

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

24/04/1996

*
*_
*
*

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et du ministre du travail et des affaires sociales,

Vu la Constitution, notamment son article 38 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code pénal ;

Vu le code des juridictions financières ;

Vu la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 modifiée d'orientation en faveur des personnes handicapées ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;

Vu la loi portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu la loi n° 89-474 du 10 juillet 1989 portant dispositions relatives à la sécurité sociale et à la formation continue des personnels hospitaliers ;

Vu la loi modifiée portant diverses mesures d'ordre social ;

Vu la loi relative à la santé publique et à la protection sociale ;

Vu la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux structures et aux orientations dans la fonction publique ;

Vu la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire ;

Vu la loi n° 95-1348 du 30 décembre 1995 autorisant le Gouvernement, par application de l'article 38 de la Constitution, à réformer la protection sociale ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 11 avril 1996 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 12 avril 1996 ;

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privee/>

Le Conseil d'Etat entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

TITRE Ier
LES DROITS DES MALADES

*
*

Art. 1er

Sont insérés, à la section I du chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, les articles L. 710-1-1 et L. 710-1-2 ainsi rédigés :

"Art. L. 710-1-1. - La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L. 710-5.

"Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé.

"Art. L. 710-1-2. - Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.

" Dans chaque établissement de santé est instituée une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose. "

TITRE II
L'EVALUATION, L'ACCREDITATION ET L'ANALYSE DE L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

*
*

Art. 2

I. - Il est inséré, après le premier alinéa de l'article L. 710-4 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé :
"L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, instituée à l'article L. 791-1, contribue au développement de cette évaluation. "

II. - L'article L. 710-6 du même code est abrogé.

III. - L'article L. 710-5 du même code devient l'article L. 710-6.

IV. - Il est inséré, au chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un article L. 710-5 ainsi rédigé :

"Art. L. 710-5. - Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.

"Cette procédure, conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

"La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de l'hospitalisation instituée à l'article L. 710-17. Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, tous les établissements de santé devront s'être engagés dans cette procédure.

"Les réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3-2 ainsi que les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 713-11-1 sont également soumis à cette obligation.

"En l'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16, l'agence régionale de l'hospitalisation saisit le conseil d'administration de l'établissement public de santé ou le représentant de l'établissement de santé privé d'une demande tendant à ce que cette procédure soit engagée.

"L'agence régionale de l'hospitalisation se substitue à l'établissement de santé pour demander la mise en œuvre de la procédure d'accréditation si celui-ci s'en est abstenu pendant le délai de cinq ans susmentionné.

"Le rapport d'accréditation, qui est transmis à l'établissement de santé, est communiqué à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.

"Le directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé fournit au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation toutes informations quantitatives et qualitatives sur les programmes d'accréditation en cours dans les établissements de santé de la région."

Art. 3

I. - La section II du chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique est ainsi intitulée :

"Section II

"L'évaluation et l'accréditation des établissements de santé"

II. - Elle comprend les articles L. 710-4 et L. 710-5.

Art. 4

Il est créé, au livre VIII du code de la santé publique, un chapitre IV ainsi rédigé :

"Chapitre IV

"L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

"Art. L. 791-1. - Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif dénommé Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

"Cet établissement public est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable et à un contrôle de l'Etat adaptés à la nature particulière de ses missions, définis par le présent titre et précisés par voie réglementaire.

"L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a pour mission :

"1° De favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;

"2° De mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé mentionnée à l'article L. 710-5.

"L'agence nationale peut également être chargée de l'évaluation d'actions et de programmes de santé publique.

"Art. L. 791-2. - Au titre de sa mission d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles dans les secteurs hospitalier et des soins de ville, l'agence nationale est chargée :

"1° D'élaborer avec des professionnels, selon des méthodes scientifiquement reconnues, de valider et de diffuser les méthodes nécessaires à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;

"2° D'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique ;

"3° De donner un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments ;

"4° De réaliser ou de valider des études d'évaluation des technologies relatives à son domaine de compétence ;

"5° De proposer toute mesure contribuant au développement de l'évaluation, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de santé ;

" 6° De diffuser ses travaux et de favoriser leur utilisation.

"Art. L. 791-3. - Au titre de sa mission d'accréditation des établissements de santé, l'agence nationale est chargée, en s'appuyant notamment sur les méthodes, recommandations et références mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 791-2 :

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privee/>

- "1° D'élaborer avec des professionnels et des organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondés sur des critères multiples ;
- "2° De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés ;
- "3° De mettre en oeuvre la procédure d'accréditation des établissements et d'accréditer ces établissements sur le rapport des experts visés à l'article L. 791-4 ;
- "4° De veiller, par tout moyen approprié, à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients.

"Art. L. 791-4. - Pour développer l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et mettre en oeuvre la procédure d'accréditation, l'agence nationale s'assure de la collaboration des professionnels par la constitution et l'animation d'un réseau national et local d'experts.

"Les personnes collaborant, même occasionnellement, aux travaux de l'agence nationale ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prêter leur concours à une mission relative à une affaire dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.

"Elles sont tenues au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

"Art. L. 791-5. - L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est administrée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur général. "Le conseil d'administration de l'agence est composé :

- "1° De personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs des établissements de santé ;
- "2° De représentants des unions des médecins exerçant à titre libéral et des autres professionnels de santé libéraux ;
- "3° De représentants de l'Etat ;
- "4° De représentants des organismes d'assurance maladie ;
- "5° De représentants des organismes mutualistes ;
- "6° De personnalités qualifiées.

"Les catégories mentionnées aux 3°, 4° et 5° ne peuvent détenir ensemble plus du quart des voix délibératives au sein du conseil d'administration. La moitié au moins des membres de ce conseil sont des médecins.

"Les modalités de désignation des membres sont définies par voie réglementaire.

"Les membres du conseil d'administration sont nommés par le ministre chargé de la santé pour une durée de quatre ans.

"Le président du conseil d'administration de l'agence est nommé par le ministre chargé de la santé, après avis du conseil d'administration, au sein des catégories mentionnées aux 1°, 2° et 6° du présent article.

"Le directeur général de l'agence est nommé par le ministre chargé de la santé après avis du conseil d'administration, pour une durée de cinq ans.

"Le directeur général de l'agence et les présidents du conseil scientifique des deux sections de ce conseil et du collège de l'accréditation visés aux articles L. 791-7 et L. 791-8 assistent au conseil d'administration avec voix consultative.

"Art. L. 791-6. - I. - Le conseil d'administration :

- "1° Adopte le budget de l'agence et approuve les comptes ;
- "2° Adopte le règlement intérieur de l'agence ;
- "3° Fixe le programme, annuel et pluriannuel, des travaux d'évaluation et d'accréditation et en suit l'exécution.

"II. - Le directeur général prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration et met en oeuvre la politique définie par ce dernier. Il est compétent pour régler les affaires de l'agence autres que celles énumérées au I ci-dessus et aux articles L. 791-7 et L. 791-8.

"Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

"Art. L. 791-7. - Un conseil scientifique, dont la composition et le mode de désignation sont fixés par voie réglementaire, veille à la cohérence de la politique scientifique de l'agence. Il assiste le président du conseil d'administration et le directeur général.

"Ses membres, parmi lesquels figurent des personnalités étrangères, sont choisis pour leur compétence notamment dans le domaine de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, de l'évaluation et de la recherche médicale.

"Le conseil scientifique comprend deux sections : une section de l'évaluation et une section de l'accréditation.

"Art. L. 791-8. - Un collège de l'accréditation, dont la composition est fixée par voie réglementaire, est placé auprès du conseil d'administration et du directeur général de l'agence.

"Le collège de l'accréditation valide le rapport d'accréditation et accrédite les établissements de santé.

"Les membres de ce collège sont désignés, sur proposition du conseil scientifique, après avis des membres du conseil d'administration mentionnés aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 791-5, pour une durée de trois ans, par arrêté du ministre chargé de la santé.

"Les règles de son fonctionnement garantissant l'indépendance de ses membres et l'absence de conflit d'intérêts sont fixées par voie réglementaire.

"Art. L. 791-9. - Les ressources de l'agence sont constituées notamment par :

- "1° Des subventions de l'Etat ;
- "2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat ;
- "3° Le produit des redevances pour services rendus établies par décret en Conseil d'Etat ;
- "4° Des taxes créées à son bénéfice ;
- "5° Des produits divers, des dons et legs.

"Art. L. 791-10. - L'agence peut employer des agents contractuels recrutés, le cas échéant, par contrat à durée indéterminée."

Art. 5

Il est inséré, au chapitre 1er A du titre 1er du livre VII du code de la santé publique, un article L. 710-7 ainsi rédigé :

"Art. L. 710-7. - I. - Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.
"Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en oeuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers, notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire dans le respect des dispositions du présent titre.
"II. - Les informations relatives aux honoraires des professionnels de santé exerçant leur activité dans les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 sont transmises aux agences régionales de l'hospitalisation par les organismes d'assurance maladie."

Art. 6

I. - Il est créé, au chapitre 1er A du titre 1er du livre VII du code de la santé publique, une section III ainsi libellée :

"Section III
"L'analyse de l'activité et les systèmes d'information"

II. - Elle comprend les articles L. 710-6 et L. 710-7.

Art. 7

Le dernier alinéa de l'article L. 715-12 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
"Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de l'hospitalisation selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 710-16 et L. 710-16-2."

TITRE III LES CONTRATS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS Art. 8

Il est créé, au chapitre 1er A du titre 1er du livre VII du code de la santé publique, une section IV ainsi rédigée :

"Section IV
"Les contrats pluriannuels entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé"

"Art. L. 710-16. - Les agences régionales de l'hospitalisation, mentionnées à l'article L. 710-17, concluent avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

"La durée du contrat ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans.

"Le contrat est signé par le directeur de l'agence régionale et le représentant de l'établissement de santé concerné. Pour les établissements publics de santé, ces contrats sont conclus après délibération du conseil d'administration prise après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

"Des organismes concourant aux soins, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des instituts de recherche ou des universités peuvent être appelés au contrat, pour tout ou partie de ses clauses.

"Le contrat fixe son calendrier d'exécution et mentionne les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique. L'établissement adresse un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final à l'agence régionale.

"Art. L. 710-16-1. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés aux articles L. 715-6 et L. 715-13 déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en oeuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.

"A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération.

"Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.

"Ils favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 712-3-2 et L. 712-3-3 ainsi qu'aux actions de coopération prévues au présent titre.

"Ils précisent les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires pour la réalisation des objectifs.

"Ils fixent les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en oeuvre et prévoient pour l'établissement co-contractant, le cas échéant et compte tenu de son activité, les objectifs pluriannuels de réduction des inégalités de ressources mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Ils précisent également les critères en fonction desquels les budgets de l'établissement peuvent évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés.

"En cas d'inexécution du contrat, le directeur de l'agence peut, après mise en demeure restée sans effet, mettre en oeuvre les sanctions, notamment à caractère financier, prévues au contrat.

"En l'absence de conclusion du contrat prévu au présent article, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en tient compte dans l'exercice de ses compétences budgétaires.

"Art. L. 710-16-2. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-1 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation. Ils sont conclus dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et compte tenu des objectifs mentionnés à l'alinéa ci-dessous.

"Ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.

"Les contrats peuvent, en outre, favoriser la constitution des réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3-2 et les actions de coopération prévues au présent titre.

"Les contrats sont conformes à un contrat type annexé au contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale.

"La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. En cas d'absence de réponse huit mois avant l'échéance, les contrats sont réputés renouvelés par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé.

"Sans préjudice des dispositions du contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, le contrat détermine les pénalités applicables à l'établissement au titre des deuxième et troisième alinéas ci-dessus en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.

"Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations législatives, réglementaires ou contractuelles.

"Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.

"Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire."

Art. 9

I. - Les sections IV et V du chapitre IV du titre Ier du livre VII du code de la santé publique deviennent respectivement les sections V et VI. II. - Il est créé, au sein du même chapitre, une section IV rédigée comme suit :

"Section IV

"La contractualisation interne

"Art. L. 714-26-1. - Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-l-hospitalisation-publique-et-privee/>

interne.

"A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité. Ces propositions sont soumises pour avis à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement. La décision du directeur est motivée.

"Le directeur peut également décider de créer un centre de responsabilité après avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et des équipes médicales et paramédicales concernées.

"Le responsable de chaque centre de responsabilité est proposé par les structures médicales qui le composent parmi les médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens membres des unités, services, départements et fédérations concernés. Le responsable est désigné par le directeur. La décision du directeur est motivée.

"Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur.

"Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat."

III. - L'article L. 714-13 du code de la santé publique est abrogé.

TITRE IV

LES AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION

Art. 10

Il est créé, au titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un chapitre Ier B ainsi rédigé :

"Chapitre Ier B

"Les agences régionales de l'hospitalisation

"Art. L. 710-17. - Il est créé dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse une agence régionale de l'hospitalisation, personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie, dont au moins la caisse régionale d'assurance maladie, ainsi que l'union régionale de caisses d'assurance maladie à compter de la création de celle-ci. Ces agences sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions prévues au présent titre.

"Elles sont soumises au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Leur fonctionnement est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat.

"Un décret peut conférer à certaines agences une compétence interrégionale.

"Elles sont administrées par une commission exécutive et dirigées par un directeur.

"Les conventions constitutives de ces groupements doivent être conformes à une convention type qui précise notamment l'organisation financière et comptable des agences, ainsi que la nature des concours de l'Etat et des organismes d'assurance maladie à leur fonctionnement. Cette convention type est élaborée en concertation avec les organismes nationaux d'assurance maladie et arrêtée par décret en Conseil d'Etat.

"Les délibérations portant sur le budget et le compte financier ne deviennent définitives qu'après approbation expresse par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

"Art. L. 710-18. - Les agences régionales de l'hospitalisation ont pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. A cette fin et sous réserve des compétences dévolues au ministre chargé de la santé par les articles L. 712-5, L. 712-16 et L. 712-18, elles exercent les attributions définies au présent titre ainsi qu'à la section 5 du chapitre 2 du titre VI et au chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale.

"Les pouvoirs des agences sont exercés par leur commission exécutive et par leur directeur dans les conditions définies aux articles L. 710-20 et L. 710-21.

"Art. L. 710-19. - Outre son président, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation est composée à parité :

"1° De représentants de l'Etat, désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

"2° De représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie, désignés par les organismes parties à la convention constitutive.

"Le directeur de l'agence est nommé par décret. Il préside la commission exécutive. Il assure le fonctionnement de l'agence dans le cadre des orientations définies par la commission exécutive dont il prépare et exécute les délibérations.

"En cas de partage égal des voix au sein de la commission exécutive, celle du président est prépondérante.

"Art. L. 710-20. - La commission exécutive de l'agence délibère sur :

"1° Les autorisations visées à la section II du chapitre II du présent titre, à l'exception de leur suspension ou de leur retrait dans les conditions prévues par l'article L. 712-18 ;

"2° Les orientations qui président à l'allocation des ressources aux établissements de santé, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale ;

"3° Les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2, après avis des organismes d'assurance maladie intéressés.

"Les délibérations mentionnées au 1° ci-dessus sont susceptibles de recours administratif dans les conditions prévues à l'article L. 712-16.

"Art. L. 710-21. - Le directeur exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 710-18, à l'exception de celles exercées par la commission exécutive en application de l'article L. 710-20.

"Le directeur prend l'avis de la commission exécutive lorsqu'il :

"1° Fixe les limites des secteurs sanitaires et des secteurs psychiatriques mentionnées au 1° de l'article L. 712-2 ;

"2° Arrête la nature et l'importance des installations et des activités de soins mentionnées au 2° de l'article L. 712-2 ;

"3° Arrête le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe prévus aux articles L. 712-3 et L. 712-3-1 ;

"4° Se prononce à titre définitif sur le retrait d'autorisation ou sur la modification de son contenu dans les conditions prévues à l'article L. 712-18 ;

"5° Exerce les compétences définies à l'article L. 712-20 ;

"6° Crée les établissements publics de santé, autres que nationaux, dans les conditions prévues à l'article L. 714-1 ;

"7° Approuve les délibérations des établissements publics de santé mentionnées au 2° de l'article L. 714-5 ;

"8° Exerce les compétences définies à l'article L. 714-7 ;

"9° Conclut les contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier dans les conditions définies à l'article L. 715-10.

"Le directeur rend compte à la commission exécutive des décisions qu'il prend sur les matières autres que celles énumérées à l'alinéa précédent. Il la tient informée de toute suspension d'autorisation en application du premier alinéa de l'article L. 712-18.

"Dans l'exercice des compétences définies au présent article, le directeur est soumis à l'autorité des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

"Le directeur peut déléguer sa signature dans les conditions définies par voie réglementaire.

"Art. L. 710-22. - Les délibérations mentionnées à l'article L. 710-20 sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat dans la région, auquel elles sont transmises dans un délai de quinze jours. Le représentant de l'Etat défère les délibérations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 710-20 qu'il estime contraires à la légalité, devant le juge administratif, dans les deux mois suivant leur réception.

"Art. L. 710-23. - Les services départementaux et régionaux de l'Etat compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et responsabilités dévolus aux agences régionales de l'hospitalisation sont mis à la disposition de celles-ci. Le directeur de l'agence adresse directement aux chefs de service concernés les instructions nécessaires à l'exécution des tâches qu'il confie auxdits services.

"Dans les conditions prévues par la convention constitutive, conformément aux stipulations de la convention constitutive type arrêtée par décret en Conseil d'Etat, des services régionaux mentionnés au précédent alinéa peuvent être placés pour partie sous l'autorité directe du directeur de l'agence.

"En outre, le personnel de l'agence régionale de l'hospitalisation comprend :

"1° Des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement ;

"2° Des agents mis à disposition par les parties à la convention constitutive à la demande des agents concernés ou par tout service de l'Etat ;

"3° A titre exceptionnel et subsidiaire, des agents contractuels de droit public, recrutés par l'agence et soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'Etat.

"Les personnes collaborant aux travaux de l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans un établissement de santé de son ressort. En cas de méconnaissance de cette règle, les peines prévues au premier alinéa de l'article 432-12 du code pénal leur sont applicables.

"Art. L. 710-24. - L'agence régionale de l'hospitalisation transmet chaque année un rapport d'activité à la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 767. Ce rapport présente notamment les actions des établissements de santé correspondant aux priorités de santé publique établies par ladite conférence.

"Art. L. 710-25. - Les conditions d'application des dispositions du présent chapitre sont définies par voie réglementaire. >>

Art. 11

Les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique sont signées au plus tard le 31 décembre 1996 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les représentants des organismes concernés visés au premier alinéa du même article. Elles sont publiées au Journal officiel de la République française. Les compétences définies à l'article L. 710-18 du même code sont exercées par les agences régionales de l'hospitalisation à la date mentionnée dans leur convention constitutive, et au plus tard le 1er juillet 1997. A défaut de signature dans les conditions prévues ci-dessus, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, pour l'agence concernée, le contenu de la convention constitutive conformément aux dispositions de la convention type, et fixent notamment les concours de l'Etat et des organismes d'assurance maladie prévus à l'article L. 710-17.

Art. 12

I. - Aux articles L. 712-8 et L. 712-16 du code de la santé publique, les mots "du représentant de l'Etat" et les mots "le représentant de l'Etat" sont remplacés respectivement par les mots : "de l'agence régionale de l'hospitalisation" et par les mots : "l'agence régionale de l'hospitalisation".

II. - Aux autres articles du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, à l'exception des articles L. 710-19, L. 710-22, L. 712-6, L. 714-10, L. 714-29, L. 714-33, L. 714-35, L. 714-37 et L. 716-1, les mots : "représentant de l'Etat", "représentant de l'Etat dans le département", "représentant de l'Etat dans la région" ou "préfet" sont remplacés par les mots : "directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation", et les mots : "le ministre ou son représentant" sont remplacés par les mots : "le ministre ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation".

III. - A l'article L. 714-1 du même code, les mots : "arrêté préfectoral" sont remplacés par les mots : "décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation".

IV. - A l'article 201 du code de la famille et de l'aide sociale, après les mots : "le représentant de l'Etat dans le département" sont insérés les mots : "le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation".

V. - A l'article 201-1 du code de la famille et de l'aide sociale, après les mots "par les organismes de sécurité sociale" sont insérés les mots " , par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation".

Art. 13

Jusqu'aux dates prévues par les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997, les compétences attribuées aux directeurs et aux commissions exécutives desdites agences par la présente ordonnance sont exercées par le représentant de l'Etat dans la région ou dans le département, à l'exception de celles prévues à l'article L. 710-16-2 du même code. Pendant la même période, les contrats prévus à l'article L. 710-16-1 du code de la santé publique sont signés par le représentant de l'Etat dans la région, et les dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale demeurent applicables.

Art. 14

I. - L'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter du 1er juillet 1997. Dans le délai de dix-huit mois à compter des dates prévues par leurs conventions constitutives, et au plus tard avant le 1er janvier 1999, les agences régionales de l'hospitalisation concluent avec les établissements de santé privés bénéficiaires d'une convention passée en vertu de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale avant le 1er juillet 1997 les contrats mentionnés aux articles L. 710-16 et L. 710-16-2 du code de la santé publique, qui se substituent de plein droit aux conventions précitées. Avant la conclusion des contrats dans les conditions définies à l'alinéa précédent, les conventions dont sont bénéficiaires les établissements sont modifiées par voie d'avenants conclus entre les agences régionales et les établissements.

II. - Le contrat tripartite national mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale est conclu avant le 31 décembre 1996.

III. - A compter du 1er juillet 1997, à l'article L. 162-21-1 du code de la sécurité sociale, les mots : "l'article L. 162-22" sont remplacés par les mots : "l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique".

TITRE V
LE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE
Chapitre Ier
Etablissements financés par dotation globale

*

Art. 15

L'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 174-1. - Dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, ainsi que dans les établissements de santé à but non lucratif ayant opté, dans des conditions fixées par voie réglementaire, pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie est financée sous la forme d'une dotation globale annuelle.

"Le montant de la dotation globale annuelle de chaque établissement est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, conformément au budget approuvé dans les conditions prévues par l'article L. 714-7 du code de la santé publique et précisées par voie réglementaire."

Art. 16

Il est inséré, après l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, un article L. 174-1-1 ainsi rédigé :

"Art. L. 174-1-1. - Chaque année, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'économie déterminent, en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements visés à l'article L. 174-1 prises en charge par les régimes d'assurance maladie et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses hospitalières prises en compte pour le calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations des établissements susvisés.

"Ce montant total annuel est fixé par application d'un taux d'évolution aux dépenses de l'année précédente, au plus tard dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.

"Le montant total annuel ainsi calculé des dépenses hospitalières autorisées est constitué en dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique, et en ayant pour objectif la réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements.

"Le montant des dotations régionales peut être minoré à concurrence des financements affectés au fonctionnement des structures régies par les articles L. 174-7 à L. 174-10.

"Le montant des dotations régionales peut également être majoré ou minoré en cours d'année pour prendre en compte les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé, ou des services et activités de ces établissements :

"a) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

"b) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. >>

Art. 17

L'article L. 714-7 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 714-7. - I. - Le budget et les décisions modificatives mentionnés au 3° de l'article L. 714-4 sont préparés et présentés par le directeur. Le budget de l'année est voté par le conseil d'administration au plus tard le 15 octobre de l'année précédente. Il est établi en cohérence avec les éléments financiers figurant au contrat mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1.

"Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels, dont la composition est conforme à une nomenclature fixée par décret. Les décisions modificatives sont présentées et votées dans les mêmes formes.

"Les délibérations relatives au budget et aux décisions modificatives sont transmises sans délai au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en vue de leur approbation.

"Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut modifier le montant global des dépenses et des recettes prévues ainsi que leur répartition entre les groupes fonctionnels compte tenu, d'une part et prioritairement, du montant de la dotation régionale définie à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des priorités de la politique de santé, du projet d'établissement mentionné à l'article L. 714-11, du contrat pluriannuel défini aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 et de son exécution, ainsi que de l'activité et des coûts de l'établissement, appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 et comparés à ceux des autres établissements de la région et de la France entière.

"Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du budget ou des décisions modificatives pour faire connaître les modifications qu'il estime nécessaires. Ce délai est fixé à trente jours pour les décisions modificatives qui ne modifient pas le montant total des dépenses et des recettes du budget. Dans un délai de quinze jours à compter de la réception de ces observations, le conseil d'administration peut faire de nouvelles propositions. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de trente jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour arrêter définitivement les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes du budget de l'année et, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestation mentionnés respectivement aux articles L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale. S'agissant des décisions modificatives, ce dernier délai est fixé à quinze jours à compter de la réception des propositions du conseil d'administration.

"Au vu de la décision motivée du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrêtée dans les conditions ci-dessus, le directeur procède, dans un délai de quinze jours suivant cette décision, à la répartition des autorisations de dépenses et des prévisions de recettes approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel. En sa plus prochaine séance, le conseil d'administration est informé de cette répartition. Le budget ainsi réparti est exécutoire à compter de la date de sa transmission au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

"II. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à chacun des établissements de délibérer sur une décision modificative prenant en compte les corrections budgétaires ainsi que l'ajustement de la dotation globale et des tarifs de prestations, rendus nécessaires pour permettre le respect du montant de la dotation régionale en cas de révision de son montant.

"A défaut d'adoption par le conseil d'administration de la décision modificative mentionnée à l'alinéa précédent dans un délai de trente jours à compter de la réception de cette demande, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête la décision modificative du budget, la rend exécutoire et arrête, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestations."

Art. 18

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 714-14 du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes :

"Les recettes dégagées par ces activités donnent lieu à l'inscription au budget de dépenses non comprises dans la dotation régionale prévue à l'article L. 714-7 du présent code et à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale."

Art. 19

L'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 174-5. - La prise en charge, par les régimes d'assurance maladie ou par l'aide sociale, des dépenses afférentes aux prestations dispensées par les unités ou centres mentionnés à l'article L. 716-5 du code de la santé publique est régie par l'article L. 716-6 du même code. Le montant annuel des dépenses à la charge de l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1."

Art. 20

L'article L. 174-12 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° A la fin du premier alinéa est ajoutée la phrase suivante :

"Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1." ;

2° Dans la première phrase du deuxième alinéa, les mots :

"l'antépénultième alinéa de l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970" sont remplacés par les mots : "l'article <https://affairesjuridiques.php.fr/textes/ordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privee/>

L. 714-7 du code de la santé publique".

Chapitre II

Hospitalisation privée non financée par dotation globale

Art. 21

Les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 ainsi rédigés :

"Art. L. 162-22-1. - Un contrat tripartite national est conclu, pour cinq ans, entre, d'une part, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, d'autre part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale de l'assurance maladie et, enfin, une au moins des organisations syndicales membres du comité professionnel national de l'hospitalisation privée mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-2. Il détermine :

"1° Les obligations respectives des agences régionales de l'hospitalisation, des organismes d'assurance maladie et des établissements de santé privés régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

"2° La classification des prestations d'hospitalisation tenant compte des traitements par pathologie ou par groupes de pathologies ;

"3° Les modalités de prise en compte financière des évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé, ou des services et activités de ces établissements :

"a) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale au cours de l'année au titre de laquelle l'accord est conclu, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

"b) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique au cours de l'année au titre de laquelle l'accord est conclu, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

"4° Les modalités de gestion des montants régionaux des frais d'hospitalisation définis au 3° de l'article L. 162-22-2 ;

"5° Les modalités de transmission par les établissements aux agences régionales de l'hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé y exerçant leur activité ; sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement ou structure ;

"6° Les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation, de l'exécution des obligations contractuelles qui s'imposent aux établissements ;

"7° Les sanctions applicables en cas de manquement par les établissements à leurs obligations législatives et réglementaires ou aux stipulations des contrats mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, et leurs modalités de mise en œuvre ;

"8° Les prestations pour exigence particulière des patients sans fondement médical qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

"A défaut de conclusion du contrat tripartite national avant l'échéance du contrat en cours, un arrêté interministériel fixe, après information par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des établissements privés de santé, le contenu des 1° à 8° ci-dessus.

"Un arrêté interministériel détermine les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés n'ayant pas conclu de contrat avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

"Art. L. 162-22-2. - Chaque année est conclu, entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une au moins des organisations syndicales nationales les plus représentatives des établissements privés de santé régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un accord fixant :

"1° La répartition par discipline du montant total annuel, arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes d'assurance maladie des établissements ayant passé contrat avec les agences régionales de l'hospitalisation en application des articles L. 710-16 et L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

"2° La prise en compte financière, dans le montant total annuel mentionné au 1°, des évolutions mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-1 ;

"3° A compter du 1er janvier 1998, la répartition, par région, des montants visés au 1° ; en vue de résorber progressivement les inégalités de dotations entre régions, la fixation de ces montants tient compte des besoins de la population, des orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, ainsi que des informations sur l'activité des établissements visées aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique ;

"4° Les tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré ;

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privée/>

"5° Les modalités de la détermination des sommes dues aux établissements de santé privés compte tenu, d'une part, du nombre et de la nature des prestations prises en charge par l'assurance maladie et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge ;

"6° Les modalités de versement de ces sommes.

"La ou les organisations syndicales signataires de cet accord constituent le comité professionnel national de l'hospitalisation privée, et sont habilitées à conclure et à gérer le contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1.

"Toutefois, cette ou ces organisations peuvent proposer aux organisations syndicales nationales les plus représentatives non signataires d'entrer dans le Comité professionnel national de l'hospitalisation privée avec une représentation minoritaire.

"Les organisations syndicales nationales les plus représentatives non signataires de l'accord peuvent y adhérer en cours d'année. Elles deviennent alors membres du Comité professionnel national de l'hospitalisation privée.

"L'accord visé au premier alinéa du présent article est applicable à compter du 1er janvier de l'année au titre de laquelle il est conclu. A défaut de conclusion de cet accord dans un délai de quinze jours après la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale, un arrêté interministériel fixe le contenu des 1° à 6° ci-dessus."

Chapitre III

Etablissements relevant du régime du prix de journée

Art. 22

Il est inséré à la section III du chapitre V du titre Ier du livre VII du code de la santé publique un article L. 715-13 ainsi rédigé :

"Art. L. 715-13. - Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale sont, pour ce qui concerne leurs activités définies par les articles L. 711-1 et L. 711-2 et la procédure budgétaire applicable, soumis aux dispositions fixées à l'article L. 714-7 et au deuxième alinéa de l'article L. 715-7.

"Ces établissements sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

"Ils doivent satisfaire aux conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 715-8 et relèvent des dispositions de l'article L. 710-16-1."

Art. 23

Il est créé au chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale une section 7 ainsi rédigée :

Section 7

"Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire

"Art. L. 174-14. - Pour les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but non lucratif ayant opté, dans des conditions fixées par voie réglementaire, pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie fait l'objet d'une dotation globale déterminée selon les modalités fixées par l'article L. 174-1.

"Elles sont soumises à ce titre aux dispositions fixées par l'article L. 715-13 du code de la santé publique.

"Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1."

Art. 24

I. - Les établissements de santé privés à but lucratif ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but lucratif mentionnées à l'article L. 199 du Code de la santé publique relevant du régime du prix de journée prévu aux articles L. 162-23 et L. 162-25 du Code de la sécurité sociale ou à l'article L. 203 du Code de la santé publique, y compris les établissements de soins relevant de l'article L. 162-22 du Code de la sécurité sociale soumis à titre dérogatoire, à la date de publication de la présente ordonnance, à ce régime financier, sont régis par les articles L. 710-16-2 du Code de la santé publique et L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du Code de la sécurité sociale à compter du 1er janvier 1997.

II. - **(Alinéa supprimé par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999, art. 33-XI-1°)**

Les tarifs mentionnés (**Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999, art. 33-XI-2°**) "au I de l'article L. 162-22-3" du Code de la sécurité sociale comprennent l'ensemble des frais pris en charge par l'assurance maladie à l'occasion de l'hospitalisation des patients, y compris la rémunération du personnel médical.

(Alinéa supprimé par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999, art. 33-XI-1°)

Art. 25

Les établissements de santé privés à but non lucratif ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but non lucratif mentionnées à l'article L. 199 du code de la santé publique relevant du régime du prix de journée prévu aux articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 203 du code de la santé publique sont régis soit par le régime de financement fixé par les articles L. 710-16-2 du code de la santé publique, L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale à compter du 1er janvier 1997, soit par le régime de financement fixé par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale à compter du 1er janvier 1998. Lesdits établissements optent, avant le 1er septembre 1996, pour l'un ou l'autre de ces régimes dans des conditions fixées par voie réglementaire. Les établissements ayant opté pour le régime du conventionnement sont régis par les dispositions de l'article 24 de la présente ordonnance. Ceux ayant opté pour la dotation globale de financement sont régis, à titre transitoire, par l'article 26.

Art. 26

I. - Jusqu'au 31 décembre 1997, le tarif d'hospitalisation et le tarif de responsabilité applicables aux établissements de santé privés à but non lucratif visés à l'article 25 de la présente ordonnance ayant opté pour le régime de financement fixé par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale sont fixés dans les conditions suivantes : 1° Le prix de journée tient lieu de tarif d'hospitalisation ; 2° Le tarif de responsabilité est fixé comme au 1° ci-dessus.

II. - Pour la première année de mise en oeuvre de la dotation globale visée par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale dans les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés à l'article 25 de la présente ordonnance ayant opté pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie est établie par référence aux produits de la facturation des frais de séjour de l'année 1996, actualisés notamment en fonction du taux d'évolution des dépenses hospitalières de l'exercice 1997, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Art. 27

I. - Les articles L. 162-23, L. 162-23-1, L. 162-24, L. 162-25 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale sont abrogés à compter du 1er janvier 1997.

II. - L'article L. 203 du code de la santé publique est abrogé à compter du 1er janvier 1997.

TITRE VI

L'ORGANISATION ET L'EQUIPEMENT SANITAIRES

Art. 28

I. - L'article L. 712-3-1 du code de la santé publique est modifié comme suit :

1° Au premier alinéa, le mot "indique" est remplacé par le mot "détermine" ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

II. - Le 2° de l'article L. 712-9 du même code est complété par les mots : "ainsi qu'avec l'annexe du schéma mentionnée à l'article L. 712-3-1".

III. - Les annexes aux schémas d'organisation sanitaire mentionnées à l'article L. 712-3-1 du code de la santé publique, élaborées avant la publication de la présente ordonnance, sont des documents à caractère indicatif.

Art. 29

Il est créé, à la section I du chapitre II du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un article L. 712-3-2 ainsi rédigé :

"Art. L. 712-3-2. - En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L. 712-2, ou à certaines pathologies.

"Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.

"Les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

"La convention constitutive du réseau de soins est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation."

Art. 30

Il est créé, à la même section du code de la santé publique, deux articles L. 712-3-3 et L. 712-3-4 ainsi rédigés :

"Art. L. 712-3-3. - Les communautés d'établissements de santé sont constituées, au sein d'un secteur sanitaire, entre établissements assurant le service public hospitalier, mentionnés à l'article L. 711-4.

"Toutefois, une communauté d'établissements de santé peut être constituée entre des établissements relevant de plusieurs secteurs sanitaires d'une même région sanitaire, dès lors qu'ils sont situés dans le même pays au sens de l'article 22 de la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

"Les communautés d'établissements ont pour but de :

"1° Favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements des moyens qu'elles impliquent ;

"2° Mettre en oeuvre des actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe ;

"3° Répondre aux besoins de services de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

"Une charte fixe les objectifs de la communauté et indique les modalités juridiques de mise en oeuvre choisies par les établissements parmi celles fixées à l'article L. 713-12. La charte est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

"Art. L. 712-3-4. - A l'issue d'un délai de trois ans à compter de la date de publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, les établissements publics de santé qui n'ont adhéré à aucune communauté d'établissements sont tenus d'en justifier dans un rapport adressé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

"Le directeur de l'agence peut, au vu des termes de ce rapport, mettre en oeuvre les dispositions prévues à l'article L. 712-20."

Art. 31

I. - L'article L. 712-6 du code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

1° Le quatrième alinéa est complété par la phrase suivante : "Ils comprennent en outre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation."

2° Il est inséré, après le cinquième alinéa, un alinéa ainsi rédigé : "Un collège régional d'experts est créé auprès de chaque comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Ses missions, sa composition et les modalités de sa coopération avec l'agence régionale de l'hospitalisation sont fixées par décret."

3° Au dernier alinéa, les mots : "les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie" sont remplacés par les mots

: "l'agence régionale de l'hospitalisation".

II. - L'article L. 712-6-1 du code de la santé publique est abrogé.

Art. 32

L'article L. 712-11 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 712-11. - Le regroupement mentionné à l'article L. 712-8 consiste, pour un ou plusieurs établissements de santé, à réunir en un même lieu tout ou partie des lits ou des places précédemment autorisés sur des sites distincts à l'intérieur de la même région sanitaire.

"La conversion mentionnée à l'article L. 712-8 consiste, pour un établissement de santé, à transformer pour tout ou partie de ses lits ou places, la nature de ses installations ou activités de soins, au sens de l'article L. 712-2.

"Par dérogation au 1° de l'article L. 712-9, l'autorisation de regroupement ou de conversion peut être accordée à des établissements situés dans une zone sanitaire dont les moyens excèdent les besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire. Cette autorisation, outre les conditions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 712-9, est subordonnée aux conditions suivantes :

"1° Chaque opération de regroupement ou de conversion, même simultanée, doit être assortie d'une réduction du nombre des lits ou des places autorisés. Cette réduction tient compte des excédents de moyens constatés dans la zone considérée ; elle ne peut dépasser un plafond. Elle est plus importante lorsque le regroupement concerne des lits ou des places ne relevant pas tous du même secteur ou groupe de secteurs sanitaires ou psychiatriques.

"Lorsque, dans la zone sanitaire où s'opère le regroupement ou la conversion, l'excédent de moyens constaté dépasse un certain seuil, le plafond est majoré. Un décret fixe les modalités de calcul de la réduction et du plafond.

"2° L'opération ne peut être autorisée si elle a pour effet, dans une des zones sanitaires concernées, de rendre les moyens déficitaires dans la ou les disciplines en cause.

"3° Lorsque le projet tend à réunir des lits ou des places précédemment autorisés dans des secteurs ou groupes de secteurs sanitaires ou psychiatriques différents, le regroupement doit se réaliser dans celui de ces secteurs ou groupes de secteurs qui présente le taux d'excédent le moins élevé ou dans tout autre secteur ou groupe de secteurs de la région sanitaire présentant un taux d'excédent inférieur.

"Lorsqu'un tel projet porte sur des installations de nature différente, le secteur ou groupe de secteurs pris en considération pour l'application de cette condition est celui qui présente le taux d'excédent le plus bas à l'égard de celle des installations à regrouper qui est la plus importante en nombre de lits ou de places.

"Le regroupement ou la conversion est subordonné, s'il y a lieu, au retrait de l'autorisation relative à la partie des installations ou activités de soins insuffisamment occupées, utilisées ou mises en oeuvre dans les conditions d'appréciation prévues à l'article L. 712-17-1. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 712-16, informe le titulaire de l'autorisation de son intention de procéder à son retrait partiel dans le respect d'une procédure contradictoire définie par voie réglementaire.

"Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissements."

Art. 33

L'article L. 712-12-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 712-12-1. - L'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret."

Art. 34

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 712-14 du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes :

"Le renouvellement de cette autorisation est subordonné aux conditions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 712-9, à celles fixées à l'article L. 712-12-1 et aux résultats de l'évaluation appréciés selon des modalités arrêtées par le ministre chargé de la santé."

Art. 35

Il est ajouté à l'article L. 712-15 du code de la santé publique un second alinéa ainsi rédigé :

"Dans le mois qui précède le début de chaque période, pour chaque installation ou activité de soins pour lesquelles les besoins de la population sont mesurés par un indice, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, selon les cas, publie un bilan de la carte sanitaire faisant apparaître les zones sanitaires dans lesquelles les besoins de la population ne sont pas satisfaits. Les demandes tendant à obtenir une autorisation de création, d'extension d'un établissement de santé ou d'une installation au sens de l'article L. 712-2 ou de mise en oeuvre ou extension d'une activité de soins ne sont recevables, pour la période considérée, que pour des projets intéressant ces zones sanitaires.

"Toutefois, dans l'intérêt de la santé publique, des demandes peuvent être reçues lorsqu'elles visent à satisfaire des besoins exceptionnels."

Art. 36

L'article L. 712-17 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Toute autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.

"L'autorisation est également réputée caduque pour la partie de l'établissement, de l'installation ou de l'activité de soins dont la réalisation, la mise en oeuvre ou l'implantation n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

"De même, sauf accord préalable du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur demande justifiée du titulaire de l'autorisation, de l'administrateur judiciaire ou du liquidateur nommé par le tribunal de commerce, la cessation d'exploitation d'un établissement, d'une installation ou d'une activité de soins d'une durée supérieure à six mois entraîne la caducité de l'autorisation.

"Cette caducité est constatée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou par le ministre chargé de la santé."

Art. 37

L'article L. 712-17-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 712-17-1. - Lorsqu'il est constaté que les taux d'occupation des installations, ou d'utilisation des équipements, ou le niveau des activités de soins, appréciés et calculés selon des critères identiques entre établissements publics et privés prenant en compte les caractéristiques des patients hospitalisés, sont durablement inférieurs, pendant une période déterminée, à des taux ou niveaux correspondant à une occupation, une utilisation ou une capacité normales déterminées par décret, l'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 donnée à un établissement, une installation, un équipement matériel lourd ou une activité de soins peut être retirée, totalement ou partiellement, par l'agence régionale de l'hospitalisation ou par le ministre chargé de la santé, dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 712-16, dans la limite des besoins de la population et de l'intérêt des malades.

"Les critères d'appréciation et de calcul des taux d'occupation des installations, d'utilisation des équipements ou du niveau des activités de soins, ainsi que la période mentionnée au premier alinéa, sont fixés par voie réglementaire. Cette période peut varier en fonction de la nature des installations, équipements ou activités de soins, sans pouvoir être inférieure à deux ans. Il est tenu compte, pour la période antérieure à la date de publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, des taux d'occupation, niveau d'utilisation, niveau d'activité et capacité publiés dans les statistiques officielles du ministère des affaires sociales prenant en compte les déclarations faites par les établissements.

"L'établissement dispose d'un délai de trois mois pour présenter ses observations à compter de la date de notification, par l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, des motifs du projet de retrait d'autorisation. La décision de retrait est motivée. Elle est prise après consultation, selon le cas, du comité régional ou du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, auquel aura été préalablement communiqué l'ensemble des éléments de procédure contradictoire."

Art. 38

I. - Il est créé, à la section II du chapitre II du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un article L. 712-20 ainsi rédigé :

"Art. L. 712-20. - I. - En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, activités ou équipements hospitaliers, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé :

"1° De conclure une convention de coopération ;

"2° De créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public ;

"3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des

établissements concernés.

"La demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit être motivée. Les conseils d'administration des établissements concernés se prononcent dans un délai de trois mois sur cette création ou cette convention. Dans la mesure où sa demande ne serait pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après avoir recueilli l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, prendre les mesures appropriées pour que les établissements concluent une convention de coopération, adhèrent à un réseau de soins ou créent un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public, ou prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

"II. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander, dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, la suppression d'emplois médicaux et des crédits y afférents ainsi que la création d'emplois médicaux et l'ouverture des crédits correspondants dans le ou les établissements publics de santé appelés à recevoir les patients des services supprimés ou convertis.

"A défaut de l'adoption de ces mesures dans un délai de deux mois par les conseils d'administration des établissements concernés, le directeur de l'agence régionale prend les décisions qui rendent ces mesures exécutoires de plein droit dès leur réception par les établissements. Les praticiens hospitaliers titulaires demeurent nommés sur les emplois transférés."

II. - L'article 40 de la susvisée est abrogé.

TITRE VII

LA COOPERATION ENTRE ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES DE SANTE

Art. 39

I. - Au chapitre III du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, la section III devient la section IV.

II. - Il est créé au même chapitre une section III ainsi rédigée :

"Section III

"Les groupements de coopération sanitaire

"Art. L. 713-11-1. - Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 713-5 pour constituer entre eux un syndicat interhospitalier.

"Le groupement de coopération sanitaire réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux.

"Le groupement, qui n'est pas un établissement de santé, est doté de la personnalité morale. Son but n'est pas de réaliser des bénéfices. Il n'est pas employeur.

"Le groupement peut détenir des autorisations d'équipements matériels lourds visées au 2° de l'article L. 712-8.

"Art. L. 713-11-2. - L'assemblée générale des membres du groupement est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement ; elle élit, en son sein, un administrateur qui est chargé de la mise en oeuvre de ses décisions.

"La convention constitutive du groupement doit être approuvée et publiée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

"Le groupement peut être créé avec ou sans capital. Les charges d'exploitation sont couvertes exclusivement par les participations de ses membres.

"Les conditions d'intervention des personnels sont précisées dans la convention constitutive.

"Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations.

"Les conditions d'application de la présente section sont définies par voie réglementaire."

Art. 40

La première phrase de l'article L. 713-5 du code de la santé publique est complétée par les mots : "dont un au moins doit être un établissement public de santé."

TITRE VIII

L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Art. 41

Le troisième alinéa de l'article L. 714-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :
"Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé, après avis du président du conseil d'administration :

- "- par décret du Premier ministre, pour les établissements figurant sur une liste fixée par décret ;
- "- par arrêté du ministre chargé de la santé pour les autres établissements."

Art. 42

L'article L. 714-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 714-2. - Le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend six catégories de membres :

- "1° Des représentants des collectivités territoriales ;
- "2° Des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique ;
- "3° Un représentant de la commission du service de soins infirmiers prévue à l'article L. 714-26 ;
- "4° Des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires ;
- "5° Des personnalités qualifiées ;
- "6° Des représentants des usagers.

"En outre, dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée, un représentant des familles de personnes accueillies en long séjour peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration.

"Les catégories mentionnées au 2° d'une part, et aux 3° et 4° d'autre part, comptent un nombre égal de membres ; elles ne peuvent détenir ensemble un nombre de sièges supérieur à la catégorie mentionnée au 1°.

"La catégorie mentionnée au 5° comporte au moins un médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitaliers.

"Le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement, au titre de la catégorie mentionnée au 2° ci-dessus.

"Dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire, le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical est, en outre, membre de droit du conseil d'administration.

"La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.

"Toutefois, le président du conseil général ou le maire peut renoncer à la présidence du conseil d'administration pour la durée de son mandat électif. Dans ce cas, il désigne son remplaçant au sein de l'une des catégories mentionnées au 1° et au 5° ci-dessus.

"Le président du conseil d'administration désigne, parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° ou au 5° ci-dessus, celui qui le supplée en cas d'empêchement.

"Les représentants mentionnés au 1° ci-dessus sont désignés par les assemblées des collectivités territoriales qu'ils représentent.

"Pour les établissements intercommunaux et interdépartementaux, l'acte de création désigne le président du conseil d'administration parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° ou au 5° ci-dessus.

"Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire."

Art. 43

L'article L. 714-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes : "1° Le projet d'établissement, y compris le projet médical, et le contrat pluriannuel visé aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ; " ;

b) Le 8° est remplacé par les dispositions suivantes :

"8° La constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3, les actions de coopération visées aux sections II, III et IV du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale ; " ;

c) Au 13° après les mots "règlement intérieur" sont ajoutés les mots "dans le respect des dispositions prévues à l'article L. <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privee/>

710-1-2" ;

d) Il est ajouté un 18° ainsi rédigé : "18° La création d'une structure prévue à l'article L. 714-36."

Art. 44

Au 2° de l'article L. 714-5 du code de la santé publique, les mots "mentionné à l'article L. 712-4" sont remplacés par les mots "mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1".

Art. 45

L'article L. 714-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

"1° Le premier alinéa est complété par les mots : "conformément aux engagements pris au contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1." ;

"2° Au deuxième alinéa du même article, les mots : "et aux organismes de sécurité sociale" sont supprimés.

Art. 46

L'article L. 714-16 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

"Art. L. 714-16. - Dans chaque établissement public de santé est instituée une commission médicale d'établissement composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques qui élit son président et dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

"La commission médicale d'établissement :

"1° Prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ;

"2° Prépare avec le directeur les mesures d'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, conformément à la section III du présent chapitre ;

"3° Prépare avec le directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité visée à l'article L. 710-4 ;

"4° Organise la formation continue des praticiens visés au 2° de l'article L. 714-27 et, à cet effet, prépare avec le directeur les plans de formation correspondants ; exerce, en formation restreinte, les compétences relatives à la formation médicale continue des praticiens dans les conditions prévues à l'article L. 367-2 ;

"5° Emet un avis sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, sur le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, sur le rapport prévu à l'article L. 714-6, sur le projet de budget, sur les comptes de l'établissement, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques ;

"6° Emet un avis sur la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3 ainsi que sur les actions de coopération visées aux sections II, III et IV du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale ;

"7° Emet un avis sur le fonctionnement des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, dans la mesure où ils intéressent la qualité des soins ou la santé des malades ;

"8° Emet un avis sur le projet des soins infirmiers, tel qu'il est défini à l'article L. 714-26 ;

"9° Emet un avis sur le bilan social, les plans de formation, et notamment ceux intéressant les personnels paramédicaux, et les modalités de mise en oeuvre d'une politique d'intéressement ;

"10° Est régulièrement tenue informée de l'exécution du budget et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers ;

"11° Emet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 714-26-1 et sur la désignation des responsables de ces centres.

"En outre, à la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, de son propre président, du tiers de ses membres, ou du chef de service, ou du chef de département, ou du coordonnateur concerné, ou du responsable d'une structure médicale telle que définie à l'article L. 714-25-2, la commission délibère sur les choix médicaux de l'année à venir dans le respect de la dotation budgétaire allouée et compte tenu de décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles L. 714-4 et L. 714-12.

"La commission médicale d'établissement peut mandater son président pour préparer les décisions visées aux 1° et 2° du présent article.

"Le président de la commission médicale d'établissement est associé à la préparation du contrat pluriannuel prévu aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1. >>

Art. 47

L'article L. 714-18 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Au 1°, après les mots : "le projet d'établissement," sont insérés les mots : "le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1" ;

b) Les 4° à 9° deviennent respectivement les 5° à 10° ;

c) Il est inséré un 4° ainsi rédigé : "4° Emet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 714-26-1 ;" ;

d) Au 10°, les mots "sections II et III" sont remplacés par les mots "sections II, III et IV" et après les mots : "la création ou l'adhésion" sont insérés les mots : "à un groupement de coopération sanitaire, ".

Art. 48

Le deuxième alinéa de l'article L. 714-25-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Cette décision est prise à l'initiative du président du conseil d'administration, du président de la commission médicale d'établissement ou du directeur de l'établissement, après avis conforme de la commission médicale d'établissement siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires. Le comité technique d'établissement est consulté. "

Art. 49

L'article L. 714-36 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 714-36. - Dans le respect des dispositions relatives au service public hospitalier édictées à la section II du chapitre Ier du présent titre, et dans les conditions et sous les garanties fixées par voie réglementaire, les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement.

"Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, les intéressés perçoivent leurs honoraires, minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

"Sans préjudice des dispositions de l'article L. 712-8, la création ou l'extension d'une telle structure est soumise à l'autorisation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. L'autorisation est accordée pour une durée déterminée. Elle peut être suspendue ou retirée en cas de non-respect par l'établissement de la réglementation applicable à ces structures.

"Pour chaque discipline ou spécialité, l'établissement ne peut réserver à cette structure plus du tiers de la capacité d'accueil, en lits et places, dont il dispose pour ladite discipline ou spécialité."

TITRE IX

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 50

I. - Il est inséré, après le troisième alinéa de l'article L. 710-2 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé : "Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions."

II. - Il est inséré, à la section 5 du chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, un article L. 162-30-1 ainsi rédigé : "Art. L. 162-30-1. - Conformément aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 710-2 du code de la santé publique, les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales visées audit article lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions."

Art. 51

L'article L. 711-2-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 711-2-1. - Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

"Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par les lois susmentionnées."

Art. 52

Le deuxième alinéa de l'article L. 711-5 du code de la santé publique est complété par la phrase suivante :

"Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 714-36."

Art. 53

Les articles L. 712-4 et L. 712-7 du code de la santé publique sont abrogés.

Art. 54

Au deuxième alinéa de l'article L. 715-8, les mots : "et qui est consultée notamment sur le projet d'établissement" sont remplacés par les mots : "et qui est consultée notamment sur le projet de contrat pluriannuel visé aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, sur le projet d'établissement".

*

*

Art. 55

A l'article L. 715-10 du code de la santé publique, les mots : "à l'article L. 715-6" sont remplacés par les mots : "aux articles L. 715-6 et L. 715-13".

Art. 56

A la section II du chapitre VI du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, l'article L. 716-3 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa devient le I ;

2° Le deuxième alinéa devient le III ;

3° Il est inséré un II ainsi rédigé :

"II. - Les compétences de l'agence régionale énumérées aux articles L. 710-16, L. 710-16-1, au 3° de l'article L. 710-20 et aux 7° et 8° de l'article L. 710-21 sont, en ce qui concerne l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, exercées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'intérieur, après avis de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation et après examen par un conseil de tutelle.

"Le directeur de cette agence régionale est membre de ce conseil de tutelle.

"Les conditions d'application du présent II sont déterminées par voie réglementaire."

Art. 57

A l'article L. 115-1 du code de la sécurité sociale, les mots : "ou au domicile des assurés sociaux débiteurs" sont remplacés par les mots : ", au domicile des assurés sociaux débiteurs, au nom et à l'adresse de leur employeur et des établissements ou organismes auprès desquels un compte de dépôt est ouvert à leur nom".

Art. 58

Il est créé, au chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, une section 8 ainsi rédigée :

"Section 8

"Dépenses afférentes aux soins dispensés par le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides

"Art. L. 174-15. - Les modalités des relations entre les organismes d'assurance maladie et le service de santé des armées ainsi que l'Institution nationale des invalides, en ce qui concerne la prise en charge des soins qu'ils dispensent, sont définies par voie réglementaire."

Art. 59

A la dernière phrase du II de l'article 7 de la loi du 31 juillet 1991 susvisée, les mots : "le 31 décembre 1995" sont remplacés par les mots : "le 31 décembre 1997".

Art. 60

Les praticiens hospitaliers mentionnés à l'article 11 de la loi n° 89-474 du 10 juillet 1989 susvisée peuvent bénéficier, dans des conditions définies par voie réglementaire, d'aides à la mobilité et d'aides à l'adaptation à l'emploi. Pour la couverture de ces dépenses, il est instauré une contribution des établissements publics de santé assise sur la masse salariale brute hors charges de ces personnels. Son taux, qui ne peut excéder 0,5 p. 100, est fixé par décret. Le fonds pour l'emploi hospitalier mentionné à l'article 14 du chapitre III de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux structures et aux orientations dans la fonction publique prend en charge le financement des aides ci-dessus ainsi que le recouvrement de la contribution des établissements. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 61 (Abrogé par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, art. 4 II)

Art. 62

Le Premier ministre, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la défense, le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation, le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, le ministre délégué aux anciens combattants et victimes de guerre, le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance, qui sera publiée au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 24 avril 1996.