

Quelles conséquences aura la réforme des réseaux hospitaliers?

**JENS MOSSELMANS
ET LIA CHAMPOEVA**
Avocats – NautaDutilh

La réforme du paysage hospitalier continue avec le projet de loi organisant les réseaux hospitaliers, adopté le 14 février 2019. Le projet vise à enfin mettre en place un cadre légal autour de la pratique d'affiliation des hôpitaux à un réseau commun. Ce qui se faisait depuis plusieurs années dans une liberté relative sera désormais soumis à des règles claires (sic) et contraignantes. Le législateur a-t-il cependant réfléchi à toutes les conséquences de ce nouveau cadre légal?

Objectifs poursuivis

La loi oblige les hôpitaux à collaborer au sein de réseaux pour parvenir à une meilleure coordination des soins et à une optimisation des moyens engagés, qu'il s'agisse de l'expertise, de l'appareillage ou de l'infrastructure. La collaboration se fera par le biais de réseaux locorégionaux et d'accords suprarégionaux. Les réseaux locorégionaux sont le nouveau centre de gravité du système hospitalier. Les hôpitaux seront obligés de s'organiser en 25 réseaux garantissant les soins hospitaliers locorégionaux, à savoir les soins qui, pour des raisons de coût et d'urgence, doivent être proposés à proximité du domicile du patient.

Les soins suprarégionaux sont, quant à eux, proposés dans un nombre limité d'hôpitaux (pour des raisons liées au coût des infrastructures, à l'expertise spécialisée,...), appelés des «points de référence» et les réseaux devront conclure un accord de collaboration avec eux.

Gouvernance, liberté et marchés publics

La loi introduit un nouveau concept

clé: la gouvernance. Chaque réseau locorégional aura sa propre personnalité juridique et disposera d'un organe de gestion propre. Attention, il ne s'agit pas d'une fusion – les hôpitaux garderont leur personnalité juridique et resteront responsables des compétences non attribuées au réseau.

Quelle sera cependant réellement la marge de manœuvre laissée aux hôpitaux faisant partie d'un réseau?

La pratique des réseaux hospitaliers s'est initialement développée

en raison de l'intérêt porté sur l'achat conjoint de biens et de services, qui présente des avantages économiques et pratiques évidents. Les hôpitaux voulaient donc s'organiser autour d'une centrale d'achat.

Les nouveaux réseaux vont certainement remplir le rôle d'une centrale d'achat, sauf que, à la différence des centrales d'achat pratiquées jusqu'à maintenant, l'adhésion sera désormais forcée. Le choix et le nombre d'adhérents ne pourront pas non plus être discutés.

Qui dit centralisation de commandes larges, dit standardisation des achats. Les hôpitaux risquent de se retrouver avec de biens commandés par un organe de gestion supérieur qui ne pourra pas tenir compte des besoins personnalisés des différents hôpitaux.

Liberté thérapeutique

Avec la soumission du secteur hospitalier aux marchés publics, les praticiens de soins de santé se sont interrogés sur la comptabilité avec la liberté thérapeutique. Il va sans dire que les biens et services commandés par les réseaux devront passer par un marché. Ce que les praticiens risquent d'apprécier encore moins est quand le choix de ces biens et ser-

vices sera fait à un échelon de gouvernance supérieur. La prise de décision sur des médicaments ou outils utilisés au quotidien par les praticiens risque potentiellement de s'éloigner des nécessités concrètes du terrain... ou tel pourrait être le ressenti.

Le secteur pharmaceutique devra repenser ses relations avec les hôpitaux.

Le secteur pharmaceutique devra, lui, repenser ses relations avec les hôpitaux. Au lieu de faire le «tour des hôpitaux» et contacter les chargés d'achats (pharmacien en chef, directeurs,...), les représentants des sociétés pharmaceutiques devront plutôt s'entretenir avec l'organe de gestion du réseau.

La force d'achat des réseaux sera manifestement beaucoup plus importante que celle des centrales actuelles. Les sociétés pharmaceutiques devront faire attention au risque accru de rupture de stock. C'est le moment de pointer que les commandes larges risquent d'exclure les PME de certains marchés en raison de leur incapacité à fournir des quantités suffisantes.

Par ailleurs, le législateur devra probablement adapter les règles des marchés publics concernant la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux: actuellement, les quantités indiquées dans les marchés sont des «quantités présumées renseignées à titre indicatif». Ce régime des quantités présumées, qui s'avère déjà problématique, risque de devenir impraticable et appelle à une réforme pour faire face aux nouvelles structures pharaoniques.