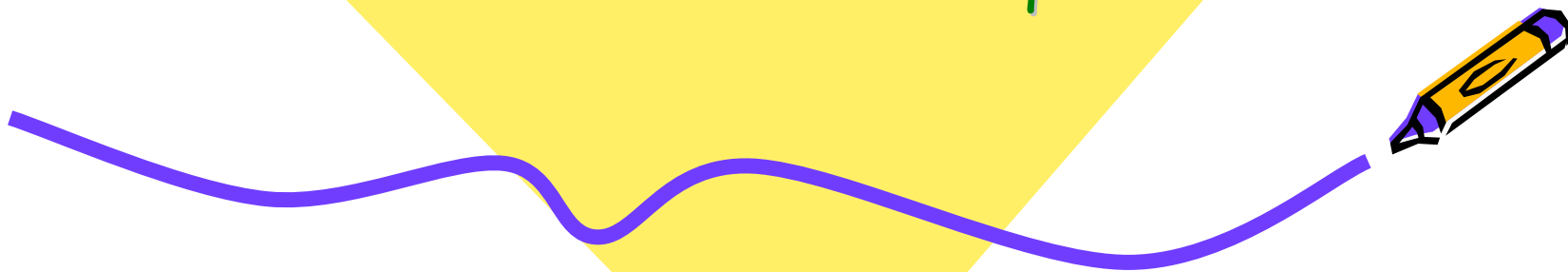


Projet de loi HPST

Présentation et critiques



Les principaux objectifs du projet de loi HPST



- Titre I : Modernisation des établissements de santé
- Titre II : Accès de tous à des soins de qualité
- Titre III : Prévention et Santé publique
- Titre IV : Organisation territoriale du système de santé



Les mesures concrètes (1)

- Réorganisation de l'offre de soins hospitalière => fermeture de sites MCO avec transformation en SSR ou Ehpad
- Participation des cliniques et des libéraux à la PDS hospitalière
- Création des CHT, qui pourront être imposée par les ARS



Les mesures concrètes (2)



- Transformation du Conseil exécutif en Directoire => le directeur nomme les membres. Amendement probable : majorité de praticiens
- Transformation du Conseil d'Administration en Conseil de surveillance => Vise à affaiblir le poids des élus



Les mesures concrètes (3)

- Renforcement du pouvoir des directeurs, seul « patron »
 - décide de l'EPRD, du plan d'investissement
 - propose les nominations des PH au CNG, a le pouvoir de mettre en position de recherche d'affectation les PH
 - nomme les chefs de pôle
 - Perte des attributions du président de CME en matière de co-signature



Les mesures concrètes (4)



- Profonde modification du statut de PH
 - nouveau statut de contractuel (CDI) de droit public, avec rémunération au résultat et possibilité de licenciement
 - statut de PH « rénové » avec une part contractuelle
 - statut PH actuel, sans revalorisation (au contraire => Ircantec)



Les mesures concrètes (5)

- Création des ARS, qui engloberait ARH, DRASS, DDASS, contrôle médical CRAM
- Pilotage commun des secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social
- Implication forte de l'Etat, notamment sur le suivi financier des dépenses de santé



Autres mesures

- Sortie des EPS du Code des Marchés Publics => par décret, facultatif
- Réforme de la recherche et des CHU => renvoyé à une autre loi
- Engagement des institutions financières de l'Etat dans le capital des cliniques => renvoyé à des temps meilleurs
- Réforme de la biologie médicale => par ordonnance



Positions CPH (1)

- La CPH considère comme positif la mention que « la PDS ne peut plus rester l'apanage des seuls établissements publics » et se félicite des dispositions visant à assurer un égal accès aux soins pour tous les patients.



Positions CPH (2)

- La CPH s'inquiète du transfert de compétences retirées au Conseil d'administration des établissements publics de santé au profit du seul directeur, en particulier celles concernant les finances (EPRD, programme d'investissement) et l'organisation interne.
- La ligne hiérarchique renforcée **Ministère => ARS => Directeur => Chef de pôle => Praticien** fait craindre que les décisions individuelles de soins ne soient altérées par le poids d'impératifs économiques occasionnant une perte de chances pour les patients.



Positions CPH (3)

- Il est inacceptable que le directeur de l'établissement propose directement au directeur général du CNG la nomination des personnels médicaux ou que le directeur puisse de sa propre initiative mettre fin aux fonctions d'un praticien hospitalier au seul motif d'une restructuration.
- Les procédures de nomination et de mise en position de recherche d'affectation doivent être prises au niveau national aux vues des avis locaux de CME et de directoire.



Positions CPH (4)



- La composition du directoire ne peut être du seul arbitrage du directeur. Pour que cette instance puisse revendiquer une vraie légitimité, elle doit comporter une majorité de praticiens, ces derniers étant désignés par la CME.
- Le président de CME doit pouvoir co-signer les décisions relatives au choix des chefs de pôles et aux contrats qui en découlent. Il en va également de leur crédibilité aux yeux de la communauté médicale.



Positions CPH (5)

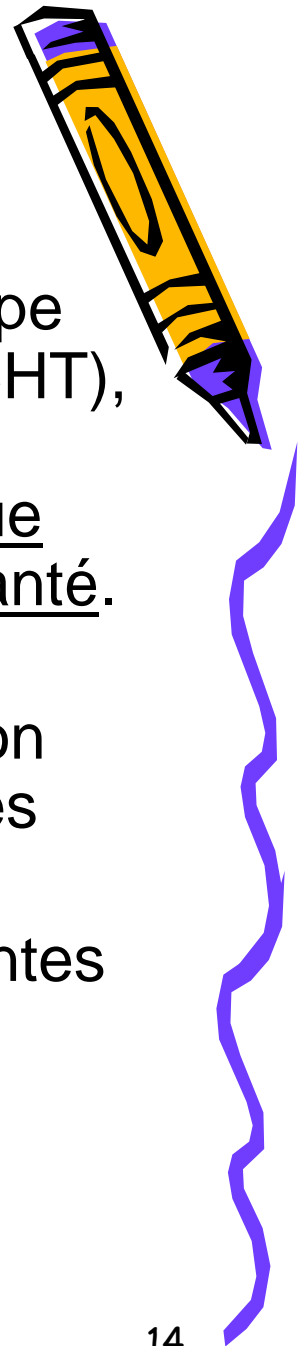


- La CPH s'interroge sur l'attractivité supposée d'un statut de contractuel pour les praticiens hospitaliers, même sous la forme d'un CDI.
- Elle souligne la nécessité de revaloriser le statut actuel de praticien hospitalier, qui doit rester le socle principal du recrutement.
- Elle souligne également qu'un statut quel qu'il soit doit comporter un volet « retraite » attractif (Cf réforme Ircantec).
- Elle insiste pour que sitôt les textes adoptés, les syndicats de praticiens soient associés étroitement à l'élaboration des futurs décrets statutaires.



Positions CPH (6)

- La CPH se prononce favorablement sur le principe des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), sous réserve de plus de détails dans leur application, en particulier la façon dont sera tenue compte de l'expression des professionnels de santé.
- En particulier, le directeur de l'ARS ne doit pas pouvoir de sa seule autorité décider de la création d'une CHT car il faut que les professionnels et les élus en soient à l'origine.
- La CPH prend acte des transformations importantes dans l'organisation de la formation continue des praticiens proposées par l'avant-projet de loi.



Positions CPH (7)

- La CPH est favorable à la création des Agences Régionales de Santé sous réserve que la démocratie sanitaire puisse s'exprimer de façon cohérente au sein de cette nouvelle organisation et que les ARS ne soient pas le relais de la seule pression économique.
- Elle se prononce en faveur d'une instance de régulation commune entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire, qui associerait les professionnels de santé libéraux et publics dans la définition d'objectifs communs

