

CPOM

Guide méthodologique d'élaboration et de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en Ile-de-France

FICHE D'AIDE AU DIAGNOSTIC ET A LA NEGOCIATION

Annexe 1 – Stratégie de la structure et positionnement sur le territoire

Volet 4 : Déclinaison du Service Public Hospitalier (SPH)

Volet 4 : Déclinaison du service public hospitalier (SPH)

Les références réglementaires fondant le SPH

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), en son article 99, a entendu réintroduire la notion de service public hospitalier dans notre ordonnancement juridique et, ce faisant, mettre un terme aux 14 missions de service public (MSP) définies par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Les précédentes inscriptions aux CPOM des MSP deviennent caduques bien que les activités/financements corrélées ne soient pas remis en question et perdurent selon leurs procédures ad-hoc (exemple : reconnaissances contractuelles en soins palliatifs, autorisations SAMU, financements PASS...).

Deux décrets d'application complètent ce nouvel édifice, l'un n°2016-1505 du 8 novembre 2016 relatif aux établissements de santé assurant le service public hospitalier et l'autre n°2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier (SPH).

Les établissements concernés par le SPH

Un établissement de santé est :

- soit habilité au SPH,
- soit associé au SPH,
- soit ni habilité ni associé, c'est-à-dire sans obligation liée au SPH.

Procédure d'habilitation :

Sont habilités de plein droit les établissements publics de santé (EPS), les hôpitaux des armées et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), sauf opposition de ces derniers avant le 30/11/2016. L'ARS publie à partir de janvier 2017 la liste des ESPIC et la tient à jour.

- Procédure d’habilitation des établissements privés (hors ESPIC) :
 - pas de fenêtre de dépôt, la demande adressée à l’ARS peut intervenir à n’importe quel moment ;
 - 1 mois après réception de la demande le dossier est réputé complet en l’absence de réponse de l’ARS, et la demande est considérée rejetée en l’absence de réponse dans les 4 mois ;
 - la détention préalable de MSP n’induit d’aucune manière automatiquement le droit à être habilité au SPH, une demande doit être faite.

Procédure d’association :

A côté du SPH, le législateur a entendu reconnaître le caractère particulier des établissements qui sont autorisés au titre des urgences et qui, à ce titre et pour cette activité et pour les patients pris en charge dans ce cadre, répondent déjà aux obligations du SPH. Pour ce faire, l’article L.6112-5 donne la qualité d’associé au SPH aux établissements qui, autorisés à exercer l’activité de soins mentionnée au 14° de l’article R. 6122-25, ne font pas le choix du SPH.

L’association au SPH ne s’applique donc qu’aux établissements de santé privés (hors ESPIC) titulaires d’une autorisation de médecine d’urgence.

Cette qualité d’associé au SPH ne vaut que pour la seule activité d’urgence et n’emporte donc aucune incidence sur les autres activités exercées par lesdits établissements de santé.

Les dispositions relatives au SPH, en particulier celles relatives aux obligations du SPH ainsi qu’au régime de sanctions, ne s’appliquent pas aux établissements associés. Toutefois, l’article L.6112-5 prévoit que la suspension / retrait de l’autorisation délivrée au titre des urgences entraîne suspension / retrait de la qualité d’associé au SPH.

Les obligations des établissements habilités au SPH

Le SPH ne se définit pas par ses missions, en dehors de l’aide médicale urgente qui demeure monopole des établissements assurant le SPH. Il se caractérise par un certain nombre d’obligations. Celles-ci figurent à l’article L.6112-2 et imposent aux établissements d’assurer (I) un accueil adapté, de respecter le principe d’égal accès et de pas facturer de dépassements d’honoraires.

Les établissements sont également tenus (II) de garantir la participation des représentants des usagers à leur gouvernance. Cela est déjà le cas pour les établissements publics dans lesquels figurent deux représentants d’usagers, siégeant au conseil de surveillance. Cette obligation constitue, en revanche, une nouveauté pour les établissements privés qui seront généralement amenés à modifier leurs statuts afin de prévoir une telle participation à leur conseil

d'administration ou leur conseil de surveillance, ou tout autre organe en tenant lieu. Ceci devra être précisé dans le cadre du dossier justificatif. Pour les établissements privés ne disposant pas d'un tel organe collectif, cette participation se fera en s'appuyant sur les usagers de la commission des usagers, qui devront être consultés, au moins deux fois par an, sur la stratégie et la gestion de l'établissement. L'arrêté susmentionné précise les thématiques précises sur lesquelles les usagers seront amenés, dans cette situation, à donner leur avis.

Pour ce qui concerne la transmission des comptes, celle-ci se fera dans le cadre de l'obligation fixée à l'article L.6116-3 et selon des modalités qui seront précisées par ailleurs.

Enfin, l'ARS pourra leur demander de réaliser un certain nombre d'actions (III). A ce titre, peuvent être relevés :

- Concernant les actions à mener en cas de « carence de l'offre de services de santé », il appartiendra à l'ARS de qualifier ladite carence en s'appuyant sur les diagnostics territoriaux qui auront pu être menés, qu'il s'agisse de ceux réalisés par les conseils territoriaux de santé ou par ses propres services, notamment en vue de l'élaboration des projets régionaux de santé. Il appartiendra, dès lors, à l'établissement désigné de mettre en oeuvre les actions nécessaires pour combler la carence constatée.
- Concernant le développement de coopérations, les propositions de l'ARS devront être soumises pour avis aux commissions et conférences médicales des établissements privés. Il s'agit, à travers de ces coopérations, de favoriser la mise en oeuvre des différentes activités dans un cadre territorial respectueux des compétences de chacun.
- Enfin, en cas de projet de cessation ou de modification d'activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé, l'établissement devra en informer l'ARS au plus tard six mois avant sa réalisation. En lien avec l'établissement concerné, il appartiendra à l'ARS de mettre en oeuvre les mesures permettant de garantir le maintien d'une réponse aux besoins de santé de la population, y compris en s'appuyant sur d'autres établissements du SPH.

Le rôle du CPOM

Le CPOM n'a pas vocation à « acter » l'habilitation ou l'association des établissements au SPH qui relèvent de procédures ad-hoc et, par conséquent, cette annexe du CPOM n'a pas forcément à figurer dans le CPOM des établissements habilités ou associés, elle est facultative.

Cette annexe du CPOM vise, si nécessaire, à décliner et préciser les obligations découlant du SPH par des engagements spécifiques, en particulier au regard de la réalité des territoires, pour les établissements habilités ou associés. Elle s'inscrit dans la démarche de négociation entre les contractants.