

## L'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : Et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ?

**Face à des tensions budgétaires et financières de plus en plus fortes, les hôpitaux publics ne peuvent-ils pas trouver, dans la mise en œuvre d'une politique hôtelière efficace, l'opportunité de nouvelles recettes, tout en améliorant la qualité de la prise en charge des patients ?**

**Les réformes de la T2A et de l'EPRD reposent sur une logique de recettes qui ne se limite pas aux produits issus des activités de soins. L'hôpital peut diversifier ses ressources, en s'assurant des financements moins dépendants de l'Assurance Maladie, qui peuvent s'avérer indispensables pour équilibrer leur budget.**

**Philippe Merle,**  
Consultant T2A-  
Finances hospitalières,  
Groupe Montaigne

### Pourquoi se poser la question de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics ?

Les hôpitaux publics ont dû faire face en 2008 à une construction difficile de leur EPRD.

Le premier âge de la T2A et de l'EPRD a contribué à rendre visibles des tensions budgétaires et financières souvent bien antérieures à la réforme et qui ne se résument pas aux « seuls » effets-revenus liés au nouveau système budgétaire et financier. En changeant les règles du jeu, la T2A et l'EPRD ont contraint les gestionnaires, parfois malgré-eux, à un nouveau regard, mettant à jour une réalité jusqu'ici masquée par des artifices comptables. S'ouvre maintenant une période d'acculturation, que les hospitaliers publics doivent mettre à profit pour inventer de nouveaux modes de gestion permettant aux hôpitaux, non de « survivre », mais de s'autoriser une véritable dynamique de développement.

De nombreux hôpitaux connaissent aujourd'hui une situation budgétaire et financière dégradée que la T2A ne suffit pas à expliquer. Les causes du déséquilibre sont souvent plus structurelles. Beaucoup d'établissements subissent des défauts d'organisation et/ou maintiennent des sur-effectifs « historiques », par absence d'ajustement de la masse salariale à une activité en baisse, et/ou sont rattrapés par une politique d'investissement surdimensionnée dont les conséquences en exploitation n'ont pas pu être maîtrisées. D'autant plus que les hôpitaux publics, encouragés, légitimement, par les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », se sont lancés dans des opérations d'investissement ambitieuses, en particulier sur l'immobilier, mais souvent coûteuses, moins en investissement (les aides accordées sont conséquentes) qu'en exploitation, entraînant des dépenses marginales souvent (trop) fortes.

Développer une nouvelle culture de gestion, en cherchant de nouvelles ressources (au sens large) pour assumer l'exploitation de l'hôpital, c'est aujourd'hui le plus sûr moyen de garantir ses possibilités d'investissement, et donc de dynamisme, pour l'avenir.

Dans le contexte actuel de l'Assurance Maladie, ces nouvelles recettes sont peut-être à trouver dans des prestations complémentaires aux soins.

### Pourquoi est-il intéressant de regarder du côté des cliniques privées ?

La méfiance des hospitaliers publics à l'égard d'une comparaison de leur gestion avec celle des cliniques privées a-t-elle vraiment du sens ? L'épouvantail du profit tombe assez vite : par définition, le choix français de maintenir l'existence d'un secteur d'hospitalisation privée implique la réalisation de profits. Il est donc inutile de s'en offusquer<sup>(1)</sup>.

En réalité, les cliniques privées ne sont pas dans un cadre aussi libéral qu'on pourrait le penser. Un système libéral impliquerait que les cliniques fixent librement leurs prix<sup>(2)</sup>. Au contraire, les cliniques privées, comme les hôpitaux publics appliquent des tarifs administrés, désormais nationaux depuis la mise en place de la T2A<sup>(3)</sup>. L'existence de dépassements d'honoraires ne concerne pas spécifiquement la clinique, mais le praticien, libéral, comme l'est le médecin de ville.

### Comment les cliniques privées équilibrent-elles leurs comptes ?

Les cliniques privées, comme les hôpitaux publics et PSPH, tirent l'essentiel de leurs recettes de l'Assurance Maladie, qui finance les soins dispensés aux patients<sup>(4)</sup>. Pourtant, à bien y regarder de plus près, on peut faire un constat en apparence paradoxal : **ce n'est pas grâce aux crédits de l'Assurance Maladie que les cliniques privées réalisent leurs profits.**

En effet, le résultat d'exploitation des cliniques privées<sup>(5)</sup>, ramené au chiffre d'affaire (CA), s'élève, en moyenne, à environ 4%<sup>(6)</sup>.

La part de financement provenant de l'Assurance Maladie ne représente bien souvent que 80% des recettes générées par l'activité d'une clinique privée. Des recettes complémentaires, d'un montant significatif, sont indispensables pour équilibrer l'exploitation d'une clinique, voire générer un profit.

Les recettes hôtelières d'une clinique représentent en moyenne 8% de leur CA, les redevances au minimum 5%<sup>(7)</sup>, alors que le résultat d'exploitation moyen n'est que de 4%.

Avec les seuls financements issus de l'activité de soins (provenant de l'Assurance Maladie et des usagers), les cliniques ne généreraient a priori pas de profit : elles seraient en fort déficit.

Arithmétiquement, les profits des cliniques privées proviennent donc de leur politique hôtelière, et en premier lieu de la vente des chambres particulières, c'est-à-dire sur des recettes non directement issues des soins<sup>(8)</sup>.

(1) Il faut rappeler, d'ailleurs, que clinique ne rime pas toujours avec profit. Actuellement, 30% des cliniques sont en déficit (et perdent donc de l'argent du fait de leur exploitation), 70% dégagent des excédents et réalisent donc des profits.

(2) Alors que l'Assurance Maladie plafonnerait le remboursement des patients.

(3) Même s'il se retrouve dans un système lucratif, le patient pris en charge en clinique privée est donc protégé par l'absence de liberté des prix, imposée aux cliniques au même titre qu'aux hôpitaux publics.

(4) La réforme de la T2A, en harmonisant les règles de financement des établissements de soins, quelque soit leur statut (et en attendant, en 2012, la convergence des tarifs annoncée), a mis à égalité les deux secteurs, en rapprochant leur système de financement. La réforme de l'EPDR a, de la même manière, rapproché leur système de gestion.

(5) Le résultat d'exploitation, ramené au chiffre d'affaire, doit être distingué du résultat financier, qui est rapporté aux capitaux investis.

(6) Il est en progression depuis quelques années.

(7) Dans une acception restrictive de cette notion de « redevances », se résumant principalement à la gestion des honoraires des médecins.

(8) Même s'il n'y a à l'évidence pas de politique hôtelière sans activité de soins.

## RECETTES

### Exemple de compte de résultat d'une clinique privée :

(Données en milliers d'euros) – Source : Cabinet ESCULAPE

NORMES I.A.S.	C.I. PRIVÉ C.	
CA SOINS (HORS IMAGERIE)	16 408	89,4 %
PHARMACIE CHIMIO		
CA IMAGERIE		
CA BIOLOGIE		
CA HOTELLERIE	1 025	5,6 %
CA REDEVANCES ET AUTRES	927	5,0 %
<b>CHIFFRE D'AFFAIRES</b>	<b>18 360</b>	
ACHATS MÉDICAUX	- 1 866	- 11,4 %
PHARMACIE CHIMIO		
PROTHÈSES & SANG	- 629	- 3,8 %
AUTRES ACHATS ET ÉNERGIES	- 464	- 2,5 %
SOUS-TRAITANCE (HORS GIE)	- 3 664	- 20,0 %
IMPÔTS ET TAXES	- 821	- 4,5 %
SALAIRES & CH. SOCIALES & PARTICIPATION (HORS GIE)	- 7 503	- 40,9 %
AUTRES PRODUITS ET CHARGES	- 748	- 4,1 %
LITIGES, POL. FISC. GPE.		
<b>EBITDAR</b>	<b>2 666</b>	
REDEVANCES CRÉDIT-BAIL	- 281	- 1,5 %
REDEVANCES CRÉDIT-BAIL IMMO		
LOCATIONS IMMOBILIÈRES	- 259	- 1,4 %
LOCATIONS DE MATÉRIEL	- 154	- 0,8 %
TAXES FONCIÈRES		
CRL	- 5	- 0,0 %
<b>EBITDAR</b>	<b>1 967</b>	
<b>AMORTISSEMENTS - TOTAL</b>	<b>- 954</b>	
<b>EBIT</b>	<b>1 013</b>	
<b>IS</b>	<b>- 338</b>	
<b>RÉSULTAT NET</b>	<b>675</b>	<b>3,68 %</b>

Ces chiffres sont issus de la comptabilité réelle d'une clinique privée en 2007. Pour un CA annuel d'un peu plus de 18 millions d'€, la clinique réalise un résultat net de 3,68% (soit 675 000 €). La part des recettes hôtelières s'élève à 5,6% (un peu plus d'1 million d'€), ce qui signifie que sans ces recettes, la clinique enregistrerait un déficit significatif de près de -2% (350 000 €).

Les comptes se limitent à l'EBIT, nous avons donc pris comme hypothèses 0 € en résultat financier et 0 € en résultat exceptionnel. Puis impact de 33 1/3 % d'IS.

### Quels enseignements peut-on tirer de ce constat pour les hôpitaux publics ?

Les hôpitaux publics peuvent-ils, comme les cliniques privées, mettre en œuvre une politique hôtelière source de recettes complémentaires aux recettes directement liées aux soins ?

La réponse est catégorique : oui, car les dispositions juridiques qui encadrent la possibilité de facturer des prestations hôtelières (et notamment la vente de chambres particulières) sont désormais équivalentes pour les 2 secteurs<sup>(9)</sup>.

Pourquoi ne le font-ils pas, ou peu, pour l'immense majorité d'entre eux ?

Avant tout parce qu'avant la T2A, les hôpitaux publics n'avaient pas intérêt à agir. Pendant 20 ans de « Dotation Globale », la culture de recettes a disparu de la gestion des hôpitaux. Elle ne constitue plus, et depuis longtemps, un vecteur (un moteur ?) du pilotage des établissements. Ce n'est que depuis peu que le levier des recettes, et de leur optimisation, semble à nouveau réinvesti par les gestionnaires hospitaliers publics. D'autres raisons peuvent expliquer

(9) Les modalités de facturation des « prestations pour exigences particulières du patient » (dont la chambre particulière) sont régies par l'article R162-32-2 du Code de la Sécurité Sociale. Depuis 2005, le plafond de facturation d'une chambre particulière a été supprimé pour les hôpitaux publics, en lien avec la réforme de l'EPRD.

les obstacles à la vente de prestations hôtelières dans les hôpitaux publics : une culture de la gratuité, une culture de non discrimination par l'argent, qui pourrait être respectable si elle n'aboutissait finalement à une très faible approche clients.

Ce qui peut être intéressant pour les hôpitaux publics dans le mode de gestion des cliniques, ce n'est évidemment pas leur culture du profit mais bien leur culture de recettes, qui va de pair avec une « culture de service ».

### Quels sont les enjeux de la politique hôtelière pour les hôpitaux publics ?

Pourquoi mettre en place une politique hôtelière nouvelle dans les hôpitaux publics ?

D'abord et avant tout pour **répondre aux exigences croissantes des patients en matière de qualité d'accueil et de confort d'hébergement.**

En ce sens, investir cette « culture de service » dans les hôpitaux publics constitue une réponse légitime aux nouvelles attentes des patients, qui assimilent encore trop souvent le service public à un niveau hôtelier bien inférieur à celui de l'offre de soins privée.

Développer l'offre hôtelière des hôpitaux passe par une vraie politique d'investissement immobilier, mais aussi par une offre de prestations de services diversifiée. Les hôpitaux doivent faire preuve d'innovation. A côté des prestations « classiques » de téléphonie et de télévision<sup>(10)</sup>, de nouveaux services peuvent être mis à disposition des patients. A titre d'exemple, au moment où l'informatisation entre (enfin) dans la chambre du malade, pourquoi ne pas « offrir » la possibilité d'un accès internet aux patients qui le souhaiteraient ? La politique hôtelière peut également concerner les personnes accompagnant le patient : « offrir », par exemple, une possibilité d'hébergement et de restauration sur place, avec une vraie exigence de qualité et de confort.

La politique hôtelière, en répondant aux attentes des usagers, pourrait aussi permettre de **faire face aux tensions budgétaires et financières** que connaissent actuellement nombre d'hôpitaux publics.

Comme le montre l'exemple des cliniques, les recettes qu'elle apporte participent à l'équilibre des comptes. Des marges de progression importantes existent dans la plupart des hôpitaux publics.

A titre d'exemple, un CHU, dont les recettes s'élèvent à plus de 400 millions d'€, enregistrait en 2007 moins de 500 000 € de recettes issues de la vente de chambres particulières, tout en ayant doublé ce montant depuis un an ... Il a inscrit dans son EPRD 2008, un objectif de 750 000 €, qui ne représente encore moins de 0,2% de ses recettes totales !

### A titre d'exemple, que recouvre la vente de chambres particulières ?

La politique hôtelière peut regrouper un certain nombre de prestations très diverses<sup>(11)</sup>, mais, comme le montre l'exemple des cliniques privées, elle peut être illustrée par **une dimension tout aussi emblématique que centrale : la vente de chambres particulières**, qui représente souvent plus de 90% des produits hôteliers des cliniques.

La technique de vente est souvent bien organisée et efficace. Dès les procédures de pré-admission par le bureau des entrées, à l'issue immédiate de la

(10) Remarquons le, la commercialisation de ces services, largement répandue, ne fait pas débat.

(11) Téléphone, télévision, lits et repas « accompagnants », cafétéria, kiosque, distributeurs automatiques de boissons, places de parking, ...

## RECETTES

consultation avec le praticien qui a programmé une hospitalisation, les hôtesse d'accueil sont chargées de proposer ces prestations aux patients. « Quelle est votre mutuelle ? », « Pour le confort de votre hospitalisation, vous pouvez bénéficier d'une chambre particulière totalement prise en charge par votre mutuelle ... ». C'est un véritable acte de vente, avec ses pratiques commerciales.

### **L'hôpital peut parfaitement adapter ces techniques de vente aux exigences du service public.**

Entre 80 et 90% de la patientèle des hôpitaux publics est couverte par une mutuelle. La plupart des organismes complémentaires offre un remboursement de la chambre particulière. Sur l'exemple des pratiques engagées par les cliniques, des accords de prise en charge peuvent être conclus avec les mutuelles partenaires de l'établissement (par exemple dans le cadre des conventions de tiers-payant).

Rien n'empêche, par ailleurs, de conserver des chambres seules « traditionnelles », qui seraient distinctes des chambres « particulières » (pour lesquelles des prestations supplémentaires justifieraient la facturation d'un supplément). Il est important de souligner que les patients nécessitant un isolement pour des raisons médicales continueront à être placés en chambre seule sans facturation supplémentaire.

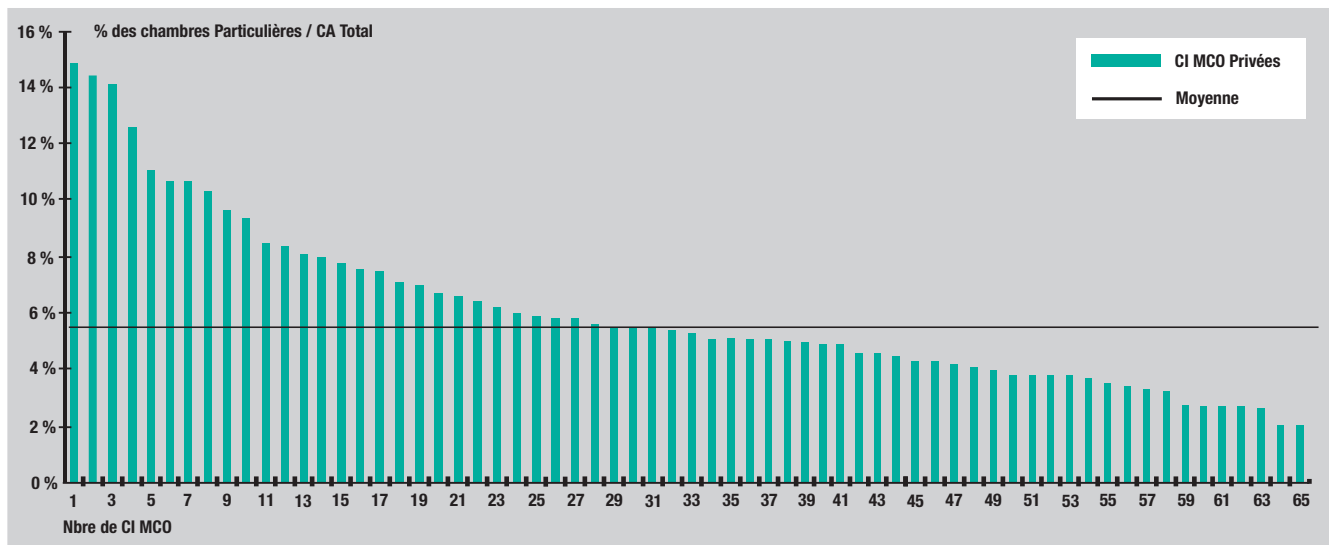
### **Comment évaluer le potentiel de recettes supplémentaires issues de la vente de chambres particulières ?**

Dans les cliniques privées, la chambre particulière est en général facturée, par jour, entre 45 et 80 € (voire 100 € en région parisienne), selon le niveau de confort des prestations hôtelières offertes.

Les ressources issues de la vente de chambres particulières peuvent ainsi représenter une part des recettes pouvant aller de 2 à 15 % du CA.

### **Part des recettes issues de la vente de chambres particulières sur un panel de 65 cliniques :**

(Données réelles) - Source : Cabinet ESCULAPE



La part des recettes issues de la vente des chambres particulières dépend évidemment du taux de chambres facturables en chambres particulières par rapport au nombre de chambres total de la clinique. La moyenne se situe à un peu moins de 6%.

Depuis la mise en œuvre de l'EPRD, la majoration pour « régime particulier » n'est plus plafonnée. Chaque hôpital est donc désormais libre de fixer le prix d'une chambre particulière. Se référer aux niveaux de prise en charge proposés par les principales mutuelles partenaires de l'établissement peut être une manière efficace de déterminer ce prix. Les accords conclus avec les mutuelles peuvent également aboutir à la fixation d'un prix approprié.

**Un calcul simple permet à chaque établissement d'évaluer son potentiel de recettes supplémentaires issues de la vente de chambre particulières.**

### Calcul théorique des recettes hôtelières potentielles issues de la vente de chambres particulières dans un hôpital public :

(Données théoriques) Hôpital MCO de 400 lits et 25 places - Recettes totales MCO : 80 000 000 €

Nombre de lits d'hospitalisation complète installés	Taux de lits en chambre seule	Taux de lits en chambre seule facturable en chambre particulière	Nombre de lits facturable en chambre particulière	Taux d'ouverture des lits	Nombre de journées-lits facturable en chambre particulière	Taux d'occupation des lits	Taux de vente des chambres particulières	Nombre de journées-lits réalisées en chambre particulière	Prix de la chambre particulière	RECETTE HOTELIÈRE chambres particulières TOTAL	% du CA
400	80 %	80 %	256	95 %	88 768	85 %	75 %	56 590	45 €	2 546 532, 29 €	3,2 %
(1)	(2)	(3)	(4) =	(6)	(7) =	(8)	(9)	(10) =	(11)*	(12) =	
			[(1) x (2)] x (3)		[(4) x (5)] x (6)			[(7) x (8)] x (9)		(10) x (11)	

\* Tarif officiel des mutuelles fonction publique

En faisant l'hypothèse d'un taux de chambres à un lit de 80% des lits installés, et, parmi ces chambres, d'un taux de chambres facturables en chambres particulières de 80% (laissant donc un nombre conséquent de chambres à 1 lit disponibles sans supplément), d'un taux d'ouverture des lits de 95% (tenant compte des fermetures ponctuelles, notamment pendant les congés annuels d'été), d'un taux d'occupation des lits de 85% et d'un taux de vente des chambres particulières de l'ordre de 75%, la recette moyenne annuelle issue de la facturation de ces chambres particulières, à un prix de 45€ par jour (tarif officiel des mutuelles fonction publique), pour un hôpital d'environ 400 lits MCO d'hospitalisation complète, dont les recettes totales seraient de l'ordre de 80 millions d'€, s'élèverait à plus de 2,5 millions d'euros, soit 3,2% des recettes totales de l'hôpital.

Cet exemple théorique repose sur des hypothèses laissant des marges de progression importantes : meilleure occupation des lits, amélioration du taux de vente, augmentation du prix de la chambre grâce à une amélioration des prestations hôtelières ... Les gains potentiels sont étroitement liés à la capacité hôtelière des établissements. Si les établissements neufs ou récents intègrent un taux de chambres seules de 80% en moyenne (cas de notre exemple), les établissements construits dans les années 70-80 sont plutôt dans des taux allant de seulement 30 à 50% de chambres seules.

### Les investissements dans une politique hôtelière de qualité sont-ils rentables ?

Les recettes d'exploitation sont à mettre en regard des coûts d'investissement nécessaires pour obtenir une prestation hôtelière de qualité.

A titre d'exemple, quels sont les frais nécessaires pour aménager des chambres particulières ?

La dépense d'investissement tient à une superficie de chambre seule de l'ordre de 18m<sup>2</sup>, contre des chambres doubles de 22 à 24 m<sup>2</sup>. Autrement dit, un lit consomme une superficie moyenne de 50% supérieure (18m<sup>2</sup> au lieu de 12) quand il est installé dans une chambre particulière que lorsqu'il se situe dans une chambre à 2 lits. L'investissement nécessaire peut donc se résumer au coût marginal de 5m<sup>2</sup>.

# Finances Hospitalières

## La référence des dirigeants économiques et financiers des établissements publics de santé

Pour vous, chaque mois :

- Le décryptage de l'actualité financière et réglementaire
- Les meilleures pratiques professionnelles
- Les solutions pour piloter votre établissement

EPRD  
Hôpital 2012  
Equilibre financier  
T2A  
Achats hospitaliers  
Tableaux de bord  
M21  
Comptabilité analytique  
Code des marchés  
PMSI  
Gouvernance  
Facturation  
SIH  
Fiscalité  
Conjoncture  
PGFP  
Trésorerie  
Jurisprudence  
PPP  
Emprunts



### Calcul théorique du surcoût d'investissement d'une chambre seule par rapport à une chambre double :

(Données théoriques)

Superficie surconsommée par chambre seule (en m <sup>2</sup> )	Surcoût d'investissement HT au m <sup>2</sup>		Surcoût d'investissement TDC au m <sup>2</sup>		Surcoût d'investissement m <sup>2</sup> fin de chantier*	
5	1 600 €	1,58	12 640 €	1,10	13 904 €	
(1)	(2)	(3)	(4) = (1) x (2) x (3)	(5)	(6) = (4) x (5)	* Intégrant les aléas et révisions de prix

En faisant l'hypothèse d'un surcoût d'investissement engendré par la construction d'une chambre seule, par rapport à la construction d'une chambre double, évalué à hauteur de 5m<sup>2</sup>, et en appliquant les coefficients nécessaires au calcul d'un coût « fin de chantier », on peut identifier que la construction d'une chambre particulière engendre un investissement marginal unitaire de moins de 14 000 €.

A l'échelle du temps et au regard du retour sur investissement, ce surcoût initial est absolument dérisoire comparé aux gains en termes de recettes d'exploitation qu'il permet de générer. L'investissement marginal nécessaire pour construire une chambre particulière est très vite amorti. Dans notre exemple (Illustration 3), une chambre particulière rapporte en moyenne près de 10 000 € par an. L'investissement est amorti en un peu plus d'un an seulement.

Cela explique que les cliniques se soient très nettement engagées dans la construction de bâtiments relativement confortables, voire luxueux, avec un niveau de prestations hôtelières de très haute qualité.

Sans chercher à les imiter, et en respectant leurs missions de service public, les hôpitaux peuvent s'inspirer de cette politique pour s'ouvrir des perspectives de recettes nouvelles, qui leur permettraient d'équilibrer leurs budgets et de rentabiliser leurs investissements immobiliers.

### Enfin, quel hôpital public voulons-nous défendre ?

Peut-être même que l'enjeu va plus loin.

La question des produits hôteliers, ignorés des hospitaliers publics, maximisés par les cliniques privées, nous renvoie, en définitive, à deux conceptions possibles de l'hôpital public.

D'un côté un hôpital héritage de l'hospice, emprunt de charité, assumant les soins de recours lourds pour tous, et les soins de proximité programmés pour ceux qui ont peu de moyens.

De l'autre un hôpital ambitieux et citoyen, résolument décidé à devenir l'hôpital pour tous et pour tous les soins, cherchant à répondre aux attentes des usagers, au service de tous les patients.

Se poser la question de la politique hôtelière, c'est peut-être enfin accepter de laisser derrière nous l'hôpital des nécessiteux, pour hisser le service public vers un hôpital pour tous les citoyens.