

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Le cadre juridique et institutionnel a sensiblement évolué avec la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). Ce chapitre présente celui qui prévaut en 2019, tandis que l'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2017. De petites différences peuvent donc subsister entre le cadre législatif et réglementaire présenté dans ce chapitre et les données publiées 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 2017 dans certaines fiches, sans nécessairement distinguer, au sein des établissements de santé privés à but non lucratif, ceux ayant fait le choix du service public hospitalier. Ces derniers sont désormais qualifiés, conformément à la loi, d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Le statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique (CSP) qui précise que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial et qu'ils sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. 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 (ARS) dans les autres cas. Deux grands types d'hôpitaux publics sont identifiés. Tout d'abord, 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 les soins courants à la population proche (article L. 6141-2 du CSP). Second cas de figure, lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Ce sont des centres de soins où sont organisés, dans le respect des malades, 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 du CSP).

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 activités de recherche mentionnées à l'article L. 6111-1. [...] Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent aux fondations hospitalières » (article L. 6141-7-3 du CSP).

Le statut des établissements privés de santé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Ils 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 (article L. 6161-5 du CSP). C'est le cas de tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC) définis à l'article L. 6162-1 du CSP, ainsi que des établissements de santé privés gérés par certaines personnes morales de droit privé (mentionnées au 1° 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 (dont celle de poursuivre un but non lucratif) et ayant obtenu l'habilitation mentionnée à l'article L. 6112-3 du CSP.

Les missions des établissements de santé

Les missions générales liées à l'hospitalisation et aux soins

Les établissements hospitaliers sont dénommés établissements de santé par l'article L. 6111-1 du CSP qui définit leurs missions générales. 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 (CASF). 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'ARS, 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 développer des alternatives à l'hospitalisation, pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées, décrites à l'article

R. 6121-4, se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent les activités de soins dispensées par :

- les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, pour « des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale » ;
- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, pour « des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».

Les établissements de santé peuvent également développer une activité d'hospitalisation à domicile, visant à assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (article R. 6121-4-1). Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS), 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 et 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 du CSP). Les établissements peuvent aussi « être appelés par le directeur général de l'ARS à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire » (article L. 6111-1-3).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les établissements de santé, publics et privés, 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 autres missions générales

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du CSP. D'après cet article, les établissements « 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 ».

Enfin, 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).

Le service public hospitalier, une mission spécifique

Ces missions peuvent être réalisées, sans que cela constitue une obligation, dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du CSP. 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 ont été habilités à cette fin par le directeur général de l'ARS sont tenus de respecter trois types d'obligations (article L. 6112-2 du CSP) :

- des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires (hors prise en charge à la demande expresse du patient, et après approbation par celui-ci d'un devis comprenant honoraires et dépassements éventuels, dans le cadre de l'activité libérale intrahospitalière des praticiens statutaires exerçant à temps plein) ;
- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmissions des comptes) mais surtout afin d'entendre et de prendre en compte la parole des usagers (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.

Les statuts diversifiés des personnels travaillant dans les établissements de santé

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 exercent de façon conjointe une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont régis par un statut unique et comprennent :

- des personnels titulaires relevant de la fonction publique d'État : les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), qui sont des fonctionnaires en leur qualité de personnels enseignants titulaires des universités ;

- 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 (CCU-AH) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière, leurs statuts spécifiques sont régis par le CSP. De même, l'exercice des praticiens contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés est régi par les dispositions statutaires prévues par le CSP. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers.

Avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) en 2009, 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 (article L. 6146-2). Le directeur d'un établissement public de santé peut en décider sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'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 se fondent sur les seuls tarifs opposables de l'Assurance maladie, c'est-à-dire sans dépasement. Ils 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 médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile.

Dans les cliniques privées, les médecins exercent majoritairement en tant que libéraux 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 (CLCC), 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 (LMSS), ils peuvent accueillir des praticiens, notamment de jeunes médecins en contrat à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (quant à la durée et à l'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 cliniques privées chargées d'une ou plusieurs des missions de service public hospitalier mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1, 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 durant une partie de son temps de travail (articles R. 6152-501 et R. 6152-502). De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles. Les personnels hospitalo-universitaires peuvent, eux, être affectés dans un établissement privé associé à leur CHU de rattachement, dans le cadre d'une convention d'association.

Enfin, les établissements publics et les Espic accueillent des médecins en cours de formation

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

■ Peu fréquent ■ Situation majoritaire ■ Situation impossible

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH) Personnels temporaires (PHU) Personnels non titulaires (CCU-AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Article 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 L. 6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)
	Salarié de droit public, praticien, attaché, PH	Articles R. 6152-1 et R. 6152-604 du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (article L. 6146-2 du Code de la santé publique)	Article L. 6161-9 du Code de la santé publique et article L. 162-22-6 b et c du Code de la Sécurité sociale	Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R. 6153-8 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique

(les internes), à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir. Depuis la loi HPST, les cliniques privées ont également la possibilité d'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 publics de santé dépendent 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).

Les personnels des établissements de santé privés, eux, sont soumis aux dispositions du Code du travail, avec des conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés à but lucratif ou non) et des clauses particulières dans leur contrat de travail.

Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques, jusqu'à devenir un des outils de coopération privilégié des établissements de santé. Il sert de cadre non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la médecine de ville et l'hôpital. Doté de la personnalité morale publique ou privée, le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet.

Le GCS de moyens, forme la plus commune qui couvre 96 % des structures, permet de mutualiser des moyens de toute nature : moyens humains en

vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc. Les structures de droit public constituent un peu plus de la moitié des GCS de moyens (57 %).

Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs : gestion d'activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins) ou encore de recherche et d'enseignement. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition d'équipements innovants ou encore performance interne.

Désormais, la mise en commun de moyens peut également être au service de l'exploitation d'autorisations de soins ou d'équipements médicaux lourds (EML), par le GCS lui-même (article L. 6133-1 du CSP) sur un site unique et pour le compte de ses membres, qui restent titulaires des autorisations. Ces GCS de moyens dits « exploitants » peuvent même opter pour une facturation directe sur autorisation du directeur général de l'ARS. Ce nouveau dispositif (ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017 et décret n°2017-631 du 25 avril 2017) a vocation à proposer un cadre adapté aux projets les plus intégrés. Les GCS peuvent également être constitués en établissement de santé (GCS-ES). Généralement issus de GCS de moyens, ils sont restés en nombre très limité, compte tenu du degré d'intégration requis.

La vocation mixte du GCS aura tendance à se confirmer avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public.

Les groupements hospitaliers de territoires

La LMSS 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.

Au cours de l'année 2017, les 135 GHT initiaux ont transmis aux ARS leur projet médico-soignant partagé, définissant l'organisation des activités entre chaque établissement, par filière de prise en charge. Pour mettre en œuvre ce projet médico-soignant partagé, l'établissement support est devenu compétent au 1^{er} janvier 2018 pour assurer la gestion des systèmes d'information, des achats, du département de l'information médicale (DIM), la coordination des écoles et instituts de formation paramédicale, et la coordination des plans de formation et développement professionnel continu, et ce pour le compte des autres établissements de son GHT. À ce titre, l'établissement support est seul compétent pour passer des marchés depuis le 1^{er} janvier 2018. En janvier 2019, un 136^e GHT a été créé en Guyane, rassemblant les trois hôpitaux publics de Kourou, Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni.

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent le système de santé en régions. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (article L. 1432-1).

Leurs missions s'organisent en deux grandes catégories définies à l'article L. 1431-2 du CSP. Elles sont d'abord chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé, 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. Dans ce cadre :

- a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

c) elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en fonction des orientations 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.

Les ARS ont également pour mission 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, pour répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et de garantir l'efficacité du système de santé. À ce titre :

a) elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations de différents acteurs : les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les personnels qui apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, ou dans certains établissements de formation ou médico-sociaux mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les aidants et les accueillants familiaux (articles L. 441-1 et L. 444-1 du CASF). 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 favorisent le 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 (*encadré 1*) et des installations de chirurgie esthétique (définies 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 (article L. 113-3 du CASF) ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle (articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF) et s'assurent du respect des cahiers des charges décrits respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 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 (CPTS) 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 ;

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

Encadré 1 Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2019, selon l'article R. 6122-25 du CSP, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes :

- 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.

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 suivants : activité/modalité/forme. Par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque (activité), qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2019, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R. 6122-26) :

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

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) elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 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. La personne publique désignée par l'État (article L. 6113-8) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région ;

h) 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 (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) enfin, 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.

Le PRS recentré sur les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux régionaux

Le projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (articles L. 1434-1 et L. 1434-2 du CSP). Il est constitué de trois éléments :

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

2° un schéma régional de santé (SRS), 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, article L. 3131-11). Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé (article L. 434-12), par les contrats territoriaux de santé mentale (article L. 3221-2) ou par les contrats locaux de santé (article L. 1434-10);

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

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.

Le SRS fusionne les trois anciens schémas¹ afin de mieux organiser le système de santé ainsi que son évolution dans une logique de transversalité et de complémentarité des acteurs de santé, au service des parcours de santé. Défini à l'article L. 1434-3, ce SRS devra dorénavant :

- indiquer les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L. 1411-11 et L. 1411-12), dans le respect de la liberté d'installation. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux²;

- fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement de matériel lourd (EML), les créations et suppressions d'activités de soins et d'EML, et enfin les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé;

- fixer les objectifs en matière d'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins;

- définir l'offre d'examen de biologie médicale, en fonction des besoins de la population.

Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont définis sur la base de zones du SRS, avec deux types de zonages : ceux donnant lieu à la répartition des

activités de soins et d'EML soumis à autorisation, et ceux donnant lieu à l'implantation des laboratoires de biologie médicale.

Ces zonages ne doivent pas être confondus avec les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou particulièrement élevée, mentionnées à l'article L. 1434-4 du CSP.

La démocratie en santé, visant à renforcer les liens comme les échanges entre les représentants des professionnels, des usagers et les élus, s'effectue à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire (TDS) arrêtés par les ARS à l'échelle infrarégionale, au sein desquels sont installés les conseils territoriaux de santé (CTS).

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 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 tarification à l'activité (T2A). Elle a été 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) 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 de séjour (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.

Si la T2A s'applique aussi bien aux établissements ex-DG qu'aux établissements privés ex-OQN et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux

1. Le schéma régional de prévention (SRP), le schéma régional d'organisation des soins (SROS), le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

2. Les ARS ne peuvent contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

secteurs d'établissements, des tarifs différents sont néanmoins appliqués à chaque secteur, car ils ont des périmètres comptables 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 toutefois 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 se terminant en 2018.

Les évolutions récentes apportées au modèle de financement

Le modèle de financement a fait l'objet de plusieurs évolutions ces dernières années et continue d'évoluer, notamment dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) lancée en février 2018 par le gouvernement (voir *infra*).

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. En 2016, un forfait visant l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) a ainsi été mis en place. 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 permet 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.

La psychiatrie et les unités de soins de longue durée demeurent financées *via* une dotation annuelle de financement (DAF) 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).

Concernant spécifiquement les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), l'article 78 de la LFSS pour 2016, modifié par l'article 82 de la LFSS pour

2017, a défini un nouveau modèle de financement. Le modèle cible, commun aux secteurs public et privé, repose sur une dotation modulée à l'activité (DMA) composée d'une part « socle » et d'une part « activité » et s'appuyant sur une description de l'activité de SSR. À cette DMA sont associés plusieurs compartiments, qui ont vocation à être mis en œuvre progressivement, pour financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), les molécules onéreuses ainsi que les plateaux techniques spécialisés des établissements de SSR.

La mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement a débuté au 1^{er} mars 2017 par une période transitoire, durant laquelle le financement des établissements de SSR combine les anciennes et les nouvelles modalités de financement :

- une part majoritaire est fondée sur la DAF pour les établissements publics et privés à but non lucratif, et sur les prix de journée pour les établissements privés à but lucratif ou non ayant opté pour ce mode de tarification ;
- une part minoritaire est fondée sur la part « activité » de la DMA.

Les établissements de SSR peuvent également être éligibles à certaines missions d'intérêt général propres à ce champ.

Enfin, pour 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 :

- La LFSS pour 2014 a d'abord introduit le forfait « activités isolées », opérationnel depuis 2015, pour 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 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 fond d'intervention régional (FIR), en contrepartie d'engagements de l'établissement, notamment en matière de coopération.

- La spécificité et le rôle des hôpitaux dits de proximité ont ensuite été reconnus dans la LFSS pour 2015, qui vise à conforter l'activité et la présence

des professionnels de santé de premier recours dans les zones les plus fragiles. L'hôpital de proximité est défini comme un établissement de santé autorisé en médecine uniquement, jouant un rôle déterminant dans l'appui au premier recours et travaillant fortement avec des médecins libéraux. Depuis 2016, les établissements labellisés hôpitaux de proximité bénéficient ainsi d'une dotation forfaitaire garantie (DFG), construite à partir des recettes historiques pour leur garantir d'en conserver au minimum 80 %. La DFG est complétée par 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.

Les perspectives d'évolution dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé

Dans le cadre de la STSS, un chantier spécifique est mené sur la réforme du financement du système de santé. Piloté par la *Task Force* de Jean-Marc Aubert, ce chantier a identifié certains leviers destinés à faire évoluer le financement du système de santé afin de mieux l'orienter vers les besoins des patients. L'ensemble des perspectives d'évolutions préconisées a fait l'objet d'un rapport publié en janvier 2019³.

En 2019, plusieurs mesures se mettent d'ores et déjà progressivement en place et permettent de poser les premiers jalons :

- l'extension du financement à la qualité pour renforcer l'incitation du forfait Ifaq. Le nouveau modèle de financement à la qualité reprend ainsi les acquis du dispositif antérieur, en lui donnant une nouvelle ampleur (200 millions d'euros en 2019, après 50 millions d'euros en 2018) et une meilleure lisibilité du fait d'un nombre d'indicateurs resserré ;
- la modulation inter-régionale de la DAF en psychiatrie, la réduction des écarts de dotation entre les régions et entre les établissements se poursuit afin de sortir progressivement des dotations historiques et aller vers des dotations « populationnelles », c'est-à-dire qui tiennent compte de la population et de la précarité sur le territoire ;
- la mise en œuvre d'un lien entre autorisation de soins et financement, pour que des activités réalisées

en dehors du cadre d'une autorisation de soins, et hors du contexte de l'urgence ou de la découverte fortuite, ne soient plus facturées à l'Assurance maladie ;

- la mise en œuvre de forfaits « pathologies chroniques » à l'hôpital, ciblés en 2019, pour commencer, sur les prises en charge du diabète et de la maladie rénale avancée : l'enjeu est de favoriser, par cette modalité de financement, une prise en charge préventive des complications et d'en freiner l'évolution ;
- l'expérimentation d'une incitation à la réorientation aux urgences pour les patients jugés « peu graves » et n'ayant besoin que d'une consultation simple, afin d'inciter les services d'urgences à les réorienter vers une consultation de ville, une maison médicale de garde ou une consultation hospitalière spécialisée.

L'Ondam hospitalier

Depuis 2006, et jusqu'en 2016, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) était divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts pour les établissements de santé (les 2^e et 3^e sous-objectifs de l'Ondam) en fonction de leur type de dépenses : celles qui relèvent de la T2A et les autres dépenses relatives aux établissements de santé (*schéma 1* et *tableau 2*). Depuis 2017, ces deux sous-objectifs sont fusionnés en un seul sous objectif « Ondam établissements de santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Ce nouveau sous-objectif unique est composé de plusieurs enveloppes :

- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui recouvre l'ensemble des dépenses d'Assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, à celle de l'hospitalisation à domicile (HAD), 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 est principalement de financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple (article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale). La liste des Migac est fixée par arrêté ;
- l'ODSSR (objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble

3. Ce rapport est disponible sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé.

des dépenses de ces établissements, notamment :
DAF, prix de journée et DMA ;
- l'Odam (objectif des dépenses d'assurance maladie) qui agrège les dépenses des établissements de MCO et de psychiatrie sous dotation annuelle de fonctionnement, ainsi que celles des unités de soins de longue durée (USLD) ;

- l'OQN (objectif quantifié national) qui comprend les dépenses des établissements de psychiatrie privés financés en prix de journée ;
- le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui contribue au financement de l'investissement hospitalier. ■

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Odam

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'Odam, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, et USLD (ODSSR, Odam et OQN)	Odam T2A : ODMCO + dotation Migac	Odam T2A, partie ODMCO	Odam T2A, partie 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 ¹	Dépenses constatées	73 295	18 480	54 815	47 144	7 671
2013	Dépenses constatées	73 104	18 799	54 305	48 185	6 120
2014	Dépenses constatées	74 496	19 076	55 420	49 525	5 895
2015	Dépenses constatées	75 960	19 169	56 791	50 609	6 182
2016	Dépenses constatées	77 359	18 993	58 366	51 874	6 492
2017	Objectifs initiaux	78 919	19 386	59 533	52 965	6 568
	Dépenses constatées	78 331	19 360	58 971	52 242	6 729
2018	Objectifs initiaux	80 026	19 549	60 477	53 761	6 716

Odam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; ODSSR : objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; OQN : objectif quantifié national ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

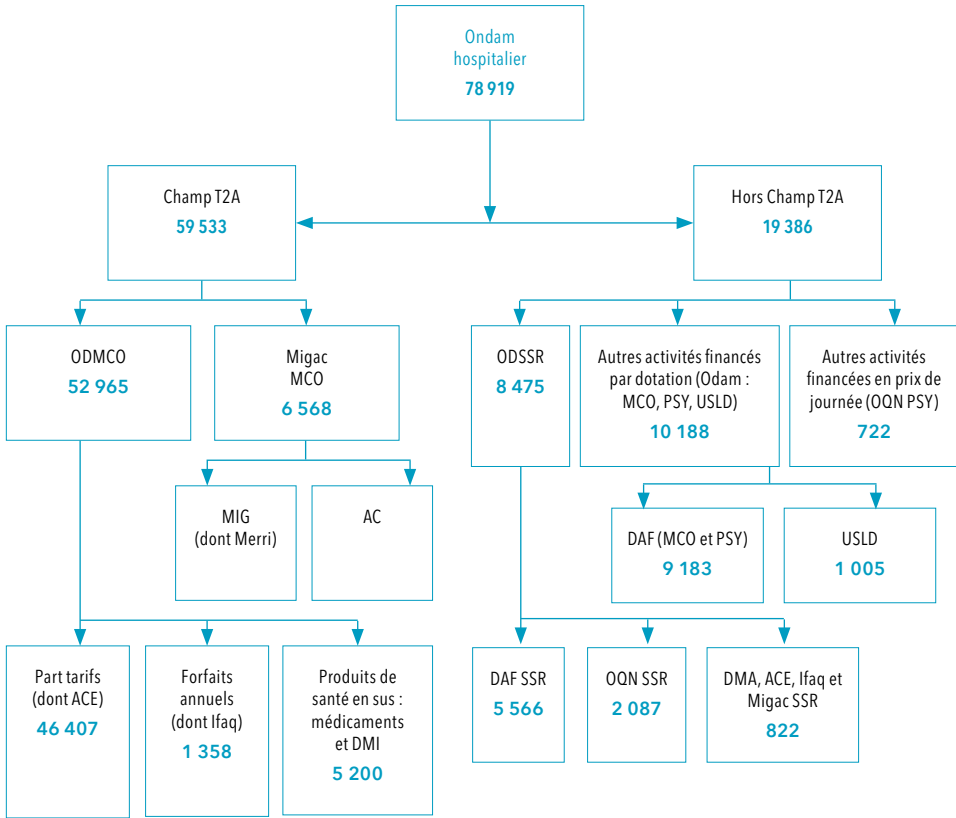
1. À compter de 2012, année de création du fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses de l'enveloppe Migac ne comprennent plus les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'Odam à compter de 2014.

Champ > Données hors fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et champ non régulé.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière. Objectifs 2018 : DGOS.

Schéma 1 La décomposition de l'Ondam hospitalier en 2017

En millions d'euros



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; ODMCO : objectif national des dépenses de MCO ; DMI : dispositifs médicaux implantables ; Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; Merri : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ; MIG : missions d'intérêt général ; AC : aide à la contractualisation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie (ne recouvre plus que les dotations MCO, psychiatrie et USLD) ; DAF : dotation annuelle de financement (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR) ; DMA : dotation modulée à l'activité (modalité de financement du SSR) ; ACE : actes et consultations externes (MCO et SSR) ; Ifaq : incitation financière pour l'amélioration de la qualité (modalité de financement du MCO et du SSR) ; OQN : objectif quantifié national (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR).

Note > Dans ce décompte, il s'agit des objectifs initiaux pour 2017, hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.

Source > DGOS.