



PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS

LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES (HPST)

Fédération Hospitalière de France – Avril 2009
Document téléchargeable sur www.fhf.fr

Sommaire

Les propositions de la FHF pour réussir le changement à l'hôpital4

AMENDEMENTS RELATIFS AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER8

AMENDEMENT 19

Article 1 : amendement relatif aux missions de Service Public Hospitalier.....9

AMENDEMENT 2 10

Article 1 : amendement relatif aux obligations des établissements assurant des missions de Service Public Hospitalier 10

AMENDEMENT 3 11

Article 1 : amendement relatif aux catégories d'établissements assurant des missions de Service Public Hospitalier 11

AMENDEMENT 4 12

Article 1 : amendement relatif aux établissements de santé privés d'intérêt collectif..... 12

AMENDEMENT 5 13

Article additionnel à l'article 3 : amendement permettant l'introduction d'une disposition protégeant le service public hospitalier en cas de démission de praticiens hospitaliers..... 13

AMENDEMENTS RELATIFS A LA GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE. 14

AMENDEMENT 6 15

Article 4 : amendement relatif aux établissements publics de santé..... 15

AMENDEMENT 7 16

Article 6 : amendement concernant la distinction entre les compétences du directeur d'établissement et celle du président du directoire 16

AMENDEMENT 8 18

Article 6 : amendement concernant les plans de redressement dans les établissements publics de santé..... 18

AMENDEMENT 9 19

Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé 19

AMENDEMENTS RELATIFS A L'ASSOUPLISSEMENT DES REGLES DE GESTION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE 20

AMENDEMENT 10 21

Article 10 : amendement relatif aux professionnels médicaux recrutés sur contrat..... 21

AMENDEMENT 11 23

Article additionnel à l'article 11 relatif à l'assouplissement des règles de gestion des établissements publics de santé..... 23

AMENDEMENT 12 24

Article additionnel à l'article 11 : amendement relatif à l'intéressement des personnels 24

AMENDEMENTS RELATIFS AUX COOPERATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE	25
AMENDEMENT 13.....	26
Article 12 : amendement relatif aux communautés hospitalières de territoire	26
AMENDEMENT RELATIF AUX PROFESSIONS PARAMEDICALES	27
AMENDEMENT 14.....	28
Article 15 bis : amendement relatif aux conditions d'exercice en établissement sanitaire ou médico-social des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes, préalablement à leur installation libérale.....	28
AMENDEMENT RELATIF A LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES TERRITOIRES.....	29
AMENDEMENT 15.....	30
Article 16 : amendement relatif à la permanence des soins	30
AMENDEMENT 16.....	32
Article 17 : amendement sur la consultation des fédérations hospitalières publiques et privées représentatives sur les dispositions conventionnelles qui concernent leur activité	32
AMENDEMENT RELATIF A LA FORMATION MEDICALE CONTINUE	33
AMENDEMENT 17.....	34
Article 19 : amendement concernant la formation médicale continue.....	34
AMENDEMENTS RELATIFS A L'ORGANISATION REGIONALE DE LA SANTE	35
AMENDEMENT 18.....	36
Article 26 : amendement concernant l'organisation régionale du transport sanitaire.....	36
AMENDEMENT 19.....	37
Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.....	37
AMENDEMENT 20.....	38
Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.....	38
AMENDEMENT 21.....	39
Article 26 : amendement concernant les agences régionales de santé	39

Les propositions de la FHF pour réussir le changement à l'hôpital

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) va être examiné au Sénat à compter du 11 mai 2009, après les travaux de l'Assemblée Nationale.

Ce projet de loi donne « corps » à une véritable régulation de l'offre de soins dans les territoires, essentielle pour l'efficacité du système sanitaire et social. Il favorise l'émergence d'un « bouclier de service public » et la mise en œuvre d'une « stratégie de groupe » entre établissements de santé qui sont autant d'éléments proposés par la FHF dans ses deux dernières plateformes. Enrichi des propositions de la FHF, le projet de loi présente un réel intérêt dans le sens d'une modernisation du système de santé français.

A la veille de l'examen au Sénat, la FHF présente 21 amendements pour améliorer le texte et défendre les intérêts des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

1. Préciser les conditions dans lesquelles les missions de service public peuvent être assurées par des cliniques privées.

Lorsque les hôpitaux et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ne peuvent exercer leurs missions de service public, un constat de carence de service public hospitalier doit être effectué par l'ARS, en fonction de critères objectifs, avant toute dévolution des missions de service public à une clinique commerciale.

Il est également proposé un amendement visant à préserver le service public hospitalier de situations de concurrence déloyale pouvant amener à la démission d'un praticien hospitalier et compromettre l'activité médicale des hôpitaux.

2. Assouplir les règles de gestion dans les établissements.

La capacité des établissements à réussir la réforme est conditionnée par une plus forte réactivité et une meilleure adaptabilité, dans un environnement de plus en plus concurrentiel et contraint.

Selon la FHF, la « modernisation » de la gestion des établissements est conditionnée par les évolutions suivantes :

- Le rappel du principe d'autonomie des hôpitaux, quelque soit leur ressort géographique,
- La distinction entre les missions du directeur et du président du directoire,
- Un approfondissement de l'allègement des règles de l'achat public,
- Un aménagement de la séparation des ordonnateurs et des comptables,
- Un amendement précisant les critères au regard desquels est mis en œuvre un plan de redressement dans les hôpitaux,
- De nouvelles modalités de recours aux contrats pour le personnel médical,
- Une politique innovante d'intéressement des personnels.

Par ailleurs, la loi renforce les prérogatives des chefs de pôle. Ils apparaissent comme des acteurs « clé » de l'hôpital et leurs responsabilités sont accentuées, ce qui justifie de développer de nouvelles compétences. Dans cette perspective, il est souhaitable de généraliser une contribution des établissements qui permettrait de financer la formation continue des personnels médicaux aux enjeux institutionnels et managériaux, afin de les soutenir dans l'exercice de leur fonction.

3. Inciter les établissements à travailler ensemble et se regrouper

La loi encourage les coopérations public/public au sein de communautés hospitalières de territoire (CHT) et les coopérations public/privé dans les groupements de coopérations sanitaires (GCS).

L'enjeu de créer un intérêt à agir pour les dirigeants hospitaliers et les élus, afin qu'ils soient en mesure de définir une stratégie de groupe dans les territoires, qui se traduise par des coopérations entre structures. Il est ainsi souhaitable de maintenir le principe d'incitations financières aux établissements intégrant des CHT, tout en assurant un accompagnement privilégié auprès des établissements précurseurs.

En outre, il est proposé de créer un statut d'ESPIC pour les GCS « établissements de santé » associant des établissements publics et privés, afin d'instaurer un mode de gestion et de gouvernance compatible avec les différents statuts, tout en garantissant l'exercice de missions de service public.

4. Créer une plus grande synergie des professionnels de santé au service des plus vulnérables

Les modalités d'intervention médico-sociales, dans le secteur des personnes âgées comme dans celui des personnes handicapées, sont très diversifiées. Elles impliquent des suivis au long cours et des compétences à coordonner, dans une logique « parcours et filières ».

La FHF promeut ainsi le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social, au service d'établissements qui concourent à un même objectif de qualité de prise en charge globale de la santé. Il s'agit d'encourager la stratégie de groupe appliquée au champ médico-social, afin de coopérer avec les hôpitaux, en tant que membres associés dans les CHT, et de manière générale, travailler ensemble pour créer des places d'hébergement répondant aux besoins des français.

En ce sens, le secteur médico-social est à la croisée des chemins des futurs schémas régionaux. Les agences régionales de santé devront donc être structurées de manière à prendre en compte ces spécificités dans le parcours du patient et à organiser des sous-commissions chargées de construire le programme régional de santé autour des filières de soin. Dans cette approche globale, il conviendra cependant de veiller à la sanctuarisation des financements médico-sociaux, indispensables au renforcement de la politique d'amélioration continue de la qualité dans les établissements.

5. Organiser une régulation territoriale de l'offre de soins adaptée aux besoins de santé dans les territoires

L'approche territoriale de la santé, pour être vraiment innovante et transversale, devra être pilotée par des agences régionales de santé solides, attentives à privilégier une forte articulation

entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social et la médecine de ville autour des enjeux concrets de l'accès aux soins.

Plus particulièrement, les ARS auront pour mission de fortement encourager et soutenir les coopérations et rapprochements d'établissements, fondés sur un projet médical de territoire susceptible d'apporter les meilleures réponses aux besoins de la population.

De même, les ARS devront être plus spécifiquement en charge de la régulation et de l'évaluation de l'organisation des transports sanitaires, au cœur de la prise en charge des patients entre établissements et entre la ville et l'hôpital, au sein des territoires de santé.

A terme, il conviendra donc de veiller à ce que les ARS disposent réellement des moyens d'agir dans le cadre de leurs missions (implication dans la négociation conventionnelle de la médecine de ville, possibilité d'avoir une politique tarifaire modulable au plan régional,...) et s'organisent de manière compatible avec leurs missions, en évitant toute structuration lourde et bureaucratique.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont au cœur de la réforme : pour la réaliser, il faudra disposer de tous les leviers d'action pour évoluer et se réorganiser. C'est dans cette perspective que la FHF propose de nouveaux amendements aux sénateurs, pour créer les conditions d'un changement choisi, et non pas subi, au bénéfice des établissements et de leurs patients.

AMENDEMENTS RELATIFS AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

AMENDEMENT I

Article I : amendement relatif aux missions de Service Public Hospitalier

Au IV de l'article 1, l'article L 6112-1 est modifié comme suit : les mots « - Les établissements de santé peuvent être appelés à mener ou à participer à une ou plusieurs des missions de service public suivantes » : » sont remplacés par les mots « - **Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif sont appelés prioritairement à mener ou à participer à une ou plusieurs des missions de service public suivantes : [...]** »

Au IV de l'article 1, l'article L 6112-2 est modifié comme suit : « - Les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 peuvent être assurées, en tout ou partie, en fonction des besoins de la population appréciés dans le schéma régional d'organisation des soins.

« 1° Par les établissements de santé ;

« 2° Par les groupements de coopération sanitaire ;

« 3° Par l'Institution nationale des Invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

« 4° Par le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil des ministres ;

« 5° Par les autres titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ;

« 6° Par les praticiens exerçant dans les établissements ou structures énumérés aux 1° à 5°.

« Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de **santé par un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif**, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 6° qui en sont chargées, après analyse :

Des besoins et des flux de la population ;

De l'organisation de l'offre de soins existante ;

Des ressources humaines médicales et soignantes disponibles ;

Des caractéristiques géographiques du territoire. »

Exposé des motifs

Le projet de Loi prévoit que le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement privé commercial à assurer des missions de service public. Il convient de préciser les conditions dans lesquelles ces missions sont assurées, en se fondant sur le constat d'une carence de service public hospitalier, dans le cas où l'hôpital public ou l'établissement de santé privé d'intérêt collectif ne peut l'assurer pour des raisons locales, en particulier au regard de la démographie médicale.

Il est donc proposé de préciser les conditions dans lesquelles les missions de service public peuvent être exercées par les établissements de santé.

AMENDEMENT 2

Article 1 : amendement relatif aux obligations des établissements assurant des missions de Service Public Hospitalier

Il est proposé un amendement à l'article 1^{er} du projet de Loi HPST qui consiste à apporter les précisions suivantes aux articles L 611-3-1 et L 6161-5 du code de la santé publique et L 162-20 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 6112-3-1. – Les obligations à l'égard des patients prévues aux 1^o et 2^o de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements publics de santé **et aux établissements de santé privés d'intérêt collectif** pour l'ensemble de leurs missions.

« Les établissements publics de santé **et les établissements de santé privés d'intérêt collectif** appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sans préjudice des dispositions des articles L. 6146-2 et L. 6154-1 du présent code. »

En conséquence, l'article L 6161-5 est rédigé de la manière suivante :

« Art. L. 6161-5. – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif :
[...]

~~« Les obligations à l'égard des patients prévues aux 1^o et 2^o de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions.~~

~~« Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sans préjudice des articles L. 6146-2 et L. 6154-1 du présent code. ».~~

L'article L 162-20 du code de la sécurité sociale est modifié de la manière suivante :

IX. – L'article L. 162-20 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-20. – Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé **et les établissements de santé privés d'intérêt collectif** aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente. »

Exposé des motifs

Dans l'article L 6161-5 du code de la santé publique, les établissements de santé privés d'intérêt collectifs (ESPIC) qualifient les structures privées à but non lucratif exerçant des missions de service public. Il apparaît dans cet article (ainsi que dans l'article L 162-20 du code de la sécurité sociale) que les ESPIC sont soumis aux mêmes obligations à l'égard des patients et appliquent les mêmes tarifs que les établissements publics de santé.

Il est donc proposé un amendement rédactionnel visant à préciser, dans le même article du code de la santé publique (L 6112-3-1), que les obligations de service public et les tarifs correspondants s'appliquent aux établissements publics de santé et aux ESPIC.

AMENDEMENT 3

Article 1 : amendement relatif aux catégories d'établissements assurant des missions de Service Public Hospitalier

Il est proposé un amendement à l'article 1^{er} du projet de Loi.
L'article L. 6112-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6112-2 – « Les missions du service public hospitalier peuvent être assurées, en tout ou partie :

- « 1° Par les établissements de santé ;
- « 2° Par les communautés hospitalières de territoires ;
- « 3° Par les groupements de coopération sanitaire ;
- « 4° Par l'Institution nationale des Invalides pour ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- « 5° Par le service de santé des armées ;
- « 6° Par les praticiens exerçant dans les organismes énumérés aux 1° à 4° ;
- « 7° Par les titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ainsi que les praticiens exerçant dans des structures autorisées pour l'installation d'équipement matériel lourd.

Exposé des motifs

Même si l'article L 6141-2 précise que les communautés hospitalières de territoire sont des établissements de santé, tout comme les centres hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire de droit public exerçant des activités de soins soumises à autorisation, et dans un souci d'exhaustivité, il convient d'ajouter les communautés hospitalières de territoire à la liste des établissements susceptibles d'exercer des missions de service public.

AMENDEMENT 4

Article I : amendement relatif aux établissements de santé privés d'intérêt collectif

Il est proposé d'ajouter un 3° à l'article L. 6161-5 du code de la santé publique.

« Art. L. 6161-5. – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif :

- « 1° Les centres de lutte contre le cancer ;
- « 2° Jusqu'à la signature de leur prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration à l'agence régionale de santé.
- « **3° Les groupements de coopération sanitaire de droit privé.**

Exposé des motifs

Les groupements de coopération sanitaire (GCS), établissements de santé, relèvent du droit privé lorsqu'ils rassemblent des établissements privés ou des établissements publics et privés, qui en font le choix par convention constitutive.

Le projet de loi prévoit par ailleurs que ces groupements de coopération sanitaire poursuivent un but non lucratif.

De surcroît, les établissements de santé privés sans but lucratif qui en font la demande sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Il est donc proposé de préciser que ces GCS sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

AMENDEMENT 5

Article additionnel à l'article 3 : amendement permettant l'introduction d'une disposition protégeant le service public hospitalier en cas de démission de praticiens hospitaliers

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 3 du projet de Loi.
Il est inséré, dans le Code de la Santé Publique, un article L.6152-7 ainsi rédigé :

« Dans un délai de 2 ans suivant leur démission, il est interdit aux praticiens hospitaliers à titre permanent d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont il sont démissionnaires. Les modalités d'application de cet article sont fixées par voie réglementaire ».

Exposé des motifs

Le code de déontologie médicale admet une restriction au principe de liberté d'installation des médecins, afin de les protéger de la concurrence déloyale que pourrait leur faire un confrère. C'est ainsi que l'article 86 du code de déontologie médicale (codifié R4127-86 dans le code de la santé publique) précise qu'un médecin, ou un étudiant, qui a remplacé un de ses confrères pendant une période de trois mois ne peut entrer en concurrence directe avec ce médecin pendant une période de deux ans.

Toutefois, aucune protection de ce type n'existe pour le service public hospitalier. Pourtant, celui-ci subit pleinement une forme de concurrence directe qu'exercent certains établissements de santé privés. En effet, dans un contexte de pénurie médicale, ceux-ci sollicitent les praticiens hospitaliers en leur proposant des rémunérations beaucoup plus élevées qu'à l'hôpital. La démission d'un praticien hospitalier a pour effet « d'amputer » les hôpitaux d'une partie de leur activité sans qu'ils puissent, le plus souvent, recruter un autre praticien dans un délai rapide, tout en étant obligés de continuer à rémunérer l'ensemble des personnels qui étaient dévolus à cette activité. Le préjudice subi, tant en termes d'offre de soins, que d'un point de vue financier (T2A), est très important.

Ces situations de démission de praticiens hospitaliers au profit de structures concurrentes sont d'autant plus problématiques que les établissements privés qui les recrutent sont, eux, protégés par des clauses de non-concurrence.

Le présent article a donc pour objet d'étendre au service public hospitalier la protection prévue à l'article 86 du code de déontologie médicale.

AMENDEMENTS RELATIFS A LA GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

AMENDEMENT 6

Article 4 : amendement relatif aux établissements publics de santé

Il est proposé un amendement à l'article 3 du projet de Loi qui consiste à rajouter les dispositions suivantes à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique.

« Article 4

- L'article L. 6141-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L6141-1. – *Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial.* Le ressort des établissements publics de santé est communal, intercommunal, départemental, interdépartemental, régional interrégional ou national. »

Exposé des motifs

Les établissements publics de santé exercent leurs missions dans le cadre d'une approche territoriale dont le ressort est déterminé par voie réglementaire.

Il convient de préciser leur statut dans le chapitre « statut et gouvernance » du projet de loi HPST, en rappelant le principe d'autonomie de ces établissements, ainsi que leur objet principal, qui relève d'une logique de service public, et non pas industrielle ou commerciale.

AMENDEMENT 7

Article 6 : amendement concernant la distinction entre les compétences du directeur d'établissement et celle du président du directoire

Il est proposé un amendement à l'article 6 du projet de loi qui consiste à opérer une distinction claire entre les compétences du directeur de l'établissement et celles du président du directoire, et qui se traduit par les modifications suivantes.

I - L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6143-7. - Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

« Le **directeur de l'établissement** est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 14° ci-après et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il prépare les travaux du conseil de surveillance et y assiste. Il exécute ses délibérations.

« Il dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il nomme dans leur emploi les directeurs adjoints et les directeurs des soins de l'établissement. Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.

« Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel.

« Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans les conditions déterminées par décret.

« Après consultation des autres membres du directoire, le directeur :

[...]

« Art. L. 6143-7-4. - Le directoire est composé par des membres du personnel de l'établissement, dans la limite de cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires, dont son président et son vice-président. Les autres membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique. Il peut être mis fin à leurs fonctions par le président du directoire, après information du conseil de surveillance et avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

En cas d'empêchement temporaire du directeur, président du directoire, la présidence du directoire est assurée par le vice-président du directoire, et la direction est assurée par un directeur adjoint désigné par le directeur de l'autorité compétente.

[...]

V. - L'article L. 6143-4 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6143-4. - Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées à l'article L. 6143-1 et les actes du directeur mentionnés à l'article L. 6143-7 sont exécutoires dans les conditions fixées au présent article :

« 1° Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5° et 6° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent, soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas. Les délibérations mentionnées au 3° du même article sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« 2° Les décisions du **directeur** mentionnées aux 1° à 9° et 11° à 14° de l'article L. 6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions mentionnées aux 1° et 5° du même article. »

Exposé des motifs

La clarification du rôle et des compétences des instances et acteurs de l'hôpital est un point clé du projet de loi HPST.

Dans l'objectif de lever toute ambiguïté juridique, il est proposé de distinguer clairement les compétences confiées par les pouvoirs publics au directeur d'établissement en sa qualité de représentant légal de l'institution, de celles confiées au président du directoire et qui peuvent être assurées, en cas d'empêchement temporaire du directeur, par le vice-président du directoire qui, lui, est un élu.

AMENDEMENT 8

Article 6 : amendement concernant les plans de redressement dans les établissements publics de santé

Il est proposé un amendement à l'article 6 du projet de Loi Hôpital, Patients, Santé, territoire qui consiste à supprimer le 1°) de l'article 6143-3 du code de la santé publique.

Le 1° de l'article L. 6143-3 est supprimé.

Exposé des motifs

Il est précisé dans le projet de Loi que le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, lorsque celui-ci connaît une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

L'existence de critères identifiés permet en effet de préciser la notion de « déséquilibre financier » justifiant un plan de redressement, de manière uniforme au niveau national. Ces critères créent les conditions d'une décision motivée du directeur général de l'ARS, opposable pour les établissements de santé.

Il est par ailleurs indiqué que le Directeur général de l'ARS peut demander un plan de redressement « lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ».

Il ne paraît pas pertinent de considérer que l'ARS peut réellement apprécier avec équité et objectivité la situation financière d'un hôpital justifiant un plan de redressement, en l'absence de tout référentiel en la matière, ce qui est susceptible de générer des recours hiérarchiques et contentieux.

Il est donc proposé de supprimer cette seconde disposition, sans que cela ne compromette les leviers d'action du Directeur général de l'ARS en matière de plan de redressement.

AMENDEMENT 9

Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé

Il est proposé un amendement portant sur les attributions du directeur, en tant que président du directoire. Il s'agit d'aménager le principe de séparation des ordonnateurs et des comptables pour les établissements publics de santé, en ajoutant les dispositions suivantes à l'article L. 6143-7 du Code de la Santé publique.

« Le Président du directoire est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. **Il a autorité sur le comptable public, dans le respect de ses attributions.** »

Exposé des motifs

L'un des objectifs du rapport de la Commission du Sénateur LARCHER était de simplifier le fonctionnement de l'hôpital public, afin de lui permettre d'être plus efficient et de bénéficier des mêmes souplesses de gestion que les établissements privés, dans un contexte de convergence d'application de la tarification à l'activité.

Il convient de rappeler que le principe initialement retenu dans la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2009 était le contrôle a posteriori au titre de la certification des comptes par un commissaire aux comptes. Cela suppose un rapprochement des fonctions d'ordonnateur et de comptable au sein de l'établissement : dans le respect de ses missions, le comptable est positionné en conseiller financier du directeur au sein de l'équipe de direction.

A défaut, la certification apparaît comme un niveau de complexité supplémentaire, sans réelle valeur ajoutée en termes d'efficience.

De manière générale, cette disposition constituerait une incitation pour les coopérations hospitalières, si elle concernait les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération sanitaire publics.

Il est donc proposé que les établissements publics de santé, et notamment les établissements issus de regroupements hospitaliers, puissent bénéficier d'aménagement concernant la séparation des ordonnateurs et des comptables.

Dans l'hypothèse où cet article serait renvoyé à un décret pour motif juridique, il est important que le gouvernement s'engage sur le dispositif proposé ici.

**AMENDEMENTS RELATIFS
A L'ASSOUPLISSEMENT DES REGLES DE GESTION
DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

AMENDEMENT 10

Article 10 : amendement relatif aux professionnels médicaux recrutés sur contrat

Il est proposé un amendement à l'article 10 du projet de loi HPST portant ajout d'alinéas. Cet amendement concerne les modalités de recrutement et de rémunération sur contrat du personnel médical

Le CHAPITRE II (titre V – livre Ier, VIème partie) PRATICIENS HOSPITALIERS devient : PRATICIENS HOSPITALIERS – PRATICIENS CONTRACTUELS – CLINICIENS HOSPITALIERS

– L'article L. 6152-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 3° devient le 4°;

2° Le 3° est ainsi rétabli :

« 3° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus ».

II. – L'article L. 6152-3 du même code est ainsi rétabli :

« Art. L. 6152-3. – Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 peuvent être détachés sur un contrat mentionné au 3°. Les médecins bénéficiant d'un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 sont dénommés cliniciens hospitaliers.

A° « La rémunération contractuelle des **cliniciens hospitaliers** comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

« Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien (cliniciens hospitaliers) qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par un contrat mentionné au 3° de l'article L. 6152-1 est fixé par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1.

B° La rémunération contractuelle des **médecins, odontologistes, pharmaciens** mentionnés au 2° de l'article L 6152 – 1 du code de la santé publique est fixée dans la limite de la rémunération servie aux **médecins, odontologistes et pharmaciens** mentionnés au 1° du L 6152-1.

« Le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière **assure le suivi de la gestion des praticiens mentionnés au 1° de l'article L 6152-1 du code de la santé publique détachés sur un contrat mentionné au 3ème de l'article L6152- 1.**

Exposé des motifs

A la veille de la création de communautés hospitalières de territoires, les établissements hospitaliers ont à faire face à des pénuries importantes de personnel médical.

Les dispositions de l'article 10 du projet de Loi ont vocation à renforcer l'attractivité de certains emplois médicaux en ouvrant la possibilité de recruter des cliniciens hospitaliers contractuels. Il s'agit de passer contrat avec un professionnel médical, en instaurant une part variable de rémunération fondée sur la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Il est important que les praticiens statutaires qui souhaitent s'investir sur ces postes puissent y avoir accès par la voie du détachement. Les praticiens hospitaliers à temps plein et praticiens des hôpitaux à temps partiel en détachement devront continuer à être gérés par le Centre National de Gestion.

Par ailleurs, il existe d'ores et déjà la possibilité de recruter des praticiens hospitaliers contractuels. La réglementation actuelle limite la rémunération de ces praticiens hospitaliers contractuels au 4^{ème} échelon plus 10% de la grille des praticiens hospitaliers. Cette réglementation est aujourd'hui inadaptée. En effet, dans un contexte de pénurie médicale, les directeurs d'établissement se voient régulièrement confrontés à la nécessité d'enfreindre cette réglementation pour recruter les effectifs médicaux nécessaire à assurer la continuité du service public hospitalier. C'est ainsi que plusieurs directeurs d'établissements ont été traduits ou sont menacés de l'être devant la cour de discipline budgétaire et financière alors même qu'ils ne font qu'accomplir leur mission de service public.

Cette inadaptation de la réglementation est du reste parfaitement connue des pouvoirs publics et dénoncée par la Cour des Comptes elle-même.

Le présent amendement a donc pour objet :

-d'assurer le suivi de la gestion des praticiens statutaires en détachement sur un poste de clinicien hospitalier par le Centre National de Gestion.

-d'élargie les possibilités de rémunérations des praticiens contractuels mentionnés au 2° de l'article L6152-I du CSP en en les limitant plus au 4^{ème} échelon plus 10%

AMENDEMENT I I

Article additionnel à l'article I I relatif à l'assouplissement des règles de gestion des établissements publics de santé.

Il est proposé un amendement portant un article additionnel à l'article I I du projet de Loi. Il concerne la simplification du régime de soumission des établissements publics de santé au code des marchés publics et apporte les modifications suivantes concernant les articles L6141-7 et L 6145-16 du code de la santé publique.

Dans l'article L. 6141-7 du code de la santé publique, il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Pour leurs passations de marchés, les centres hospitaliers universitaires, les communautés hospitalières de territoires et les groupements de coopération sanitaire de droit public sont soumis aux dispositions relatives aux pouvoirs adjudicateurs instituées par l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics. ».

Exposé des motifs

L'un des objectifs du rapport de la Commission du Sénateur LARCHER était de simplifier le fonctionnement de l'hôpital public, afin de lui permettre d'être plus efficient et de bénéficier des mêmes souplesses de gestion que les établissements privés, dans un contexte de convergence d'application de la tarification à l'activité.

Les établissements publics de santé doivent ainsi pouvoir s'inscrire dans le cadre des directives européennes concernant la passation des marchés publics, afin de réduire les délais et de simplifier les modalités de passation des marchés publics. En outre, cette disposition constituerait une incitation pour les coopérations hospitalières, si elle concernait les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération sanitaire.

Il est donc proposé que les établissements publics de santé les plus importants, ainsi que ceux qui se sont engagés dans une démarche de regroupement, puissent bénéficier de dispositions plus souples dans le cadre de leur politique d'achat, allant au delà des aménagements issus du décret du 19 décembre 2008, et leur permettant notamment d'assouplir les modalités de publicité auxquelles ils sont soumis. Cette disposition serait source d'économie pour ces structures.

Dans l'hypothèse où cet article serait renvoyé à un décret pour motif juridique, il est important que le gouvernement s'engage sur le dispositif proposé ici.

AMENDEMENT 12

Article additionnel à l'article 11 : amendement relatif à l'intéressement des personnels

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 11 du projet de loi.
Il est inséré un article L 6145-18 au code de la santé publique.

« Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement, après avis du Directoire, du Comité Technique d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le montant global des primes d'intéressement distribuées aux bénéficiaires ne peut dépasser 10 % du montant annuel brut du salaire de chaque agent.

Exposé des motifs

Les établissements publics de santé ne disposent pas actuellement de dispositifs d'intéressement financier des personnels, les encourageant à développer l'efficacité dans la prise en charge, ni à valoriser les initiatives individuelles ou collectives permettant une certaine réactivité dans l'évolution des organisations.

En outre, la création des communautés hospitalières de territoire serait facilitée par des dispositions incitatives suscitant la mobilisation des personnels des établissements adhérents.

Il est donc proposé de permettre aux établissements de pratiquer une politique d'intéressement des personnels, afin que ces derniers soient mobilisés autour des enjeux d'efficacité et de retour à l'équilibre économique dans le cadre de leurs activités, et, le cas échéant, de réorganisations et de coopérations inter hospitalières.

AMENDEMENTS RELATIFS AUX COOPERATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE

AMENDEMENT 13

Article 12 : amendement relatif aux communautés hospitalières de territoire

Il est proposé un amendement à l'article 12 du projet de Loi concernant le rôle du représentant de l'Etat dans la Région.

Il est demandé la modification suivante à l'article L. 6132-2 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 6132-2. - Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes, ~~après avis des représentants de l'Etat dans les régions concernées,~~ approuvent, soit à l'initiative des établissements publics de santé, soit dans les conditions prévues aux articles L. 6131-1 à L. 6131-3, la convention constitutive mentionnée à l'article L. 6132-3. Cette approbation entraîne constitution de la communauté hospitalière de territoire et désignation de l'établissement siège. »

Exposé des motifs

Conditionner la création d'une CHT à l'avis du Préfet de région est un frein potentiel à la réorganisation hospitalière.

Il est donc proposé de ne pas retenir cet avis, sachant que le représentant de l'Etat en région émet un avis sur le plan régional stratégique de santé dans le cadre de ses fonctions de président du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

AMENDEMENT RELATIF AUX PROFESSIONS PARAMEDICALES

AMENDEMENT 14

Article 15 bis : amendement relatif aux conditions d'exercice en établissement sanitaire ou médico-social des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes, préalablement à leur installation libérale

Il est créé un article 15 bis au projet de loi HPST.

- Concernant les masseurs-kinésithérapeutes :

Le 3° de l'article L 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« ... ainsi que celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social ».

Concernant les orthophonistes :

Le 1° de l'article L162-9 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

«... ainsi que pour les orthophonistes, la durée minimum d'expérience professionnelle acquise au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social ».

Exposé des motifs

Alors que les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux contribuent pour une large part à leur formation, une grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes s'orientent dès leur diplôme obtenu vers un exercice à titre libéral.

Cette situation ajoutée à celle d'un numerus clausus faible met en grande difficulté de nombreux établissements. Dans certains territoires, la situation apparaît aujourd'hui particulièrement alarmante et provoque des effets cumulatifs. Le surcroît de travail lié au manque de personnels de rééducation conduit au découragement et au départ des salariés présents.

Aussi, il est proposé de transposer concernant l'exercice libéral des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes, le dispositif mis en œuvre pour les infirmières qui prévoit une durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé avant toute installation.

AMENDEMENT RELATIF A LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES TERRITOIRES

AMENDEMENT 15

Article 16 : amendement relatif à la permanence des soins

Il est proposé un amendement à l'article 16 du projet de Loi relatif à la participation des professionnels libéraux à la permanence des soins.

Il est inséré la disposition suivante à l'article L 6314-I du Code de la Santé Publique.

« L'article L. 6314-I du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6314-I.* - La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-I du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5, **de manière obligatoire si la continuité du service public l'exige, sous peine de déconventionnement.**

Exposé des motifs

La continuité du service public en matière de permanence des soins relève des agences régionales de santé. Il convient qu'elle soit assurée de manière prioritaire par les établissements publics de santé, mais également par les médecins libéraux, lorsque l'offre de soins du territoire de santé l'exige, notamment dans des disciplines comme l'ophtalmologie ou la radiologie.

Il est donc proposé de rendre obligatoire, dans certaines situations, la participation à la permanence des soins pour les professionnels libéraux.

**AMENDEMENT RELATIF A LA PARTICIPATION DES
FEDERATIONS REPRESENTANT LES ETABLISSEMENTS AUX
NEGOCIATIONS CONVENTIONNELLES**

AMENDEMENT 16

Article 17 : amendement sur la consultation des fédérations hospitalières publiques et privées représentatives sur les dispositions conventionnelles qui concernent leur activité

A l'article 17, il est inséré un IV :

Le neuvième alinéa de l'article L 162-15 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

Après les mots « pour avis à l'union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire », sont ajoutés les mots « **et aux fédérations hospitalières publiques ou privées représentatives** ».

Exposé des motifs

Il est important que les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives pour le pilotage et la gestion des établissements de santé, puissent faire l'objet d'un avis préalable des fédérations hospitalières publiques et privées, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du Ministre chargé de la sécurité sociale.

AMENDEMENT RELATIF A LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

AMENDEMENT 17

Article 19 : amendement concernant la formation médicale continue

Il est proposé d'ajouter un III à l'article 19 du projet de Loi relatif à la formation médicale continue « institutionnelle ».

« III. Il est inséré un troisième alinéa à l'article L 6155-4 du code de la santé publique.

« Il est institué dans les établissements publics de santé une contribution destinée au financement de la formation continue institutionnelle et managériale des praticiens énumérés à l'article L 6152-1 du code de la santé publique. Le taux de la contribution ne peut excéder 0.10% de la masse salariale brute hors charge des praticiens énumérés à l'article L.6152-1 du code de la santé publique. La gestion et la mutualisation de cette contribution est confiée à un organisme paritaire collecteur agréé par l'Etat. »

Exposé des motifs

Parmi les propositions du rapport du Sénateur Larcher figurent le renforcement et le pilotage de la formation médicale continue hospitalière.

Par ailleurs, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire insiste sur le rôle des chefs de pôle dans la mise en œuvre de la politique de l'établissement. Il est donc indispensable de donner les moyens et les outils aux établissements d'assurer une formation médicale sur le plan institutionnel et managérial, au bénéfice de leurs praticiens.

Pour y parvenir, il est notamment préconisé d'augmenter les financements publics de la formation médicale et de confier leur gestion à un organisme paritaire agréé.

Il est donc proposé d'instaurer une cotisation obligatoire auprès des établissements, afin de financer la formation médicale continue et d'en confier la mutualisation et la gestion à un organisme paritaire agréé par l'Etat.

Dans l'hypothèse où cet article serait renvoyé à un décret pour motif juridique, il est important que le gouvernement s'engage sur le dispositif proposé ici.

AMENDEMENTS RELATIFS A L'ORGANISATION REGIONALE DE LA SANTE

AMENDEMENT 18

Article 26 : amendement concernant l'organisation régionale du transport sanitaire

Il est proposé un amendement à l'article 26 du projet de Loi Hôpital, Patients, Santé, territoire qui consiste à préciser l'organisation des transports sanitaires dans les territoires sous l'égide des ARS.

« Titre 3 : Agences régionales de santé,

Chapitre I : Missions des agences régionales de santé

Art. L.1431-2 : L'agence régionale de santé est chargée :

Dans le 2°, ajouter un alinéa :

« Avec le concours des collectivités territoriales compétentes, elle s'assure que l'organisation des transports sanitaires permette un accès aux soins à toutes heures et en tout lieu ».

Exposé des motifs

La prise en charge coordonnée des patients nécessite de plus en plus souvent la mobilisation de moyens de transport adaptés à leur état de santé et de dépendance. Dans une logique de gradation de l'offre de soins et de réorganisation des plateaux techniques, de coopération entre établissements de santé, ces transports deviennent un élément critique pour la réalisation des SROS.

La recomposition territoriale qui va découler des dispositions du projet de loi nécessite de renforcer la dynamique de coordination entre les différents acteurs des transports sanitaires que sont notamment les SAMU, les SDIS et les transporteurs sanitaires privés. Ces acteurs, le département pour les SDIS et la garde ambulancière, la région et les territoires de santé pour les établissements, interviennent sur des territoires différents, ce qui justifie une collaboration élaborée, pilotée et évaluée au niveau régionale.

L'objet de cet amendement est de confier explicitement à l'ARS la mission d'organiser, au même titre que l'offre de soins, les transports sanitaires qui contribuent à l'accès aux soins, aux parcours de soins des patients et de réaliser une évaluation annuelle de cette organisation.

AMENDEMENT 19

Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins

Il est proposé un amendement à l'article 26 qui consiste à préciser l'article L. 1432-4 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 1432-4. - La conférence régionale de santé est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges, dont un collège représentant les établissements de santé, qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

Exposé des motifs

La conférence régionale de santé constitue l'instance démocratique qui associe les acteurs régionaux à l'élaboration de la politique régionale de santé. Il est prévu qu'elle soit constituée en collèges.

Il est proposé que l'un des collèges représente les établissements de santé, en tant qu'acteurs majeurs de la politique régionale de santé.

Dans l'hypothèse où cet article serait renvoyé à un décret pour motif juridique, il est important que le gouvernement s'engage sur le dispositif proposé ici.

AMENDEMENT 20

Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins

Il est proposé un amendement à l'article 26 qui consiste à rajouter les dispositions suivantes à l'article L. 1434-2 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 1434-2. - L'agence régionale de santé est chargée :
« 1° De définir et de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique mentionnée à l'article L. 1411-1 ; à ce titre, notamment :
« a) Elle organise la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'évènements sanitaires **indésirables**.

Exposé des motifs

Il est proposé de préciser que la notion de signalement correspond à des événements indésirables susceptibles de survenir en région, en lien avec l'article 2 du projet de Loi qui présente les missions des établissements de santé au titre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la gestion des risques.

AMENDEMENT 21

Article 26 : amendement concernant les agences régionales de santé

Il est proposé un amendement à l'article 26 qui consiste à supprimer les dispositions suivantes à l'article L. 1434-3 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 1432-3. - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé ~~est présidé par le représentant de l'Etat dans la région.~~ Il est composé de représentants de l'Etat, de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance-maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de représentants des collectivités territoriales, de personnalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers élus ou désignés, selon des modalités définies par décret.

Exposé des motifs

Le président du conseil de surveillance des établissements de santé élit son président parmi ses membres. Il est souhaitable qu'il existe un parallélisme des formes avec la nomination à la présidence du conseil de surveillance des ARS.

Par ailleurs, le représentant de l'Etat dans la région est très souvent, de fait, président du conseil d'administration de certains établissements de santé, les centres de lutte contre le cancer, ce qui paraît incompatible avec la présidence du conseil de surveillance de l'ARS.



Fédération hospitalière de France
1 bis, rue Cabanis
75014 Paris

01 44 06 84 44
fhf@fhf.fr
www.fhf.fr
www.hopital.fr