

**MINUTES  
POUR  
COMPRENDRE**

**FHP**  
**MCO**  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Une publication  
de la FHP-MCO  
Avril 2016  
N° 5

# La loi de santé en pratique

Manifestations aux côtés des médecins, interpellations dans la presse, *lobbying*, actions juridiques, rien n'a fait dévier la ministre de la Santé de son but résumé dans l'article 1 : « *La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.* »  
Quels sont les changements concrets pour les établissements de santé privés ? Point d'étape à l'heure des premières publications des décrets d'application.

Bienvenue dans l'ère  
de l'hospitalo-centrisme !



# 230

décrets  
d'application  
sont en cours  
d'écriture.



## Le Service Public Hospitalier (SPH) fait la loi

La loi de santé met un terme aux 14 missions de service public définies par la loi HPST pour réintroduire la notion de Service Public Hospitalier. Le SPH est assuré de plein droit, sans exception, par l'ensemble des établissements publics de santé et, sauf opposition, par les établissements privés d'intérêt collectif.

De leur côté, les cliniques doivent produire un dossier de demande de labellisation dont le modèle sera défini par arrêté. Elles devront répondre aux obligations suivantes :

- un accueil adapté (situation de handicap ou de précarité sociale) et un délai de prise en charge en rapport avec l'état de santé ;
- une permanence de prise en charge dans les conditions prévues au présent code, ou à défaut, par un autre établissement de santé en mesure de dispenser les soins nécessaires ;
- un égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- une absence de facturation de dépassements des tarifs et des honoraires ;
- une participation des représentants des usagers à l'organe collégial de l'établissement (conseil d'administration, de surveillance, etc.) ;
- une transmission annuelle à l'ARS du compte d'exploitation.

Ces obligations feront l'objet d'un avenant au CPOM.

### C'est obtenu !

- La labellisation SPH n'a pas d'incidence sur l'octroi des autorisations.
- Les cliniques disposant d'un service d'urgence sont associées d'office au SPH sur la seule activité d'urgence.



## Les bénéfices des activités SIEG sont sous contrôle

La loi prévoit de contrôler les bénéfices réalisés par les établissements de santé. Ce mécanisme vient transposer les règles européennes liées à l'encadrement des Services d'Intérêt Économique Général (SIEG).

Sur la base des données comptables adressées annuellement, l'ARS contrôle l'absence de surcompensation financière sur le champ des activités dites SIEG. Dans le cas contraire, l'agence procède à la récupération des sommes excédant le bénéfice raisonnable.

Pour les établissements de santé privés, l'ARS peut, en complément, demander la transmission des comptes des organismes gestionnaires ainsi que toute autre pièce comptable nécessaire au contrôle.

Cette disposition légale ne sera effective qu'à la parution de son décret d'application qui fixera les règles de calcul et d'application de la surcompensation, les modalités de transmission des comptes et de répartition des charges et des produits, les modalités de contrôle et de publicité, ainsi que le mécanisme de récupération.

## Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) sont omnipotents

Autour d'un CHU et d'un hôpital public pilote se rangent tous les établissements publics et à but non lucratif, puis les cliniques au titre de partenaires via une convention de partenariat qui sera définie par un décret en Conseil d'État. Le GHT n'a pas de personnalité morale mais gère les autorisations. « *Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.* »

### ENTRE LOI ET PRATIQUE : DES DÉROGATIONS D'AUTORISATIONS SONT-ELLES POSSIBLES ?

*Le Conseil constitutionnel dans sa décision du 21 janvier 2016 interdit le transfert d'autorisations (accompagné ou non d'un changement de lieu) même par le biais d'ordonnances à venir, et reconduit le droit commun des autorisations. Une vigilance extrême est requise concernant la rédaction des décrets d'application et le fonctionnement pratique de ces groupements, car la tentation est grande de déroger à l'égalité d'accès aux autorisations entre les établissements de santé appartenant au GHT et les autres.*

**ALERTE  
ROUGE**

### Une nouvelle cartographie

- ✱ Le projet régional de santé définit une stratégie à dix ans quand le schéma régional et le programme à destination des personnes démunies restent programmés pour cinq ans.
- ✱ Des « territoires de démocratie sanitaire » mettent en cohérence les projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales, en prenant en compte l'expression des usagers.
- ✱ Des « zones » sont créées ; elles sont qualifiées de déficitaires ou d'excédentaires. C'est à ce nouvel échelon que sont décidés les activités de soins et les équipements matériels lourds, tout comme les laboratoires de biologie médicale et l'installation des professionnels de santé.
- ✱ Un conseil territorial de santé se substitue aux conférences de territoire. Il élabore un « diagnostic territorial partagé » afin d'identifier les besoins et les insuffisances sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population. Il est le maître d'œuvre et d'ouvrage du projet régional de santé, en particulier des parcours de santé.

### Co-piloter avec les usagers

- ✱ La commission des usagers peut être présidée par un représentant des usagers. D'instance consultative, elle devient participative : élaboration de la politique en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.
- ✱ Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité, autant de points dont elle peut se saisir. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Le représentant des usagers doit suivre une formation, délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées (non opposable pour les usagers nommés avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016).
- ✱ Elle peut aussi agir en lien avec les conseils territoriaux concernant les plaintes et les réclamations des patients.

### Un dossier médical à partager

- ✱ Chaque professionnel de santé reporte dans le Dossier Médical Partagé (DMP) les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la continuité des soins ; le médecin traitant en fait la synthèse au moins une fois par an.
- ✱ Le patient donne son accord pour la création d'un DMP, le consulte, et dans des conditions particulières, supprime ou masque des éléments. La CNAMTS en pilote désormais toutes les étapes. Un décret en Conseil d'État définira toutes les modalités de cet article 96.

**5**  
**MINUTES  
POUR  
COMPRENDRE**

# La loi de santé en pratique

**FHP**  
**MCO**  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Syndicat national  
des 580 établissements  
de santé privés exerçant  
une activité en Médecine,  
Chirurgie, Obstétrique  
(MCO).

Avril 2016  
FHP-MCO,  
106, rue d'Amsterdam  
75009 Paris  
[www.fhpmco.fr](http://www.fhpmco.fr)

Un feuillet complémentaire  
à ce *5 minutes pour  
comprendre* sera publié  
dès la publication exhaustive  
des décrets d'application.

CRÉATION BVM COMMUNICATION

## Une procédure menée tambour battant

La loi de modernisation du système  
de santé a été publiée au *Journal officiel*  
le 26 janvier 2016. L'essentiel des  
décrets, à paraître en juillet 2016, seront  
déjà connus au courant du printemps.

### CALENDRIER

> **1<sup>er</sup> juillet 2016**,  
convention constitutive  
du GHT incluant un projet  
médical partagé (seules  
orientations stratégiques)

> **1<sup>er</sup> janvier 2017**,  
identification des « filières  
prioritaires » de prise en  
charge des patients  
dans le projet médical

> **1<sup>er</sup> juillet 2017**,  
chaque GHT disposera  
d'un projet médical partagé  
entièrement finalisé