**Extraits des principales dispositions contenues dans le rapport intermédiaire sur les GHT**

**(pouvant intéresser et/ou concerner les SSR) remis à la Ministre en mai 2015**

**P 16** « Il est impensable qu’un projet médical partagé fondé sur la prise en charge du patient se limite par exemple à une prise en charge chirurgicale **sans penser à ses besoins en réadaptation ».**

**P 17** « Pour chaque filière, il s’agit donc de mettre en adéquation les besoins et l’offre.

L’élaboration du projet médical partagé suppose ainsi de conduire une analyse des besoins en matière de soins hospitaliers. Cette analyse ne saurait se limiter à une simple photographie des consommations actuelles de soins alors que les prises en charge ne sont pas toujours adaptées. Il convient en effet d’intégrer :

-  les travaux en cours sur la pertinence des actes

-  les perspectives épidémiologiques liées notamment à l’évolution démographique

- l’effet de l’évolution des techniques et modalités de prise en charge : virage ambulatoire, télémédecine, etc.

Les GHT doivent permettre d’interroger les manques comme les redondances. Ce dernier point ne saurait être accessoire ».

**P 18** « **Notre proposition pour les décrets d’application**

• Définir la notion de projet médical partagé, et l’étendue de ce projet médical du GHT

• Prévoir l’articulation entre le projet médical partagé et les projets médicaux d’établissement

• **Organiser la procédure simplifiée de cession des autorisations d’activités de soins »**

**P 19** « il ne paraît pas raisonnable de constituer des GHT entre établissements distants de plus d’une heure de trajet (…) Selon ces critères, il devrait y avoir entre 150 et 250 GHT sur le territoire national ».

**P 20** « **Chaque territoire est unique et a des besoins spécifiques**.

Cette phase de diagnostic territorial est capitale pour l’ensemble du GHT. La coopération entre les établissements parties au GHT ne peut pas être un simple cumul des activités réalisées par chacun. **Il convient au contraire d’établir un diagnostic des besoins des patients, puis d’analyser l’offre du GHT dans son ensemble, ses liens avec les autres acteurs du territoire, notamment avec la médecine de ville et l’hospitalisation privée.**

Le diagnostic territorial ne peut être porté ni en loi, ni en décret. Nous proposerons donc une méthodologie d’élaboration d’un projet médical partagé qui intègre cette dimension territoriale indispensable, ainsi que des fiches repères dédiées à la

réalisation d’un diagnostic des besoins de santé. Ce seront les premiers livrables de la boîte à outils, à l’été 2015, afin que les établissements puissent s’appuyer dessus et entamer dès à présent l’élaboration de leur projet médical partagé qui devra être finalisé pour l’été 2016 »

**p 21** « Les hôpitaux locaux et de proximité, véritable passerelle entre l’ambulatoire et l’hospitalisation ont un rôle de proximité et de premier recours. Ces établissements ont toute leur place dans les GHT, et la reconnaissance de leur spécificité en qualité d’établissement de premier recours doit s’inscrire dans les projets médicaux partagés. Par ailleurs, **les GHT contribuent à la pérennité des hôpitaux de proximité en leur permettant d’accéder à des compétences rares et des infrastructures robustes grâce à la mutualisation.**

Concernant les établissements privés, leurs représentants ont revendiqué le principe du volontariat : ceux qui le souhaitent devraient pouvoir établir des partenariats avec les établissements parties au GHT. **Les GHT seront respectueux des coopérations mises en place sur le territoire entre offreurs de soins privés et publics. Il n’est absolument pas question que ces coopérations soient remises en question. Au contraire, elles permettent le nécessaire maillage du territoire et la prise en charge des patients. Elles doivent être complémentaires avec les GHT »**.

**P 30** « Les ambitions de territorialisation des professions médicales hospitalières appellent donc à repenser l’indemnisation de la territorialisation de l’exercice médical. Une brique indemnitaire complémentaire, issue d’une grille nationale mesurant le degré de territorialité, pourrait venir compléter l’arsenal indemnitaire des statuts de PH.

**Notre proposition pour les décrets d’application**

Intégrer dans les nomenclatures de nouvelles lettres-clés destinées à assurer une juste rémunération de toutes les téléconsultations et télé-expertises réalisées par des experts hospitaliers »

**P 34** « mise en place d’un département de l’information médical de territoire, chargé de :

•Mettre en œuvre une convergence des pratiques de codage au sein des établissements parties au GHT ;

•Produire l’analyse médico-économique de l’activité de l’ensemble du groupement hospitalier de territoire en lien avec la communauté médicale ;

•Participer à l’évaluation et à l’analyse des pratiques au sein du GHT, pour accompagner la démarche qualité ».

**P 37** « La mise en place de **mécanismes de solidarité financière entre les établissements de santé d’un même GHT** est l’une des conditions sine qua non de réussite pour l’élaboration d’une véritable stratégie de prise en charge partagée. Il s’agit donc de concevoir des mécanismes de solidarité de trésorerie entre établissements publics d’un même GHT, à l’image des mécanismes de cash pooling que les groupes privés ont su mobiliser de longue date ».

**P 39** « Ce régime des autorisations ne permet pas de penser à une complémentarité de mise en œuvre, dans une logique de filière, entre établissements partenaires. (…) Ces propositions emportent néanmoins des conséquences au-delà de la sphère des établissements publics de santé parties à un GHT puisque le régime des autorisations est le même pour les établissements privés. **Il est donc proposé d’intégrer les ambitions de territorialité dans les travaux en cours sur la réforme du régime des autorisations qui doit prendre la forme d’une ordonnance dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi de santé** »

**Notre proposition pour les textes d’application**

• Territorialiser le régime des autorisations par voie d’ordonnance »

**P 40** « Outre la présentation des intentions en la matière, dans le cadre du projet médical partagé, il faut en effet prévoir un dispositif d’évaluation garantissant ce label qualité commun au GHT. C’est pour cette raison que les établissements d’un même GHT doivent s’engager conjointement dans la démarche de certification par la HAS ».

**P 41** « Les ARS ne doivent pour autant pas être écartées. Elles devront bien être les garantes que les projets proposés par les établissements de santé seront cohérents avec le diagnostic et les orientations territoriales qu’elles portent par ailleurs. C’est à ce titre qu’elles auront un rôle de validation de la cartographie des GHT et des conventions constitutives incluant le projet médical partagé. »