

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement. Ce chapitre présente le cadre juridique qui prévaut en 2016, après la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2014. De petites différences peuvent subsister entre le cadre législatif et réglementaire présenté dans ce chapitre et les données présentées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou de personnels. Par exemple, la présentation traditionnelle établissements publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif est conservée pour l'année 2014 dans certaines fiches, même si la catégorie des établissements de santé privés d'intérêt collectif est censée se substituer à la catégorie des établissements de santé privés à but non lucratif.

I - Le statut des établissements de santé

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé. Selon l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique, « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. » Ces établissements « sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire ». « Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas [...] » (article L. 6141-1). « Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR) ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (article L. 6141-2). La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers universitaires (CHU), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la

recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1). Les établissements publics de santé peuvent par ailleurs créer une ou plusieurs fondations hospitalières « dotées de la personnalité morale », [...] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent. [...] »

Les établissements privés sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les établissements à but lucratif, souvent dénommés cliniques privées, plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie, etc.). Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier. En effet, selon l'article L. 6161-5, « sont qualifiés d'établissements de santé privés

d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1^{er} du II de l'article 1^{er} de la loi n°2014-856 du 31 juillet 2014, relative à l'économie sociale et solidaire, remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnée à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif ». Cette qualité n'est donc pas liée à une échelle tarifaire, alors que les ex-participants au service public hospitalier (PSPH) étaient nécessairement sur l'échelle publique dite « ex-dotation globale (DG) ». C'est ainsi que plusieurs établissements de dialyse se sont déclarés ESPIC bien qu'ils soient sur l'échelle de tarif privée dite « ex-objectif quantifié national (OQN) ».

II – Les missions des établissements de santé

Les missions générales

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique qui les dénomme établissements de santé. Quel que soit leur statut, ils « assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme le lieu de résidence ou bien l'établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé, en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. » Les

établissements de santé peuvent également développer des alternatives à l'hospitalisation qui ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée ». Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

1^o les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;

2^o les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

« Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale. Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (article R. 6121-4).

Par ailleurs, les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1) et « peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire » (article L. 6111-1-3). En outre, les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2). Les établissements de

santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3).

La participation au service public hospitalier

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies à l'article L. 6111-1. Cet article prévoit ainsi qu'« ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. »

Ces missions peuvent, sans que cela constitue une obligation, être réalisées dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique. Dans cette situation, les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées, par obligation légale, ainsi que les établissements qui en ont fait le choix et habilités par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) à cette fin, sont tenus de respecter trois types d'obligations définies à l'article L. 6112-2 :

- des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires ;
- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmissions des comptes) mais surtout afin que la parole des usagers soit entendue et prise en compte (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;
- des garanties contribuant à la qualité et à l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

III - Les personnels travaillant dans les établissements de santé relèvent de statuts diversifiés

Les personnels des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés

(tableau 1). Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires comprennent :

- des personnels titulaires : les professeurs des universités praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence praticiens hospitaliers (MCU-PH) qui sont des fonctionnaires en leur qualité d'enseignants-chercheurs ;
- des praticiens hospitaliers universitaires (PHU) qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
- des personnels non titulaires : les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) sont régis par des statuts spécifiques figurant dans le Code de la santé publique et ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière. De même, les praticiens contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés sont régis par des dispositions statutaires prévues par le Code de la santé publique. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont été élargies. Ils peuvent désormais être autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins. Ainsi, selon l'article L. 6146-2, « le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires

Tableau 1 Statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif, dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH) Personnels temporaires (PHU) Personnels non titulaires (CCA/AHU)	Article L952-21 du Code de l'éducation. Articles 1 ^{er} des décrets n° 84-135 du 24/02/1984 et n° 90-92 du 24/01/1990	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L6142-5 du Code de la santé publique)
	Salarié de droit public, praticien, attachés, PH	Articles R6152-1 et 6152-604 du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement (article R6152-51 du Code de la santé publique)
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (articles L6146-2 et L6112-4 du Code de la santé publique)	Article L6161-9 du Code de la santé publique	Article L162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R6153-8 du Code de la santé publique	Article R6153-9 du Code de la santé publique	Article R6153-9 du Code de la santé publique

Peu fréquent
 Situation majoritaire
 Situation impossible

médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. » Dans les cliniques privées, les médecins ont majoritairement un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Quant aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dont les centres de lutte contre le cancer, ils accueillent majoritairement des salariés de droit privé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ils peuvent accueillir des praticiens, notamment de jeunes médecins, en contrats à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (durée et objet des CDD), pour renforcer leur organisation et offrir aux patients un meilleur accès aux soins. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les établissements de santé privés chargés d'une ou plusieurs des missions de service public dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux

accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (article R. 6152-51). Un établissement de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un ESPIC pour une partie de son temps de travail en application des dispositions prévues aux articles R. 6152-501 et R. 6152- 502 du Code de la santé publique. De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les EHPAD conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles. Les personnels hospitalo-universitaires peuvent, quant à eux, être affectés dans un établissement privé associé au centre hospitalier universitaire, dans le cadre d'une convention d'association. Enfin, les établissements publics et privés d'intérêt collectif accueillent des médecins en cours de formation (les internes) à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir. Depuis la loi HPST, les cliniques privées peuvent également accueillir des internes. Ainsi, la loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant le cadre était plus limité.

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent de la fonction publique hospitalière. Environ 85 % d'entre eux sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut de la fonction publique, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels à durée déterminée ou indéterminée ou à des personnels intérimaires, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des accroissements momentanés d'activité. Le même statut s'applique aux personnels des établissements publics consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale). Quant aux personnels des établissements de santé privés, ils sont soumis aux dispositions du Code du travail, de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés avec ou sans but lucratif), et de clauses particulières de leur contrat de travail.

IV – Les groupements de coopération sanitaire

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée avait créé les groupements de coopération sanitaire (GCS) comme instrument de coopération entre les établissements publics et privés de santé. La loi HPST a refondu le cadre juridique de ces groupements et l'article 108 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) a réintroduit le GCS de moyens exploitant les autorisations de ses membres. On distingue ainsi, selon leurs finalités, deux grandes catégories de GCS :

- le GCS de moyens ;
- le GCS-établissement de santé.

Selon l'article L. 6321-2, un réseau de santé peut également se constituer en groupement de coopération sanitaire. Dans ce cas, le GCS-réseau de santé fonctionne de la même manière que le GCS de moyens et a pour membres ceux du réseau de santé.

Il est à noter qu'une ordonnance assouplissant le régime juridique des GCS est en cours de réalisation, conformément à l'article 201 de la LMSS.

Le GCS de moyens

Selon l'article L. 6133-1, le GCS de moyens « poursuit un but non lucratif ». Il « a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

- 1° organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
- 2° réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun [...] ;
- 3° permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ;
- 4° exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres. »

Selon l'article L. 6133-6, il est prévu que « [...] les professionnels médicaux des établissements de santé [...], des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement [puissent] assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins [...] ». Un GCS de moyens peut également être titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd, d'une pharmacie à usage intérieur ou encore être la structure juridique exploitant un laboratoire de biologie médicale. Lorsque le décret d'application de l'article 108 de la LMSS sera publié, un GCS de moyens pourra également exploiter les autorisations d'activités de soins détenues par l'un ou plusieurs de ses membres et pourra être autorisé par l'ARS à facturer les soins à l'Assurance maladie pour le compte de ses membres.

Le GCS de moyens permet des coopérations entre les secteurs sanitaire (établissements de santé), médico-social et de ville (professionnels libéraux, centres de santé, maisons de santé, etc.). Sa seule obligation est de comporter un établissement de santé. En effet, selon l'article L. 6133-2, « un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux [...], des centres de santé et des pôles de

santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé. » Par ailleurs, « d'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé ». Le GCS de moyens peut être employeur. Le statut juridique du groupement détermine alors les règles de recrutement des personnels médicaux et non médicaux. Par ailleurs, selon les articles R. 6133-6 et R. 6133-3, les établissements membres du GCS peuvent mettre à disposition du groupement leur personnel. Celui-ci peut également être détaché auprès du GCS (article R. 6152-51).

Selon l'article L. 6133-3, « le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive [voir ci-dessous] est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication. Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication. » Le GCS de moyens est une personne morale de droit public ou de droit privé selon les personnes qui le composent. Ainsi, s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux, le GCS est de droit public. En revanche, le GCS est une personne morale de droit privé s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé. Par ailleurs, lorsque le GCS comporte à la fois des personnes de droit public et de droit privé, le choix du statut public ou privé relève de ses membres. « Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable nommé par un arrêté du ministre en charge du budget. Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes » (article L. 6133-5).

Selon l'article L. 6133-4, « la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet. Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont

tenus de ses dettes. Elle détermine [...] les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement. [...] »

Le GCS-établissement de santé

Le GCS-établissement de santé est généralement issu d'un GCS de moyens. Ainsi, « lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent », sous certaines conditions (article L. 6133-7). D'après l'article L. 6133-8, « lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé [...] ». Enfin, il est stipulé dans l'article L. 6131-2 que « le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé [...] de créer un groupement de coopération sanitaire [...] ».

V - Les groupements hospitaliers de territoires

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire : les groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Cette nouveauté permettra, en renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population.

Les groupements hospitaliers de territoire sont constitués au 1^{er} juillet 2016. Ils sont 135. À compter

de cette date, les établissements constituant le GHT devront progressivement :

- élaborer leur projet médical partagé. Au 1^{er} janvier 2017, les établissements établissent une description des filières de prise en charge des patients au sein du GHT ; au 1^{er} juillet 2017, les établissements ont élaboré leur projet médical partagé ;
- organiser la mutualisation de fonctions assurées par un établissement support pour leur compte (système d'information hospitalier convergent, département d'information médicale de territoire, fonction achats, coordination des écoles et instituts, et de la formation continue) ;
- définir une organisation commune des activités médico-techniques.

VI - L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent, pour le compte du ministère chargé de la Santé, le système de santé en région. Les ARS sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (article L. 1432-1). Conformément à l'article L. 1431-2 du Code de la santé publique (CSP), les ARS « sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie en application des articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. À ce titre :

- a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;
- c) sans préjudice de l'article L.1435-1, elles

établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L.1421-4 en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L.1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

d) elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation.

2° de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

À ce titre :

a) elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code. Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au lien social des personnes âgées et les actions de modernisation de l'aide à domicile ;

b) elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations de chirurgie esthétique (mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que

des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b de l'article L. 313-3 du CASF ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés à l'article L. 113-3 du CASF ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L14-10-5 du même code ;

c) elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population, elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2. À ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-2 et en évaluent l'efficacité ;

d) elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

e) elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention, de promotion de la santé, à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

f) elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

g) dans les conditions prévues à l'article L.182-2-1-1 du Code de la sécurité sociale, elles

définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et interventions chirurgicales, sur la base des informations mentionnées à l'article L. 6113-8. La personne publique désignée par l'État et mentionnée au premier alinéa du même article L. 6113-8 en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région ;

h) en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;

i) elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire ;

j) elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, dans les conditions prévues aux articles L. 6327-1 et L. 6327-2 ;

k) elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé ;

l) elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ;

m) elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche

pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé ;

n) dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'État, elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers. »

La création, la conversion et le regroupement des activités de soins (y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile), de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une autorisation de l'agence régionale de santé (article L. 6122-1) [encadré].

Les PRS et les SROS

La loi de modernisation de notre système de santé a entendu rénover les projets régionaux de santé (PRS) afin d'en renforcer le caractère stratégique et l'opérationnalité. En application des articles L.1434-1 et L.1434-2 « le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. »

Il « est constitué :

1° d'un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus ;

2° d'un schéma régional de santé, établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la

qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle «ORSAN» mentionné à l'article L. 3131-11.

Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 ;

3° d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin. »

Nouveauté par rapport aux PRS précédents, il est désormais mis un terme à l'approche segmentée de l'organisation régionale (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins – SROS [volet ambulatoire et hospitalier], et schéma régional d'organisation médico-social – SROMS), au profit d'une vision unifiée qui prendra la forme d'un seul schéma d'organisation destiné à mieux traduire les nécessaires coordinations entre structures et professionnels au service des parcours de santé.

Ce schéma régional de santé (SRS), défini à l'article L. 1434-3, devra dorénavant :

– indiquer, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours et des soins de second recours ; les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux¹;

1. Les ARS ne peuvent contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers.

- fixer les objectifs en matière d'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux ;
- définir l'offre d'examens de biologie médicale en fonction des besoins de la population.

Ces objectifs ne seront plus définis sur la base de territoires de santé, mais sur un découpage qui pourra varier selon les besoins des ARS et qui regroupera des territoires de démocratie sanitaire, circonscription des nouveaux conseils territoriaux de santé qui viennent remplacer les conférences de territoire, des zones pour les activités et équipements et matériels lourds soumis à autorisation, des zones pour les laboratoires de biologie médicale, ainsi que

des zones servant à caractériser les territoires « sur- et sous-denses » au regard de l'offre en soins de ville.

VII - Le financement

Deux modes de financement distincts selon les disciplines

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des établissements de santé sont déterminés à la fois par les disciplines exercées et accessoirement par leur statut juridique.

S'agissant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), le modèle de financement est fondé principalement sur une

Encadré Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2016, année de référence pour cette publication, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes selon l'article R. 6122-25 :

- 1° médecine ;
- 2° chirurgie ;
- 3° gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° psychiatrie ;
- 5° soins de suite et de réadaptation ;
- 7° soins de longue durée ;
- 8° greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
- 9° traitement des grands brûlés ;
- 10° chirurgie cardiaque ;
- 11° activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- 12° neurochirurgie ;
- 13° activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- 14° médecine d'urgence ;
- 15° réanimation ;
- 16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
- 18° traitement du cancer ;
- 19° examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Le décret n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires (SSR adultes, avec la prise en charge ou non des enfants/adolescents, avec une ou plusieurs prises en charges spécialisées). L'autorisation de soins de suite et de réadaptation mentionne, le cas échéant (article R. 6123-120) :

1° Si l'établissement de santé prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âges de ces enfants parmi la liste suivante :

- les enfants de moins de six ans ;
- les enfants de plus de six ans ou les adolescents.

...

... La mention de la prise en charge des enfants ou adolescents n'est autorisée que si l'établissement de santé assure l'ensemble des aspects sanitaire, éducatif, psychologique et social de la prise en charge des enfants ou adolescents qu'il accueille.

2° Si l'établissement de santé assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs des catégories d'affections suivantes :

- a) affections de l'appareil locomoteur ;
- b) affections du système nerveux ;
- c) affections cardio-vasculaires ;
- d) affections respiratoires ;
- e) affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
- f) affections onco-hématologiques ;
- g) affections des brûlés ;
- h) affections liées aux conduites addictives ;
- i) affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivant : activité/modalité/forme. Ainsi, par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque, qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2016, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants, d'après l'article R. 6122-26 :

- 1° caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- 2° appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- 3° scanographe à utilisation médicale ;
- 4° caisson hyperbare ;
- 5° cyclotron à utilisation médicale.

tarification à l'activité (T2A) introduite en 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif, financés antérieurement par dotation globale (dits « établissements ex-DG »), et en 2005 dans les établissements privés à but lucratif ou non lucratif jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (dits « établissements sous objectif quantifié national » ou ex-OQN). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans ces disciplines quels que soient le type d'activité (hospitalisation complète, partielle, à domicile) et le statut de l'établissement, à l'exception des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre et Miquelon. À noter que si la T2A s'applique aux établissements ex-DG, ainsi qu'aux établissements privés ex-OQN, et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, chaque secteur se voit néanmoins appliquer des tarifs différents, car renvoyant notamment à des périmètres de charges distincts. En effet, les tarifs des établissements ex-OQN n'incluent

pas les honoraires perçus par les médecins, comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont néanmoins calculés selon une méthodologie commune. Le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées [SSA]) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1^{er} janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive aboutissant en 2018. Ce modèle de financement a également fait l'objet de plusieurs évolutions depuis 2012 (*cf. infra*).

Concernant les autres disciplines (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et unités de soins de longue durée), elles demeurent financées *via* une dotation annuelle de financement pour les établissements publics ou privés à but non lucratif, ou *via* des prix de journée pour les établissements privés à but lucratif (ou les établissements privés à but non

lucratif ayant opté pour ce mode de tarification). Cependant, pour 2016, la LFSS a défini un nouveau modèle de financement pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), dont la mise en œuvre reste à définir. Ce modèle, commun aux secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif, repose sur une dotation modulée à l'activité composée d'une part « socle » et d'une part « activité » et s'appuyant sur une description de l'activité de SSR.

Les évolutions apportées depuis 2012 au modèle de financement des activités MCO

Depuis 2012, plusieurs évolutions ont été apportées au modèle de financement des activités MCO. Elles sont articulées autour de trois principaux axes :

Afin de garantir l'accessibilité territoriale aux soins et maintenir l'offre de soins de proximité, de nouvelles modalités de financement pour les établissements et activités isolées ainsi que pour les hôpitaux de proximité ont été définies.

– Concernant les activités isolées : l'article 41 de la LFSS pour 2014 a eu pour objectif de contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, est insuffisante pour équilibrer le financement. Il repose sur la fixation de critères objectifs permettant de qualifier l'isolement. Le forfait « activités isolées » vient ainsi compléter le modèle de financement en T2A et est calculé à partir d'un niveau d'activité manquant pour atteindre l'équilibre financier. Il est éventuellement complété d'une part variable, restant à l'appréciation de l'ARS *via* le fonds d'intervention régional (FIR), en contrepartie d'engagements de l'établissement, notamment en termes de coopération. Le dispositif est opérationnel depuis 2015.

– Concernant les hôpitaux de proximité : la spécificité et le rôle des hôpitaux dits de proximité ont été reconnus à travers l'article 52 de la LFSS pour 2015 qui vise à conforter l'activité et la présence des professionnels de santé du premier recours dans les zones les plus fragiles, en conformité avec l'engagement n°11 du pacte territoire santé. L'hôpital de proximité est défini comme un établissement de santé autorisé en médecine, jouant un rôle déterminant dans l'appui au premier recours, positionné sur l'hébergement des personnes âgées et travaillant fortement avec des médecins

libéraux. Les établissements ainsi reconnus hôpitaux de proximité bénéficient, à compter du 1^{er} janvier 2016, d'une dotation modulée à l'activité (finançant leur activité de médecine). Cette dotation est constituée d'une dotation forfaitaire garantie construite à partir d'une fraction des recettes historiques et d'une dotation organisationnelle et populationnelle calibrée sur la base des caractéristiques du territoire. Les établissements bénéficient également, le cas échéant, d'un complément de financement lié à leur activité.

Pour mieux tenir compte de la qualité et de la pertinence des soins produits par les établissements de santé :

- l'article 51 de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A d'une dimension consacrée à la qualité et à la sécurité des soins. A ainsi été mis en place en 2016 un forfait visant à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Cette démarche initiée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée en 2016 à tous les établissements du champ MCO, dont l'hospitalisation à domicile (HAD). Ce modèle a pour effet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé, en rupture avec le modèle antérieur dans lequel elle n'était pas directement prise en compte ;
- l'article 41 de la LFSS pour 2014 a prévu la mise en œuvre d'un mécanisme de dégressivité tarifaire. Ce mécanisme a été appliqué pour la première fois en 2015 sur une liste de 24 activités ciblées.

Enfin, afin d'améliorer la lisibilité des tarifs et de garantir une juste allocation des ressources entre les activités et les établissements, les évolutions tarifaires annuelles sont mises en œuvre en respectant le principe de neutralité tarifaire qui vise à mieux articuler les tarifs des prises en charge avec les coûts constatés pour les établissements de santé. Des travaux ont également été engagés depuis plusieurs années pour améliorer la qualité et la fiabilité des données issues des études nationales de coûts (ENC).

Des aménagements nouveaux de la T2A devraient être apportés en 2017, à la suite des recommandations du rapport Vêran.

L'ONDAM hospitalier

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) présente depuis 2006 deux sous-objectifs hospitaliers distincts (les 2^e et 3^e sous-objectifs de l'ONDAM) selon le mode de financement qui génère ces dépenses : les dépenses des établissements de santé relevant de la tarification à l'activité et les autres dépenses relatives aux établissements de santé (schéma et tableau 2).

Le deuxième sous-objectif de l'ONDAM (établissements relevant de la T2A) est composé de deux enveloppes :

- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique) qui recouvre l'ensemble des dépenses d'assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, aux forfaits

annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;

- la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dont l'objet, défini par l'article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale, est principalement de financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifiables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple. La liste des missions d'intérêt général est fixée par arrêté.

Le troisième sous-objectif (autres établissements) agrège les dépenses de psychiatrie, de SSR, des unités de soins de longue durée (USLD), ainsi que celles du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). ■

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'ONDAM

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'ONDAM, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, USLD, etc.	T2A	dont ODMCO	dont dotation MIGAC
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 334	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Dépenses constatées	72 014	18 120	53 894	45 774	8 120
2012 *	Dépenses constatées	73 303	18 480	54 815	47 144	7 671
2012**		73 165	18 462	54 703	47 032	7 671
2013	Dépenses constatées	75 955	19 271	56 684	48 207	8 477
2013 **		72 971	18 799	54 172	48 052	6 120
2014***	Objectifs	74 890	19 335	55 556	49 440	6 116
2014 **	estimation	74 491	19 076	55 415	49 525	5 895
2015****	Objectifs	76 060	19 298	56 762	50 518	6 243

* Le périmètre ONDAM ES est hors FMESPP et hors crédits ayant alimenté le fonds d'intervention régional au 1^{er} mars 2012.

** Hors FMESPP et fonds d'intervention régional. Y compris régime d'Alsace-Moselle.

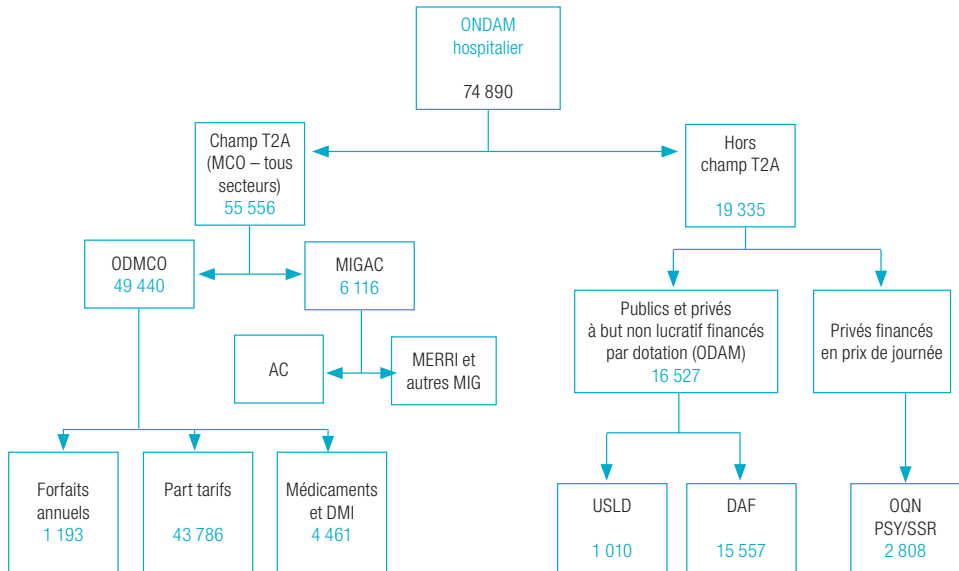
*** Hors FMESPP et hors champ non régulé.

**** Objectifs rectificatifs 2015.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière.
Objectifs 2015 : DGOS.

Schéma La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2014¹

En millions d'euros



1. Objectifs, hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.

Sources > DGOS.

Sigles :

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie.

ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

MERRI : missions d'enseignement, recherche, référence et innovation.

MIG : missions d'intérêt général.

AC : aide à la contractualisation.

ODAM : objectif des dépenses d'assurance maladie.

DMI : dispositifs médicaux implantables.

USLD : unité de soins de longue durée.

DAF : dotation annuelle de financement.

OQN PSY/SSR : objectif national quantifié, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation.