

## Achat hospitalier : la nouvelle donne

### A propos de l'auteur

M. Jean-Marc Binot

 Voir les articles de cet auteur

**A l'occasion des 5èmes journées de l'achat hospitalier, le ministère de la Santé a présenté la petite révolution qui s'amorcera en 2016 : regroupement des équipes et création de directions des achats à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire (GHT), et recours recommandé à des opérateurs régionaux ou nationaux en fonction de la spécificité des besoins et de l'état de l'offre.**

« La fonction achat va vivre une nouvelle mutation », a annoncé Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins (DGOS), le 8 décembre devant la profession rassemblée à Montrouge à l'occasion des 5èmes journées de l'achat hospitalier. C'est le moins que l'on puisse dire. En 2016, il faudra digérer la nouvelle réglementation, la refonte territoriale, et la nouvelle stratégie définie par le ministère de la Santé dans le cadre du projet de loi Touraine qui porte sur les fonds baptismaux les groupements hospitaliers de territoire (GHT) dont l'une des tâches sera, à partir de juillet prochain, de définir une politique d'achats commune aux établissements adhérents. L'objectif est clair, il faut se donner les moyens d'atteindre les objectifs de gains prévus par le programme Phare d'ici 2017, c'est-à-dire un milliard d'euros. Bien que la loi ne soit pas encore été votée (elle est débattue au Sénat en deuxième lecture à partir du 14 décembre), les deux piliers de la réforme, décrits dans le projet de décret d'application, sont connus. Primo, la fonction achats sera bien mutualisée à l'échelle du GHT et son champ de compétences sera complet, dispositifs médicaux, médicaments et travaux compris, sans oublier l'approvisionnement. Même s'ils restent fonctionnellement rattachés à leur site, les acheteurs GHT dépendront hiérarchiquement de la direction des achats commune, elle-même placée directement sous l'autorité du directeur de l'établissement pivot qui deviendra de facto le seul pouvoir adjudicateur. Deuzio, les GHT auront le choix entre trois options pour passer leurs marchés. Soit acheter directement, soit passer par un groupement de commandes régional, ou s'adresser à l'un des trois opérateurs nationaux : l'UGAP, UniHA ou le RESAH. Le recours aux opérateurs sera « recommandé ». Il n'y aura donc pas d'obligation réglementaire. Mais la pression budgétaire sera telle que la marge de manœuvre sera mince. Les acheteurs devront prouver par a+b que la solution de ne pas choisir un opérateur a été plus performante. Pour éviter le capharnaüm, le ministère a réparti les tâches en fonction de l'état de l'offre et des spécificités des besoins.



### Redistribution des rôles

L'articulation sera la suivante. Les opérateurs nationaux précités n'interviendront que pour des segments nationaux. « Il s'agira des cas où il sera possible d'harmoniser les besoins de tous les GHT. Par exemple le papier ou les ordinateurs. Le segment sera national également lorsque les fournisseurs seront capables de répondre à des mises en concurrence de cette ampleur et de fournir sur tout le territoire », nous avait confié, avant la rencontre de Montrouge, Raphaël Ruano, le nouveau patron du programme Phare. Les opérateurs régionaux s'occuperont logiquement des autres familles. Les médicaments ne seront pas forcément tous classés dans le même segment. « Cela reste compliqué de coordonner dans le détail ne serait-ce que tous les CHU. Nous ne voulons pas au final d'un catalogue du type inventaire à la Prévert, avec un effet indolore sur les prix. Il faut réduire le nombre de références. En outre, certains laboratoires établissent des quotas par pays. Pour cette raison et pour d'autres, la discussion est plus facile entre pharmaciens au niveau régional. »

La répartition des segments, fruit d'une concertation, sera connue au cours du premier semestre 2016. Cependant, les frontières de ce partage ne seront pas gravées dans le marbre puisqu'un bilan sera fait annuellement afin de prendre en compte l'évolution du marché fournisseurs et celui

des besoins des établissements. « Il y aura une période de transition. Cela prendra du temps pour faire évoluer les organisations », a prévenu Raphaël Ruano. Côté GHT, il sera nécessaire de se coordonner, de partager l'information, d'harmoniser les pratiques entre établissements. Et il faudra de toute façon attendre la fin des marchés en cours avant de parvenir à la convergence. Les groupements régionaux sont naturellement amenés à diminuer. Aujourd'hui, il en existe 166. « Certains sujets sont redondants, alors que d'autres ne sont pas traités. A terme, on veut aller vers deux à quatre groupements par région, capables de traiter tous les segments régionaux, sans doublons, et de faire une offre de service pour tous leurs GHT. » Enfin, les opérateurs nationaux devront également adapter et élargir leur palette de prestations. La DGOS a demandé à UniHA, jusqu'ici cantonné aux CHU et aux grands hôpitaux, ainsi qu'au RESAH, appelé à monter en puissance, d'améliorer la visibilité de leur offre. « Il faut que cela soit plus clair, plus formalisé sur le dispositif contractuel, les économies potentielles et les gains après notification », résume Raphaël Ruano.

**“ A terme, on veut aller vers deux à quatre groupements par région ”**



## Une fonction plus stratégique

A la fin de son allocution, Jean Debeaupuis a appelé les acheteurs à se mobiliser : « nous avons tous à y gagner et nous avons besoin de vous. » La DGOS, qui n'a pas manqué de valoriser l'immense travail déjà accompli dans les établissements, a d'ailleurs insisté sur les retombées positives de la réforme sur leur métier. La fonction va prendre une nouvelle envergure en devenant plus « stratégique » et par voie de conséquence être mieux reconnue par les structures. La mutualisation permettra le partage de « ressources rares » et d'outils (à l'image des systèmes d'information achats), de dégager du temps pour des missions à plus grande valeur ajoutée, en amont où se trouvent les principaux gisements de gain (définition des stratégies, recherche du juste besoin, de l'innovation, prise en compte du coût complet) et en aval (évaluation des fournisseurs, suivi de l'exécution) Comment a été accueilli le dispositif ? A Montrouge, les acheteurs présents sont restés plutôt stoïques et, à l'exception d'une remarque sur le risque de perte d'expertise dans les établissements, ont peu réagi à la présentation de leur futur cadre de travail. En petit comité, il n'en est pas forcément de même. Lors d'un séminaire qui réunissait une trentaine de professionnels en octobre dernier, la présentation des grandes lignes de la réforme a provoqué un désenchantement et des remontées acides. « Il faut faire attention à ne pas démobiliser les agents. On ne comprend pas quelle carte de France souhaite le ministère de la Santé... », a commenté une acheteuse. Le « rétropédalage » en terme de méthode n'a pas été apprécié. « Soit on laisse les praticiens travailler dans un cadre général, soit on impose et on sort du plan Phare. Vous allez user les professionnels », a commenté un autre praticien. La mutualisation des équipes devrait également générer des frustrations puisqu'il n'y aura qu'un directeur des achats GHT alors qu'il pouvait y avoir auparavant un responsable par établissement. En découvrant le programme qui l'attendait, un acheteur a annoncé qu'il était prêt à quitter ses fonctions, alors même qu'il s'était « investi dans la rédaction d'un plan d'action achats ». Raphaël Ruano devra sortir son bâton de pèlerin...

**“ Nous avons tous à y gagner et nous avons besoin de vous ”**