



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CENTRE-VAL DE LOIRE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R24-2018-327

PUBLIÉ LE 26 DÉCEMBRE 2018

Sommaire

ARS

R24-2018-12-20-002 - PDSES Appel Candidatures (7 pages) Page 3

ARS Centre-Val de Loire - Délégation départementale du Cher

R24-2018-12-18-005 - Arrêté n°2018-OS-VAL-18-J-0190 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de octobre 2018 du centre hospitalier Jacques Coeur de Bourges (2 pages) Page 11

R24-2018-12-18-007 - Arrêté n°2018-OS-VAL-18-J-0191 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de octobre 2018 du centre hospitalier de Vierzon (2 pages) Page 14

R24-2018-12-18-006 - Arrêté n°2018-OS-VAL-18-J-0192 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois de octobre 2018 du centre hospitalier de Saint Amand Montrond (2 pages) Page 17

ARS

R24-2018-12-20-002

PDSES Appel Candidatures

**Appel à Candidatures de la
Permanence Des Soins en Etablissement de Santé en
région Centre-Val de Loire**

Contexte

Le schéma régional de santé (SRS) du projet régional de santé (PRS) publié le 25 juin 2018 arrête une nouvelle organisation des lignes de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) en région Centre-Val de Loire. Cette nouvelle organisation retient une PDSSES dite territoriale ainsi que des lignes de recours régionales. Le présent appel à candidatures permet aux établissements de la région de postuler sur ces lignes de permanences, pour la période courant de 2019 à 2023 inclus.

Présentation du projet

Cet appel à candidatures doit permettre d'identifier les établissements de santé qui assureront des lignes de permanences dans le respect du cahier des charges de la PDSSES.

1- LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE

1-1 Le périmètre de la PDSSES

La **permanence des soins en établissement de santé** se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé, la nuit (à partir de 18h30 ou 20 heures du soir le plus souvent, et jusqu'à 8 heures du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La **continuité des soins** est l'obligation réglementaire pour toutes les unités de soins d'assurer la prise en charge, quelle que soit la période considérée, des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci.

Il est à noter que la continuité des soins est assurée obligatoirement par l'établissement de santé tandis que la permanence des soins n'est pas obligatoirement assurée par l'établissement si celui-ci n'a pas été expressément désigné pour cela par le directeur général de l'ARS.

La PDSSES concerne le seul champ médecine chirurgie obstétrique (MCO).

Elle peut concerner les établissements publics et privés. Pour les établissements publics, la PDSSES doit faire l'objet d'un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau du groupement hospitalier de territoire.

Par conséquent, les hôpitaux de proximité, les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), les unités de soins de longue durée (USLD) et les établissements psychiatriques et les activités de psychiatrie des établissements MCO ne relèvent pas du dispositif de PDSSES qu'ils peuvent néanmoins assurer mais selon des modalités et financements distincts. Les structures de médecine d'urgence, les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médicotechniques.

➤ Les activités réglementées : certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligation de permanence des soins. Ce sont principalement :

- les activités de périnatalité, de gynécologie obstétrique,
- les réanimations adulte et pédiatrique, unités de surveillance continue et soins intensifs cardiologiques,
- les unités neurovasculaires,
- la cardiologie interventionnelle,
- la chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle : ces activités relèvent pour leur organisation du schéma inter-régional d'organisation des soins et ne sont par conséquent pas traitées dans le présent schéma. Elles sont en revanche indemnisées au titre de la PDSSES.

- Les activités non réglementées : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aiguë spécialisée au sein des urgences ou directement dans un service de spécialité :
 - spécialités médicales : neurologie, gastroentérologie, cardiologie, pneumologie,
 - spécialités chirurgicales : chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie de la main, chirurgie infantile, ophtalmologie, urologie.
- Les activités médicotechniques : ce sont l'imagerie médicale, la biologie, la pharmacie. Elles sont nécessaires à la continuité des soins mais participent aussi à la permanence des soins. Elles sont inscrites dans le schéma cible.
- Les autres spécialités ne sont pas concernées par le schéma de permanence des soins.

1-2 Les enjeux de la PDSES

- **1-2-1 Améliorer l'accès aux soins :**
 - Optimiser l'organisation de la PDSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent, permettant de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé ou régional selon les disciplines concernées (principe de gradation des soins), les nuits à partir de 18h30 ou 20 heures et jusqu'à 8 heures, les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés. L'approche territoriale est privilégiée. Elle consiste à rechercher une organisation territoriale permettant de répondre aux besoins de la population pour chaque spécialité médicale ou chirurgicale. La permanence des soins, qui concerne tous les établissements, aussi bien publics que privés, doit permettre de garantir, sur les plages horaires précisées dans la définition de la PDSES, une offre nécessaire et suffisante par spécialité,
 - Etre lisible entre acteurs de santé et pour la population,
 - Améliorer l'accès financier aux soins dans les plages horaires concernées. Les garanties du service public hospitalier s'appliquent à la PDSES, que l'établissement de santé soit public ou privé. Aussi, notamment, les tarifs opposables pour les prises en charge réalisées dans ce cadre sont ceux du secteur 1.
- **1-2-2 Améliorer l'efficience :**
 - Optimiser l'utilisation de la ressource médicale dans la région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux exerçant en établissements de santé privés dans le dispositif,
 - Eliminer les doublons entre établissements sur une même activité, pour assurer une meilleure lisibilité et pour éviter les dépenses inutiles,
 - Répartir de manière équitable les contraintes d'exercice entre les secteurs public et privé.
- **1-2-3 Améliorer la qualité de prise en charge :**
 - Réduire les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences,
 - Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation.

1-3 Les besoins de la population en termes de PDSES

Dans le cadre de la déclinaison de permanence des soins en établissement de santé au sein de la région Centre-Val de Loire, le volet PDSES se décline sous forme de deux approches complémentaires :

- une approche territoriale pour chacune des 6 zones de référence, à savoir le département,
- une structuration des activités de recours au niveau régional.

Il est nécessaire d'adopter une organisation évolutive en fonction de la fréquence des recours :

- les lignes d'anesthésie suivront les reconnaissances des lignes de chirurgie avec un principe de mutualisation intra établissements de santé, à l'exception des lignes d'anesthésie en lien avec l'activité de gynécologie obstétrique qui relève d'un dispositif réglementaire,
- les lignes de PDSES seront reconnues préférentiellement en astreinte, mais cette reconnaissance pourra être requalifiée en garde selon le niveau d'activité objectifé,

Il est également nécessaire de prendre en compte une organisation intégrant l'usage de la télé-médecine (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance ou téléassistance), notamment en radiologie.

- **1-3-1 Le niveau territorial**

- Sur chaque territoire, les principes affichés pour les lignes de permanence sont les suivants :
 - **pour les spécialités de médecine** : une ligne de médecine polyvalente par site autorisé à la médecine d'urgence, une ligne territoriale pour la pédiatrie (selon le niveau d'activité, potentiellement mutualisable avec l'activité d'obstétrique et de néonatalogie), une ligne territoriale pour la gastro-entérologie, une ligne territoriale pour la pneumologie,
 - **pour les spécialités chirurgicales** : une ligne territoriale pour l'ORL, l'ophtalmologie, l'urologie, le vasculaire,
 - **pour la chirurgie orthopédique** : définition d'une fourchette conciliant l'objectif de territorialisation et la reconnaissance de lignes sur tous les sites d'urgence disposant d'une réanimation ou, par exception et sur la base des critères d'efficacité mentionnés ci-après, possibilité de reconnaissance aux sites d'urgence, disposant, en propre ou par coopération avec un établissement autorisé à proximité,
 - **pour la chirurgie viscérale** : définition d'une fourchette conciliant l'objectif de territorialisation et la reconnaissance de lignes sur tous les sites d'urgence disposant d'une réanimation ou, par exception et sur la base des critères d'efficacité mentionnés ci-après, possibilité de reconnaissance aux sites d'urgence, disposant, en propre ou par coopération avec un établissement autorisé à proximité,
 - **les lignes d'anesthésie** suivront les reconnaissances des lignes de chirurgie avec un principe de mutualisation, à l'exception des lignes d'anesthésie en lien avec l'activité de gynécologie obstétrique qui relève d'un dispositif réglementaire.
- Les reconnaissances pour les disciplines dont les normes sont édictées par le code de la santé publique et qui relèvent de la PDES, et non de la continuité des soins : gynécologie obstétrique, néonatalogie, cardiologie interventionnelle, réanimation, USIC et UNV... suivent les autorisations délivrées.
- Biologie, pharmacie et imagerie : une astreinte territoriale pour chaque discipline
- **1-3-2 Le niveau régional**
 Une organisation régionale, pour les plateaux techniques hautement spécialisés et établissements de recours régionaux en :
 - cardiologie interventionnelle,
 - chirurgie cardiaque adulte/pédiatrique,
 - chirurgie de la main,
 - chirurgie pédiatrique viscérale et orthopédique,
 - grands brûlés,
 - neurochirurgie,
 - neuroradiologie interventionnelle,
 - chirurgie thoracique,
 - hématologie,
 - réanimation néonatale
 - ...

2- LES OBLIGATIONS LIEES A SON EXERCICE

Il s'agit de décrire les engagements contractuels auxquels devront souscrire les établissements assurant une permanence des soins. Ces engagements seront retranscrits dans les avenants aux CPOM des établissements concernés. A cet avenant, sera annexé un contrat tripartite, signé par l'ARS, la direction de l'établissement et tous les médecins concernés non-salariés de l'établissement pour les établissements de santé privés.

2-1 Dimensionner ses ressources afin de pouvoir assurer la PDES

L'établissement doit s'engager à disposer des ressources nécessaires :

- **Ressources humaines** :
 - L'établissement s'assure qu'il dispose d'équipes médicales complètes et stables, le cas échéant par mutualisation des effectifs avec d'autres établissements, publics, privés, disposant des compétences requises (en termes de spécialités et de plein exercice).
 - L'établissement s'assure de la mise en place d'un tableau de permanence pour les spécialités concernées par la mission de PDES qui lui a été confiée. Il s'assure que ce

tableau est complet et actualisé. Il assure sa diffusion et sa mise à jour, notamment auprès des acteurs de la régulation médicale et du répertoire opérationnel des ressources (ROR).

➤ **Capacités d'accueil et infrastructures :**

- L'établissement s'assure qu'il dispose des capacités en lits permettant d'accueillir les patients, y compris lors des pics d'activité prévisibles (hors plan blanc et dispositif «hôpital en tension»).
- L'établissement s'engage à disposer du plateau technique et du matériel fonctionnels permettant une prise en charge optimale d'un patient aux heures de PDSES, dans la spécialité concernée, et de sa mise à jour dans la description de l'offre de soins du ROR.

2-2 Garantir les obligations du service public hospitalier par tous les établissements de santé pour la PDSES (article L6112-5 du code de la santé publique)

Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans un établissement de santé privé bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L.6112-2 du code de la santé publique, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Il s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'autorisation d'exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L.6122-13 du code de la santé publique.

2-3 Assurer l'accessibilité aux soins

L'établissement s'engage en lien avec les médecins participant à la PDSES à définir clairement les différentes modalités d'organisation interne afin de mettre en place le circuit de prise en charge le plus adapté à l'état de santé du patient. Cette organisation sera formalisée dans un projet médical décrivant notamment le circuit d'accueil des patients, le fonctionnement des blocs opératoires et des services d'imagerie, des lits d'aval, les conditions et modalités de transfert entre établissements de santé.

Dans le cadre de cette organisation, l'établissement devra notamment se conformer aux principes suivants :

- Lorsqu'un patient se présente spontanément dans la structure des urgences et nécessite le recours à une spécialité pour laquelle l'établissement ne dispose pas de permanence de soins, il est accueilli et pris en charge par le médecin des urgences. L'établissement s'engage à réaliser l'ensemble des premiers gestes et les explorations nécessaires au diagnostic, selon ses équipements, avant tout transfert régulé pour avis spécialisé ou intervention chirurgicale vers l'établissement assurant la permanence dans la spécialité concernée.
- Lorsque l'établissement reçoit un patient adressé par un autre établissement disposant d'un service d'urgence, dans le cadre de la spécialité pour laquelle il bénéficie d'une mission de PDSES, celui-ci est admis autant que possible directement dans le service adapté à sa prise en charge. Il évite ainsi un deuxième passage par la structure des urgences, sachant que ce second passage n'aurait pas lieu d'être facturé. En cas d'acte chirurgical indiqué mais reporté, tout transfert vers un autre établissement sera évité, sauf demande expresse du patient.
- Si l'établissement adresseur du patient ne dispose pas d'un service d'urgence, le patient est pris en charge selon le circuit habituel défini par l'établissement et l'équipe médicale, dans le cadre de la convention avec l'établissement receveur.
Pour ce faire, l'établissement s'engage à :
- Participer à l'élaboration, par spécialité, d'un projet médical commun de territoire définissant notamment l'organisation de la PDSES,
- Formaliser sous forme de convention les coopérations entre les établissements de santé, notamment dans l'hypothèse de permanences mutualisées,
- Informer la population et les autres acteurs du territoire (médecine de ville...).

2-4 Mettre en place une gouvernance interne et externe de la PDSES

La PDSSES impacte l'ensemble de l'organisation de l'établissement. Afin de s'assurer de l'adhésion de l'ensemble des acteurs internes et externes concernés par cette nouvelle organisation et de garantir un parcours de soins coordonné et sécurisé pour le patient, l'établissement assurant la permanence des soins devra, dans le respect de l'indépendance des autres établissements du territoire, mettre en place un dispositif assurant une gouvernance interne du projet et participer à la gouvernance territoriale du projet.

Ce dispositif permettra notamment de :

- Présenter la nouvelle organisation aux différentes instances concernées (directoire, conseil de surveillance, commission médicale d'établissement, ...),
- Mettre en place une politique de gestion des risques liés à la PDSSES,
- Suivre et évaluer la nouvelle organisation.

2-5 Favoriser le retour des patients vers les établissements d'origine

Le circuit retour des patients qui ont bénéficié d'une prise en charge dans un établissement missionné pour la permanence des soins, autre que l'établissement d'accueil est organisé en concertation entre les deux établissements en fonction des plateaux techniques respectifs et des suites prévisibles de la prise en charge. Des conventions entre les établissements pourront être passées à cet effet.

Dès que les conditions le permettent, il s'agira de favoriser le retour des patients vers l'établissement d'origine ou la filière de prise en charge la plus adaptée à son état.

La possibilité de refus du patient doit, en tous les cas, être respectée.

3- LES BESOINS DE LA POPULATION DEFINIS PAR LE SRS

4-

3-1 le niveau territorial

ACTIVITES	CHER (18)		EURE ET LOIR (28)		INDRE (36)		INDRE ET LOIRE (37)		LOIR ET CHER (41)		LOIRET (45)		REGION	
	A	G	A	G	A	G	A	G	A	G	A	G	Admises	Gardes
cardiologie interventionnelle	1		1				2				2		6	0
médecine d'urgence (établissements privés autorisés)				1				2				1	0	4
médecine polyvalente	3		5		3		6		3		5		25	0
gastro-entérologie (y compris héματο-digestive)	1		1		1		1		1		1		6	0
pneumologie (y compris endoscopies bronchiques)	1		1		1		1		1		1		6	0
chirurgie orthopédique et traumatologie	1 à 3		1 à 3		1 à 2		1 à 3	1	1 à 3		1 à 4		6 à 18	1
chirurgie vasculaire	1		1		1		1		1		1		6	0
chirurgie viscérale et digestive	1 à 3		1 à 3		1 à 2		1 à 4		1 à 3		1 à 4		6 à 19	0
ophtalmologie	1		1		1		1		1		1		6	0
urologie	1		1		1		1		1		1		6	0
ORL	1		1		1		1		1		1		6	0
gynéco-obstétrique	3 à 4	0 à 1	1	2	2		1	2	3	1	3	1	13 à 14	6 à 7
anesthésie (gynéco-obstétrique)	3 à 4	0 à 1	1	2	2		1	2	3	1	3	1	13 à 14	6 à 7
pédiatrie	4	1	3	1	3		3	1	4	1	2	3	19	7
réanimation néonatale							1				1		0	2
réanimation		1		2		1	1	2		1		2	1	9
USI cardio		1		2		1	2		1		3		0	10
UNV-neurologie	1		2				1				1		5	0
pharmacie	1		1		1		1		1		1		6	0
biologie	1		1		1		1		1		1		6	0
EML et radiologie conventionnelle	1		1		1		1	0	1		1		5	1

3-2 le niveau régional

ACTIVITES DE RECOURS	INDRE ET LOIRE (37)		LOIRET (45)		REGION	
	A	G	A	G	Astreintes	Gardes
Anesthésie chirurgie cardiologie	2	0	0	0	2	0
Réanimation chirurgie thoracique et cardiaque	0	2	0	0	0	2
Anesthésie pédiatrie	0	1	1	0	1	1
Anesthésie réanimation neuro traumatologie et grands brûlés	0	1	0	0	0	1
Anesthésie réanimation neurochirurgie	0	1	0	0	0	1
Réanimation pédiatrie	0	1	1	0	1	1
Anesthésie mains	0	1	1	0	1	1
Cardiologie pédiatrique	1	0	0	0	1	0
CEC	2	0	0	0	2	0
Chirurgie thoracique	1	0	1	0	2	0
Chirurgie maxillo faciale	1	0	1	0	2	0
Chirurgie plastique brûlés	1	0	0	0	1	0
Chirurgie mains	1	0	1	0	2	0
Chirurgie pédiatrique	0	0	1	0	1	0
Chirurgie thoracique et cardiaque pédiatrique	1	0	0	0	1	0
Chirurgie viscérale pédiatrique	1	0	0	0	1	0
Chirurgie orthopédique pédiatrique	1	0	0	0	1	0
Hématologie clinique	1	0	1	0	2	0
Hémostase clinique (hémophilie)	1	0	0	0	1	0
Hémodialyse adulte USI	0	1	1	0	1	1
Hémodialyse enfant	1	0	0	0	1	0
Maladies infectieuses	1	0	1	0	2	0
Bactériologie	1	0	0	0	1	0
Biochimie	1	0	1	0	2	0
Micro biologie	0	0	1	0	1	0
Pharmacologie Toxicologie	1	0	0	0	1	0
Radiologie interventionnelle	1	0	1	0	2	0
Neuroradiologie diagnostique	1	0	1	0	2	0
Radiologie pédiatrique	1	0	1	0	2	0

5- LA DUREE DE MISE EN ŒUVRE DE LA MISSION DE PDSSES

La durée de mise en œuvre de la mission de PDSSES est celle des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à venir.

6- LES MODALITES DE COMPENSATION FINANCIERE

Les établissements participant à la PDSSES se verront attribuer un financement de ces missions, déterminé en fonction des modalités financières réglementaires en vigueur. Cette compensation financière est définie dans un avenant spécifique au CPOM. Ces missions se distinguent en astreintes et en gardes.

Les lignes de PDSSES seront reconnues préférentiellement en astreinte, mais cette reconnaissance pourra être requalifiée en garde selon le niveau d'activité objectif.

7- LES CRITERES DE SELECTION

- Intégration de la PDSSES dans l'établissement :
 - Autorisation(s) d'activité,
 - Projet d'établissement (prise en compte par ce projet de la PDSSES),
 - Organisation interne (équipe complète nominative et stable par ligne de PDSSES avec description par périodes (nuits, week-end et jours fériés, samedis)),
 - Prévision de l'activité de PDSSES,
 - Modalités de l'évaluation de l'activité (reporting des indicateurs du cahier des charges).
- Organisation territoriale et/ou de recours :
 - Modalités de coopération inter établissements (existantes ou à venir),
 - Articulation avec le GHT et le projet médical commun de territoire,
 - Modalités de rédaction et diffusion des tableaux de permanences,
 - Modalités de mise à jour du ROR
- Circuit du patient :
 - Circuit d'admission directe dans les services,
 - Modalités de retour à l'établissement d'origine,
 - Articulation avec les transporteurs pour transfert ou retour des patients.
- Respect des engagements du cahier des charges :

- Admission de tous les patients,
- Tarifs secteurs 1,
- Accessibilité pour tous les patients (organisation des transferts),
- Usage de la télémédecine (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance ou téléassistance).

8- LES MODALITES DE SUIVI DE LA MISSION DE PDSSES

Les établissements de santé qui participent à la PDSSES s'engagent à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif.

Ils s'engagent également à produire chaque année à la date anniversaire de leur avenant CPOM relatif à la PDSSES les indicateurs de suivi suivants :

- Nombre de nouveaux patients accueillis pendant les périodes de permanence des soins pour lesquels la ligne de PDSSES a été sollicitée :
 - a) Nombre de nouveaux patients hospitalisés sur les horaires de PDSSES et leurs modalités d'admission (directe ou passage par les urgences, transferts) dans le cadre des activités dont l'établissement dispose d'une ligne,
 - b) Nombre de nouveaux patients pris en charge pendant les périodes de PDSSES dans les blocs opératoires relevant des activités pour lesquelles l'établissement dispose d'une ligne,
- Nombre de passages de nouveaux patients aux urgences pendant les horaires de PDSSES suivis de transferts vers un centre de recours,
- Nombre et motifs des appels aux médecins assurant une permanence de soins,
- Nombre et motifs des refus de prise en charge suite à transferts.

Dans le cadre de l'évaluation du CPOM, et en cas de non-respect des engagements contractuels par les établissements assurant la permanence des soins d'une part, et d'activité manifestement insuffisante d'autre part, le financement de la PDSSES pourra être reconsidéré.

9- LA DATE DE CLOTURE DE L'APPEL

Cet appel à candidature prend fin le 31 janvier 2019, terme de rigueur pour réception des dossiers de candidatures à l'ARS Centre-Val de Loire pour la participation aux missions de PDSSES

10- LES MODALITES DE PUBLICATION

La décision sera prise après avis des fédérations représentant les établissements de santé, recueilli de manière collégiale, conformément à l'article R6111-45 du code de la santé publique.

Celle-ci sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire, et conjointement sur le site internet de l'agence de santé Centre-Val de Loire. Les décisions feront également l'objet de notifications individuelles aux établissements candidats.

10-LE DOSSIER DE CANDIDATURE

Il sera rempli à partir du dossier type joint en annexe à cet appel à candidatures, en incluant l'ensemble des items demandés à minima.

Il est nécessaire de déposer un dossier complet par ligne, de recours ou territoriale.

Pour les établissements de santé publics, le dossier de demande de lignes de PDSSES devra être déposé par le GHT afin de s'assurer de la mise en place d'un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné.

Pour les coopérations publics-privés répondant à l'appel à candidatures, un courrier des deux parties s'engageant dans la démarche est demandé et devra avoir fait l'objet d'une information au(x) GHT concerné(s).

Le dossier est à transmettre, pour le 31 janvier 2019 dernier délai, à l'adresse suivante :

ars-cvl-offre-de-soins@ars.sante.fr

ARS Centre-Val de Loire - Délégation départementale du
Cher

R24-2018-12-18-005

Arrêté n°2018-OS-VAL-18-J-0190 fixant le montant des
recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée
à l'activité au mois de octobre 2018 du centre hospitalier
Jacques Coeur de Bourges

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

ARRETE

N° 2018-OS-VAL-18- J 0190

**fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois d'octobre
du centre hospitalier "Jacques Cœur" de Bourges**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33 ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009;

Vu la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale, notamment l'article 7 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 28 février 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC).

ARRÊTE

Article 1^{er} : La somme à verser par la caisse primaire d'assurance maladie du Cher est arrêtée à **8 160 869,89 €** soit :

6 849 608,54 € au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS + sup. y compris transport +PO),

1 944,22 € au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS AME),

331 858,16 € au titre de l'activité externe (y compris IVG, ATU, FFM, et SE),

516 392,29 € au titre des spécialités pharmaceutiques,

265 587,51 € au titre des produits et prestations,

112 972,24 € au titre de HAD valorisation AM des RAPSS,

76 842,08 € au titre de HAD valorisation des dépenses des molécules onéreuses,

2 221,94 € au titre des GHS soins urgents,

179,65 € au titre du reste à charge estimé pour les détenus,

265,24 € au titre du reste à charge estimé pour les détenus (Montant ACE y/C ATU/FFM/SE),

2 976,02 € au titre des PI,

22,00 € au titre des médicaments sous ATU (hors AME et soins urgents),

Article 2 : Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier "Jacques Cœur" de Bourges et la caisse primaire d'assurance maladie du Cher pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 18 décembre 2018

P/La directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, po

Signée : Agnès HUBERT-JOUANNEAU

ARS Centre-Val de Loire - Délégation départementale du
Cher

R24-2018-12-18-007

Arrêté n°2018-OS-VAL-18-J-0191 fixant le montant des
recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée
à l'activité au mois de octobre 2018 du centre hospitalier de
Vierzon

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2018-OS-VAL-18- J 0191
fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois d'octobre
du centre hospitalier de Vierzon**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33 ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009;

Vu la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale, notamment l'article 7 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 28 février 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC).

ARRÊTE

Article 1^{er} : La somme à verser par la caisse primaire d'assurance maladie du Cher est arrêtée à **1 854 291,98 €** soit :

- 1 615 387,08 €** au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS + sup. y compris transport +PO),
- 11 495,53 €** au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS AME),
- 118 507,91 €** au titre de l'activité externe (y compris IVG, ATU, FFM, et SE),
- 82 717,57 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- 22 984,32 €** au titre des produits et prestations,
- 3 098,86 €** au titre des GHS soins urgents,
- **185,58 €** au titre du reste à charge estimé pour les détenus,
- **31,27 €** au titre du reste à charge estimé pour les détenus (Montant ACE y/C ATU/FFM/SE),
- 198,40 €** au titre des PI,
- 119,16 €** au titre des médicaments ACE,

Article 2 : Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de Vierzon et la caisse primaire d'assurance maladie du Cher pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 18 décembre 2018

P/La directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, po

Signée : Agnès HUBERT-JOUANNEAU

ARS Centre-Val de Loire - Délégation départementale du
Cher

R24-2018-12-18-006

Arrêté n°2018-OS-VAL-18-J-0192 fixant le montant des
recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée
à l'activité au mois de octobre 2018 du centre hospitalier de
Saint Amand Montrond

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2018-OS-VAL-18- J 0192
fixant le montant des recettes d'Assurance Maladie
dues au titre de la part tarifée à l'activité au mois d'octobre
du centre hospitalier de Saint Amand Montrond**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33 ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009;

Vu la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale, notamment l'article 7 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 28 février 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC).

ARRÊTE

Article 1^{er} : La somme à verser par la caisse de mutualité sociale agricole du Cher est arrêtée à **889 977,97 €** soit :

- 891 253,98 €** au titre de l'activité d'hospitalisation (GHS + sup. y compris transport +PO),
- 3 250,82 €** au titre de l'activité externe (y compris IVG, ATU, FFM, et SE),
- 4 738,31 €** au titre des spécialités pharmaceutiques,
- 211,48 €** au titre du reste à charge estimé pour les détenus,

Article 2 : Le présent arrêté est notifié au centre hospitalier de Saint Amand Montrond et la caisse de mutualité sociale agricole du Cher pour exécution.

Le présent arrêté est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 18 décembre 2018

P/La directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, po

Signée : Agnès HUBERT-JOUANNEAU