous dotation sont issues d'une valorisation mensuelle réalisée par l'ATIH. Autrement dit, ils ne facturent pas au fil de l'eau leurs prestations à l'assurance maladie.

Pour ces établissements, l'ensemble des frais d'hospitalisation entrant dans le périmètre du modèle de financement « hôpitaux de proximité » donne lieu au versement mensuel d'une dotation dénommée « **dotation hôpitaux de proximité** » (HPR)⁴⁰. Cette dotation comprend à minima la dotation forfaitaire garantie, et peut être majorée, en cas d'activité supérieure au montant de la DFG d'un complément tarifaire.

Le versement de ladotation HPR s'effectue mensuellement pour chaque établissement à la suite d'une comparaison mensuelle entre le minimum garanti par le modèle (DFG) et l'activité réalisée⁴¹. Un arrêté versement mensuel du DGARS⁴² (modèle en annexe 3) notifie le montant versé à l'établissement. La comparaison mensuelle se base sur des données cumulées afin d'écartier le risque d'un trop perçu en cas d'activité très volatile.

De manière schématique :

o si le montant cumulé des recettes de l'établissement liées à l'activité, est inférieur au montant cumulé des douzièmes de sa dotation forfaitaire garantie, la dotation HPR du mois donné sera égale au montant cumulé des douzièmes de dotation forfaitaire garantie auquel sera soustrait le montant cumulé des montants de dotation HPR versés au titre du ou des mois précédents (cf. tableau 2).

o s'il est supérieur, la dotation HPR du mois donné sera alors égale au montant cumulé d'activité valorisée auquel sera soustrait le montant cumulé des montants de dotation HPR versés au titre du ou des mois précédents (cf. exemple ci-dessous).

⁴⁰ Article 2 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

⁴¹ Article 3 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

⁴² Article 4 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

Ex: la DFG annuelle d'un ES est de 300

Cas où DFG>Activité

	Période 1	Période 2	Période 3
DFG mensuelle cumulée	100	200	300
Activité mensuelle valorisée	80	150	40
Activité valorisée cumulée	80	230	270
HPR versée	100	130	70
HPR versée cumulée	100	230	300

Cas où Activité>DFG

	Période 1	Période 2	Période 3
DFG mensuelle cumulée	100	200	300
Activité mensuelle valorisée	80	150	90
Activité valorisée cumulée	80	230	320
HPR versée	100	130	90
HPR versée cumulée	100	230	320

Ces modalités mensuelles de versement aboutiront à ce que, annuellement, l'établissement perçoive:

- o le montant correspondant à sa dotation forfaitaire garantie annuelle lorsque ses recettes liées à l'activité sont inférieures à ce montant ;
- o ou le montant correspondant aux recettes liées à l'activité sur le champ considéré dans le cas contraire.

3.3.2. Application aux établissements sous facturation directe⁴³

A l'inverse du secteur ex-DG⁴⁴, pour les établissements ex-OQN facturant au fil de l'eau leurs prestations aux caisses primaires, la comparaison ne sera pas mensuelle mais annuelle afin de rendre compatible ce modèle de financement avec leur mode de facturation existant.

Concrètement, en année n, ces établissements continueront à facturer leurs prestations à l'assurance maladie au fil de l'eau. Lorsque le DGARS constatera, sur la base des données⁴⁵ disponibles au 15 février de l'année n+1, que le montant versé en année n par l'assurance maladie sur le périmètre considéré est inférieur au montant de la dotation forfaitaire garantie arrêtée en année n, **une**

⁴³ Titre 3 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

⁴⁴ A ce jour aucun établissement ex-DG éligible à HP n'est soumis à la facturation directe. Toutefois, si cette modalité de facturation s'étend à ces ES, ces derniers seront alors concernés par les modalités techniques décrites au point 3.3.2

⁴⁵ Sur la base des données facturées issues du SNIREP transmises par l'Assurance Maladie à l'ATIH

dotation complémentaire, HPC⁴⁶, correspondant à l'écart entre ces deux montants sera versée en une seule fois par la caisse. Ce versement fera l'objet d'un arrêté du DGARS.

A l'inverse, si le montant de l'activité facturée excède la garantie de revenus, aucun complément ne sera versé.

3.4 PRISE EN COMPTE DU COEFFICIENT PRUDENTIEL ET REVERSEMENT EN CAS DE DEGEL ⁴⁷

L'activité des hôpitaux de proximité est valorisée ou facturée sur la base des tarifs nationaux et des règles afférentes : le **coefficient prudentiel** est donc appliqué.

En cas de décision de dégel en fin d'année, seuls les établissements dont l'activité produite disponible et valorisée est supérieure à la dotation forfaitaire (sur la même période) bénéficieront du dégel.

Sur la base des données cumulées disponibles (M9 en pratique) :

- si HPR M9 est > 9/12ème de la dotation forfaitaire garantie annuelle → **reversement**
- Si HPR M9 = 9/12ème de la dotation forfaitaire → **pas de reversement.**

Le reversement se fera, comme pour l'ensemble des établissements concernés, au prorata de leur activité et selon les mêmes modalités.

3.5. PRISE EN COMPTE DES DONNEES LAMDA ET DES FACTURES RECTIFICATIVES

Pour les établissements ex-DG, les recettes liées aux données lamda sont versées lorsque la dotation hôpitaux de proximité est supérieure au montant de la dotation forfaitaire garantie⁴⁸.

Pour les établissements ex-OQN (ou en facturation directe), la réforme HP n'a pas d'impact ; l'ensemble des factures adressées par les établissements aux CPAM sont liquidées dans un délai de un an.

⁴⁶ HPC pour hôpitaux de proximité complémentaire

⁴⁷ Article R.162-42-6 du CSS.

⁴⁸ Article 6 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

3.6. CALENDRIER ANNUEL DE MISE EN ŒUVRE

- Décembre/Janvier : envoi DGOS/ATIH de la liste des établissements éligibles aux ARS :
→ Les ARS sont chargées de faire remonter toutes modifications d'autorisations (incluant les fusions) pouvant impacter l'éligibilité d'un établissement (ajout ou retrait de la liste). Sur cette base, l'ATIH vérifie les critères liés au territoire afin de confirmer l'éligibilité de nouveaux établissements et d'élaborer une pré-liste.
- Mi-janvier : sur la base de la pré-liste, l'ARS sollicite les établissements nouvellement éligibles qui ont un mois pour exprimer leur refus (voir 1.4)

- Mi-février : proposition par les DGARS des établissements éligibles
→ L'ATIH vérifie que l'activité des établissements éligibles des deux dernières années n'excède pas le seuil des 5 500 séjours retenus⁴⁹
- Au 1^{er} mars au plus tard :
 - Fixation par arrêté de la liste des hôpitaux de proximité par les ministres de la santé et de la sécurité sociale ;
 - Arrêté national fixant l'enveloppe nationale répartie par région.
- Arrêté du DGARS, 15 jours après la fixation de l'enveloppe régionale, fixant pour chaque établissement la DFG, décomposée entre part fixe et DOP. La DFG est fixée pour 1 an et prend effet rétroactivement au 1^{er} janvier de l'année en cours.

- En fonction des modalités de facturation des établissements :
 - Pour les établissements n'étant pas en facturation directe (ex-HL et établissements dont l'activité est valorisée par l'ATIH), un arrêté versement mensuel identifie :
 - le montant mensuel de la dotation HPR ;
 - les autres recettes liées à l'activité et hors champ du modèle (AME, ACE...).
 - Les établissements en facturation directe continuent de transmettre leurs factures aux CPAM au fil de l'eau. En février n+1, le DGARS prend un arrêté fixant la dotation HPC correspondant à l'écart éventuel entre la DFG et les recettes facturées.

QUATRIEME PARTIE : L'ANNEE 2016

⁴⁹ Sur la base des séjours comptabilisés à partir des catégories d'activités de soins du PMSI, pour les établissements ex-DG et en date de liquidation à partir du SNIIREP pour les établissements ex-OQN. Les séjours n'entrent pas dans le périmètre du seuil plafond

4.1-TRANSMISSION DES DONNEES D'ACTIVITE ET BASCULE DANS LE MODELE HOPITAUX DE PROXIMITE

L'ensemble des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique doivent transmettre leurs données ePMSI en utilisant respectivement les applications «OVALIDE MCO DGF T2A » et « OVALIDE MCO OQN » selon la catégorie juridique de l'établissement⁵⁰.

Le versement de la dotation HPR sera effectif à partir des transmissions M5 (soit les données de mai correspondant au versement du mois d'août).

4.2. REGULARISATION DES RECETTES ENTRE LE MODELE T2A OU DAF ET LA DOTATION HOPITAUX DE PROXIMITE ⁵¹

Pour 2016, l'article 9⁵² de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité prévoit un mécanisme de régularisation spécifique pour les établissements ex-HL sous DAF qui bénéficieront du modèle de financement « hôpitaux de proximité ».

Cette régularisation sera lissée jusqu'en mars 2017 selon un calendrier défini en lien avec l'assurance maladie. Ce mécanisme de régulation tout comme le calendrier de versement (avance et solde) sont détaillés dans une notice ATIH en cours de publication (ainsi que dans une lettre réseau de la CNAMTS).

L'article 7⁵³ de l'arrêté prévoit également un mécanisme spécifique pour les établissements sous T2A qui entreront dans le modèle « hôpital de proximité ». Leur activité restera valorisée et versée selon les règles de droit commun jusqu'au mois suivant la notification par le DGARS du montant de la DFG.

⁵⁰ Pour plus de précision, se reporter à l'annexe 3 de la notice technique n°CIM-MF-318-1-2016 du 22 avril 2016, disponible sur le site de l'ATIH.

⁵¹ Articles 7 et 9 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

⁵² I à IV de l'article 9 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

⁵³ L'article 7 a vocation à s'appliquer à tout établissement sous T2A entrant dans le modèle HP, pour 2016 mais également pour les années suivantes.

A cette date, le montant de la régularisation, arrêté par le DGARS, prendra en compte le montant cumulé des dotations HPR qui auraient dû être versées à l'établissement au titre de la période considérée duquel seront déduits les montants qui ont été versés à l'établissement au titre de l'activité.

4.3. CAS DES EX-HOPITAUX LOCAUX N'ENTRANT PAS DANS LA REFORME ⁵⁴

Seuls 4 ex-HL basculeront à la tarification à l'activité en 2016 : 3 au motif qu'ils ne répondent pas aux critères du décret n°2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement et 1 en raison du refus de l'établissement.

Pour ces établissements, les règles relatives à la T2A leur sont alors applicables : l'activité produite est valorisée aux tarifs nationaux (y compris le coefficient prudentiel). L'établissement peut également bénéficier des crédits MIGAC ou des forfaits annuels.

Ils sont également soumis aux règles de droit commun de versement des établissements sous T2A (arrêté du 23 janvier 2008).

L'article 9 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité précise les modalités de régularisation applicables à ces établissements qui ont perçus des 12ème de DAF dans l'attente de la publication des textes relatifs à la campagne HP. Cette régularisation sera également lissée jusqu'en mars 2017 selon un calendrier défini en lien avec l'assurance maladie. Ce mécanisme de régularisation tout comme le calendrier de versement (avance et solde) et détaillé dans une notice de l'ATIH (en cours de publication).

4.4 INSCRIPTION COMPTABLE DE LA DOTATION HPR POUR 2016 (VOIR MAQUETTE EPRD ATIH)

⁵⁴ V de l'article 9 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

Le compte 731173 Dotation Hôpitaux de proximité a été créé dans l'EPRD pour 2016. Dans l'attente de la publication du décret et de la liste des hôpitaux de proximité, une consigne a été diffusée sur ANCRE. Elle indiquait que pour l'EPRD initial :

- Les ex-HL comptabilisent leurs recettes d'hospitalisation en médecine (DAF MCO) :
 - o non plus sur le compte 731178 Dotation annuelle de financement (DAF)-Autres
 - o mais sur le compte 731173 Dotation Hôpitaux de proximité (DHProx)
- Les ES initialement financés en T2A comptabilisent leurs recettes sur les comptes GHS, médicaments, DM...

Au mois de septembre, il s'agira pour le RIA 1 :

- Pour les ex-HL non retenus HP, la totalité des recettes de médecine valorisées à partir de l'activité est transférée sur les comptes GHS, médicaments, DM... Le compte Dotation Hôpitaux de proximité = 0 pour ces ES.
- Pour les ES sous T2A devenus HP, la totalité des recettes de l'activité de médecine (GHS, médicaments, DM...) est transférée sur le compte 731173 Dotation Hôpitaux de proximité. Les comptes T2A sont = 0.

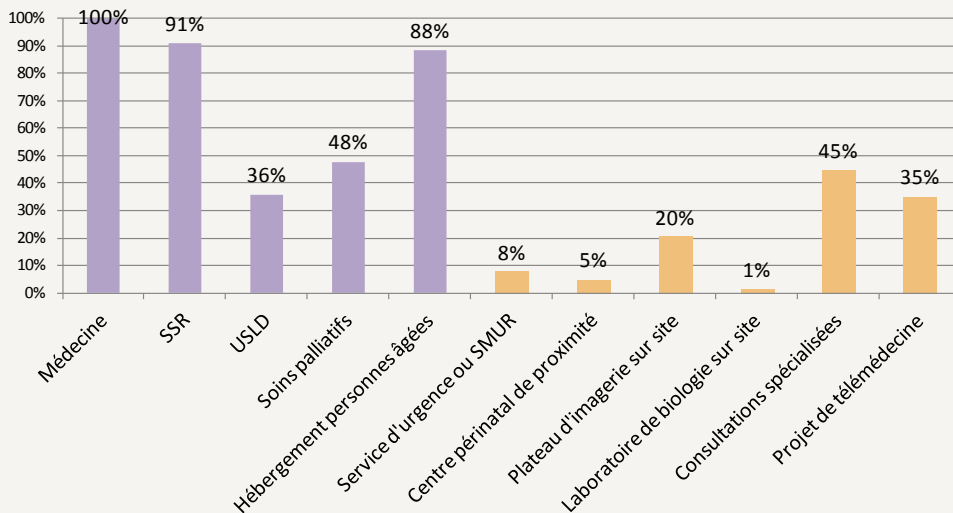
La réforme des hôpitaux de proximité est l'aboutissement d'une longue réflexion, 12 ans après la mise en place de la tarification à l'activité. Elle s'inscrit dans le cadre plus global de l'évolution du modèle de financement à l'activité conduite depuis 2012, visant notamment à mieux prendre en compte les spécificités des territoires et ce, afin d'améliorer l'accès aux soins des populations.

Cette réforme a vocation à se prolonger en 2016, avec une formalisation plus développée des missions des hôpitaux de proximité mais aussi avec une articulation renforcée avec les différents chantiers de nature organisationnelle conduits par le ministère (GHT, outils de coordination...).

Des réflexions seront, enfin, menés quant à l'extension du modèle des hôpitaux de proximité aux activités de soins de suite et de réadaptation.

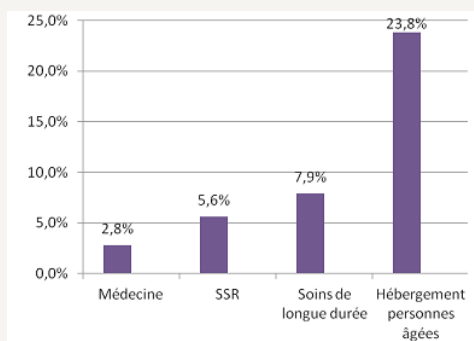
ANNEXE 1- PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE DGOS DE 2014 AUPRES DES ARS :

L'offre des hôpitaux de proximité est positionnée sur la prise en charge post-aigüe et le médico-social



Avec un triptyque d'activité presque systématique en Médecine/SSR/EHPAD

En termes capacitaires, les hôpitaux de proximité représentent au niveau national :



Moins de 3% des lits de médecine, près de 6% des lits de SSR et 8% des lits d'USLD et presque le quart des lits d'EHPAD

Selon les ARS, les hôpitaux de proximité répondent en 1^{er} lieu à :

- La prise en charge de la personne âgée : appui au premier recours qui permet d'orienter la personne âgée dans le système de soins et d'assurer une prise en charge post-aigüe et une préparation au retour à domicile ;

- L'attractivité des territoires pour les professionnels de santé avec la possibilité d'un exercice mixte et le regroupement des offres sanitaires de proximité (MSP, maison de garde...);
- L'animation territoriale: la présence de l'hôpital de proximité conforte également l'offre médico-sociale du territoire et est un support d'action, de prévention et de promotion de la santé.

mais rencontrent un certain nombre de difficultés :

- Sur la démographie médicale avec le vieillissement des médecins généralistes, le manque de médecins spécialistes et paramédicaux techniques ;
- Sur les nouvelles contraintes inhérentes à la modernisation de l'hôpital (informatisation, procédure de recueil...);
- Sur les équilibres économiques (non atteinte de la taille critique) ;
- Sur le positionnement dans la gradation des soins.

ANNEXE 2 : LES TEXTES REGLEMENTAIRES DE LA REFORME DES HOPITAUX DE PROXIMITE

- **Article L6111-3-1 : créé par LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 52 (V)**

I.-Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours.

II.-Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.

Le volume de leur activité de médecine n'excède pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

III.-Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région.

IV.-Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de révision de la liste mentionnée au III.

- **Article L162-22-8-2 : créé par LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 52 (V)**

Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, les activités de médecine exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du présent code et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

- **Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement (NOR: AFSH1606225D)**

Publics concernés : établissements de santé, agences régionales de santé, caisses de sécurité sociale.

Objet : organisation et financement des hôpitaux de proximité.

Entrée en vigueur : le texte s'applique à compter de l'année 2016.

Notice : le présent décret a pour objet de définir la notion d'hôpital de proximité, ses missions et les conditions d'éligibilité de ces établissements au financement dérogatoire prévu à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale. Il précise également les modalités de détermination de ce financement dérogatoire.

Références : les textes mentionnés par le présent décret peuvent être consultés sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr/>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1411-11, L. 6111-3-1, et L. 6122-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-8-2, L. 162-22-9-1 et L. 162-22-10 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 15 mars 2016 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 16 mars 2016;

Vu l'avis du conseil de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 16 mars 2016 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 24 mars 2016 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Dans le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, après l'article D. 6111-23, il est inséré une nouvelle section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Hôpitaux de proximité

« Art. R. 6111-24.-I.-Un établissement de santé est éligible à l'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité prévue à l'article L. 6111-3-1 s'il satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :

« 1° L'établissement exerce une activité de médecine autorisée par l'agence régionale de santé en

application des dispositions de l'article L. 6122-1 et n'est pas autorisé à exercer une activité en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique en application des dispositions du même article. Le volume de son activité de médecine, calculé à partir de la moyenne du nombre de séjours de médecine produits, hors séances, sur les deux années précédant l'année civile considérée, est inférieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette moyenne est calculée sur la base des données d'activités disponibles au 15 février de l'année civile considérée ;

« 2° L'établissement dessert un territoire qui présente au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

« a) La part de la population âgée de plus de 75 ans y est supérieure à la moyenne nationale ;

« b) La part de la population, située en dessous du seuil de pauvreté, y est supérieure à la moyenne nationale ;

« c) La densité de sa population n'excède pas un niveau plafond ;

« d) La part des médecins généralistes pour 100 000 habitants y est inférieure à la moyenne nationale.

« Ce territoire est défini comme l'ensemble des lieux à partir desquels il est possible de parvenir à l'établissement par un trajet routier en automobile d'une durée inférieure ou égale à vingt minutes mesurée en prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses.

« Les moyennes nationales mentionnées aux a, b et d et le seuil de pauvreté mentionné au b sont ceux dernièrement retenus par l'INSEE.

« Le niveau plafond de densité mentionné au c est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« II.-Peut être également éligible à l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 6111-3-1 l'établissement qui dessert un territoire ne présentant qu'une seule ou aucune des quatre caractéristiques mentionnées au 2° de l'article R. 6111-24, mais qui satisfait à l'une des deux

conditions suivantes :

« 1° L'activité de médecine y est exercée en totalité ou en partie par un médecin assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoires ;

« 2° Il est le seul établissement autorisé à exercer une activité de médecine sur le territoire qu'il dessert tel que défini au 2° du I.

« Art. R. 6111-25.-Le directeur général de l'agence régionale de santé établit une proposition de liste des hôpitaux de proximité répondant aux conditions mentionnées à l'article R. 6111-24, après analyse de l'offre de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 et de son évolution prévisible sur le territoire mentionné au 2° du I de l'article R. 6111-24.

« La proposition d'inscription d'un établissement sur la liste est adressée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception audit établissement, qui dispose d'un délai d'un mois pour, le cas échéant, s'y opposer.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé transmet la proposition de liste aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui arrêtent la liste des hôpitaux de proximité par région au regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région.

« Les propositions de modification de la liste sont transmises chaque année par les directeurs généraux des agences régionales de santé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les établissements inscrits sur la liste ne peuvent en être radiés avant l'issue d'un délai de deux ans, y compris à leur propre demande, que s'ils ne répondent plus aux conditions mentionnées au 1° du I de l'article R. 6111-24.

« La liste entre en vigueur au 1er mars de l'année civile considérée.

« Art. R. 6111-26.-I.-L'établissement de santé inscrit sur la liste mentionnée à l'article R. 6111-25 contribue à l'amélioration du parcours du patient en lien avec les autres acteurs de santé et, à ce titre :

« 1° Il coopère avec les professionnels de santé de son territoire assurant des soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11, soit, grâce aux médecins généralistes exerçant en son sein à titre libéral et assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoire, soit, par une convention conclue entre les acteurs concernés précisant les modalités de continuité médicale des soins et les actions de retour et de maintien à domicile des patients ;

« 2° Il développe des partenariats :

« a) D'une part, avec un établissement exerçant des soins de deuxième recours définis à l'article L. 1411-12 pour assurer en cas de nécessité l'orientation des patients et leur permettre d'accéder à des consultations avancées, notamment par une activité de télémédecine mentionnées à l'article L. 6316-1 ;

« b) Et, d'autre part, s'il n'exerce pas de telles activités en son sein, avec un établissement gérant une activité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au sens du 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et un établissement exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation ou autorisées à dispenser des soins de longue durée, situés sur son territoire ou exerçant une activité d'hospitalisation à domicile ;

« 3° Il participe à la coordination du parcours de santé de ses patients afin, notamment, d'éviter les hospitalisations inutiles ou les ré-hospitalisations précoces, ainsi que les ruptures de parcours, en particulier pour ceux mentionnés aux a et b du 2° du I de l'article R. 6111-24 résidant sur son territoire.

« II.-Les engagements pris par l'hôpital de proximité en matière de coopération, de partenariat et de coordination du parcours de santé des patients sur le territoire mentionnés au 2° du I sont inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.

« Le projet médical de l'hôpital de proximité comporte les modalités de coopération, les partenariats et les modalités de coordination du parcours de santé des patients mentionnés aux a et b du 2° du I.
»

Article 2

A la sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, après l'article R. 162-42-7-1, il est ajouté les articles R. 162-42-7-2 à R. 162-42-7-6 ainsi rédigé :

« Art. R. 162-42-7-2.-Le financement de l'établissement de santé figurant sur la liste des hôpitaux de proximité prévue à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique repose sur :

« 1° Une dotation forfaitaire annuelle garantie prévue à l'article R. 162-42-7-3 du présent code ;

« 2° Dans les conditions prévues à l'article R. 162-42-7-4, un complément de financement calculé à partir des tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10.

« Art. R. 162-42-7-3.-I.-La dotation forfaitaire annuelle garantie comporte :

« 1° Une part correspondant à une fraction de la moyenne des recettes perçues par l'établissement au cours des deux années précédant l'année civile considérée afférentes à la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées au 1° de l'article R. 162-32, à l'exception des activités exercées à domicile. La fraction, applicable à l'ensemble des établissements, est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; elle ne peut être inférieure à 50 % ;

« 2° Une part majorant la fraction arrêtée au a tenant compte des caractéristiques du territoire mentionnées au 2° de l'article R. 6111-24 du code de la santé publique que l'établissement dessert. Cette majoration tient également compte des engagements de coopération, de partenariat et de coordination pris par l'établissement en application des dispositions du I de l'article R. 6111-26 du même code et de ses modalités d'organisation et de fonctionnement avec les médecins pour la prise en charge de sa patientèle décrites au II de l'article R. 6111-24 du même code.

« II.-Les ministres de la santé et de la sécurité sociale fixent chaque année par arrêté, le montant de l'enveloppe affectée à la dotation forfaitaire mentionnée au 1° de l'article R. 162-42-7-2 répartie par région, compte tenu des recettes mentionnées au 1° du I perçues par l'ensemble des établissements de la région inscrits sur la liste et des caractéristiques du territoire que ces établissements desservent dans cette région. Dans un délai de quinze jours suivant la publication de la liste, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête pour chaque établissement de la région, sur la base des

données disponibles ou estimées, le montant de la dotation forfaitaire qui lui est alloué en précisant le montant de chaque part mentionnée au I. Cette dotation forfaitaire prend effet au 1er janvier de l'année civile considérée.

« Art. R. 162-42-7-4.-Lorsqu'il résulte de l'application des dispositions de l'article L. 162-22-10 que le montant issu des données d'activité afférentes à la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le périmètre des prestations définies au 1° du I de l'article R. 162-42-7-3, pour l'année civile considérée, est supérieur au montant de la dotation garantie déterminé au I du même article, l'établissement bénéficie d'un complément de financement correspondant à l'écart entre ces deux montants. La comparaison entre les deux montants peut être mensuelle ou annuelle.

« Art. R. 162-42-7-5.-Les modalités de versement et de répartition entre les régimes des sommes versées aux hôpitaux de proximité au titre des articles R. 162-42-7-2 à R. 162-42-7-4 par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris dans les conditions prévues respectivement aux articles L. 174-2-1 et L. 175-2.

« Art. R. 162-42-7-6.-Lorsque le montant issu des données d'activité mentionné à l'article R. 162-42-7-4 est supérieur au montant de la dotation garantie déterminée dans les conditions mentionnées au I de l'article R. 162-42-7-3, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider, au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, de verser aux hôpitaux de proximité tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant issu de l'activité de médecine mentionné à l'article R. 162-42-7-4, sans application du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1, et ce même montant, minorée de ce coefficient.

« Le versement de ce montant se fait dans les conditions prévues à l'article R. 162-42-1-3. »

Article 3

I. - Les dispositions du présent décret sont applicables pour l'année 2016.

II. - Pour l'année 2016, les arrêtés mentionnés aux articles R. 6111-24 et R. 6111-25 du code de la santé publique et R. 162-42-7-2 du code de la sécurité sociale sont publiés dans un délai d'un mois à compter de la publication du présent décret.

III. - Pour l'année 2016 et par dérogation aux dispositions du 1° du I de l'article R. 162-42-7-3, la dotation est calculée à partir des données relatives aux recettes perçues par l'établissement au cours de l'année 2015, disponibles au 15 février 2016, afférentes à la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées au 1° de l'article R. 162-32, à l'exception des activités exercées à domicile.

Article 4

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 20 mai 2016.

Manuel Valls

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol Touraine

Le ministre des finances et des comptes publics,

Michel Sapin

- **Arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité**

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 6111-24 à R. 6111-26 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles R. 162-42-7-2 et R. 162-42-7-6;

Vu la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, notamment son article 52 ;

Vu le décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 10 juin 2016 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 24 mai 2016 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 1er juin 2016 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 9 juin 2016.

Arrêtent :

TITRE 1er

Fixation des seuils relatifs aux conditions d'éligibilité et au calcul de la dotation forfaitaire annuelle garantie

Article 1^{er}

I.- Les seuils d'activité et le niveau plafond de densité mentionnés au I de l'article R. 6111-24 du code de la santé publique sont fixés comme suit:

1° Le seuil mentionné au 1° est fixé à 5 500 séjours. Ce seuil est mesuré sur la base des données d'activité, disponibles au 15 février de l'année civile considérée, suivantes :

a) Pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les données d'activité mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ;

b) Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les données d'activité transmises à l'État par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en application des dispositions de l'article R. 162-42-2 du même code.

2° Le niveau plafond de densité visé au c) du 2° de l'article R.6111-24 du code de la santé publique est fixé à 150 personnes au kilomètre carré.

II.- Pour le calcul de la dotation forfaitaire annuelle garantie mentionnée au 1° de l'article R. 162-42-7-2 du code de la sécurité sociale, la fraction mentionnée au 1° du I) de l'article R. 162-42-7-3 du même code est fixée à 80%.

TITRE 2

Modalités de versement des ressources des hôpitaux de proximité dont les données d'activités sont valorisées

Article 2

Pour les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, soumis aux dispositions du I de l'article 33 de **loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004** et figurant sur la liste des hôpitaux de proximité arrêtée en application de l'article R. 6111-25 du code de la santé publique, les frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées au 1° du I de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, donnent lieu au versement mensuel d'une dotation dénommée « dotation hôpitaux de proximité » (HPR).

Le montant de cette dotation est arrêté, dans les conditions prévues à l'article 3, en tenant compte des éléments suivants :

1° Le montant cumulé de l'activité de l'établissement, pour le mois considéré et le ou les mois précédents au titre de l'exercice en cours, valorisée dans les conditions définies à l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé, au titre :

- des forfaits groupes homogènes de séjours (GHS) et de leurs éventuels suppléments ;
- des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale et des produits et prestations mentionnés au même article.

2° Le montant cumulé des douzièmes de la dotation forfaitaire garantie, notifiée à l'établissement en application du II de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, pour le mois considéré et le ou les mois précédents au titre de l'exercice en cours;

3° Le montant cumulé des montants de dotation HPR versés à l'établissement le ou les mois précédents au titre de l'exercice en cours.

Article 3

En application de l'article R. 162-42-7-4 du code de la sécurité sociale, pour les établissements mentionnés à l'article 2, la dotation HPR est calculée, chaque mois, par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans les conditions suivantes :

1° Lorsque le montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 est inférieur au montant cumulé des douzièmes de dotation forfaitaire garantie mentionné au 2° du même article :

Montant dû par l'assurance maladie au titre de la dotation HPR = montant cumulé des douzièmes de dotation forfaitaire garantie mentionné au 2° de l'article 2 - montant cumulé des montants de dotation HPR versés au titre du ou des mois précédents mentionné au 3° du même article.

2° Lorsque le montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 est supérieur au montant cumulé des douzièmes de dotation forfaitaire garantie mentionné au 2° du même article :

Montant dû par l'assurance maladie au titre de la dotation HPR = montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 – montant cumulé des montants de dotation HPR versés au titre du ou des mois précédents mentionné au 3° du même article.

Article 4

I.- Dans un délai de quinze jours suivant la réception des données d'activité transmises, par l'établissement de santé, dans les conditions définies à l'article 2 de l'arrêté du 23 janvier 2008

modifié susvisé, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le montant des ressources versées à chaque établissement mentionné à l'article 2 du présent arrêté. Ce montant est notifié sans délai à l'établissement ainsi qu'à la caisse chargée des versements mentionnée à l'article R.174-2 du code de la sécurité sociale.

II.- Cet arrêté mensuel distingue les éléments suivants :

1° Le montant de la dotation hôpitaux de proximité (HPR), tel que déterminé en application de l'article 3 ;

2° Les montants dus au titre :

- a) Des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
- b) Des forfaits de petit matériel (FFM) ;
- c) Des forfaits d'interruptions volontaires de grossesse ;
- d) Des actes, y compris les forfaits techniques, et les consultations externes à l'exception de ceux mentionnés au g ;
- e) Des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
- f) Des forfaits « administration de produits et prestations en environnement hospitalier » (APE) ;
- g) Des consultations ou actes associés aux forfaits mentionnés aux a, b, e et f ;
- h) Des forfaits dialyse (D).

3° Le montant dû au titre des forfaits groupes homogènes de tarifs (GHT) ;

4° Le montant dû au titre des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, facturables en sus des prestations mentionnées au f et au h du 2° du II ainsi qu'au 3° du II;

5° Le montant dû au titre de la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale d'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

6° Le montant dû au titre de la prise en charge des patients bénéficiant des soins mentionnés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ;

7° Le montant de la part des dépenses de soins mentionnée au II de l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités de prise en charge, pour les personnes écrouées, de la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du même code.

III.- Les données afférentes aux éléments mentionnés aux 2° à 7° du II sont valorisées et versées dans les conditions définies à l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé.

IV. - Cet arrêté distingue, le cas échéant, pour chacune des prestations mentionnées au II du présent article, le montant dû par l'assurance maladie au titre du mois considéré des montants dus au titre de l'exercice précédent, dans les conditions définies à l'article 3 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié

susvisé pour les prestations visées aux 2 à 6 du II du même article, et dans les conditions définies à l'article 6 du présent arrêté pour la prestation visée au 1 du II du même article.

V. - Les montants fixés en application du 1° à 3° de l'article 2 sont mentionnés dans un document annexé à l'arrêté mentionné au I du présent article.

Article 5

I. - Le montant mentionné au I de l'article 4, du au titre d'un mois donné, est versé par la caisse mentionnée à l'article R. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes :

1° Le 15 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un premier versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 25 % d'un douzième du montant mentionné au II du présent article ;

2° Le 20 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un second versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 45 % d'un douzième du montant mentionné au II du présent article ;

3° Le 5 du troisième mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse procède au versement du solde, égal au montant notifié en application du I de l'article 4 diminué du montant des versements mentionnés aux 1° et 2° du présent article.

II. - Le montant pris en compte pour la détermination des versements mentionnés aux 1° et 2° du I est égal à la somme du montant des versements effectués à l'établissement, lors de l'exercice précédent, correspondant aux prestations mentionnées aux 1° à 4° du II de l'article 4 du présent arrêté.

Article 6

I.- Les établissements mentionnés à l'article 2 transmettent chaque mois, dans le respect du délai défini à l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale, les données d'activité entrant dans le champ de la dotation HPR de l'exercice précédent n'ayant pas encore été transmises ou faisant l'objet de corrections.

II.- Lorsque le montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 de l'exercice précédent, majoré par le montant cumulé des données mentionnées au I du présent article est supérieur à celui de la dotation forfaitaire garantie du même exercice, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans les conditions prévues à l'article 4, une somme déterminée comme suit :

Montant dû par l'assurance maladie = (montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 au titre de l'exercice précédent + montant cumulé associé aux données transmises en application du I du présent article) – (montant cumulé des dotations HPR versées au titre de l'exercice précédent)

Article 7

Par dérogation à l'article 4, l'année de leur inscription sur la liste des hôpitaux de proximité arrêtée en application de l'article R. 6111-25 du code de la santé publique, l'activité de ces établissements réalisée au titre de cette année et qui était financée avant cette inscription dans les conditions définies à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeure valorisée et versée selon ces mêmes conditions jusqu'au mois précédant le versement du premier montant HPR notifié.

Le premier montant HPR notifié correspond au montant cumulé des dotations HPR qui auraient dues être versées à l'établissement au titre des mois mentionnés au premier alinéa du présent article, auquel s'ajoute le montant HPR du mois considéré. Ce montant est versé en une seule fois le 5 du mois suivant celui au cours duquel il est notifié ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

Les sommes versées en application du premier alinéa du présent article font l'objet d'une régularisation par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes : la caisse déduit le montant des sommes versées en application du premier alinéa, à l'exception des avances versées les 15 et 20 du mois précédant le versement du premier montant HPR, sur le versement de ce premier montant HPR.

Le deuxième montant HPR notifié à l'établissement est versé par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes : la caisse déduit de ce montant HPR les avances versées les 15 et 20 du mois précédant le versement du premier montant HPR.

TITRE 3

Modalités de versement des ressources des hôpitaux de proximité en facturation directe

Article 8

Pour les établissements de santé soumis aux dispositions de l'article R. 174-2-1 ou R. 174-18 pour ce qui concerne leurs prestations d'hospitalisation et suivants du code de la sécurité sociale et figurant sur la liste des hôpitaux de proximité, les prestations d'hospitalisation entrant dans le champ des prestations mentionnées au 1° du I de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale sont versées selon les modalités prévues aux articles R. 174-2-1 ou R. 174-18 du même code.

Pour chaque établissement visé au premier alinéa, lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate, au plus tard le 15 février de l'année suivant l'année considérée, que le montant versé par l'assurance maladie afférant à des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du I de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, et liquidé au cours de l'exercice précédent, est inférieur au montant de la dotation forfaitaire garantie arrêtée dans les conditions prévues au II de l'article R. 162-42-7-3, la dotation complémentaire, HPC, correspondant à l'écart entre ces deux montants est versée en une seule fois par la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

A la même date, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le montant de cette dotation complémentaire et le notifie sans délai à l'établissement de santé concerné et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

TITRE 4

Dispositions transitoires

Article 9

I. Pour l'année 2016, jusqu'au mois précédant le versement du premier montant HPR, les hôpitaux de proximité relevant avant la publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 des règles applicables aux hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication de la même loi, bénéficient chaque mois du versement, à titre transitoire, d'une somme égale à un douzième de la part des frais d'hospitalisation correspondant aux activités de médecine ayant été incluse dans la dotation annuelle de financement de l'établissement de

l'année précédente, en application de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 susvisé.

II.- Pour l'année 2016, le premier montant HPR notifié à l'établissement correspond à un montant cumulé couvrant l'activité réalisée par l'établissement au titre du mois de janvier et des mois suivants pour lesquels les données d'activité sont disponibles et valorisées. Ce montant est versé en une seule fois le 5 du mois suivant celui au cours duquel il est notifié ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

Le deuxième montant HPR notifié à l'établissement fait l'objet d'un versement unique dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'alinéa précédent.

III. - Les sommes versées du 20 janvier 2016 au 20 du mois précédant le versement du premier montant HPR, en application du I du présent article, font l'objet d'une régularisation par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes :

1° La caisse déduit 58% du montant total de ces sommes sur le versement du premier montant HPR notifié ;

2° La caisse déduit 14% du montant total de ces sommes sur le versement du deuxième montant HPR notifié ;

3° La caisse déduit le montant correspondant à 28 % de ces sommes par fraction égale sur le versement du solde HPR de chaque mois compris entre le mois suivant celui au cours duquel le deuxième montant HPR est versé et le mois de mars 2017.

Pour l'année 2016, l'arrêté notifiant le premier montant HPR mentionne le montant des sommes versées en application du I du présent article et devant faire l'objet d'une reprise par la caisse.

IV. - Pour l'année 2016, par exception au II de l'article 5, pour les hôpitaux de proximité relevant avant la publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 des règles applicables aux hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication de la même loi, le montant pris en compte pour la détermination des versements mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article 5 est égal à la somme afférente à la part des frais d'hospitalisation correspondant aux activités de médecine ayant été incluse dans la dotation annuelle de financement de l'établissement de l'année précédente, en application de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 susvisé.

V. - Les ressources des établissements de santé ne figurant pas sur la liste des hôpitaux de proximité et relevant avant la publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 des règles applicables aux

hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication de la même loi, sont versées dans les conditions prévues par l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé. Toutefois, pour l'année 2016 et jusqu'au mois précédant le versement du montant mentionné au deuxième alinéa, ces établissements bénéficient chaque mois du versement, à titre transitoire, de la somme mentionnée au I.

Le directeur général de l'agence régional de santé arrête un montant équivalent au montant cumulé des sommes qui auraient dû être versées à l'établissement au titre des mois mentionnés au premier alinéa du V, pour les mois pour lesquels les données d'activités sont disponibles et valorisables, dans les conditions définies à l'arrêté du 23 janvier 2008. Ce montant est versé en une seule fois le 5 du mois suivant le mois au cours duquel il est notifié ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

Le deuxième montant arrêté en application de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé est versé dans les mêmes conditions.

Les sommes versées du 20 janvier 2016 au 20 du mois précédant le versement mentionné au deuxième alinéa du présent V, en application du premier alinéa du présent V, font l'objet d'une régularisation par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes :

1° La caisse déduit 58% du montant total de ces sommes sur le versement du montant mentionné au deuxième alinéa du V;

2° La caisse déduit 14% du montant total de ces sommes sur le versement du montant mentionné au troisième alinéa du V;

3° La caisse déduit le montant correspondant à 28 % de ces sommes par fraction égale sur le versement du solde mentionné au 3° du I de l'article 8 de l'arrêté du 23 janvier 2008 de chaque mois compris entre le mois suivant celui au cours duquel le montant mentionné au troisième alinéa est versé et le mois de mars 2017.

Article 10

La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Pour la ministre et par délégation :

Le ministre des finances et des comptes publics,

Pour le ministre et par délégation :

ANNEXE 3 : MODELES D'ARRETES REGIONAUX

Modèle d'arrêté DFG

AGENCE REGIONALE DE SANTE

Arrêté du *****

Fixant le montant de dotation forfaitaire garantie à l'établissement *** (FINESS
=*****)**

NOR :

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles R.162-42-7-2 et R.162-42-7-3;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

Vu l'arrêté du 23 juin 2016 fixant le montant national et sa répartition par région de la dotation forfaitaire garantie visée au II de l'article R.162-42-7-3 du code de la sécurité sociale.

Arrête :

Article 1

Le montant de la dotation forfaitaire annuelle garantie au titre de l'année ***** est arrêtée à **X €** et se décompose comme suit :

- conformément aux dispositions du 1°) de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, une part fixe fixée à ***** €.

- conformément aux dispositions du 2°) de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, une part populationnelle et organisationnelle fixée à ***** €.

Article 2

Le montant de la dotation forfaitaire annuelle garantie fixée à l'article 1^{er} est pris en compte pour le versement des ressources de l'établissement dans les conditions fixées dans l'arrêté du ***** susvisé.

Article 4

Le présent arrêté est notifié à la caisse *****, **pour information.**

Article 5

Le directeur général de l'agence régionale de santé est chargé de publier [ou notifier à l'intéressé] le présent arrêté.

Modèle d'arrêté versement HP

AGENCE REGIONALE DE SANTE

Arrêté du ****

Fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû à l'établissement **
(FINESS =****) déclarée au mois de ******

NOR :

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles R 162-42-7-2 à R 162-42-7-6 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R.6111-24 à R.6111-26 ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;

Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

Vu l'arrêté modifié du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ;

Vu l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

Vu l'arrêté du **** fixant pour l'année **** les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du **** fixant pour l'année **** la dotation forfaitaire garantie de l'établissement.

Arrête :

Article 1

Sur la base des éléments fixés en annexe, la somme à verser au titre de la dotation HPR due pour le mois de ****, par la caisse ****, est arrêtée à **X €**, dont **X €** au titre de l'année N-1 arrêtés dans les conditions définies à l'article 6 de l'arrêté du **** susvisé.

Article 2

Au titre de la part de ces recettes liées à l'activité déclarée pour le mois de ****, à l'exception de celles entrant dans le champ de la dotation HPR, la somme à verser par la caisse est arrêtée à **X €**, soit :

- a. **X €** au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU), dont **X €** au titre de l'année N-1 ;
- b. **X €** au titre des forfaits de « petit matériel » (FFM), dont **X €** au titre de l'année N-1 ;
- c. **X €** au titre des forfaits « interruptions volontaires de grossesse » (IVG), dont **X €** au titre de l'année N-1 ;
- d. **X €** au titre des actes, y compris les forfaits techniques, et les consultations externes à l'exception de ceux mentionnés au g, dont **X €** au titre de l'année N-1 ;
- e. **X €** au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE), dont **X €** au titre de l'année N-1 ;
- f. **X €** au titre des forfaits « administration de produits et prestations en environnement hospitalier » (APE), dont **X €** au titre de l'année N-1 ;
- g. **X €** au titre des consultations ou actes associés aux forfaits mentionnés aux a, b, e et f, dont **X €** au titre de l'année N-1 ;
- h. **X €** au titre des forfaits dialyse (D), dont **X €** au titre de l'année N-1.

Article 3

La somme à verser par la caisse ****, pour le mois de ****, est arrêtée à **X €** au titre des forfaits groupes homogènes de tarifs (GHT), dont **X €** au titre de l'année N-1.

Article 4

La somme à verser par la caisse ****, pour le mois de ****, est arrêtée à **X €** au titre des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, facturables en sus des prestations mentionnées au f et au h de l'article 2 ainsi qu'à l'article 3, dont **X €** au titre de l'année N-1.

Article 5

La somme à verser par la caisse ****, pour le mois de ****, est arrêtée à **X €** au titre de la valorisation de l'activité liée aux patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME), dont **X €** au titre de l'année N-1.

Article 6

La somme à verser par la caisse ****, pour le mois de ****, est arrêtée à **X €** au titre de la prise en charge des patients bénéficiant des soins urgents mentionnés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, dont **X €** au titre de l'année N-1.

Article 7

La somme à verser par la caisse ****, pour le mois de **** est arrêtée à **X €** au titre des dépenses de soins mentionnées au II de l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités de prise en charge, pour les personnes écrouées, de la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du même code.

Article 8 (versement des lamdas pour l'année du basculement des ES anciennement sous modèle T2A dans le modèle « hôpitaux de proximité »)

I.- La somme à verser par la caisse ****, pour le mois de ****, est arrêtée à **X €** s'agissant des montants dus au titre de l'année N-1 pour les forfaits GHS et leurs éventuels suppléments.

II.- La somme à verser par la caisse ****, pour le mois de ****, est arrêtée à **X €** s'agissant des montants dus au titre de l'année N-1 pour les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

III.- La somme à verser par la caisse ****, pour le mois de ****, est arrêtée à **X €** s'agissant des montants dus au titre de l'année N-1 pour les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Article 9

Le présent arrêté est notifié à la caisse ****, pour exécution.

Article 10

Le directeur général de l'agence régionale de santé est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié [ou notifié à l'intéressé].

ANNEXE

I- Montants servant à la détermination de la dotation de la dotation HPR

Les montants calculés servant à la détermination du montant HPR en application du 1° à 3° de l'article 2 de l'arrêté du ***** relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité sont fixés à :

1° **X €** au titre du montant cumulé de l'activité de l'établissement, pour le mois de ***** et le ou les mois précédents de l'exercice en cours, valorisée dans les conditions définies à l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé, se décomposant ainsi :

- X€ au titre des forfaits groupes homogènes de séjours (GHS) et de leurs éventuels suppléments ;
- X€ au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale et des produits et prestations mentionnés au même article.

2° **X €** au titre du montant cumulé des douzièmes de la dotation forfaitaire garantie, notifiée à l'établissement en application du II de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, pour le mois de ***** et le ou les mois précédents de l'exercice en cours;

3° **X €** au titre du montant cumulé des montants de dotation HPR versés à l'établissement le ou les mois précédents de l'exercice en cours.

Le montant de la dotation HPR du mois de ***** arrêté à l'article 1er est déterminé comme suit :

Montant dotation HPR (hors montant dû au titre de l'exercice antérieur) = 2°- 3° [*dans le cas où activité cumulée < montant cumulé des 1/12° de DFG*]

OU

Montant dotation HPR (hors montant dû au titre de l'exercice antérieur) = 1°- 3° [*dans le cas où activité cumulée > montant cumulé des 1/12° de DFG*]

II- Régularisation de la DAF MCO versée durant les premiers mois de l'année 2016

En application de l'article 9 de l'arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité, la part des frais d'hospitalisation incluse dans la dotation annuelle de financement de l'établissement versée durant les mois de janvier à [juin ou juillet – selon la publication de la DFG 2016] correspond à X €.

WWW.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/HOPITAUX-PROXIMITE

DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

