

# Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

## Synthèse de la petite loi (avant conseil constitutionnel et promulgation)

*Un index figure en fin de document*

### TITRE PREMIER - MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### CHAPITRE PREMIER - MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

##### Article 1<sup>er</sup>. Missions des établissements de santé et missions de service public

- **Trois catégories** d'établissements : publics, privés et privés d'intérêt collectif
- **Missions** : diagnostic, surveillance et traitement des malades, blessés et femmes enceintes
- Délivrance de soins avec **hébergement**, sous forme **ambulatoire** ou à **domicile** (lieu de résidence ou établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale)
- Politique d'**amélioration continue de la qualité** et de la sécurité des soins et gestion des risques visant à traiter les événements indésirables. Lutte contre ces événements, les infections liées aux soins et l'iatrogénie, politique du médicament et des dispositifs médicaux et système de stérilisation
- **Missions de service public** au nombre de 14 : permanence des soins, prise en charge des soins palliatifs, enseignement universitaire et post-universitaire, recherche, développement professionnel continu des praticiens, formation initiale, éducation et prévention pour la santé, aide médicale urgente, lutte contre l'exclusion sociale, actions de santé publique, prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, soins dispensés aux détenus, aux étrangers et demandeurs d'asile, aux personnes des centres socio-médico-judiciaires de sûreté
- **Déléataires de missions de service public** : établissements de santé, centres, pôles et maisons de santé, Institution nationale des invalides, service de santé des armées, groupements de coopération sanitaire, autres titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd, praticiens exerçant dans ces établissements ou structures
- **Dévolution des missions de service public** : en cas de carence dans le territoire désignation par le DARS, CPOM ou contrat spécifique précise les obligations afférentes et le cas échéant la compensation financière, la signature ou révision du contrat à l'initiative de l'une ou l'autre des parties après concertation préalable des praticiens, les missions de service public déjà assurées peuvent être prioritairement reconnues dans le CPOM
- **Garanties afférentes aux missions de service public** : égal accès aux soins de qualité, permanence de l'accueil et de la prise en charge ou orientation vers un autre établissement ou institution, prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou des honoraires opposables.
- **Champ d'application de ces garanties** : ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre d'une mission de service public y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge. Les obligations incombant à

*l'établissement de santé s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs missions de service public.*

- **Etablissements publics de santé** : garantissent l'égalité, la permanence et la continuité, tarif de responsabilité, tarifs opposables des praticiens y compris activité libérale
- **Rapport annuel** avant le 15 octobre au Parlement (jusqu'en 2018 en même temps que rapport sur la convergence) sur la tarification à l'activité et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements (spécificités des actes en établissements publics, impact coût des missions de service public, conséquences T2A sur nombre d'actes et qualité des soins, prise en compte des zones de faible densité démographique, revitalisation rurale et de montagne)
- **Missions de service public et autorisation d'activité de soins ou d'équipement lourd** : l'autorisation peut être subordonnée à la participation à une ou plusieurs missions de service public ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune des moyens et la permanence des soins. Elle peut être suspendue ou retirée si ces conditions d'octroi ne sont pas respectées. Il en est de même pour le renouvellement.
- **Etablissements de santé privés d'intérêt collectif** : sont qualifiés d'ESPIC les CLCC et les établissements privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration. Ils ont les mêmes obligations et mode de tarification que les établissements publics ☞ **décret**
- **Les ESPIC peuvent** : conclure avec un EPS ou une CHT un accord d'association aux missions de service public (les autres établissements privés ne le peuvent plus), être admis à recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux rémunérés aux tarifs opposables par l'établissement
- **Centres de lutte contre le cancer** : sont des établissements de santé, peuvent faire l'objet d'EPRD et plans de redressement, d'une administration provisoire
- **Aide médicale urgente** : seuls les établissements de santé peuvent disposer d'une unité participant au service d'aide médicale urgente. Un centre de réception et de régulation des appels y est installé mais il peut être commun à plusieurs services concourant à l'AMU. Les médecins libéraux peuvent apporter leur concours ☞ **décret**. Interconnection avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours. Les SAMU et services concourant à l'AMU sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix.
- **Centres de santé** : structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Sont lieux de stage pour les différentes professions de santé. Peuvent appliquer des protocoles de coopérations entre professionnels de santé. Sont créés par soit des organismes à but non lucratif, soit des collectivités territoriales, soit des établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif. Elaborent un projet de santé. Conditions techniques de fonctionnement ☞ **décret**. Suppression de l'instance nationale des centres de santé créée par la loi du 4 mars 2002 et jamais mise en place.
- **Etablissements PSPH, exDG et CLCC** : continuent d'exercer, dans les mêmes conditions juridiques et financières, leurs missions jusqu'au terme du CPOM ou au plus tard au terme de la convergence des tarifs. PSPH prennent la qualification d'ESPIC sauf opposition auprès de l'ARS.
- **Contrats de concession de service public hospitalier** : ne sont pas renouvelés et prennent fin au plus tard au terme de la convergence.

## **Article 1<sup>er</sup> bis A. Reconnaissance de l'hospitalisation à domicile**

Sont soumises à autorisation les activités de soins y compris sous forme d'alternatives **ou d'HAD**.

## Article 1<sup>er</sup> bis. Approvisionnement en médicaments des établissements de santé délivrant des soins à domicile

- Les PUI peuvent approvisionner en médicaments de la réserve hospitalière les HAD sans PUI
- Les HAD avec PUI peuvent confier à des pharmacies d'officine une partie de la gestion, approvisionnement, contrôle, détention et dispensation des médicaments hors réserve hospitalière ainsi que produits, objets et dispositifs médicaux stériles ☞ décret
- Une PUI d'établissement peut confier à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments la réalisation de certaines préparations en conformité avec les bonnes pratiques ☞ décret

## Article 1<sup>er</sup> ter. Utilisation de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile

Seuls les établissements autorisés à exercer une activité d'HAD peuvent faire usage de l'appellation « Hospitalisation à domicile ». L'usurpation de l'appellation est punie d'une amende.

## Article 2. Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé


- **CME en établissement public** : propose au président du directoire un programme d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité et des conditions d'accueil et prise en charge des usagers avec indicateurs de suivi. Consultée dans des matières la concernant ☞ décret
- **CME en établissement privé** : contribue à la définition de la politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Propose un programme d'actions avec indicateurs de suivi. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du CPOM ainsi que sur tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public. La CME est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret. Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence médicale d'établissement est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier.
- **Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (établissements publics et privés)** : mise à disposition du public des résultats ☞ arrêté. En cas de non-respect, le DARS prend des mesures notamment la modulation des dotations MIGAC. ☞ décret
- **Obligation de transmission aux ARS et organismes d'assurance maladie** : informations relatives aux moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et à la vigilance sanitaires ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation.
- **Conditions particulières d'autorisations imposées dans l'intérêt de la santé publique** : ajout d'une condition supplémentaire : la continuité des soins assurée par le personnel médical, extension aux autorisations d'équipements lourds.
- **Fixation par décret des conditions de recrutement d'intérimaires ou contrats de courte durée** : sans qu'il en résulte de manquement à la continuité des soins ☞ décret
- **Réforme de la visite de conformité** : cette visite est réalisée au plus tard six mois après la mise en œuvre des activités de soins. Le maintien de la visite de conformité est vérifié après toute modification des conditions de l'exécution de l'autorisation. ☞ décret

- **Autorisations à durée indéterminée** : Au 1<sup>er</sup> janvier 2010 ces autorisations prennent fin et les titulaires devront en obtenir le renouvellement selon la procédure prévue.
- **Risques liés à certaines activités diagnostiques et thérapeutiques** : renforcement de l'encadrement de ces pratiques
- **Transfert d'enveloppe pour la prise en charge à titre dérogatoire et pour une durée limitée, de tout produit, prestation ou acte innovant** : des MIGAC à l'ODMCO à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010

### Article 3. Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

- *Durée maximale de cinq ans. Cinq ans fermes lorsqu'il contient des clauses relatives à l'exercice de missions de service public.*
- *Le contrat peut être résilié en cas de manquement grave aux obligations contractuelles*
- *Les pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et plafonnée à 5% des produits reçus des régimes obligatoires au titre du dernier exercice clos.*
- *Le CPOM précise les engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, de retour à l'équilibre financier, en vue de la transformation des activités et des actions de coopération.*
- *Le CPOM fixe les éléments relatifs aux missions de service public ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques. Il fixe également les objectifs quantifiés des activités de soins ou équipements lourds autorisés ainsi que les conditions de mise en œuvre.*
- *Les CPOM sont signés ou révisés au plus tard 6 mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. A défaut l'ARS fixe les objectifs quantifiés et leurs pénalités ainsi que les obligations relatives aux missions de service public assignées avec le cas échéant les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière.*
- *En cas de renouvellement ou révision de l'autorisation les objectifs quantifiés sont révisés dans les 6 mois.*
- *Le CPOM définit des objectifs en matière de qualité et de sécurité de soins et comporte des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité faisant suite à la procédure de certification. Il intègre des objectifs de maîtrise médicalisée, décrit les transformations d'organisation et de gestion et comporte un volet social et culturel.*

### Article 3 bis. Dispositif de non-concurrence au profit du secteur public hospitalier

*Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires  décret*

## CHAPITRE II - STATUT ET GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Article 4. Statut des établissements publics de santé

- **Statut** : personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, soumis au contrôle de l'Etat, sans objet principal industriel ou commercial

- **Ressort** : communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Créés par décret en cas de ressort national, interrégional ou régional et par arrêté du DARS dans les autres cas. Suppression de la catégorie des hôpitaux locaux.
- **Ressources des établissements publics** : produits de l'activité et de la tarification, subventions et autres concours financiers, revenus de biens et redevances de propriété intellectuelle, rémunération des services rendus, produits des aliénations ou immobilisations, emprunts et avances, libéralités, dons et legs, toute autre recette autorisée
- **EPS peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières** ☞ décret

## Article 5. Conseil de surveillance des établissements publics de santé

- **Pouvoirs** : délibère sur le projet d'établissement, la convention constitutive de CHU ou autres conventions universitaires, compte financier et affectation des résultats, participation à une CHT dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet de fusion, rapport annuel sur l'activité, convention interne, statuts des fondations.
- **Donne son avis sur** : la politique d'amélioration continue de la qualité, acquisitions, aliénations, baux de longue durée, règlement intérieur.
- **Nomme le commissaire aux comptes en cas de compte soumis à certification**
- **Entend le directeur sur l'EPRD et le programme d'investissement**
- **Composition** (trois collèges identiques) : au plus cinq représentants des collectivités territoriales parmi lesquels le maire de la commune siège et le président du CG, au plus cinq représentants du personnel médical et non médical, au plus cinq personnalités qualifiées dont deux désignées par le DARS et trois représentants des usagers désignées par le Préfet de département. Le président est désigné parmi les membres du collège des élus ou des personnalités qualifiées. Le DARS, le représentant de l'espace éthique s'il existe, le directeur de la caisse pivot et, dans les CHU, le directeur de l'UFR médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, dans les établissements de longue durée un représentant des familles participent avec voix consultative ☞ décret
- **Règles d'éligibilité**

## Article 6. Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé

- **Pouvoirs du directeur** : conduite de la politique générale, représentation dans les actes de la vie civile et action en justice, participe aux séances du conseil de surveillance, exécute ses délibérations, pouvoir de nomination (propose au DG du CNG les nominations), sur proposition du chef de pôle ou du responsable de la structure interne et après avis du président de la CME propose au DG du CNG les nominations et mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ☞ décret « Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art. »
- **Après concertation avec le directoire, le directeur** : conclut le CPOM, décide conjointement avec le président de CME la politique d'amélioration de la qualité, arrête le bilan social, détermine le programme d'investissement, fixe l'EPRD, arrête le compte financier, arrête l'organisation interne et signe les contrats de pôle, peut proposer au DARS les formes de coopération, conclut

les acquisitions, aliénations, baux de plus de dix ans et baux emphytéotiques, soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement, conclut les délégations de service public, arrête le règlement intérieur, décide de l'organisation du travail et des temps de repos à défaut d'accord, présente à l'ARS le plan de redressement ☞ **décret**

- **Nomination du directeur** : en CHU par décret sur rapport conjoint des ministres de la santé et de l'université, en CHR par décret sur rapport du ministre de la santé, en CH par arrêté du directeur du CNG sur une liste de 3 noms fournie par le DARS après avis du président du conseil de surveillance. Formation adaptée ☞ **décret**
- **Président de CME = vice-président du directoire** ☞ **décret** coordonne la politique médicale de l'établissement
- **Directoire** : approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Comporte sept membres dont une majorité médicale (9 en CHU) dont le directeur, le président de CME, dans les CHU 2 vice-présidents aux affaires médicales et à la recherche, le président de la commission des soins infirmiers, des membres nommés par le directeur dont ceux appartenant aux professions médicales sur une liste proposée par le président de la CME et dans les CHU également par le directeur de l'UFR (en cas de désaccord et après présentation d'une nouvelle liste le directeur nomme les membres de son choix). Durée du mandat ☞ **décret**
- **Plan de redressement** : le DARS le demande lorsqu'il estime que l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères ☞ **décret** ou qu'il estime que la situation financière l'exige. Les modalités de retour à l'équilibre donnent lieu à avenant au CPOM.
- **Mise sous administration provisoire** : maximum 12 mois, conseillers généraux des établissements, IGAS ou personnels de la fonction publique hospitalière ou personnes qualifiées si l'établissement ne présente pas de plan de redressement, refuse de signer l'avenant au CPOM ou échec du plan. Saisine préalable de la chambre régionale des comptes possible

## Article 7. Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

- **Fixation des règles de nomination, détachement, direction commune d'établissements publics**

## Article 8. Organisation interne des établissements publics de santé

- **Pôles d'activité** : l'organisation de l'établissement en pôles d'activité revient au directeur après avis du président de la CME et dans les CHU du directeur de l'UFR. Le DARS peut en dispenser un établissement quand l'effectif médical le justifie. Un contrat de pôle est signé entre le directeur et le chef de pôle après avis du président de la CME et du directeur de l'UFR en CHU.
- **Exercice libéral à l'hôpital** : ☞ **décret** le directeur d'un établissement publics de santé peut sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux à participer aux missions de service public et aux activités de soins. Des auxiliaires médicaux peuvent également participer en HAD. Les honoraires sont versés par l'établissement aux tarifs opposables. Une redevance peut être prélevée. Il peut être recouru à des rémunérations autres que le paiement à l'acte. Le contrat est approuvé par le DARS.
- **Transmission des données pour l'analyse de l'activité et la facturation** : obligation pesant sur les médecins des établissements publics et sanction sous forme de retenue sur traitement en cas de non-respect

- **Auxiliaires médicaux libéraux en établissements d'HAD privés** : les honoraires sont à la charge de l'établissement. Des conditions particulières de rémunération autres que le paiement à l'acte peuvent être envisagées.

## Article 8 ter A. Adaptation par voie réglementaire de la gouvernance du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre

## Article 9. Certification des comptes des établissements publics de santé

- **Les comptes des établissements publics sont certifiés** : ☞ décret
- **Les modalités de certification par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes sont coordonnées par la cour** : ☞ décret
- **Date d'application** : comptes du premier exercice commençant 4 ans à compter de la publication de la loi

## Article 9 bis. Création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

- **Statut** : GIP entre l'Etat, l'UNCAM, la CNSA et les fédérations représentant les établissements sanitaires et médico-sociaux
- **Objet** : aider les établissements à améliorer les services rendus aux patients et aux usagers via des recommandations et outils pour moderniser la gestion, optimiser le patrimoine hospitalier et suivre et accroître la performance afin de maîtriser les dépenses. Programme de travail, audits de gestion et d'organisation
- **Président et DG nommés par arrêté ministériel**
- **Ressources** : par dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie, par la CNSA, subventions de l'Etat, collectivités publiques, ressources propres, dons et legs.
- **Le GMSIH est maintenu jusqu'à l'approbation de la convention constitutive de l'ANAP et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2010**

## Article 10. Statut des praticiens hospitaliers

- **Contrats de cliniciens hospitaliers** : Les établissements publics peuvent également recruter des médecins par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. La rémunération peut contenir des éléments variables fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à la déontologie. Les praticiens hospitaliers titulaires pourront être détachés sur un de ces nouveaux contrats.
- Leur nombre maximal et les spécialités pouvant être pourvues sont fixés par le CPOM
- **Adaptation du Code de la Recherche pour ouvrir la recherche aux établissements de santé sans distinction de statuts** : « L.112-2. La recherche publique est organisée dans les services publics, notamment les établissements publics d'enseignement supérieur, les établissements publics de recherche **et les établissements de santé** et dans les entreprises publiques. »
- **Assouplissement des conditions d'exercice en France des Padhuc** : le seul fait d'avoir effectué la totalité du cursus en France et obtenu le diplôme en France permet d'exercer dans les mêmes conditions, suppression de l'épreuve de langue française au profit d'une preuve


**Article 10 bis. Tenue par le centre national de gestion d'une liste de praticiens volontaires à exercer en qualité de praticiens contractuels**

**Article 11. Contrôle de légalité sur certains actes des établissements publics de santé, hébergement des données à caractère personnel par des tiers et commissions administratives paritaires**

- **Suppression du contrôle de légalité du préfet sur certains actes des EPS** : redondance avec celui de l'ARS
- Autorisation d'**hébergement**, outre des données informatiques, de données sous forme papier

### **CHAPITRE III - FAVORISER LES COOPÉRATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**Article 12. Communauté hospitalière de territoire**

- **Possibilité pour des EPS de conclure une « convention de CHT »** : pour mettre en œuvre une stratégie commune, gérer en commun certaines fonctions et activités. Etablissements médico-sociaux peuvent participer.
- **Convention de CHT** : préparée par les directeurs et présidents de CME, approuvée par les directeurs après avis des conseils de surveillance sauf si un CHU est membre de la CHT, dans ce cas le conseil de surveillance délibère. Approbation par le DARS. Avis du Préfet de région.
- **CHT définit** : le projet médical commun, les délégations et transferts, les cohérences entre CPOM, plans de financement, modalités de coopération, frais pour services rendus, composition des instances, instances communes du personnel, comptes combinés
- **Désignation de l'établissement siège** : au 2/3 des conseils de surveillance représentant les ¾ des produits versés en MCO.
- **Activités de soins** : si transferts, modification des autorisations par le DARS selon procédure simplifiée. Disposition de mise à disposition ou cessions des biens meubles et immeubles.  **décret**
- **Incitation financière** : jusqu'au 31/12/2012, une partie des crédits AC et du FMESPP est prioritairement affectée au soutien des établissements engagés dans des coopérations (CHT ou GCS). Financement majoré de 15%.

**Article 13. Groupements de coopération sanitaire - Coordination par l'agence régionale de santé de l'évolution du système hospitalier**

- **GCS de moyens** : organise ou gère des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche, réalise ou gère des équipements d'intérêt commun, peut être titulaire de l'autorisation d'équipement lourd, permet l'intervention commune des professionnels médicaux et non médicaux y compris libéraux membres dans les établissements membres du GCS.
- **But non lucratif**
- **Membres** : établissements sanitaires et médico-sociaux, centres et pôles de santé, professionnels médicaux libéraux. Au moins un établissement de santé.
- **Avec ou sans capital**
- **Personnalité morale** : droit public (exclusivement membres publics ou établissements publics et libéraux ou majorité des apports ou des participations aux charges de personnes de droit public),

droit privé (exclusivement membres privés ou majorité des apports ou des participations aux charges de personnes de droit privé) ☞ **décret**

- **Règles de prestations médicales croisées sont identiques aux GCS actuels**
- **GCS-établissements de santé** : Si titulaire d'une autorisation d'activités de soins, GCS = Es avec droits et obligations afférents.
- **Si GCS = EPS** : règles de gouvernance s'appliquent avec composition du conseil de surveillance de trois collègues (5 collectivités territoriales, 5 personnels médical et non-médical, 5 PQ)
- **Financement** : Si GCS composé d'EPS et d'établissements privés, possibilité d'opter soit pour les tarifs publics soit pour les tarifs privés ☞ **décret** Le DARS décide.
- **Possibilité de versement de la dotation MIGAC** si GCS constitué dans ce but.
- **Transformation des syndicats interhospitaliers dans les 3 ans de la publication de la loi**
- **Coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS** : pour adapter aux besoins, garantir la sécurité et la qualité, améliorer l'organisation et l'efficacité, synergies interrégionales
- **Pouvoir de l'ARH de** : demander de conclure une convention, une CHT, un GCS ou GIP, fusion en un nouvel EPS. Si non respect, possibilité de mesures appropriées dont diminution dotations MIGAC. Fixation des compétences obligatoirement transférées ☞ **décret**. DARS peut créer la CHT, prononcer la fusion, demander la suppression d'emplois et réduire en conséquence les crédits

#### **Article 13 bis A. Détermination des tarifs applicables aux patients européens ou relevant d'une convention internationale**

- *Fixation par voie réglementaire des tarifs en établissement public pour les patients non assurés ou européens et étrangers*

#### **Article 13 bis B. Extension du champ des missions des conseillers généraux des établissements de santé**

- *Elargissement de leurs missions à d'autres «structures de santé » que les établissements*

#### **Article 13 bis C. Article de coordination rédactionnelle pour les ESPIC**

#### **Article 13 quater A. Prise en charge par la sécurité sociale des honoraires des médecins salariés par un établissement privé**

- *Possibilité pour un établissement privé commercial de facturer les honoraires des médecins qu'il emploie comme salarié afin d'assurer une activité de soins*

#### **Article 13 quinquies. Allongement des délais de paiement des établissements sanitaires et médico-sociaux de droit privé**

- *Possibilité d'allonger par décret, après avis de l'Autorité de la concurrence, les délais de paiement qui s'imposent aux établissements sanitaires et médico-sociaux de droit privé en vertu de la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie (45 jours fin de mois ou 60 jours à compter de la facture).*

**Article 13 sexies. Affiliation à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales des fonctionnaires des établissements publics de santé rattachés à des collectivités territoriales**


**Article 13 septies. Prise en compte des conventions hospitalo-universitaires dans les contrats pluriannuels conclus entre les universités et l'Etat**

**Article 13 octies. Prise en compte des objectifs de formation et de recherche dans les projets d'établissement**

**Article 13 nonies. Précisions sur le contenu des conventions hospitalo-universitaires**

- Ces conventions sont en cohérence avec les CPOM, projets d'établissement et contrats de projets Etat-régions
- Elles portent sur la recherche biomédicale de l'université, les modalités de son déploiement au sein du CHU et les modalités de participation du CHR **et des autres établissements de santé** à l'enseignement universitaire et post-universitaire
- Des établissements de santé, établissements publics à caractère scientifique et technologique ou organismes de recherche peuvent y être associés
- Révision quinquennale

**Article 13 decies. Comité de suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé**

- Placé auprès du Ministre de la santé
- Composition et mission  décret
- Rapport au Parlement 2 ans après promulgation de la loi

## TITRE II - ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

**Article 14. Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours**

- L'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades **sont organisés par l'ARS** conformément au SROS
- **Soins de premier recours** : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients, dispensation, administration des médicaments, produits et dispositifs et conseil pharmaceutique, orientation dans le système de soins et médico-social, éducation pour la santé. Ils sont assurés par les professionnels et les centres de santé.
- **Soins de second recours sont également organisés par le SROS**
- **Médecin généraliste de premier recours** : contribue à l'offre de soins ambulatoire, oriente ses patients dans le système, s'assure de la coordination des soins, veille à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections aux soins prolongés, s'assure de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé, contribue aux actions de prévention et de dépistage, participe à la permanence des soins, contribue à l'accueil et à la formation des stagiaires

#### Article 14 bis A Transmission des informations de suivi d'un patient hospitalisé

- *L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.*

#### Article 14 bis. Missions des pharmaciens d'officine

- *Les pharmaciens d'officine contribuent aux soins de premier recours, participent à la coopération avec les autres professionnels de santé, à la permanence des soins, aux actions de veille sanitaire, à l'éducation thérapeutique, peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social sans PUI, peuvent renouveler des traitements chroniques dans le cadre de coopérations prévues*
- *☞ décret*
- *Expérimentation dans une région à fort taux d'IVG de délivrance de pilules oestroprogestatives aux jeunes femmes ☞ décret*

#### Article 14 ter. Maisons et centres de santé

- *Professionnels y exerçant élaborent un projet de santé conforme au SROS et transmis à l'ARS*

#### Article 14 quater. Définition des pôles de santé

- *Assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours et peuvent participer aux actions de prévention, promotion de la santé et de sécurité sanitaire*
- *Constitués entre des professionnels de santé, centres et réseaux de santé, établissements de santé et médico-sociaux, GCS et GCSMS*

#### Article 14 quinquies A. Dotation de financement des services de santé

- *Réseaux, centres, maisons et pôles de santé peuvent voir leur mission de coordination financée par le FIQCS dont le montant est fixé dans la LFSS*

#### Article 15. Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé - Revalorisation de l'internat en odontologie - Création d'un contrat santé solidarité

- *Fixation du nombre d'internes par spécialité pour cinq ans par subdivision territoriale par arrêté*
- *Détermination des modalités d'information des étudiants présentant le concours d'entrée en 2<sup>ème</sup> année sur l'objectif de rééquilibrage de la densité médicale*
- *Fixation du nombre de postes d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par CHU.*
- *☞ décrets*
- *Ouverture possible de terrains de stage d'internes en centres de santé et structures alternatives à l'hospitalisation*

- Détermination des zones de sur-offre de soins médicaux par le SROS. Evaluation par l'ARS dans les trois ans de la promulgation de la loi selon critères *☞ arrêté*. Si des besoins ne sont pas satisfaits le DARS peut après avis et consultations proposer aux médecins de zones sur-dotées d'adhérer à un **contrat santé solidarité** d'engagement à contribuer à répondre aux besoins dans une zone sous-dotée. En cas de refus : contribution forfaitaire annuelle. *☞ décret*

#### Article 15 bis AA. Transformation de l'école nationale supérieure de la sécurité sociale en école nationale de la protection sociale

#### Article 15 bis A. Suppression d'une discrimination existant pour les ressortissants français désirant se présenter aux épreuves de l'internat

#### Article 15 bis. Contrat d'engagement de service public pour les étudiants en médecine

- Fixation du nombre d'étudiants passant en deuxième année de médecine peuvent signer un contrat d'engagement de service public avec le CNG
- Ce contrat ouvre droit à une allocation mensuelle jusqu'à la fin des études en contrepartie d'un engagement à exercer à titre libéral ou salarié dans une zone sous-dotée pendant au moins deux ans aux tarifs opposables. Choix des postes d'internes sur une liste préétablie de zones sous-dotées.
- Possibilité de se dégager des obligations en payant une indemnité égale aux sommes perçues et une fraction des frais d'études *☞ arrêté*
- *☞ décret en Conseil d'Etat*
- Application à l'issue de l'année 2009-2010

#### Article 15 quater. Nombre minimal annuel de créations de postes d'enseignants en médecine générale

- Au moins 20 pour les PU médecine générale, 30 pour les MCU, 50 pour les CCU

#### Article 16 A. Prise en charge financière par les établissements de santé des interventions des services départementaux d'incendie et de secours à la demande de la régulation médicale

#### Article 16. Permanence des soins

- La PDS est une mission de service public assurée en collaboration avec les établissements de santé par les médecins libéraux. Tout médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir par contrat avec l'ARS
- Numéro de téléphone national de régulation. Egalement accessible par numéros d'appel d'associations interconnectées.
- Modalités particulières de prescription par voie réglementaire
- Couverture assurancielle du médecin régulateur libéral par la responsabilité administrative des agents de l'établissement public y compris si régulation délocalisée.
- *☞ décret*
- Continuité des soins assurée quelles que soient les circonstances. En cas d'absences programmées le médecin doit informer le conseil de l'ordre.


## **Article 16 bis. Expérimentation du dossier médical sur clé USB pour les patients atteints d'affections de longue durée**

- *Avant le 31 décembre 2010 sur un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une ALD. Le GIP fixe la liste des régions expérimentatrices. Un rapport annuel au Parlement en présente le bilan avant le 15 septembre.  décret*

## **Article 17 Coopération entre les professionnels de santé**

- *Par dérogation aux dispositions légales régissant les différentes professions médicales et paramédicales, les professionnels de santé peuvent s'engager dans une démarche de coopération visant au transfert d'activités ou d'actes de soins.*
- *Ces transferts s'exercent dans le cadre de protocoles soumis par les professionnels de santé à l'ARS qui vérifie la réponse à un besoin régional et les soumet à la HAS. Sur avis conforme de celle-ci un arrêté du DARS autorise la mise en œuvre. La HAS peut étendre un protocole au niveau national pour l'intégrer à la formation initiale ou au développement professionnel continu.*
- *Les professionnels doivent ensuite se faire enregistrer auprès de l'ARS qui vérifie divers éléments et notamment la couverture assurantielle du professionnel.*
- *Un engagement de procéder au suivi de la mise en œuvre pour douze mois est pris pour transmission des informations à la HAS.*


## **Article 17 bis. Lactariums**

- *La collecte, la préparation, la qualification, le traitement, la conservation, la distribution et la délivrance sur prescription médicale du lait maternel sont réalisés par des lactariums gérés par des établissements publics de santé, des collectivités publiques ou des organismes sans but lucratif et autorisés par le DARS*
- *Règles de bonne pratique par décision de l'AFSSAPS*
- *Conditions techniques de fonctionnement et d'organisation  décret*

## **Article 17 ter. Fixation du montant de la sanction pour non-transmission électronique des feuilles de soins par le directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie – consultation de la HAS par les caisses – objectif d'avenant conventionnel relatif à la pratique encadrée des dépassements d'honoraires**

- *Avant le 15 octobre 2009 devra être conclu un avenant conventionnel autorisant les médecins relevant de certaines spécialités sous des conditions tenant à la formation, l'expérience, la qualité de la pratique et l'information des patients sur leurs honoraires à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité. A défaut, arrêté modifie la convention pour les quatre mois restants.*
- *« Afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, cet arrêté modifie également les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsque aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer. »*

## **Article 18. Limitation des refus de soins par les professionnels de santé**

- L'interdiction de la discrimination dans l'accès aux soins est précisée.
- Toute personne s'estimant victime peut saisir le directeur de la caisse locale ou le président de l'ordre professionnel. Une conciliation est menée dans les trois mois par une commission mixte (ordre-caisse locale). En cas d'échec, la plainte est transmise à la juridiction ordinaire. En cas de carence, le directeur de la caisse locale peut prononcer une sanction.
-  **décret**
- Précisions sur le système de sanctions à l'encontre des professionnels de santé en matière de discrimination, dépassements d'honoraires abusifs, omission d'information préalable.
- Modalités d'application par **voie réglementaire**

### Article 18 bis Consultation annuelle gratuite d'un généraliste pour les jeunes

### Article 18 ter Transmission d'informations par les caisses d'assurance maladie aux ordres professionnels compétents


### Article 18 quater A Information du patient sur le coût et l'origine des prothèses

- Lorsqu'un acte ou une prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend de manière dissociée le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical
- Sanctions en cas de non-respect

### ~~Article 18 quater B Clarification du régime de garantie des risques de responsabilité civile encourus par les médecins~~

- Cette disposition visait à retirer à l'ONIAM son pouvoir d'action récursoire contre les praticiens pour des préjudices d'une valeur supérieure à 3 millions d'Euros. Le Sénat avait accepté de la supprimer pour les seuls praticiens en secteur 1. La CMP a finalement supprimé la disposition complète si bien que les professionnels se voient toujours potentiellement sujets à ces actions récursoires.

### Article 19 Formation continue des professionnels de santé

- Le **développement professionnel continu** a pour objectifs l'EPP, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il est obligatoire.
-  **décret**
- Dispositions concernant les diverses professions de santé et la gestion des fonds du DPC

### Article 19 bis B Reconnaissance du niveau master au diplôme d'Etat de sage-femme

### Article 19 bis Encadrement des pratiques à visée esthétique

- Dispositions concernant les actes autres que ceux réalisés en établissement et déjà réglementés

### Article 19 ter Ordres des professions médicales et pharmaceutique

**Article 19 quater Ordres des professions paramédicales**

**Article 19 quinques Contrôle des établissements de formation agréés en ostéopathie et chiropraxie**

**Article 19 sexies. Élargissement du champ de contrôle de l'inspection générale des affaires sociales**

- *Notamment aux cabinets d'exercice libéral*

**Article 19 septies. Modalités de validation des qualifications des professionnels de santé**

**Article 19 octies. Sanction de l'exercice illégal et de l'usurpation du titre de préparateur en pharmacie hospitalière**

**Article 19 nonies. Faculté pour le directeur général de l'ARS de suspendre le droit d'exercice des orthophonistes et des orthoptistes**

**Article 20. Réforme par voie d'ordonnance du statut des laboratoires de biologie médicale**

- *Pour harmoniser les dispositions applicables aux laboratoires selon leur statut, mieux garantir la qualité des examens, définir les missions du biologiste, instituer des mesures visant à assurer la pérennité de l'offre, éviter les conflits d'intérêt, disposer des modes d'exploitation des laboratoires privés excluant les SA ou SARL*
- *👉 projet de loi de ratification dans les trois mois de la publication de l'ordonnance*

**Article 21 Habilitation du Gouvernement à prendre par ordonnances les mesures nécessaires à la transposition de certaines règles communautaires en matière de qualifications professionnelles et de dispositifs médicaux**

**Article 21 bis A. Sanctions en cas de distribution de médicaments à usage humain collectés auprès du public et non utilisés**

**Article 21 bis B. Bénéfice du temps partiel thérapeutique pour les internes en médecine**

**Article 21 bis C. Sanctions pour les entreprises pharmaceutiques en cas de non-réalisation des études postérieures à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments**

**Article 21 bis. Obligation de publicité des associations de patients financées par les entreprises de santé à compter de 2010**


**Article 21 ter. Assurance des professionnels de santé salariés**

- *« L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical. »*

**Article 21 quater. Reconnaissance de diplômes et qualifications professionnelles de pays non-membres de la Communauté européenne (Québec)**

## Article 21 quinquies. Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies

## Article 21 sexies. Télémedecine

- **Définition** : forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication
- **Définition des actes de télémedecine** :  décret

## Article 21 octies. Non-application de pénalités pour certaines consultations médicales effectuées en dehors du parcours de soins (structure de médecine humanitaire ou centre de planification familiale)

## Article 21 nonies. Elimination des matériels médicaux usagés perforants



### TITRE III - PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE

## Article 22 B. Création d'une fondation de prévention des facteurs de risques pour la santé

## Article 22 D. Transmission au Parlement d'un rapport relatif au nombre des malades de l'alcool, du tabac et des drogues

## Article 22 E. Signalement de pharmacovigilance élargis aux patients et associations agréées de patients

## Article 22. Education thérapeutique du patient

- **Compétences en matière d'éducation thérapeutique** :  décret
- Un cahier des charges national sera défini auquel les programmes devront se conformer.
- L'ARS conclut des conventions avec les promoteurs de programmes notamment sur le financement. L'ARS les évalue.
- Un cahier des charges national porte sur les actions d'accompagnement de patients.
- Sanctions pénales si mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique sans autorisation
-  décret

## Article 22 bis A Habilitation du Gouvernement à prendre, par ordonnances, des mesures relatives à la lutte contre le dopage

## Article 22 bis Extension des missions des sages-femmes

## Article 22 quater A Renouvellement des prescriptions de médicaments contraceptifs par les infirmiers

## Article 22 quater B. Possibilité pour les pharmaciens de dispenser des contraceptifs oraux

Article 22 septies. Formation des psychothérapeutes

Article 22 octies. Clarification de la situation des accueillants familiaux thérapeutiques

Article 23. Interdiction de vente d'alcool aux mineurs et renforcement du contrôle des interdictions en matière de tabac et d'alcool

Article 24. Interdiction de vente d'alcool au forfait et dans les stations service, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et à distance, contrôle

Article 25 bis A. Encadrement de l'implantation des commerces de vente au détail de tabac autour des établissements scolaires ou sportifs

Article 25 bis B. Encadrement de l'implantation des commerces de vente au détail de tabac dans les départements d'outre-mer

Article 25 bis C. Dispositions relatives aux médicaments vétérinaires

Article 25 bis D. Compétences et prérogatives de l'agence française de sécurité des aliments en matière de médicaments vétérinaires

Article 25 quinquies. Renforcement du système de toxicovigilance

Article 25 septies. Levée sous condition de l'anonymat du dépistage du Sida, des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles

Article 25 octies A. Contrôle de l'agence française de sécurité des aliments sur les compléments alimentaires

Article 25 decies. Lutte contre les troubles du comportement alimentaire - Lutte contre l'obésité

Article 25 septdecies. Niveau sonore des écrans publicitaires

Article 25 octodecies Habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnance, à la fusion de l'agence française de sécurité des aliments et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail

## **TITRE IV - ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ**




### **CHAPITRE 1<sup>er</sup> - Création des agences régionales de santé**

Article 26 A Motivation des avis des caisses nationales de sécurité sociale

## Article 26 B Contrat d'objectifs Etat-UNCAM portant sur la gestion pluriannuelle du risque

- L'Etat conclut avec l'UNCAM un contrat fixant des objectifs pluriannuels de gestion du risque pour les trois régimes d'assurance maladie pour promouvoir des actions de prévention, d'information des assurés, d'évolution des pratiques et d'organisation des professionnels de santé **et des établissements de santé** afin de favoriser efficacité et qualité des soins.
- Les programmes nationaux de gestion du risque sont définis en fonction de ce contrat.
- Ce contrat détermine les conditions de conclusion d'avenants en fonction des LFSS, l'évaluation contradictoire des résultats obtenus
- Période minimale de 4 ans

## Article 26 Agences régionales de santé

- **Missions et compétences** : définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions visant à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, des principes de l'assurance maladie, au respect de l'ONDAM. Veille sanitaire et observation de la santé (maintien des ORS), règles d'hygiène, promotion de la santé, régulation et organisation de l'offre de services de santé pour répondre aux besoins (évaluation et promotion de la qualité des formations, autorisation de la création des activités des établissements et services de santé et médico-sociaux, allocation de ressources, répartition territoriale, mise en place d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé, qualité et sécurité des actes, de la dispensation, contrôles, accès aux soins, définition et mise en œuvre des programmes nationaux de gestion des risques)
- Possibilité de création par décret d'**agences interrégionales** ou de confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs ARS
-  **décret**
- **Organisation et fonctionnement** : Etablissements publics de l'Etat à caractère administratif sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et handicapées. Conseil de surveillance et directeur général.
- **Conférence régionale de santé et de l'autonomie** : rôle consultatif
- **2 commissions de coordination des politiques publiques de santé** : associant Etat, collectivités territoriales et organismes de sécurité sociale.  **décret** Assurent la cohérence et la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, santé scolaire, santé au travail et PMI et dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.
- **Délégations territoriales dans les départements**
- **DG exerce toute compétence non attribuée à une autre autorité** : rend compte au moins 2 fois par an au conseil de surveillance et au moins une fois par an à la conférence régionale de santé (publicité).
- **Conseil de surveillance** : représentants de l'Etat, membres des conseils des organismes locaux d'assurance maladie, des collectivités territoriales, de représentants des patients, personnes âgées, personnes handicapées. Présidé par le représentant de l'Etat dans la région ou à titre expérimental par une personnalité qualifiée désignée par le ministre  **décret** approuve le budget, émet un avis sur le plan régional de santé, le CPOM de l'agence, sur les résultats, reçoit l'état financier annuel des dépenses et sur la situation financière des EPS sous administration provisoire.
- **Conférence régionale de la santé et de l'autonomie** : plusieurs collèges (collectivités territoriales, usagers et associations, conférences de territoire, organisations de salariés,

employeurs, professionnels de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, organismes de protection sociale ☞ **décret**

- **Personnel des agences** : fonctionnaires, médecins des hôpitaux publics, agents contractuels d droit public, agents de droit privé sous convention collective des organismes de sécurité sociale. Comité d'agence et CHSCT ☞ **décret**
- **Coordination des agences** : conseil national de pilotage des ARS (Etat, établissements publics, CNSA, organismes d'assurance maladie) donne aux agences les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé et veille à la cohérence des politiques et valide leurs objectifs. Veille à la réduction des inégalités de santé. Signature d'un CPOM Etat-ARS pour 4 ans. ☞ **décret**
- **Projet régional de santé** : plan stratégique régional de santé, schémas régionaux, programmes d'application. Soumis pour avis à la CRSA. ☞ **décret**
- **Schéma régional de prévention** : observation des risques émergents, actions de promotion, d'éducation de la santé, de prévention des maladies, handicaps, perte d'autonomie. Attribution des crédits des fonds nationaux de prévention des caisses d'assurance maladie. ☞ **arrêté fixant annuellement la contribution des caisses.**
- **Schéma régional d'organisation des soins** : évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins, à l'efficacité et l'accessibilité géographique. Prévoit les complémentarités et adaptations, indique par territoire de santé les besoins en implantation pour les soins de premier et deuxième recours (professionnels de santé libéraux, pôles, centres et maisons de santé, LABM et réseaux). Détermine les zones de mise en œuvre de mesures de meilleure répartition géographique, coordination entre services de santé et établissements d'HAD.
- **Suppression de l'annexe opposable du SROS** : le schéma fixe lui-même les objectifs de l'offre par activités de soins et EML avec modalités de quantification ☞ **décret**, créations et suppressions d'activités de soins et EML, transformations et regroupements et coopérations, missions de service public. Les autorisations doivent être compatibles avec les objectifs du SROS. ☞ **décret**
- **Schéma régional d'organisation médico-sociale** : prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux pour répondre aux besoins, Etabli et actualisé au regard des schémas départementaux des conseils généraux pour les établissements de personnes âgées et handicapées.
- **Programme régional de gestion du risque** : actions nationales et régionales complémentaires, contractualisation avec les directeurs des organismes et services d'assurance maladie ☞ **décret**
- **Territoires de santé et conférences de territoire** : ARS les définit après avis du préfet de région, de la CRSA, des présidents des conseils généraux. Dans chacun des territoires, une conférence de territoire est composée de représentants des acteurs de santé dont les usagers. La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux avec les collectivités locales. ☞ **décret sur les conférences de territoire**
- **Crise sanitaire** : Dans le domaine de la crise sanitaire et des événements porteurs de risque sanitaire, l'ARS place ses moyens sous l'autorité du Préfet de région ou des préfets de zone. ☞ **décret**
- **Contractualisation avec les offreurs de services de santé** : ARS conclut les CPOM avec les établissements et titulaires d'autorisations, peut conclure des CPOM médico-sociaux, avec les réseaux, les pôles et les maisons de santé (condition pour versement de subventions). Peut proposer aux professionnels de santé, centres, pôles, établissements de santé, EHPAD, maisons de santé, services médico-sociaux d'adhérer à des contrats d'amélioration de la qualité et de

coordination des soins (engagements, contrepartie financière au titre du FIQCS, conformes à des contrats-types nationaux)

- **Organisation de la mission de service public de permanence des soins** : modalités élaborées avec les représentants des professionnels de santé dont l'Ordre des médecins après avis du préfet. ARS détermine la rémunération spécifique ☞ **décret**
- **Accès aux données de santé** : ARS a accès à toutes les données utiles avec garantie d'anonymat. Médecins de l'ARS n'ont accès qu'aux données médicales strictement nécessaires. Mise à disposition des applications informatiques par la CNAMTS (convention nationale)
- **Inspections et contrôles** : DARS peut désigner parmi les personnels des inspecteurs et contrôleurs.

## Article 26 bis A. Passation par les organismes nationaux de sécurité sociale de marchés ou d'accords-cadres pour le compte des agences régionales de santé

## Article 26 bis. Suppression des communautés d'établissements de santé

## Article 26 quater. Rapport au Parlement sur l'opportunité de créer un sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie relatif aux inégalités territoriales de santé

- Avant le 15 septembre 2010. Une telle enveloppe serait déléguée aux ARS pour résorber les inégalités

## CHAPITRE II - Représentation des professions de santé libérales

### Article 27. Représentation des professionnels de santé exerçant à titre libéral

- **Création d'Union Régionale de Professionnels de Santé** : pour chaque profession libérale. Regroupées en une fédération ☞ **décret** Les membres sont élus pour une durée fixée par décret par les professionnels libéraux en activité dans le régime conventionnel. Les organisations syndicales présentant des candidats doivent disposer d'au moins deux ans d'ancienneté et doivent être présentes dans au moins 50% des départements et 50% des régions. Par dérogation pour les professions dont le nombre de membres < seuil les représentants sont désignés au niveau national.
- **Trois collèges pour l'URPS médecins** : médecins généralistes, chirurgies-anesthésistes-obstétriciens, autres spécialistes.
- **Missions** : contribuent à la préparation du projet régional. Peuvent conclure des contrats avec l'ARS, assument les missions confiées par les conventions nationales.
- **Perçoivent une contribution versée obligatoirement par chaque adhérent**. Taux fixé annuellement par décret. Peuvent recevoir des subventions
- ☞ **décret**
- **Validité des conventions nationales** : signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au national et ayant réuni aux URPS médecins au moins 30% des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges, pour les autres professions : au moins 30% des suffrages exprimés au national. Pour professions sans URPS, validité si signature par une organisation représentative au national.

### **CHAPITRE III - Etablissements et services médico-sociaux**

#### **Article 28. Etablissements et services médico-sociaux**

**Article 28 bis A. Accès des unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie aux marchés publics de conception réalisation**

**Article 28 bis. Personnels recrutés par le groupement d'intérêt public « agence des systèmes d'information de santé partagés »**

- *Création par la LFSS 2009 de l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) regroupant le GIP-DMP (dossier médical personnel), le GIP-CPS (carte de professionnel de santé) et la composante du GMSIH (groupement pour la modernisation du système hospitalier) couvrant les référentiels d'interopérabilité.*
- *l'ASIP pourra recruter des personnels agents titulaires ou contractuels de la fonction publique,*

#### **Article 28 ter. Mission de l'agence des systèmes d'information de santé partagés**

- *En plus des missions confiées par la LFSS 2009 (normalisation et élaboration des référentiels concourant au développement de l'interopérabilité des systèmes d'information de santé, homologation des logiciels et produits, garant de sécurité, conduite du projet DMP), validation des référentiels d'interopérabilité, de sécurité et de bonnes pratiques pour permettre le partage d'informations de santé pertinentes en toute sécurité.*

### **CHAPITRE IV - Dispositions de coordination et dispositions transitoires**

**Article 29. Mesures de coordination rendues nécessaires par la création des agences régionales de santé**

**Article 30. Transfert aux agences de santé des biens, droits et obligations des organismes auxquels elles se substituent**

- ***Les ARS remplacent : les MRS, les ARH, les GRSP, les URCAM.***

**Article 31. Préfiguration en 2009 des agences régionales de santé**

**Article 32. Entrée en vigueur des dispositions relatives aux agences régionales de santé, à la représentation des professionnels de santé libéraux, à la planification et à l'autorisation des établissements et services médico-sociaux**

- ***Au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2010***
- ***Suppression des CROS six mois après l'entrée en vigueur du décret CRSA et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2011***

**Article 32 bis. Carte de professionnel de santé**

- remplacement les termes de « carte professionnelle de santé » par ceux de « carte de professionnel de santé » ;
- permettre que cette carte soit remplacée par des dispositifs agréés (carte USB, carte hospitalière) d'un usage plus facile et plus large.

### Article 33 Habilitation à légiférer par ordonnances pour coordonner les codes avec la loi, organiser les centres de lutte contre le cancer et adapter la loi outre-mer

### Article 34 Adaptation du statut des thermes nationaux d'Aix-les-Bains

### Article 35 Maintien du régime de protection sociale agricole pour les agents de la mutualité sociale agricole recrutés par les agences régionales de santé

#### Index

(les numéros correspondent aux [articles du texte](#))

|  |  |
|--|--|
| Agence nationale d'appui à la performance              | 9 bis  |
| Agence régionale de santé                              | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 14 ter, 14 quater, 14 quinquies A, 15, 16, 17, 17 bis, 19 nonies, 22, <b>26</b> , 26 quater, 28, <b>29, 30, 31, 32</b>       |
| Agence des systèmes d'information de santé partagés    | 28 bis, 28   |
| Autorisation d'activité de soins ou d'équipement lourd | 1, 1 <sup>er</sup> bis A, 2, 3, 12, 13, 26, <b>32</b>  |
| Centre de santé  | <b>1</b> , 14, 14 ter, 14 quater, 15, 17, 26   |
| Comité régional d'organisation sanitaire               | 32   |
| Communauté hospitalière de territoire                  | 1, 3, <b>12</b> , 13, 26   |
| Concession de service public                           | 1  |
| Conférence médicale d'établissement                    | 1, <b>2</b> , 3  |
| Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens           | 1, 2, <b>3, 6</b> , 10, 12, 13, 13 octies, 13 nonies, 26,  |
| Délai de paiement                                      | 13 quinquies   |
| Dépassements d'honoraires                              | <b>1</b> , 3, 8, 13 quater A, 14, 15 bis, <b>17 ter, 18</b> , 26,  |
| Etablissement privé commercial                         | 1, 2, 3, 3bis, 8, 13, 13 quater A, 13 quinquies, 26  |
| Etablissement privé d'intérêt collectif                | <b>1</b> , 13 bis C  |
| Formation médicale                                     | <b>1</b> , 2, 3, 5, 13 septies, 13 octies, 13 nonies, 14, <b>15</b> , 15 bis, 15 quater, 17, 19, 19 bis B, 19 ter, 19 quinquies, 19 septies, 21 bis B, 21 quater, 27 |
| Groupement de coopération sanitaire                    | 1, 3, 12, <b>13</b> , 26   |
| Hospitalisation à domicile                             | 1, 1 <sup>er</sup> bis A, 1 <sup>er</sup> bis, 1 <sup>er</sup> ter, 3, 8, 15, 26   |
| Mission de service public                              | <b>1</b> , 2, 3, 8, 13, 14, 14 ter, <b>16</b> , 21 ter, 26   |
| Praticien hospitalier                                  | <b>3 bis</b> , 5, 6, 8, <b>10</b> , 10 bis, 12, 19, 19 ter, 26,  |
| Recherche  | 1, 4, 5, 6, 8, <b>10</b> , 13 septies, 13 octies, 13 nonies, 20, 21 bis C  |
| Systèmes d'information                                 | 2, 3, 12, 13, 14 bis, 16 bis, 17 ter, 18 ter, 21 sexies, 26 B, 26, 28 bis, 28 ter, 32 bis  |
| Tarifification à l'activité                            | 1, 2, 13   |
| Unions régionales de professionnels de santé           | 27   |
| Visite de conformité                                   | <b>2</b>   |