

EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

**Développer les recettes annexes à
l'hôpital public :
une opportunité en MCO**

Cédric PIAUD

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Madame KERNEIS, directeur délégué au centre hospitalier de Saint Malo et Madame FIORINI, adjointe au directeur délégué du centre hospitalier de Saint Malo en charge des finances et du contrôle de gestion pour leur suivi et leurs conseils dans la réalisation de ce mémoire en tant que maître de stage et encadrants du mémoire.

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont répondu favorablement aux sollicitations d'entretiens et d'échanges pour documenter et enrichir par leurs expériences ce mémoire. Je mesure la sensibilité du sujet, je les remercie également pour m'avoir permis d'aborder toutes les questions.

Merci aux équipes administratives, techniques et soignantes du centre hospitalier de Saint Malo et du groupement hospitalier de territoire (GHT) Rance Emeraude pour leur disponibilité et leur accueil chaleureux. Un merci particulier pour celles et ceux qui m'ont accompagné sur les dossiers en lien avec les recettes annexes, en particulier celui relatif à la tarification du parking payant ou au développement des facturations de chambres particulières.

Enfin, merci à Monsieur De DARAN, intervenant à l'EHESP, pour l'échange constructif sur le sujet de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
I- La situation budgétaire des hôpitaux publics se tend. Les mesures déjà engagées rencontrent leurs limites appelant à trouver de nouvelles solutions.....	4
A- Les hôpitaux publics font face à une situation budgétaire qui se tend : l'effet ciseau.	4
1- Un état financier hétérogène des hôpitaux publics.....	4
2- Faible développement attendu des recettes liées à l'activité hospitalière : des leviers d'action qui se raréfient au fur et à mesure	6
3- Contenir l'évolution des charges : des difficultés à prévoir	9
B- Des mesures principalement axées sur la maîtrise des dépenses ont été engagées. Elles rencontrent des limites appelant à trouver des solutions complémentaires d'équilibre budgétaire	11
1- Les mesures engagées visent à diminuer les charges et à favoriser la fluidité du parcours patient.....	11
2- Les limites des mesures actuelles axées principalement sur les dépenses appellent à réfléchir à des solutions complémentaires	14
II- Face à ces limites, les recettes annexes constituent une opportunité réelle pour répondre aux attentes de l'utilisateur et générer de nouvelles recettes	18
A- Dans un cadre réglementaire porteur, les recettes annexes permettent des gains à trois niveaux pour l'établissement.....	18
1- Le cadre réglementaire permet une large liberté de fixation des tarifs pour le directeur d'hôpital dans la limite de la loi.....	18
2- Les recettes annexes permettent des gains pour l'établissement en termes de réponses aux attentes de l'utilisateur, de performances financières, et d'amélioration d'image.....	21
B- L'estimation du potentiel théorique de recettes annexes fait apparaître une marge de progression importante pour les hôpitaux publics.....	25
1- L'approche mathématique permet d'identifier les leviers d'actions à mobiliser ...	25
2- L'approche comparative permet d'identifier d'importantes marges de progression dans le secteur public en termes de positionnement prix et volume de facturation ...	27

III- Travailler un projet visant à générer des recettes annexes supplémentaires : mes propositions d'actions et d'accompagnement.....	29
A- Une équipe de Direction, des équipes soignantes et administratives impliquées	29
L'implication de tous les acteurs de l'hôpital permet de réinterroger les processus organisationnels et de développer une communication plus performante.....	29
1- Construire une communication plus large et performante autour d'une direction adjointe bien identifiée	29
2- Ecrire un schéma hôtelier comme document socle	30
B- Optimiser l'outil de production en maximisant son potentiel et en s'appuyant sur des compétences spécifiques.....	30
1- Etablir un diagnostic de l'outil de production pour repérer les variables à maximiser	31
2- Rechercher de nouvelles compétences spécialisées dans les fonctions d'accueil et de vente de prestations hôtelières	33
C- Ajuster constamment l'offre de services en favorisant l'évaluation continue et en développant des outils de pilotage.....	33
1- Favoriser l'évaluation continue des processus internes	33
2- Développer des outils de pilotage intégrés dans le système d'information hospitalier pour se montrer plus réactif	34
D- Faire appel à un conseil pour permettre une montée en compétence rapide et un éclairage sur l'environnement juridique	35
1- Faire appel à un conseil pour développer une approche spécifique de vente : bonne idée ?.....	35
2- L'appel à un conseil pour sélectionner le montage juridique le plus opportun	37
E- Gérer les exceptions pour garantir l'accès aux soins : l'exemple du parking payant	39
Parce qu'elles percutent les représentations des acteurs de l'hôpital, les recettes annexes doivent faire l'objet d'un travail spécifique sur l'acceptabilité.....	39
1- Les recettes annexes percutent les représentations des acteurs de santé	39
2- Travailler à renforcer l'acceptabilité des services payants : l'exemple du parking payant.....	40
Conclusion.....	42

Bibliographie.....	
Liste des annexes.....	

Liste des sigles utilisés

AME : aide médicale de l'état
ARS : agences régionales de santé
AP-HP : assistance publique des Hôpitaux de Paris
CAF : capacité d'auto financement
CFDT : confédération française démocratique du travail
CGI : code général des impôts
CH : centre hospitalier
CHU : centre hospitalier universitaire
CME : commission médicale d'établissement
COPERMO : comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins
CSP : code de la santé publique
DGCCRF : direction générale de la concurrence, de la consommation et répression des fraudes
DGFIP : direction générale des finances publiques
DGOS : direction générale de l'offre de soins
EHPAD : établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EPRD : état prévisionnel des dépenses
FHF : fédération hospitalière de France
GHS : groupe homogène de séjour
GHT : groupement hospitalier de territoire
GVT : glissement vieillesse technicité
HCL : hôpitaux civils de Lyon (HCL)
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IP-DMS : indice de performance de la durée moyenne de séjour
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
MCO : médecine chirurgie obstétrique
T2A : la tarification à l'activité
TJP : tarif journalier de prestations
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAA : plan d'actions achats
PHARE : programme performance hospitalière des achats responsables
PIB : produit intérieur brut
PPCR : parcours professionnels, carrières et rémunérations
PPI : plan pluri-annuel d'investissement

ROI : retour sur investissement

RTT : réduction du temps de travail

SSR : soins de suite et réadaptation

TSP : terminal de santé aux patients

TVA : taxe sur la valeur ajoutée

UDO : unité de diagnostic et d'orientation

Introduction

La situation globale des hôpitaux publics s'est dégradée en 2015 sans pour autant que ce constat soit homogène dans tous les hôpitaux de France¹.

La construction financière de l'hôpital public repose depuis l'instauration de la tarification à l'activité en 2005 (T2A) sur une logique de recettes. La T2A a remplacé la dotation globale et a inversé le paradigme budgétaire : c'est à partir du prévisionnel de recettes qu'est bâti le prévisionnel de dépenses. Il est permis de s'interroger sur la pérennité de la santé financière des hôpitaux publics au regard de l'évolution baissière du taux d'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des efforts supplémentaires d'économies de trois milliards d'euros demandés aux hôpitaux dans le cadre du plan triennal 2015-2017².

En réponse à cette problématique de contraintes budgétaires, la réflexion des directions des hôpitaux publics s'est majoritairement organisée autour de la stratégie de réduction des dépenses et de redéfinition d'organisations capacitaires optimisées (c'est-à-dire supérieur à 28 lits pour une unité de soins en médecine chirurgie obstétrique) dans le cadre d'un parcours patient gradué et pensé au niveau territorial. Ces axes sont en conformité avec les attendus des agences régionales de santé (ARS) et sont sources d'économies substantielles. C'est pour cette raison que majoritairement, les budgets, et à fortiori les contrats de retour à l'équilibre, s'axent sur ces pistes. Les ARS y voient des solutions de retour à l'équilibre plus sérieuses que les hypothèses basées sur des recettes supplémentaires. Par le terme de recettes, il faut entendre la somme d'argent directement reçue à la suite d'une opération générant un mouvement financier entrant à l'hôpital³.

Cette politique de contractions des charges qui doit être poursuivie rencontre pourtant des limites dont devront tenir compte les directions dans la construction des futurs budgets. Il apparaît donc nécessaire de s'interroger si de nouvelles opportunités financières existent.

Dans le champ des produits alimentant le budget d'un hôpital public, les produits de titre 3 pèsent 14% du total, mais avec une représentativité très faible du fait de la forte hétérogénéité (ventes de marchandises et produits des activités annexes à l'activité hospitalière, subventions d'exploitations et participations, autres produits de gestion

¹ Hospimédia du 25 mai 2016 : le déficit des hôpitaux bondit d'environ 50% mais leur endettement devient nul

² Plan d'efficacité et de performance du système de santé-Présentation ARS Bretagne-27 novembre 2015

³ La comptabilité générale, principes généraux, techniques de comptabilisation des opérations courantes et de fin d'exercice. Edition 2016-2017

courante, produits exceptionnels, reprises sur provisions, stocks). L'opportunité se situe au niveau des recettes annexes à l'activité hospitalière car elles présentent la singularité et l'avantage d'être directement maîtrisées par l'hôpital en termes de fixation de tarif ce qui n'est pas le cas des produits de titre 1 ou 2.

Les recettes annexes ne font pas l'objet d'un financement dans le cadre de la solidarité nationale. Elles concernent les recettes annexes à la prestation de soins (vente de chambres particulières, prestations exceptionnelles, chirurgie esthétique) et les recettes liées aux activités subsidiaires (revente de repas, prestations aux accompagnants, vente de prestations hôtelières). Traditionnellement, au sein de l'hôpital public, ce sont les ventes de chambres particulières qui couvrent la majorité des recettes annexes. De nouvelles recettes ont fait leur apparition plus récemment comme la tarification des parkings des centres hospitaliers, ou encore la mise en place de conciergerie offrant de nouveaux services à l'usager au sein de l'hôpital.

Ces recettes annexes, comme leur nom l'indique, sont considérées par les directions comme marginales à l'échelle du budget d'un centre hospitalier, et souffrent d'une relative indifférence. Elles sont identifiées comme des activités ne relevant pas du cœur de métier de l'hôpital public, c'est-à-dire les activités directement associées aux soins. Les ARS ne portent pas non plus d'intérêt particulier à ce sujet comme cela m'a été indiqué lors d'entretiens. La loi de Santé publique du 26 janvier 2016⁴ ne mentionne pas non plus de dispositions particulières relatives aux recettes annexes.

L'essence de ces recettes est basée sur la notion de service supplémentaire proposé à l'usager sous forme de suppléments hospitaliers payants. Ce mémoire s'intéressera au secteur sanitaire médecine chirurgie obstétrique (MCO) car contrairement au médico-social, il n'y a pas de notion d'hébergement. Le rapport en termes de durée et d'évaluation de séjour est donc sensiblement différent.

Dans un système de T2A, la principale source de développement des produits restera le développement de l'activité. Cependant, l'hypothèse défendue dans ce mémoire vise à démontrer l'intérêt de la mise en œuvre d'une stratégie globale de développement des recettes annexes facturées aux usagers afin d'optimiser le budget d'un hôpital public pour se rapprocher de l'équilibre budgétaire. Il est illusoire de construire son budget uniquement sur le développement de ce type de recettes. Cependant, elles peuvent permettre, mises bout à bout dans une politique patientèle repensée dans son ensemble, de dégager des marges budgétaires supplémentaires et d'être en phase avec les attentes des usagers de l'hôpital public.

⁴ Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
Cédric PIAUD - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique – 2016

Le développement de recettes annexes à l'hôpital public s'intègre dans une réflexion plus globale sur la politique patientèle. Il permet de penser le parcours du patient en globalité depuis l'accueil jusqu'à son départ et de s'interroger en permanence pour savoir si ses conditions de séjour peuvent être facilitées. C'est à ce titre que le sujet a suscité mon intérêt.

Pour étudier l'hypothèse développée dans ce mémoire, la méthodologie a reposé sur plusieurs outils :

- Des entretiens d'une durée d'une heure conduits suivant la trame d'un questionnaire construit à cet effet (annexe 1) auprès de différents acteurs du monde hospitalier dans différents types d'établissements (annexe 2)
- Des recherches bibliographiques illustrant les expériences en France et à l'étranger
- L'étude des questionnaires de satisfaction du centre hospitalier (CH) de Saint Malo
- La participation à des réunions de directions
- La conduite du projet de tarification du parking au CH de Saint Malo

Ce mémoire montrera dans une première partie, à partir du diagnostic posé sur la situation budgétaire actuelle des hôpitaux publics, que les mesures déjà engagées rencontrent des limites appelant à trouver de nouvelles solutions (I). Dans une seconde partie, nous montrerons que face à ses limites, les recettes annexes constituent une opportunité réelle pour répondre aux attentes de l'utilisateur et générer de nouvelles recettes (II). Dans une troisième partie, nous proposerons des orientations pour mettre en œuvre et accompagner un projet de développement de recettes annexes supplémentaires au sein d'un hôpital (III).

I- La situation budgétaire des hôpitaux publics se tend. Les mesures déjà engagées rencontrent leurs limites appelant à trouver de nouvelles solutions

Nous montrerons que la situation financière des hôpitaux publics se tend laissant craindre un effet ciseau plus accentué (A) ; les hôpitaux publics se sont engagés dans des mesures principalement axées sur la maîtrise des dépenses, mais ces mesures rencontrent leurs limites appelant à trouver de nouvelles solutions (B).

A- Les hôpitaux publics font face à une situation budgétaire qui se tend : l'effet ciseau.

La situation financière des hôpitaux publics s'est tendue sur le plan budgétaire même si ce constat général est à modérer en fonction de la situation individuelle de chaque centre hospitalier (1). Cette dégradation d'ensemble est la conséquence d'une décélération de l'augmentation des produits issus de l'activité hospitalière (2) et d'une difficulté accrue de maîtrise des charges (3) ce qui laisse à penser à des exercices budgétaires futurs plus difficiles.

1- Un état financier hétérogène des hôpitaux publics

La part des dépenses de santé n'a cessé de croître dans le produit intérieur brut (PIB) en France : elle représente 12% du PIB⁵. Leurs maîtrises représentent donc un enjeu d'importance pour les finances publiques. C'est à ce titre que des réformes successives dans le milieu hospitalier se sont enchaînées et accélérées depuis 1996 afin de travailler à contenir leur évolution haussière. Parmi les moyens mis en place par les gouvernements, il y a eu l'instauration dans le cadre de la réforme budgétaire du financement des hôpitaux publics de la T2A, et la mise en place de l'état prévisionnel des dépenses (EPRD) en 2005⁶. Ces instruments visent à respecter la règle du principe de l'équilibre budgétaire (R 6145-11 du code de la santé publique) dans un contexte de sincérité des prévisions.

Le plan triennal (2015-2017) est le dernier plan en date pour maîtriser les dépenses de santé hospitalières. Il vise à des économies de l'ordre de trois milliards d'euros pour les hôpitaux d'ici 2017.

⁵ Insee, dépenses courantes de santé en 2014.

www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06305

⁶ Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
Cédric PIAUD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2016

Le déficit des hôpitaux observé au titre de l'exercice 2015 a continué de se creuser : 411 millions d'euros en 2015 selon la directrice générale de la direction générale de l'offre de soins⁷ (DGOS) contre 243 millions en 2014. Le déficit global en 2015 atteint désormais 0,5% du total des produits. Le plus inquiétant est la détérioration du seul compte principal : 590 millions d'euros de déficit en 2015 contre 382 millions d'euros en 2014. Selon ce même article, cette situation est très hétérogène : la moitié du déficit est imputable à vingt-six établissements contre trente-six en 2014. Quarante-cinq établissements restent aujourd'hui suivis dans le cadre du comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo). Cela signifie que ceux qui étaient en déficit en 2014 le sont encore plus en 2015 mais également que des centres hospitaliers ont réussi à redresser la barre. Il ne faut donc pas tomber dans l'excès de dresser un tableau sombre et obscur qui engloberait l'ensemble des hôpitaux. La directrice de la DGOS indique ainsi selon cet article « qu'elle considère comme maintenus les grands équilibres financiers des hôpitaux ».

Le centre hospitalier de Saint Malo fait partie des établissements dont la trajectoire budgétaire s'est redressée. Il reste en situation financière déficitaire sur le compte de résultat principal et sur le compte de résultat annexe de l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), mais en amélioration. Son résultat tous budgets confondus est de -746000 euros en 2015 contre -1,4 millions d'euros en 2014, en amélioration de 619000 euros par rapport à l'année 2014 et de 1 644 000 euros par rapport à 2013⁸. La capacité d'autofinancement (CAF) de l'établissement est positive, supérieure au remboursement du capital des emprunts et en amélioration (4,3 millions de CAF nette en 2015 contre 2,7 l'année précédente). Il en est de même concernant le taux de marge brute (6,7% contre 6,2%), en amélioration également même si ce taux demeure en dessous des 8% attendus.

L'ARS Bretagne se félicite de la meilleure santé financière des hôpitaux bretons en 2015 dans l'ensemble en parlant « d'un redressement significatif »⁹.

Il est cependant permis de constater que les améliorations budgétaires peuvent être largement menacées par les évolutions de tendance des produits et des charges au sein de l'hôpital public. Il y a un risque d'effet ciseau plus marqué pour construire les budgets futurs et respecter la trajectoire identifiée par les pouvoirs publics dans le plan triennal : évolution naturelle des charges et tarissement des produits de titre 1. Par effet ciseau, il

⁷ Hospimédia du 25 mai 2016 : le déficit des hôpitaux bondit d'environ 50% mais leur endettement devient nul

⁸ Rapport financier-Exercice 2015-Centre hospitalier de Saint Malo

⁹ Hospimédia du 12 juillet 2016 : les établissements publics et privés non lucratifs bretons corrigent fortement leurs comptes en 2015

faut entendre une évolution divergente des produits et des charges : des produits qui augmentent moins vite que l'évolution des charges¹⁰. La FHF indique que les hôpitaux publics ont "vu leur capacité d'autofinancement chuter globalement de 5,9% ». ¹¹

2- Faible développement attendu des recettes liées à l'activité hospitalière : des leviers d'action qui se raréfient au fur et à mesure

a) *Les produits de titre 1 fortement pénalisés par les orientations budgétaires du gouvernement*

Depuis 1996, la France s'est dotée, avec l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), d'un ONDAM pour réguler globalement les dépenses de santé collectivement prise en charge. Au sein des dépenses de santé composées de la médecine de ville, des dépenses hospitalières et médico-sociales, la part hospitalière représente 42 % des dépenses totales en 2015 (76,6 milliards sur 182 milliards d'euros)¹². Les produits de titre 1, ceux versés par l'assurance maladie et votés annuellement par la représentation nationale dans le cadre de l'ONDAM, représentent 72% du budget global d'un hôpital public. Compte tenu de son poids, l'évolution du titre 1 a donc une importance substantielle dans l'équilibre budgétaire.

La LFSS 2016 prévoit un ONDAM ramené à + 1,75 % en 2016. En 2014, c'était + 2,4% ; en 2015 : 2,1% et donc en 2016 : +1,75%.¹³ Ce taux d'1,75% en 2016 pour l'ONDAM hospitalier comme pour l'ONDAM général est plus bas que celui qui avait été voté en loi de programmation des finances publiques. A cette époque, c'est le taux de 2% qui était évoqué. Les perspectives pour 2017 se basent également sur un taux d'1,75% (annexe 3).

C'est donc une perte importante de recettes potentielles avec laquelle doivent composer les directions d'hôpitaux pour construire leur budget.

Certes, il s'agit toujours d'un taux positif générant une augmentation des produits, mais sur une tendance orientée à la baisse.

¹⁰ http://www.lesechos.fr/finance-marches/vernimmen/definition_effet-de-ciseau.html

¹¹ Sutton J- Les hôpitaux de nouveau en déficit, www.mutualite.fr, 15 juillet 2015

¹² Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2016-annexe 7- ONDAM et dépenses de santé

¹³ Loi de financement de la Sécurité sociale en 2016

La campagne tarifaire publiée le 8 mars 2016 ¹⁴ indique des baisses tarifaires des séjours MCO pour l'hôpital public à 1,5% (en 2015, cette baisse était de -1%) avec un coefficient prudentiel qui grimpe à 0,5% (il était en 2015 fixé à 0,35%). Pour rappel, le coefficient prudentiel qui touche les enveloppes MCO, soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie est un système de réserve voulu par le gouvernement depuis 2013 pour garantir le bon respect de l'ONDAM voté par le Parlement. Il peut faire l'objet ou non en fin d'année d'un dégel (150 millions d'euros l'ont été fin 2015).

David GRUSON, nouveau délégué général de la Fédération Hospitalière de France (FHF), évoque un exercice 2016 « très exigeant ». Le président de la FHF, Frédéric VALLETOUX, parle « d'un niveau d'efforts demandés aux hôpitaux jamais atteint »¹⁵.

b) Le tarif journalier ne permet plus de s'ajuster par rapport aux effets de la T2A

La part des frais d'hospitalisation dans les remboursements des complémentaires de santé a cru de plus de 3 points entre 2005 et 2012¹⁶. Le tarif journalier de prestations (TJP) est la base de facturation du ticket modérateur des frais hospitaliers dans les hôpitaux publics. Selon le journal l'Expansion, le prix moyen facturé pour une journée dans un service de médecine se monte hors taxes à 184 euros¹⁷. Ces tarifs correspondent normalement au coût de revient des soins divisé par le nombre de journées prévisionnelles. Ils font l'objet d'un arrêté du directeur général de l'ARS sur proposition de l'établissement de santé.

Historiquement, depuis l'instauration de la T2A en 2005, les directions des hôpitaux publics ont eu tendance à solliciter le titre 2 au travers du TJP pour venir compenser les pertes sur le titre 1. Certaines directions des hôpitaux publics ont augmenté le TJP sans corrélation avec l'évolution de leurs frais de structures créant ainsi des situations avec des écarts de tarifs importants entre hôpitaux publics. Le centre hospitalier de Saint Malo fait partie de cette catégorie d'établissements pratiquant des TJP parmi les plus élevés de France.

Ces dernières années, la tendance est à l'encadrement du TJP qui ne peut plus être une variable d'ajustement à la T2A. Les mutuelles se montrent de plus en plus réticentes à payer ces coûts qu'elles considèrent disproportionnés et opaques. Le Ministère de la

¹⁴ Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L-162-22-10 du code de la Sécurité Sociale

¹⁵ Hospimédia 8 mars 2016 : les fédérations se montrent mitigés face à l'aspect équitable des baisses tarifaires MCO 2016

¹⁶ CHARRONDIÈRE H. La maîtrise de la facturation des séjours hospitaliers, un nouvel enjeu pour les complémentaires de santé - Les Echos, 8 octobre 2013

¹⁷ BENZ S et CHEMIN T. Hôpitaux : des factures qui font mal- L'Expansion -23 janvier 2013

Santé a demandé aux établissements dont le TJP est jugé élevé de le diminuer progressivement. Ainsi, le TJP a fait l'objet d'une baisse de tarif pour les séjours en médecine et chirurgie pour les campagnes 2014 et 2015.

Autre levier d'action en perte de vitesse : le forfait journalier. La loi¹⁸ a instauré un forfait hospitalier concernant la participation des malades aux frais hôteliers et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée depuis son admission à sa sortie sauf exceptions. Ce forfait, dont le montant est fixé par arrêté ministériel, n'avait cessé de croître depuis sa création (d'un tarif originel en MCO à 4€, il est désormais établi à 18 € depuis le 1^{er} janvier 2010 (13,50 € pour la psychiatrie)). Il est resté fixe depuis 2010.

L'évolution de l'activité hospitalière en valorisation apparaît donc plus que jamais encadrée ce qui a pour conséquence de pénaliser les produits basés sur l'activité. Pour continuer à les développer, il convient d'augmenter le volume de séjours et rechercher une meilleure codification. Mais cette recherche de nouvelles activités et de meilleure valorisation des séjours dépend de la zone de chalandise sur laquelle se trouve l'hôpital, de la concurrence locale, des caractéristiques de la population couverte et du reste à valoriser. Par exemple, au centre hospitalier de Saint Malo, alors qu'en volume, l'activité hospitalière progresse de 4,1% entre 2014 et 2015, la valorisation n'a augmenté que de 2,6% compte tenu des baisses de tarif des groupes homogènes de séjours (GHS).

Le titre 1 et le titre 2 sont donc des produits dont le montant et leurs évolutions restent en grande partie subis par l'hôpital. Or, dans le contexte actuel national, les mesures prises par les pouvoirs publics vont dans le sens d'une pression plus forte sur les hôpitaux publics. Ces mesures affectent directement la collecte de recettes et donc les bases de l'équilibre budgétaire. Les produits n'ont en moyenne progressé que de 2% en 2015 selon la directrice de la DGOS¹⁹.

Après avoir montré la tension sur les produits, le deuxième aspect de l'effet ciseau réside dans l'augmentation continue des charges, estimée pour l'exercice 2016 par la FHF²⁰ à 2,48%, principalement portée par l'évolution de la masse salariale (titre 1).

¹⁸ la loi 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale

¹⁹ Le Parisien-Le déficit des hôpitaux s'est encore creusé en 2015-25 mai 2016

²⁰ Estimation du taux d'évolution budgétaire pour 2016 par la FHF- 25 septembre 2015

3- Contenir l'évolution des charges : des difficultés à prévoir

a) *Evolution des charges en personnel : une maîtrise difficile*

Les charges de personnel de titre 1 représentent en moyenne deux tiers des dépenses totales dans un hôpital public. Les dépenses relatives au personnel devraient augmenter en 2016 de +2,40 % (+1,41% côté dépenses personnel non médical, côté personnel médical +0,99%) avec une incidence de 1,55% sur le budget total selon la note publiée le 25 septembre 2015 par la FHF. Pourtant le plan triennal prévoit une augmentation des charges de personnel limitée à 1,5% sur 2015-2017 (1,5% en 2016 et 1,45% en 2017). Leur progression avait été bien maîtrisée en 2015 (+1,75 %) mais 2016 s'annonce bien plus complexe.

L'augmentation de +2,40% est le fait d'une évolution naturelle de la masse salariale liée à l'évolution des carrières et à la prise en compte de l'évolution de l'ancienneté. Ce dernier point a cependant fait l'objet d'une modification majeure avec la suppression de la durée intermédiaire intervenue dans la négociation du protocole parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR) permettant des économies à terme.

En plus de cette évolution naturelle, vient se greffer l'évolution de la réglementation. Cette dernière est défavorable à la situation de l'hôpital ces dernières années pour les dépenses de personnel non médical : augmentation du salaire minimum de croissance (SMIC), augmentation des charges liées aux retraites des agents, impact du protocole PPCR et revalorisation indiciaire des fonctionnaires.

En effet, le décret n°2016-670²¹, qui ne concerne que l'hôpital, revalorise les agents publics de +0,6% au 1^{er} juillet 2016 et +0,6% au 1^{er} février 2017 soit un coût supplémentaire estimé selon la FHF à 150 millions d'euros en 2016 et 550 millions d'euros en année pleine²². Pour un établissement de la taille de Saint Malo, le surcoût sera de 840 000 euros sur la période 2016-2018. La masse salariale du personnel médical va également augmenter par le fait de la mise en œuvre en année pleine des mesures catégorielles de 2015 (la réforme du temps de travail des urgentistes, des internes et étudiants revalorisant les gardes et astreintes et réformant leur temps de travail) et de l'évolution liée au glissement vieillesse technicité (+0,47%). Pour la FHF, sans aides de compensation, « c'est la soutenabilité des projets d'amélioration continue

²¹ Décret n°2016-670 du 25 mai 2016 portant majoration de la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des établissements publics d'hospitalisation

²² Hospimédia 18 mars 2016- La FHF détaille l'impact financier sur l'EPRD 2016 du PPCR
Cédric PIAUD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2016

de la qualité de prise en charge des patients et la capacité des établissements à atteindre les objectifs portés dans le cadre du plan triennal qui seraient fragilisées ». ²³

b) *Les autres charges continuent de croître en moyenne*

D'autre part, sur les charges de titre 2, les dépenses continuent de croître tenant compte de l'évolution des prix des médicaments, de la dynamique de la demande liée au vieillissement de la population, et du coût des matériels et fournitures médicaux.

Pour garantir l'accès à des médicaments novateurs lors du séjour hospitalier, leurs financements sont assurés par l'inscription des spécialités sur la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation. Les charges du titre 2 sont compensées sur l'aspect médicaments par des recettes en titre 3 appelées rétrocessions de médicaments. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 fixe l'objectif de 205 millions d'euros d'économies : la liste en sus fait ainsi l'objet d'ajustements réguliers. La FHF a alerté « sur les difficultés considérables liées aux radiations partielles sur la liste en sus » ²⁴. Pour le centre hospitalier de Saint Malo, les dépenses enregistrées en 2015 sont supérieures de 35% à 2014 sur les anti-cancéreux du fait de l'augmentation d'activité.

Sur le titre 3, les hôpitaux publics ont engagé des réflexions sur des achats mutualisés pour diminuer le coût unitaire des charges à caractère hôtelier et général. Les charges de titre 4 ont connu des évolutions différentes au sein des centres hospitaliers, notamment du fait de la souscription à des emprunts dits toxiques. En février 2015, devant la brusque envolée du franc suisse et à l'instar de ce qui avait été fait pour les collectivités territoriales, les hôpitaux ont réclamé 500 millions d'aides publiques : le 24 février 2015, le gouvernement leur accorde 300 millions d'aides. Les coûts liés à la certification des comptes des hôpitaux publics ne sont pas non plus à négliger : il y a le coût direct du marché destiné à sélectionner les commissaires aux comptes et les coûts à venir de régularisation des charges. Ils devraient être compensés par des gains organisationnels.

Compte tenu de ces évolutions de charges et l'évolution des produits reposant sur l'activité hospitalière, l'exercice 2016 apparaît plus tendu et fait craindre pour la pérennité de l'équilibre budgétaire de nombreux hôpitaux publics.

Pour contenir cette pression budgétaire, des mesures re-structurantes basées sur la réduction des dépenses ont été engagées.

²³ Finances hospitalières-mai 2016-N°102- Editorial

²⁴ Dépêche APM- 1^{er} août 2016 – La FHF dénonce les radiations partielles de la liste en sus

B- Des mesures principalement axées sur la maîtrise des dépenses ont été engagées. Elles rencontrent des limites appelant à trouver des solutions complémentaires d'équilibre budgétaire

Avant d'étudier les nouvelles opportunités de recettes, il semble utile à ce stade d'observer ce qui a déjà été fait pour parvenir à atteindre l'équilibre budgétaire.

1- Les mesures engagées visent à diminuer les charges et à favoriser la fluidité du parcours patient

En lien avec les orientations du plan triennal, les mesures actuellement développées au sein des hôpitaux publics portent sur la maîtrise des dépenses et l'optimisation du parcours du patient.

a) *Les politiques visant à contracter les charges hospitalières : actions payantes*

- Contracter l'évolution des charges de titre 1

Compte tenu de son poids dans les dépenses d'un hôpital public, naturellement, les hôpitaux ont travaillé à réduire ce poste. Par exemple, le centre hospitalier de Saint Malo a conduit une politique engagée de réduction de ses charges de personnel : en effet, grâce à une maîtrise des mensualités de remplacement, les charges de titre 1 n'augmentent que de 1,1% sur l'exercice 2015 contre 1,75% au global pour l'ensemble des hôpitaux publics. Pour le personnel non médical, ce taux est de 0,5% alors que sur la période, des dépenses supplémentaires ont été subies telles que les dépenses liées au glissement vieillesse technicité (GVT) et l'impact de mesures nationales. Malgré une augmentation de 3,3% des dépenses en personnel médical, des efforts importants ont été menés pour diminuer les dépenses d'intérim (-244000 euros entre 2014 et 2015). Il est à ce propos intéressant de noter que tout cet effort s'est trouvé amoindri financièrement par les nouvelles dispositions réglementaires relatives au temps d'intervention en astreinte (+230000 euros entre 2014 et 2015).

D'autres établissements ont choisi de revoir leur accord relatif à la récupération du temps de travail : l'exemple le plus emblématique est celui de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). La direction générale de l'AP-HP et la confédération française démocratique du travail (CFDT) AP-HP ont annoncé la signature en octobre 2015, après

cinq semaines de négociations, d'un accord sur l'organisation et le temps de travail²⁵. L'organisation du travail en 7h30, avec 15 jours de réduction du temps de travail (RTT), est introduite à l'AP-HP. La formule à 7h30 portée par la direction permet de diminuer le nombre de week-end travaillés, donc le nombre d'agents nécessaires, donc la masse salariale.

- S'inscrire pleinement dans le programme d'optimisation des achats

Dès 2014, les établissements du GHT Rance Emeraude ont travaillé sur un plan d'actions achats (PAA). Ce PAA a fait l'objet d'une réactualisation récente pour la période 2015 - 2017. Le plan s'appuie sur les leviers suivants :

- la poursuite de la massification des achats dans le cadre d'une mutualisation au sein des trois établissements du GHT
- la recherche de gains lors des renouvellements de marchés par la remise à plat de la définition du besoin
- l'optimisation des consommations

- Réduire voire geler son plan pluri-annuel d'investissement (PPI)

Cette option a été retenue par plusieurs hôpitaux publics : afin de ne pas générer des charges en dotation aux amortissements et des charges de titre 4, les nouveaux investissements d'importance ont été revus nettement à la baisse. Ces opérations permettent ainsi de présenter une stabilisation du stock de dettes financières et une amélioration de la CAF.

Outre la contraction des charges, il y a eu un travail pour repenser le parcours du patient.

b) Des parcours patients repensés et optimisés en collaboration avec les équipes soignantes

Comme futur directeur d'hôpital, il m'apparaît primordial de conduire une dynamique collective d'accompagnement au changement auprès des équipes, notamment des médecins. Ces derniers sont porteurs de projet qui peut générer des économies substantielles. Ainsi, la façon d'accompagner le changement auprès des équipes m'apparaît fondamentale dans la réussite des projets.

²⁵ Communiqué de presse de l'APHP du 27-10-2015 relatif à la signature d'un accord sur l'organisation et le temps de travail

- Développer les modes de prises en charge en ambulatoire

La France accuse un retard par rapport aux pays anglo-saxons ou d'Europe du Nord²⁶ concernant la prise en charge en ambulatoire avec un taux de 45%²⁷ en chirurgie ambulatoire. Ce mode de prise en charge qui permet une réduction de la durée de séjour s'est beaucoup développé en chirurgie et commence à s'étendre aux activités de médecine (les hôpitaux de jour se développent au sein des hôpitaux). C'est un axe fortement encouragé par les pouvoirs publics au travers du virage ambulatoire : l'objectif du plan triennal est de passer de 45% à un taux de 50% en 2017 et 66% en 2020 pour la chirurgie ambulatoire.

A Saint Malo, en 2014 et 2015, avec l'ouverture d'unités d'hospitalisation de semaine en médecine et en chirurgie, le mouvement vers l'ambulatoire s'est ainsi poursuivi. Ces modifications dans les modes de prise en charge représentent l'équivalent de 12 lits fermés en année pleine (8 en médecine, 4 en chirurgie). Le taux global de chirurgie ambulatoire à Saint Malo a progressé en 2015 pour s'établir à 42% (+2 points). L'activité ambulatoire de médecine se présente également en hausse sur la période 2010 - 2014 (+15,3% d'entrées en hôpitaux de jour de médecine et de pédiatrie), ainsi que le nombre d'actes ambulatoires enregistré en psychiatrie.

- Travailler sur la réorganisation capacitaire

Parallèlement à l'optimisation des modes de prise en charge, le centre hospitalier de Saint Malo a mis en œuvre une diminution capacitaire nette de -12 lits en hospitalisation complète de chirurgie en juillet 2014, ramenant le nombre de lits de 78 à 66. L'hôpital de jour de médecine, l'hôpital de jour d'onco-hématologie et l'hôpital de jour de pédiatrie ont été transférés dans de nouveaux locaux. Une réduction du capacitaire de la maternité (-3 lits) a également eu lieu en 2015.

J'ai participé durant le stage à des réunions relatives à la réorganisation capacitaire des services de médecine. Certains médecins se sont montrés réticents suite aux épisodes de tension sur les lits. Plusieurs scénarios, à base d'études médico-économiques, ont été proposés en tenant compte du lien avec le centre hospitalier de Dinan. Le virage ambulatoire intensifié devrait permettre de libérer des surfaces utilisées en hospitalisation complète. La réflexion se heurte aux contraintes architecturales du site de Broussais et aux équilibres à maintenir au sein de l'hôpital afin d'accueillir les malades au quotidien sans généraliser des périodes de tension déjà fortes sur la disponibilité des lits.

²⁶ Rapport d'orientation de la HAS-Tarifification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger- Juin 2013 pp5-6

²⁷ Hospimedia 22 janvier 2015 : la France a connu une petite flambée de son taux de chirurgie ambulatoire

Ce genre de projet qui réinterroge les prises en charge patient doit être porté en collaboration avec les médecins. Le projet unité de diagnostic et d'orientation (UDO) à Saint Malo concernant la prise en charge des problématiques suicidaires en est une illustration. Par une plus grande mutualisation des compétences médicales visant à rapprocher deux unités (l'unité post accueil et l'unité d'accueil médico psychologique) en un seul service, les recettes estimées sont de l'ordre de 400000 euros par an.

- Favoriser la rotation des lits

Le parcours patient peut s'apprécier en fonction de l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS). En chirurgie à Saint Malo, l'IP DMS s'est amélioré en 2014 (0.96), notamment grâce à la réduction de la DMS dans certaines spécialités et à l'optimisation capacitaire. En obstétrique, l'IP DMS reste supérieur à 1 en 2015.

Durant le stage, j'ai eu l'occasion de participer aux réunions pour optimiser la gestion et l'ordonnancement des lits. Nous avons pris contact avec des centres hospitaliers d'autres régions, notamment le CHU de Nantes, pour compléter notre réflexion sur une cellule interne d'ordonnancement et de gestion des lits. La date prévisionnelle de sortie a également été introduite dans le dossier patient informatisé pour anticiper les sorties patient, notamment le matin.

Les actions menées à Saint Malo (maîtrise de la masse salariale, réorganisations capacitaires, développement de l'ambulatoire dans un parcours patient repensé) rejoignent les principales orientations des autres centres hospitaliers. Les directeurs d'hôpitaux que j'ai interrogés m'ont tous évoqué ces leviers et considèrent que ce sont les axes principaux pour parvenir à l'équilibre budgétaire ce qui explique le relatif désintérêt porté aux recettes annexes. Mais ces mesures présentent des limites qui appellent à réfléchir à de nouvelles solutions.

2- Les limites des mesures actuelles axées principalement sur les dépenses appellent à réfléchir à des solutions complémentaires

Durant le stage, j'ai observé des limites quant à la mise en place des mesures précédemment présentées. En effet, elles reposent sur une dynamique d'ensemble. Or, il existe aujourd'hui un risque que cette dynamique s'essouffle par épuisement des acteurs faute de vision générale partagée.

Les réorganisations capacitaires peuvent être comprises comme des mesures comptables sans perspective générale. Par exemple, lors de la réorganisation capacitaire en chirurgie à Saint Malo visant à développer le mode ambulatoire, il y a pu avoir des

difficultés à entraîner certains médecins dans le projet. Cette incompréhension peut se traduire par un grand scepticisme face aux nouveaux projets de direction et être un frein important à leur bonne mise en place : c'est ce que doivent essayer de dépasser les directeurs d'hôpitaux.

La seconde limite concerne la maîtrise de la masse salariale²⁸ : elle s'est faite en premier lieu sur les effectifs paramédicaux. Par exemple au centre hospitalier de Saint Malo, en 2015 selon le rapport financier de l'établissement, la masse salariale progresse de 3,3% sur le titre 1 côté médical et que de 0,5% sur le titre 1 côté paramédical. Certaines années, comme en 2013, il y a eu jusqu'à 5 points d'écart entre les deux taux de progression (respectivement +8% et +3,2%). Concernant le personnel non médical, la maîtrise des mensualités de remplacement a été une mesure phare pour parvenir à la maîtrise des charges. La question que je me suis posée comme futur directeur d'hôpital est de savoir comment maintenir un sentiment d'équité de la charge d'effort demandée aux personnels et ainsi d'éviter un développement de l'absentéisme. Il faut donc à mon sens renforcer la communication auprès des équipes pour expliquer le sens des mesures et accompagner leur mise en œuvre auprès des acteurs de terrain (notamment les cadres de santé).

Enfin, dernière difficulté qui pèse sur les mesures de contraction des charges de titre 1 : les directions des hôpitaux publics ne maîtrisent pas l'ensemble de la chaîne. En effet, il peut y avoir une maîtrise en termes de volume mais pas de maîtrise sur le prix (revalorisations statutaires ou renégociations collectives nationales). Les performances d'un exercice budgétaire peuvent être remises en cause en cours d'exercice par un nouveau texte réglementaire revalorisant les statuts.

La troisième limite à mon sens concerne l'architecture hospitalière : certains centres hospitaliers évoluent dans des locaux anciens qui ne sont pas optimisés en termes d'occupation d'espace. Ces contraintes architecturales peuvent être un frein au projet de réorganisation capacitaire : les réunions de travail sur le projet de relocalisation de l'unité de soins palliatifs sur le site principal de Broussais (projet inscrit dans le projet d'établissement) m'ont permis de me rendre compte de la complexité à réorganiser plusieurs unités pour atteindre l'objectif visé. Dans le cas malouin, vient s'ajouter l'incertitude quant aux gains de futurs espaces avec le transfert possible d'unités du site

²⁸ Cour des Comptes, les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire, rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014, septembre 2014

malouin vers Dinard. Le ralentissement des investissements constatés dans les PPI présentés des hôpitaux interroge également sur la pérennité des architectures hospitalières et le coût futur de cette politique de maîtrise de charges.

Développer l'ambulatoire en particulier en médecine ne va pas de soi non plus : il y a un flou juridique qui ne rend pas la tâche évidente. De récents contrôles de la sécurité sociale sur les facturations T2A ont conduit à des refus de facturation (par exemple sur les facturations des bilans diagnostic) en application de la circulaire frontière²⁹. La circulaire, en effet, précise que les actes facturables répondent à trois conditions : ceux qui nécessitent une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D6124-301 du CSP, ceux avec un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie, ceux avec l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte.

Si une de ces trois conditions n'est pas remplie, il n'est plus facturé un séjour GHS mais un acte selon la nomenclature d'actes en vigueur. Cela a donc des conséquences financières pour le centre hospitalier et n'est pas porteur d'un climat serein pour développer la médecine ambulatoire. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a constaté que le frein principal est le risque de requalification en actes et consultations externes. Cette instruction donne lieu selon la mission « à des ambiguïtés d'interprétation induisant une insécurité juridique et un risque financier pour les établissements »³⁰.

Ces exemples de risques et limites m'ont permis de mesurer l'importance de l'accompagnement des mesures face aux changements que doit conduire le directeur d'hôpital. J'en ai retiré plusieurs enseignements : il doit chercher à préserver la dynamique d'ensemble au travers du partage d'une vision avec les autres acteurs de l'hôpital. Il doit également veiller à préserver l'unité de l'hôpital entre les différentes catégories de personnel. Enfin, à mon sens, il doit savoir écouter et accompagner les équipes pour mettre en place des mesures opérationnelles et concertées.

Il ne s'agit pas de remettre en cause la poursuite des mesures actuellement mises en place qui ont montré leur intérêt et qui sont en ligne avec les orientations nationales développées par le gouvernement. Il s'agit de constater que ces mesures doivent être complétées par d'autres actions, en particulier au niveau des recettes. Or, les recettes

²⁹ La circulaire frontière fait référence à l'instruction DGOS/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalière de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée

³⁰ IGAS- Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires en médecine- Février 2016-N°2015-117R-p5

liées au développement de l'activité d'hospitalisation (titre 1 et 2) sont sur une tendance de contraintes plus fortes. L'hypothèse formulée dans ce mémoire est donc la suivante : face à ce diagnostic qui pointe des difficultés dans la maîtrise actuelle et future des charges et des contraintes dans le développement des produits de titre 1 et 2, il apparaît opportun de développer les recettes annexes.

Nous verrons quels sont les arguments, à partir des entretiens menés et des recherches bibliographiques, qui viennent conforter cette hypothèse et travaillerons à estimer les recettes potentielles théoriques d'un projet de développement de recettes annexes.

II- Face à ces limites, les recettes annexes constituent une opportunité réelle pour répondre aux attentes de l'utilisateur et générer de nouvelles recettes

Les directions doivent s'intéresser aux recettes annexes car elles sont, dans un cadre réglementaire porteur, une possibilité de gains à trois niveaux pour l'établissement (A). Elles représentent également une marge de progression financière intéressante pour l'hôpital public (B).

A- Dans un cadre réglementaire porteur, les recettes annexes permettent des gains à trois niveaux pour l'établissement

Après avoir rappelé que le cadre réglementaire permet à l'hôpital de développer des services payants (1), nous verrons que les retours sur investissement se font à trois niveaux (2).

- 1- Le cadre réglementaire permet une large liberté de fixation des tarifs pour le directeur d'hôpital dans la limite de la loi

Seules peuvent être facturées au patient des prestations pour exigence particulière, dénuées de fondement médical, visées à l'article R162-32-2 du code de la sécurité sociale³¹. Le régime particulier qui est prévu par l'article R1112-18 du code de la santé publique exclut les bénéficiaires de l'aide médicale de l'état (AME), les patients étrangers en urgence vitale, et lorsque l'état d'un malade requiert son isolement.

L'article R162-32-2 décrit une large gamme de possibilités de prestations hospitalières payantes dont le tarif est librement fixé par le directeur d'hôpital :

- L'installation dans une chambre particulière en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement en cas d'hospitalisation.
- L'hébergement, ainsi que les repas et les boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée
- La mise à disposition du patient, à la chambre, de moyens d'émission et de réception d'ondes radioélectriques

³¹ Guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé-BO santé- Protection sociale- Solidarité n°2015/4 du 15 mai 2015 p2

- Les interventions de chirurgie esthétique
- Les prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par des tarifs des prestations de l'établissement
- Le maintien du corps du patient dans la chambre mortuaire de l'établissement à la demande de la famille au-delà du délai réglementaire de trois jours.

Pour illustrer la diversité des tarifs qui est permise par le législateur, nous pouvons nous intéresser à l'exemple de la facturation des chambres mortuaires au-delà de 72 heures. Il apparaît compliqué d'expliquer pourquoi les tarifs peuvent varier du simple au triple suivant les établissements hospitaliers (annexe 4). C'est cette absence de socle minimal standard qui permet de faire varier les tarifs et laisse ainsi une large marge de manœuvre. Le législateur a également assoupli certaines dispositions qui pouvaient freiner le développement de recettes annexes. Le décret du 30 novembre 2005³² a supprimé les dispositions spécifiques du CSP fixant la limite maximale de tarif concernant la prestation payante pour une chambre particulière. De même, depuis le décret 2011-221 du 28 février 2011³³ relatif au financement des centres hospitaliers, il est également possible de facturer des chambres particulières en ambulatoire. Cette extension était particulièrement attendue par les directions des établissements de santé et soutenue par la FHF car elle élargit la base de facturation.

Cependant, les pouvoirs publics se sont manifestés pour rappeler la réglementation et prévenir les dérives de facturation. L'instruction DGOS n°2015-36³⁴ a ainsi pour objet de « rappeler la réglementation applicable et les recommandations utiles en matière de facturation des prestations pour exigence particulière du patient ». Cette instruction précise que ce rappel est la conséquence « d'une augmentation des dérives et abus constatés en la matière ».

Parmi les dérives constatées auxquelles le document fait référence, par exemple, la facturation systématique (hors recueil de consentement) des chambres particulières aux patients. C'est ainsi qu'il est constaté des résultats pour le moins étonnant avec des écarts significatifs de recettes sur un même territoire de santé et parfois, avec moins de lits. La sénatrice Evelyne Didier s'est montrée particulièrement inquiète « des frais supplémentaires facturés par les établissements de santé » en dehors du forfait

³² Décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

³³ Décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé

³⁴ Instruction DGOS/R1 n°2015-36 du 6 février 2015 relative au guide de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé

hospitalier qui « n'ont rien à voir avec les soins et se multiplient ». Elle s'appuie sur une enquête de la Mutualité Française de Lorraine qui met en avant des exemples de facturation pratiqués illégalement.³⁵

Toutes les prestations non expressément visées par l'article R162-32-2 du code de la sécurité sociale ne peuvent être facturées comme l'ont rappelé les pouvoirs publics.

Cette même dépêche APM indique que la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion, Madame Neuville, est en train de rédiger un décret d'application de la loi de santé visant « à sanctionner la facturation irrégulière de frais annexes aux patients par les établissements de santé ». Elle indique que les pouvoirs de la direction générale de la concurrence, de la consommation et répression des fraudes (DGCCRF) en la matière ont été renforcés depuis la nouvelle loi de Santé avec des amendes administratives de 15000 euros maximum pour les établissements qui manqueraient aux principes de non facturation au patient de prestations dont les frais sont couverts par les régimes obligatoires.

Pour limiter les dérives, certains, en entretien, ont indiqué que les pouvoirs publics auraient intérêt à définir encore plus précisément la nature de ce qui est attendu dans les services facturés à l'utilisateur. Par exemple, définir ce qui est entendu par « chambres particulières » en termes de niveau d'acceptabilité architecturale, de confort patient et de services (l'accès à la wifi doit-il pas faire l'objet du package minimal inclus dans le tarif chambre particulière ?).

Clarifier ces notions apporterait une base de contrôle plus objective. Cependant, cela obligerait également les pouvoirs publics à classer les niveaux de confort au sein de l'enceinte hospitalière. En EHPAD, deux décrets publiés au Journal Officiel du 31 décembre 2015 relatifs à la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement apportent des précisions sur les tarifs d'hébergement. Le premier texte³⁶ qui est entré en vigueur en juillet 2016 fixe la liste des prestations minimales d'hébergement, et notamment les prestations d'accueil hôtelier. Les tarifs communiqués par les EHPAD devront inclure ces prestations : c'est peut être une voie à ouvrir concernant le MCO.

Les modalités de facturation de ces prestations relèvent du droit commercial et du droit de la consommation. Ce sont les services de la DGCCRF qui sont compétents pour les contrôler. Ceux-ci ont un large champ de contrôle, le secteur hospitalier n'étant pas le

³⁵ APM-préparation d'un décret contre les frais annexes facturés irrégulièrement aux patients-21 juin 2016

³⁶ Décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD

plus particulièrement visé. Quant aux ARS, leur rôle peut apparaître difficile à tenir. Elles cherchent à appuyer les établissements hospitaliers publics dans la réduction de leurs déficits, et notamment en approuvant des EPRD incluant l'augmentation des recettes annexes.

2- Les recettes annexes permettent des gains pour l'établissement en termes de réponses aux attentes de l'utilisateur, de performances financières, et d'amélioration d'image

Les recettes annexes doivent davantage susciter l'intérêt. Elles permettent des gains pour l'établissement sur trois plans :

- Développement du bien-être de l'utilisateur comme réponse à ses nouvelles attentes

Les recettes annexes développent des services payants auprès de l'utilisateur et s'appuient sur l'aspect hôtelier d'un hôpital. Elles questionnent en effet la façon d'organiser le séjour du patient pour le rendre le plus agréable possible dans un cadre hospitalier par nature stressant. A la différence d'un hôtel, les arrivants à l'hôpital ne séjournent pas par plaisir mais parce que leur état de santé le demande.

Les usagers hospitaliers veulent être considérés comme des patients acteurs. Ils ont pris une importance institutionnelle grandissante au sein de l'hôpital : la loi du 4 mars 2002³⁷ leur octroie le droit à l'information et la bonne compréhension sur la prise en charge qu'ils vont subir. De même, un des piliers de la loi de santé publique 2016-41 du 26 janvier 2016 consiste à renforcer encore leur rôle au sein de la gouvernance de l'institution hospitalière.

Les usagers manifestent des exigences plus importantes concernant la qualité de leur prise en charge dans les hôpitaux publics. Ils recherchent une prestation plus individualisée et plus humanisée. Ils évaluent « non seulement la qualité des soins prodiguée mais aussi les marques d'attention qui lui sont témoignées et les services que l'on met à sa disposition »³⁸. Ils veulent, comme me l'a affirmé un représentant des usagers du GHT Rance Emeraude, se retrouver à l'hôpital public « comme chez soi ».

³⁷ Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³⁸ François Madelmont, directeur général de SPH Conseil, livre blanc sur l'accueil, le divertissement et les loisirs à l'hôpital-Edition novembre 2015

Le processus d'humanisation des hôpitaux a débuté par le décret du 17 avril 1945 dans lequel l'hôpital public est reconnu comme un service public. Mais, ce n'est que le 5 décembre 1958 qu'est publiée la première circulaire relative à l'humanisation des hôpitaux. Ce mot « exprime le décalage entre une demande sociale de plus en plus pressante et l'état d'une institution toujours marquée par son passé et sa culture de l'assistance »³⁹. Il a fallu attendre le début des années 1970 pour obtenir la disparition totale des salles communes. Ces salles communes ont été remplacées par des chambres à six personnes puis des chambres doubles. Cependant, des efforts ont encore été nécessaires pour moderniser les hôpitaux et mieux répondre aux attentes des patients : les plans successifs d'investissement plan hôpital 2007 et 2012 ont permis de restructurer les bâtiments anciens devenus inadaptés. L'hôpital de Saint Malo a bénéficié du plan hôpital 2007 pour moderniser son pôle Femme Mère Enfant, lui permettant d'accroître son offre en chambres individuelles. Ces plans ont permis de donner au cadre architectural de l'hôpital un aspect plus accueillant et plus familial.

Aujourd'hui, les attentes de l'utilisateur se sont renforcées pour passer de la notion de confort à la notion de bien être, c'est-à-dire se sentir bien et serein pendant son séjour hospitalier. Au-delà de l'aspect matériel, il s'agit de favoriser pour l'utilisateur l'oubli de la maladie ce qui lui permettra de mieux accepter son traitement. L'objectif est de diminuer les facteurs de stress en favorisant la tranquillité et l'intimité. La qualité de la prestation hôtelière joue un rôle important. Elle fait partie de la qualité de la prise en charge globale et peut participer à son rétablissement sanitaire. Une étude de l'Institut National de Santé Publique du Québec⁴⁰ montre que les patients bénéficiant d'une chambre individuelle avec salle de bains privative ont moins de risques de contracter une infection à l'hôpital et moins de risques d'erreurs d'administration de médicaments.

Le développement de recettes annexes à l'hôpital public est une réponse aux attentes de l'utilisateur car elles proposent des services, certes payants, qui permettent un ajustement au plus près des besoins de chaque usager, qu'ils soient de nature domestiques, thérapeutiques, matériels ou psychologiques. Proposer ces services ou prestations sont de nature à renforcer la sérénité et le bien-être de l'utilisateur. Il se sent considéré comme une personne.

³⁹ Nardin A collectif, *l'humanisation de l'hôpital, mode d'emploi*. Musée de l'AP-HP, 2009, 244 pages

⁴⁰ Comité sur les infections nosocomiales au Québec : proportion de chambres individuelles avec salle de toilette privative devant être disponible dans les établissements de santé physique du Québec

- Les gains financiers :

Le journal l'Expansion⁴¹ donne quelques chiffres de recettes dans certains hôpitaux. Ainsi, la facturation de chambres particulières permet aux Hôpitaux Civils de Lyon (HCL) d'engranger chaque année 12 millions d'euros par an sur ce poste. L'AP-HP est passé en un an de recettes nulles à 3 millions d'euros par an avec pour objectif d'atteindre 10 millions par an. On voit en effet par comparaison avec les HCL que l'AP-HP dispose d'une marge de progression importante. Quant à lui, le centre hospitalier de Morlaix a généré selon l'entretien que j'ai réalisé, 907000 euros de vente de chambres particulières en 2015 sans programme immobilier spécifique sur un budget principal 2015 de 140 millions d'euros soit une performance 30% supérieure par rapport à Saint Malo pour un budget équivalent. Le nombre de chambres seules à Morlaix est supérieur à celui de Saint Malo, mais cette différence (+64 chambres) n'est pas suffisante pour expliquer l'importance de l'écart.

Des orientations plus récentes dans les hôpitaux publics ont conduit au développement de parking payant compte tenu du développement de l'ambulatorio et du développement de l'activité hospitalière. A titre d'exemple, selon la grille tarifaire travaillée au centre hospitalier de Saint Malo (annexe 5), une recette annuelle d'environ 100000 euros hors taxes est estimée pour une offre de 120 places payantes avec deux heures de gratuité offertes. Sans être particulièrement agressif, il peut être rapidement observé que ces montants générés de recettes représentent une équivalence au recrutement de deux infirmières.

Des recettes hôtelières peuvent également être produites. Alors que des expériences en France se déroulent depuis le premier semestre 2016 relatives aux hôtels hospitaliers en lien avec l'article 53 la loi 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale, à l'étranger, des établissements sont allés plus loin.

Le dispositif français permet aux patients de passer une ou plusieurs nuits dans un hôtel à proximité ou dans l'enceinte de l'hôpital si son état de santé l'autorise. Quelques rares exemples français proposent des chambres d'hôtel comme à l'hôtel-Dieu (AP-HP) à Paris, où quatorze chambres ont été aménagées au sixième étage, avec vue sur la cathédrale Notre-Dame. Si les malades sont prioritaires, la structure est ouverte aux touristes. 62 euros la nuit pour les patients, 134 euros pour les voyageurs⁴². En Pologne, un hôtel au sein de l'hôpital a ouvert en septembre 2014 à Biala-Podlaska. Un étage entier de l'hôpital

⁴¹ Benz S et Chemin T. Hôpitaux : des factures qui font mal- L'Expansion -23 janvier 2013

⁴² Grand Angle : une nuit d'hôtel...à l'hôpital. Interactions n°12- janvier 2013 p18-20

est dédié à l'hôtellerie qui comprend seize chambres avec deux personnes dédiées. « Les premiers bilans sont satisfaisants » : l'auteur de l'article conclut « que le concept polonais pourrait compléter le concept français pour une meilleure rentabilité » et qu' « à l'heure où la situation financière de bon nombres d'établissements virent au rouge, de nouvelles pistes doivent être tracées pour trouver de fonds »⁴³.

- Impact positif sur l'attractivité et l'image de l'établissement

L'accroissement de la concurrence nécessite que les établissements se différencient au-delà du cadre strict de l'acte médical. Des études montrent « que les innovations sur l'expérience client ont plus de conséquences sur l'image de l'établissement que les innovations cliniques et techniques. Ceci s'explique facilement par l'absence d'expertise médicale du patient⁴⁴ ». Cette analyse peut à mon sens être nuancée mais illustre pourquoi le secteur privé lucratif a beaucoup investi ce champ.

Le sondage issu de ce même livre blanc montre également que 60% des personnes interrogées estiment que dans le cas d'une intervention programmée, les services ou équipements proposés par l'établissement influenceront leurs choix. Il est permis de penser que pour attirer une clientèle étrangère supplémentaire, il peut être pertinent de développer des services spécifiques à cette clientèle en termes d'offres de contenus culturels.

Le centre hospitalier de Saint Lô a développé une expérience originale et inédite auprès du patient. Il propose un terminal de santé aux patients (TSP) qui lui permet de bénéficier d'applications multimédia mais aussi d'informations de prévention sur sa pathologie. Pour les professionnels de santé, le terminal est utilisé pour accéder aux dossiers médicaux. Le TSP fait l'objet d'une facturation journalière aux patients de 5 euros (le TSP est loué à un partenaire, une partie des gains revient au CH⁴⁵). A ce jour, le TSP est choisi par deux tiers des patients ce qui est, selon la direction de Saint Lô, « mieux que le modèle économique imaginé ». Le gain se fait également par un renforcement du sentiment d'appartenance du personnel soignant.

Face à la totalité des recettes, les recettes annexes représentent de faibles recettes en volume. Mais, les contraintes budgétaires en font des opportunités à ne pas négliger. Il faut cependant tenir compte de particularités de chaque centre hospitalier pour estimer son potentiel théorique de développement, c'est l'objet de la suite de ce mémoire.

⁴³Cousin M-O. Un hôtel à l'hôpital, un concept à développer ?- Gestions hospitalières n°550 Novembre 2015-p537

⁴⁴ Livre blanc sur l'accueil, le divertissement et les loisirs à l'hôpital –Edition novembre 2015-p3

⁴⁵ Plus de la moitié revient au centre hospitalier de Saint Lô

Nombre de places par jour restant disponibles pour les usagers payants :

La direction d'un centre hospitalier doit établir sa cible en ce qui concerne les futurs usagers payants d'un parking. Il y a trois types d'usagers : le personnel de l'hôpital, les consultants et les visiteurs. Dans certains établissements hospitaliers, comme à Valenciennes, la direction a opté pour une tarification pour les trois types d'usagers selon des modalités de différenciation de tarification. Plus communément au travers des recherches liées à ce mémoire, les exemples que j'ai trouvés distinguent les usagers de type personnel hospitalier (tarification gratuite) et les usagers consultants et visiteurs (tarification payante selon des différenciations horaires).

Le nombre de places par jour restant disponibles pour les usagers payants est donc la différence entre la totalité capacitaire des places pour tout type d'utilisateur du parking (lié à l'outil de production de l'hôpital) et le nombre de places réservées à des usages non payant (lié aux choix des exceptions arbitrées par la direction).

Par exemple, concernant le projet malouin, il ne reste que 120 places disponibles pour les usagers payants (capacité totale : 795 places). Les recettes seront donc calculées sur ce nombre de places.

Taux d'occupation des places sur le parking

Il s'agit d'évaluer le nombre d'usagers définis comme payants (à Saint Malo, ce sont les consultants et visiteurs) qui viennent occuper une place de parking par jour au sein du centre hospitalier. Cette approche doit se faire en deux temps :

- un temps de diagnostic (le parking au moment de l'étude est encore gratuit pour tous les usagers)
- un temps où on prend en compte l'éventuel taux de fuite lié à la tarification des places (ce taux de fuite est donc lié à la grille tarifaire).

Le temps de diagnostic estime par jour le nombre d'usagers définis comme payants venant au centre hospitalier : par exemple, il est estimé pour Saint Malo à 370 véhicules pour les visiteurs et consultants par jour.

Les expériences des cabinets externes ont permis d'établir des pourcentages de consentement à payer s'il y a tarification et donc le taux de fuite (base 2 premières heures gratuites comme choisies à Saint Malo) illustrés en annexe 6.

La valeur moyenne du ticket

Il convient d'établir un projet de grille tarifaire qui est lié aux comparaisons locales et à l'environnement immédiat du centre hospitalier. Ainsi, si les rues environnantes qui dépendent d'une gestion municipale sont tarifées, il est de bon usage d'établir une tarification proche pour ne pas créer de déséquilibre.

Si les rues environnantes de la voirie publique sont gratuites, il peut sembler pertinent de ne pas mettre une tarification trop importante au risque d'un report sur ces voiries, et d'une création de difficultés pour la municipalité. A Saint Malo, la mairie a été très attentive à la mise en place du projet car elle craignait l'incidence sur sa propre voirie et l'engorgement des accès aux abords de l'hôpital.

Pour construire le projet de grille tarifaire, il faut également avoir en mémoire que la réglementation a évolué. Depuis la loi Hamon adoptée le 18 mars 2014 et applicable depuis juillet 2015⁴⁶, la tarification au ¼ d'heure est une obligation réglementaire pour toute durée inférieure à douze heures. L'article L113-7 précise que « tout exploitant de parc de stationnement affecté à un usage public applique au consommateur, pour les stationnements d'une durée inférieure à douze heures et payés à la durée, une tarification par pas de quinze minutes au plus ».

La valeur moyenne du ticket se calcule néanmoins par plage horaire et en fonction de la répartition des usagers payants par durée (annexe 7).

Nombre de jours d'ouverture du parking payant : il s'agit de la durée sur laquelle le parking payant peut être exploité pleinement.

2- L'approche comparative permet d'identifier d'importantes marges de progression dans le secteur public en termes de positionnement prix et volume de facturation

Les sources bibliographiques fiables permettant de comparer les différentes recettes annexes entre établissements hospitaliers publics sont rares. La base d'Angers, par exemple, n'aborde pas ce sujet : interrogé, le gestionnaire de la base des coûts d'Angers m'a répondu « qu'il n'a pas d'analyse à ce sujet et qu'à sa connaissance, il n'y a pas de telles études sur le territoire ». Les mutuelles peuvent jouer ce rôle au regard des informations qu'elles collectent notamment sur la vente de chambres particulières.

Il reste évidemment possible de se référer aux différentes lignes comptables du bilan des centres hospitaliers, en particulier les comptes 708 relatifs aux activités annexes à l'activité hospitalière. Ces lignes soulignent les recettes d'activités réalisées au profit de tiers sur la base des moyens de l'hôpital. Mais là encore, grande prudence est nécessaire pour comparer ce qui est comparable : il ne peut y avoir uniquement un raisonnement basé sur le nombre de lits. Il faut regarder par exemple en détail l'architecture du centre hospitalier, et donc son potentiel en termes de qualité hôtelière. Il faut également être vigilant sur la façon dont est recueilli le consentement du patient concernant la vente de

⁴⁶ Loi 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation dite loi Hamon

ce type de prestations. On peut en effet s'étonner que des établissements hospitaliers avec une offre numéraire nettement inférieure en lits puissent dégager des ressources liées à la vente nettement supérieures à de plus gros établissements sur un territoire de santé équivalent.

Une autre méthode peut reposer sur l'approche comparative avec le secteur privé, notamment sur les chambres particulières qui représentent leurs principales recettes. Selon les données recueillies par la mutuelle Santéclair⁴⁷, le coût moyen d'une chambre particulière s'élevait en 2013 à 68 euros dans le privé avec une fréquence de facturation dans près d'un séjour sur deux ; alors que dans les hôpitaux publics, il s'élevait à une facture moyenne de 46 euros par jour pour un montant facturé dans un cas sur cinq. Il apparaît donc deux leviers de comparaisons en défaveur du secteur public : l'un sur le prix de vente, l'autre sur la fréquence de vente. Même si le contexte en termes de patientèle et de pathologies suivies diffèrent entre le secteur privé et public, il est important de noter l'écart en termes de volumes et de prix, ce qui laisse à penser que des marges de progression existent dans le public.

Philippe Merle s'est également intéressé à la comparaison avec le secteur privé. Il indique que les recettes hôtelières d'une clinique représentent en moyenne 8% de leur chiffre d'affaire, les redevances au minimum 5%, alors que le résultat d'exploitation moyen n'est que de 4%. Il estime que dans le secteur privé les ressources issues de la vente de chambres particulières ont une part des recettes pouvant aller de 2 à 15 % du chiffre d'affaire. Il insiste sur le potentiel élevé des recettes annexes en termes de génération de recettes⁴⁸ (annexe 8).

A la fois d'une part, parce qu'elles répondent aux nouvelles attentes de l'utilisateur et permettent des gains financiers et d'image dans un cadre réglementaire porteur ; et d'autre part, parce que les différentes approches identifient un potentiel de progression au sein du secteur public, les recettes annexes sont une source de recettes qui méritent un intérêt accru des directions des hôpitaux publics. Comptabilisées dans leur globalité (parking, chambres particulières, prestations de service, conciergerie), elles représentent un potentiel théorique intéressant de nouveaux revenus dans un contexte budgétaire tendu. Mais, reste ensuite à assurer la réussite de la mise en œuvre d'un projet de développement de recettes annexes supplémentaires.

⁴⁷ N Sondé V- la chambre individuelle pèse 25% du reste à charge-60 millions de consommateurs-n°494-juin 2014

⁴⁸ MERLE P. L'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ? Finances hospitalières, septembre 2008, n°17, p4-9

III- Travailler un projet visant à générer des recettes annexes supplémentaires : mes propositions d'actions et d'accompagnement

Après avoir établi un diagnostic faisant apparaître la nécessité de trouver de nouvelles recettes, nous avons montré que les recettes annexes constituent une voie à explorer dans cette optique. Le stage au centre hospitalier de Saint Malo ainsi que les entretiens menés m'ont permis de dégager des propositions d'actions et d'accompagnement dans la mise en œuvre de recettes annexes au sein de l'hôpital public.

A- Une équipe de Direction, des équipes soignantes et administratives impliquées

L'implication de tous les acteurs de l'hôpital permet de réinterroger les processus organisationnels et de développer une communication plus performante.

1- Construire une communication plus large et performante autour d'une direction adjointe bien identifiée

Parce qu'elle réinterroge les processus internes et questionnent les valeurs du service public hospitalier, la politique de développement des recettes annexes doit recueillir l'adhésion des acteurs de terrain. Il convient par exemple de justifier la tarification notamment en termes d'amélioration de la qualité de prise en charge. Les usagers rencontrés m'ont interrogé sur ce thème. Il n'y a pas nécessairement d'obstacles dogmatiques à la tarification à condition que le service proposé en vaille le coût. Il faut donc renforcer son axe de communication sur la plus-value du nouveau service payant. Cette communication doit être portée par une direction adjointe bien identifiée. Souvent, la politique patientèle est scindée au sein de plusieurs directions (logistique, finances, clientèle) ce qui ne permet pas une politique d'ensemble : donner à une direction principale l'ensemble des leviers relatifs à la politique autour de la patientèle (de l'accueil hôtelier à la facturation) permet de rendre cohérente les orientations.

Impliquer et communiquer auprès des acteurs de terrain est une action qui a été conduite par le centre hospitalier de Morlaix : pour augmenter les recettes générées par la vente de chambres particulières, la direction a présenté une note auprès de l'ensemble des instances soignantes et du personnel qui informe, en toute transparence, les services retenus ou exclus pour la vente de ces prestations (annexe 9). Par ailleurs, dans les

documents financiers (EPRD, comptes financiers...) présentés aux instances, il y a régulièrement un point sur ce type de recettes. Cette démarche transparente permet de réinterroger plus facilement les organisations de travail.

Les hôpitaux publics doivent également savoir travailler leurs supports : une décision arrête chaque année par le directeur de l'établissement les tarifs des prestations payantes auprès de l'utilisateur. Ce catalogue de tarifs est souvent illisible pour l'utilisateur et peu connu des services de soins dans l'hôpital y compris du président de la commission médicale d'établissement (CME). Il s'agit donc de travailler à l'explication du détail des services proposés, les montants de reste à charge en fonction de la situation personnelle du patient, la gamme de services proposés. Des établissements publics ont développé ces démarches de transparence et de communication, par exemple le CHU d'Angers. Ils se sont appuyés sur le site web de l'établissement.

2- Ecrire un schéma hôtelier comme document socle

Pour parvenir à promouvoir l'adhésion de tous les professionnels, une piste possible serait également d'élaborer (en déclinaison du projet d'établissement) un schéma hôtelier par établissement public de santé défini pour cinq ans avec des grands axes à travailler ou à améliorer. Dans ce schéma, y serait détaillé le diagnostic de l'offre hôtelière existante, le décalage potentiel par rapport aux attendus de l'utilisateur et à l'offre de la concurrence et les actions prioritaires à mettre en place. Une phase d'évaluation viendrait alimenter ce schéma hôtelier.

Ce document socle aurait l'avantage d'associer les directions, les usagers, les acteurs médicaux et paramédicaux autour de l'offre proposée dans une vision commune politique sur ce thème. A ce jour, cette thématique est trop souvent réduite à faible quantité dans les projets d'établissements. Il aurait également l'avantage de réinterroger dans un cadre bien défini les organisations et les processus internes pour être plus réactif face aux évolutions des attentes des usagers. Ces actions sont porteuses de gains organisationnels.

B- Optimiser l'outil de production en maximisant son potentiel et en s'appuyant sur des compétences spécifiques

Les recettes annexes ont un potentiel de développement qui se base sur la qualité de l'outil de production de l'hôpital, c'est-à-dire l'ensemble des moyens à disposition (humains et matériels) qui servent de support à la vente de prestations payantes à

l'utilisateur. Il faut identifier si l'outil de production est suffisamment attractif aux yeux de l'utilisateur pour déclencher l'acceptation à payer pour un supplément hospitalier.

Trois phénomènes ont eu un impact récent sur l'outil de production :

- le développement d'optimisation capacitaire au sein des établissements publics de santé a conduit à diminuer le capacitaire et donc l'offre potentiellement proposée à la vente de chambres
- le développement de l'ambulatoire et la réduction de la durée moyenne de séjour ont conduit à diminuer le nombre de jours passé à l'hôpital donc à bénéficier des services payants
- la mise aux normes hôtelières dans le cadre des plans d'investissement hôpital 2007 et 2012 a contribué à renforcer le confort des usagers

1- Etablir un diagnostic de l'outil de production pour repérer les variables à maximiser

La première étape consiste à diagnostiquer le potentiel de l'outil de production dont l'hôpital dispose : cette analyse est propre à chaque établissement et les résultats peuvent de fait être très variables comme me l'ont confirmé les directions sollicitées.

Ce diagnostic débute par un état des lieux de l'ensemble des moyens mis à disposition pour réaliser le service payant. Ce diagnostic doit s'appuyer sur la décomposition des procédures internes. Par exemple, concernant les chambres particulières, identifier comment est récupéré le document rempli garantissant l'accord de l'utilisateur, comment se décompose l'attribution de la chambre au sein du service soignant, ou encore comment s'effectue le suivi de la facturation (mutuelles et reste à charge).

Une fois l'état des lieux réalisé, le travail s'oriente sur l'amélioration des variables suivantes :

- Le potentiel facturable : il peut être maximisé en générant le moins d'exceptions possibles à la tarification du service.
- Le taux d'occupation : il peut être maximisé en favorisant la fréquence de facturation (l'étude Santéclair a montré la marge de progression plus élevée dans le secteur public concernant la vente de chambre particulière) ou par le développement du nombre de clients bénéficiaires (cette réflexion est par exemple en cours au centre hospitalier de Saint Malo pour proposer à des établissements voisins des repas fabriqués dans la cuisine de l'hôpital pour passer à 10000 repas par an).

Il s'agit, à mon sens, de mettre l'accent sur les outils suivants :

- une formation spécifique auprès des agents du bureau d'accueil ou des services soignants concernés pour apprendre à présenter avantageusement la prestation payante.

En effet, la façon dont le personnel du service des admissions proposera le supplément hospitalier aura une incidence pour influencer le choix du patient : des mots rassurants sur la couverture de sa mutuelle, un argumentaire travaillé présentant l'intérêt de la chambre particulière et les services compris par différenciation avec les chambres doubles seront de nature à déclencher une vente.

- le travail avec les soignants sur la notion d'isolement : cette notion doit faire l'objet d'échange pour éviter une interprétation trop large limitant les possibilités de facturation de chambre particulière

Il peut parfois être nécessaire de recourir à un investissement pour maximiser le service proposé (confort supérieur ou amplitude d'ouverture plus large). Il faut alors mesurer le retour sur investissement.

C'est l'étude conduite dans l'article par Philippe Merle qui interroge la « rentabilité des investissements dans une politique hôtelière pour l'hôpital public »⁴⁹. Il constate à partir de l'exemple des frais supplémentaires pour aménager des chambres particulières que le coût supplémentaire se résume au coût marginal de 6m², c'est-à-dire la différence de superficie entre la chambre seule de 18m² et double de 22 à 24 m² soit une superficie consommée au lit de 50% supérieure en chambre seule (12 m² contre 18 m²). Il estime que pour une chambre qui génère 10000 euros par an de recettes de vente, son investissement marginal est « amorti en un peu plus d'un an ».

Dans le dossier parking payant au centre hospitalier de Saint Malo, au regard de la grille tarifaire, il est estimé un retour sur investissement à un peu plus de 4 ans (annexe 10).

Le retour sur investissement pour les recettes annexes est ainsi possible à très moyen terme.

⁴⁹ Merle P. L'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ? Finances hospitalières, septembre 2008, n°17, p4-9

2- Rechercher de nouvelles compétences spécialisées dans les fonctions d'accueil et de vente de prestations hôtelières

Le développement de recettes annexes est un champ qui nécessite des compétences particulières, plus éloignées des compétences traditionnelles présentes dans l'hôpital public. Ainsi, des hôpitaux ont investi dans de nouvelles compétences dédiées à ces fonctions d'accueil et d'hôtellerie. C'est le cas de l'établissement de santé du Cateau qui s'est attaché les services d'un meneur de projet hôtelier. Il s'occupe de l'accueil, de la restauration, de la lingerie, du service intérieur et du transport. Ce dernier déclare que les usagers sont en droit « d'attendre un bon accueil, un bon repas et une chambre agréable comme un avant-goût du retour à la vie normale ». Il souligne que « l'offre hôtelière ne se limite plus à une activité logistique »⁵⁰.

Des directeurs interrogés dans le cadre de mon mémoire ont également évoqué l'intérêt d'investir dans ce genre de compétence en interne car cet investissement garantit la neutralité à la différence de certains appels à des consultants qui peuvent orienter les choix.

Ces compétences, notamment compte tenu de l'émergence des GHT, peuvent faire l'objet de mutualisations de la fonction entre les établissements membres pour amortir le coût et mieux coordonner l'offre hôtelière proposée dans le parcours patient. Cette compétence serait la porte d'entrée pour coordonner l'écriture du schéma hôtelier.

C- Ajuster constamment l'offre de services en favorisant l'évaluation continue et en développant des outils de pilotage

1- Favoriser l'évaluation continue des processus internes

Proposer des suppléments hospitaliers payants à des usagers interroge sur l'adéquation offre de services et demande. Il faut susciter la demande donc se préoccuper de bien mesurer le degré de satisfaction. Le patient n'est pas un client (au sens qui est donné à ce terme par le secteur privé). Cependant, il n'en reste pas moins vrai que l'hôpital public reçoit des usagers dont les besoins et attentes évoluent. La mission IGAS relative à la mesure de satisfaction des usagers des établissements de santé ⁵¹ relève qu'il « existe

⁵⁰ La Voix du Nord- A l'hôpital, l'hôtellerie fait désormais partie intégrante des soins- La Voix du Nord- 29 juillet 2008

⁵¹ IGAS- Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé- Mars 2007-RM2007-045P

une grande diversité de situations entre les établissements et même entre les services » et « une grande diversité des outils utilisés et une hétérogénéité des pratiques ».

En plus des outils traditionnellement utilisés comme le questionnaire de sortie basé⁵², d'autres pourraient venir compléter la mesure de satisfaction de l'utilisateur. Par exemple, mieux mesurer pour l'établissement les commentaires laissés sur les réseaux sociaux par les usagers par une veille organisée en interne. En effet, désormais, ces derniers n'hésitent pas à évaluer les hôpitaux sur des sites spécialisés (comme Hospitalidée) ou grand public. Des hôpitaux, en particulier les CHU, ont investi les réseaux sociaux au travers de pages Facebook ou Youtube⁵³. Cependant, l'enjeu est de mieux exister sur les réseaux sociaux en inscrivant cette tâche de veille et de suivi des avis dans la fiche de poste d'un agent dédié, ou par exemple en réalisant des sondages en ligne directement sur le site de l'hôpital.

Parce qu'il y a des évolutions dans le temps des attentes de l'utilisateur, il faut savoir démarrer un projet recettes annexes, le ré-ajuster, le proposer différemment et en refaire l'évaluation. L'établissement peut s'appuyer sur des indicateurs tels que le degré de satisfaction des usagers, le niveau d'utilisation du service, le gain économique généré. Parmi les freins qui m'ont été remontés, il y a la crainte de l'expérimentation. Or, ceux qui ont réussi à développer leurs recettes annexes m'ont expliqué qu'il faut savoir démarrer petit pour grandir, c'est-à-dire qu'il faut accepter de lancer le projet (tout en s'entourant de la communication nécessaire auprès des acteurs de l'hôpital) avec une organisation en se donnant rendez-vous dans quelques mois pour évaluer les points positifs et négatifs. Ensuite, procéder au réajustement si besoin car dans cette deuxième phase, l'angle du débat aura été déplacé de « est-ce utile de proposer cette prestation payante aux usagers ? » à « comment j'améliore la prestation pour l'utilisateur à partir de celle actuellement proposée ». Le débat n'est plus dogmatique mais pragmatique.

2- Développer des outils de pilotage intégrés dans le système d'information hospitalier pour se montrer plus réactif

Les systèmes d'information hospitaliers disposent rarement en natif de modules dédiés à la gestion des recettes annexes. Par exemple, dans le cadre des chambres particulières, côté service admission, pour analyser rapidement les accords de prise en charge des

⁵² Ce questionnaire s'appuie sur les critères d'investigation HAS notamment le critère accueil et le critère séjour. Le taux de retour au CH Saint Malo est entre 5 et 20 % selon les services.

⁵³ HOPITAL TREND et MY HOSPI FRIEND, livre blanc sur l'accueil, le divertissement et les loisirs à l'hôpital- Edition novembre 2015-p36

mutuelles et le suivi de facturation ; et côté patient, pour faire une demande de réservation de chambre par internet.

Le centre hospitalier de Morlaix a travaillé à générer une requête automatique qui alimente un tableau de bord mensuel (annexe 11) : ce tableau permet de suivre le nombre de journées facturées en chambre particulière par unité fonctionnelle par rapport au nombre de journées facturées total sur l'unité fonctionnelle et d'observer les évolutions de montant facturé par rapport au prévisionnel par service. Ce relevé d'indicateurs affine le pilotage en se basant sur des indicateurs mesurables. Or, les recettes annexes sont basées sur l'évolution du comportement de l'utilisateur et l'ajustement de l'outil de production face à ces changements. Si la direction d'un centre hospitalier ne dispose pas d'outils réguliers, sa réactivité face aux évolutions du patient risque d'être compromise.

De même, la question peut se poser de piloter la politique de développement de recettes annexes en centralisé ou au niveau des pôles. Ces recettes annexes, au regard de mes entretiens, ne se déclinent pas dans les contrats de pôle : le sujet peut être abordé lors des discussions avec les chefs de pôle mais il ne fait pas l'objet d'inscription institutionnelle. L'inscrire dans les contrats de pôle permettrait de renforcer l'implication des acteurs au plus près du terrain, notamment des médecins mais comporte le risque pointé par les présidents de CME d'avantager certains pôles (les pôles récemment rénovés par rapport aux plus anciens).

D- Faire appel à un conseil pour permettre une montée en compétence rapide et un éclairage sur l'environnement juridique

L'établissement peut choisir de faire appel à une ressource externe pour développer les recettes annexes.

1- Faire appel à un conseil pour développer une approche spécifique de vente : bonne idée ?

Ce type de recettes doit faire l'objet d'une approche spécifique pour être efficace car elles ne représentent pas le cœur du métier de l'hôpital public.

L'exemple de la mise en place au sein d'un hôpital de services de conciergerie illustre cette recherche de compétences spécifiques. C'est en tout cas la promesse que ces sociétés font auprès des directions des hôpitaux : un développement de recettes par des actions de marketing hospitalier structurées et adaptées aux nouveaux besoins des usagers de l'hôpital. Deux sociétés sont particulièrement connues concernant la vente de

chambres particulières et la conciergerie : Happytal et Easylife. Sur son internet, Happytal indique « qu'il révolutionne l'hôpital » en proposant une large gamme de services au sein de l'enceinte. Il reprend la sémantique du développement du bien-être, faisant écho avec l'évolution des attentes de l'utilisateur pour faciliter le quotidien à l'hôpital.

Pour l'établissement, il s'agit de développer le volume de recettes, d'améliorer son attractivité et le cadre de satisfaction de l'utilisateur. Durant mon stage, Happytal a démarché le centre hospitalier de Saint Malo pour proposer ses services. A partir de leur documentation et des renseignements obtenus dans le cadre de mon mémoire, il m'a été possible d'établir une idée du coût pour un établissement (annexe 12).

D'après mes entretiens, l'appel à un prestataire peut par ailleurs être questionné pour le centre hospitalier en particulier du fait :

- Du lien contractuel qui enferme l'établissement dans une dépendance à un volume de recettes annuelles de ces prestations. Or, des directions craignent de devoir payer des pénalités au prestataire en cas de non atteinte des objectifs cibles de recettes prévisionnelles.

- Que les recettes dépendent pour grande partie de la renégociation possible ou pas avec les mutuelles pour augmenter les tarifs des chambres et donc du rapport entre le centre hospitalier et ses mutuelles. Le risque est le dé-conventionnement. Il s'agit d'un rapport de force lié à l'historique du centre hospitalier avec les mutuelles : chaque établissement n'aborde pas le sujet de la renégociation à la hausse des tarifs dans la même position. Par exemple, à Saint Malo, un tarif de chambres particulières plus élevé était souhaité mais la Mutualité Française n'a pas abondé dans ce sens ; l'établissement a préféré éviter le risque de dé-conventionnement. Ce poids des mutuelles est une limite à un développement basé sur un effet prix.

- Du coût social : ce genre de services est souvent une voie utilisée pour reclasser des agents. A contrario, parmi les établissements que j'ai observés notamment au centre hospitalier de Calais, la mise en place de service de conciergerie a été décidée comme contrepartie à une renégociation de l'accord local RTT. Ici, c'est donc l'hôpital qui finance les coûts fixes de la structure afin que le personnel ou le patient ne supporte aucun surcoût autre que le service (fleurs, repassage, lavage...). Le retour sur investissement attendu via ce contrat passé avec la société Easylife est une augmentation du bien-être du personnel générant un plus fort sentiment d'appartenance donc moins d'absentéisme espéré, et pour les patients plus d'attractivité de l'établissement.

- Du lien avec les prestataires historiques des centres hospitaliers notamment les relais hospitaliers qui offrent tout ou partie des services proposés par les nouvelles sociétés de conciergerie

En somme, le recours au prestataire présente un intérêt dans le sens où il développe une stratégie pour optimiser l'activité au sein du centre hospitalier. Il apporte une montée en compétence rapide pour développer de nouvelles prestations auprès de l'utilisateur, ce qui ne serait pas aussi simple par une gestion interne. Le prestataire externe peut même être utilisé comme contrepartie pour favoriser le climat social et négocier des accords avec les syndicats. Il faut cependant être vigilant à bien identifier l'acceptabilité des patients, du personnel hospitalier et des prestataires traditionnels à promouvoir ce genre de services. Le coût d'entrée comporte des contraintes en termes de prévisionnel de recettes et de redevances à verser : le retour sur investissement doit s'inscrire sur le moyen ou long terme.

Ces nouveaux prestataires sont récents sur le marché (Happytal a été créée en 2013) mais continuent de séduire les hôpitaux. Happytal annonce en 2016 un chiffre d'affaire quatre fois plus élevé qu'en 2015.

2- L'appel à un conseil pour sélectionner le montage juridique le plus opportun

Le développement de recettes annexes dans un hôpital public doit faire l'objet d'une analyse juridique visant à bien cerner les différents montages possibles pour répondre aux attendus du projet. Il convient de prendre le temps d'évaluer les avantages et inconvénients de chacune des formules : c'est ce que nous avons été conduits à réaliser dans le montage du parking payant à Saint Malo. Nous avons étudié avec l'aide d'un consultant les possibilités de gestion de l'exploitation d'un parking tarifé :

- La régie : elle doit désormais être propre à chaque activité régie. Elle présente l'avantage d'absence d'engagement contractuel puisque c'est de la gestion interne. Permettant une maîtrise totale et sans marge supplémentaire à intégrer dans la tarification, elle peut présenter l'inconvénient de rendre moins lisible les coûts propres à l'exploitation du parking (les moyens sont communs à l'hôpital). La régie demande également une forme de routine dans l'activité, le personnel n'étant pas des spécialistes. Le coût de montée en compétence peut donc être élevé.
- Le marché public d'exploitation : durée de 3 à 5 ans, il a l'avantage de faire appel à un spécialiste tout en maîtrisant la tarification. Cependant, les tarifs doivent inclure une rémunération forfaitaire à l'exploitant.

Cela présente un coût pour le centre hospitalier de mise en service et d'exploitation du parc.

- Concession de service public : durée longue de 30 à 40 ans, perception de tout ou partie des recettes par le délégataire, portage financier par le partenaire privé mais qui devient maître de la tarification.

Dans le cas de Saint Malo, la dernière option n'était pas opportune car nous souhaitions garder une durée importante de gratuité pour être en adéquation avec la politique de la ville et ainsi éviter des reports sur la voirie. De plus, l'absence de travaux de gros œuvre ne plaide pas en faveur de la concession.

Le marché public a été questionné en interne, notamment en étudiant la possibilité que le prestataire des travaux de pose des barrières soit également l'exploitant. Cette option n'a finalement pas été retenue car elle incluait un surcoût direct de la tarification, propre à faire capoter le projet en attirant des réticences des partenaires sociaux et médicaux. Cependant, il est possible que ces coûts soient supportés de façon indirecte par le centre hospitalier avec la régie : pour des questions d'affichage de tarif, c'est cependant la solution la plus opportune dans le contexte malouin.

Cet exemple montre qu'il convient de réfléchir au montage juridique car devant les possibilités, il est nécessaire de s'adapter au contexte local.

L'aspect juridique devient également un potentiel risque pour l'établissement concernant l'assujettissement fiscal à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) concernant le développement de recettes annexes. La direction générale des finances publiques (DGFIP) précise que :

- les établissements publics hospitaliers ne sont pas imposables à la TVA pour l'hospitalisation et les soins médicaux qu'ils délivrent
- en revanche les prestations (comme la mise à disposition d'une télévision ou de services que l'hôpital offre contre rémunération à ses patients) ne sont pas considérés comme étroitement liés à l'hospitalisation et sont donc éligibles à la TVA⁵⁴

Les directeurs d'hôpitaux m'ont indiqué que pour mettre en œuvre le développement de recettes annexes, a minima, il faut au préalable s'entourer de conseils concernant la TVA car son applicabilité demeure encore « floue » sur ce type de prestations, notamment les mises à disposition (MAD) ou les ventes de services à d'autres établissements (repas par exemple). La fiche est en effet, à mon sens, difficile à appréhender : sur les MAD, page

⁵⁴ DGFIP- « La TVA dans les établissements publics de santé »- Fiche n°9-septembre 2013

13, il est noté que « les prestations de mise à disposition de personnel, effectuées à titre onéreux, sont imposables à la TVA dans les conditions de droit commun (art. 256 et 256 A du code générale des impôts) quand bien même elles seraient consenties à prix coûtant. Toutefois, il est admis qu'un groupement éligible à l'exonération prévue par l'article 261 B du code générale des impôts (CGI) soit lui-même regardé comme un membre du groupement de fait constitué avec chacun de ses adhérents. Dans ces conditions, les mises à disposition de personnels ou de moyens matériels au profit du groupement peuvent être exonérées de TVA à la condition d'être consenties à prix coûtant ». L'article 261 B du CGI renvoie à des services rendus par des personnes physiques ou morales exerçant une activité exonérée de la taxe sur la valeur ajoutée ou pour laquelle elles n'ont pas la qualité d'assujetti.

E- Gérer les exceptions pour garantir l'accès aux soins : l'exemple du parking payant

Parce qu'elles percutent les représentations des acteurs de l'hôpital, les recettes annexes doivent faire l'objet d'un travail spécifique sur l'acceptabilité.

1- Les recettes annexes percutent les représentations des acteurs de santé

L'hôpital public repose sur des valeurs bien spécifiques. Parmi ces valeurs, la question de l'égalité est la plus questionnée. Plusieurs acteurs de santé se demandent si proposer des services payants ne va pas discriminer certains usagers dans un lieu ouvert à tous les publics.

Pour construire ce mémoire, il m'a été donné la possibilité de rencontrer des catégories de personnes très diversifiées.

Les représentants du personnel se montrent extrêmement prudents et vigilants sur la question des recettes annexes. Le panel de réactions est large. Certains syndicats sont dans une position d'opposition systématique considérant que ces services, s'ils répondent à des attentes de l'utilisateur, doivent être pris intégralement en charge par le centre hospitalier au travers de la solidarité nationale. D'autres syndicats ont alerté sur la nécessité de bien définir le périmètre d'utilisateurs tarifés, c'est-à-dire de prévoir suffisamment d'exceptions pour ne pas discriminer.

Le personnel soignant souhaite un hôpital public qui reste un lieu accueillant tout public sans discrimination de nature économique. Aucune tarification ne doit avoir lieu si ce n'est pas le souhait du patient (par exemple, s'il se retrouve en chambre seule car plus de places ailleurs).

Parce que l'hôpital est un lieu où on accueille des humains, les politiques visant à renforcer l'accueil sont très bien perçues et jugées encore insuffisantes à l'hôpital public. Les usagers et représentants d'usagers rencontrés pour conduire ce mémoire ont une position pragmatique sur la question des recettes annexes au sein de l'hôpital public : cela dépend de la réalité du service rapporté à son coût. Ils considèrent que l'utilisateur doit être bien informé et parfaitement consentant. Par exemple, dans le cadre de la tarification d'un parking, sous réserve que cette tarification reste accessible financièrement, ces représentants considèrent qu'il vaut mieux payer une place garantissant un stationnement à proximité de l'accueil plutôt que de se stationner au fond du parking, position délicate pour les personnes à faible mobilité (personnes âgées ou femmes enceintes par exemple). C'est la perception positive du service qui est l'élément fondamental. Pour les défenseurs du développement de recettes annexes, la question de l'égalité à l'hôpital public n'est nullement attaquée car l'égalité de traitement se situe au niveau des soins. Il y aurait inégalité si en fonction des revenus de l'utilisateur, la qualité du chirurgien devait changer. Les services payants sont, pour ces défenseurs, un moyen de moderniser le service public hospitalier en proposant des services personnalisés et projeter l'hôpital vers le 21^{ème} siècle. Ils répondent à l'évolution du patient qui attend ce genre de services.

Le développement des recettes annexes percutent donc les représentations ce qui nécessite en interne un travail sur l'acceptabilité des services.

2- Travailler à renforcer l'acceptabilité des services payants : l'exemple du parking payant

Cette acceptabilité dépend du degré de maturité et de la nature de la recette : la question de la vente de chambres particulières à l'hôpital ne souffre plus d'opposition car cela fait plusieurs années que cette pratique est rentrée dans les mœurs. D'autres recettes plus récentes, par exemple le parking payant, n'ont pas atteint ce niveau d'acceptation et font encore l'objet d'un questionnement interne.

L'approche mathématique a montré le potentiel théorique de recettes qui pouvait être généré et la façon en travaillant chacune des variables de maximiser son potentiel de facturation. L'enjeu est de concilier la génération de nouvelles recettes et le respect des valeurs publiques hospitalières donc la gestion des exceptions. Plus le périmètre est élargi, plus la base de facturation est large mais plus le risque de contestation interne est élevé.

Cette question s'est inévitablement posée dans le projet du parking payant à Saint Malo : une étude comparative auprès d'autres centres hospitaliers a montré la variété de

l'étendue du champ d'application des exceptions. Ainsi, certains parkings sont également payants pour le personnel hospitalier, en particulier pour les centres hospitaliers très urbains disposant de moyens de transport en commun développés. Certains parkings excluent les usagers des services de soins palliatifs. D'autres différencient les consultants des visiteurs. Dans le cas malouin, il a été choisi de faire uniquement une exception pour les urgences. En effet, faire des exceptions au niveau des services signifie classer la douleur du patient : un patient ou son entourage aux soins palliatifs souffrirait plus qu'en gériatrie ce qui justifierait une gratuité ? Cette option n'a donc pas été retenue (à l'heure de l'écriture de ce mémoire). Les premières discussions portent ainsi sur le périmètre des usagers éligibles potentiellement à la facturation.

Le second périmètre lié aux exceptions porte sur le tarif : dans le cas du parking, à quel moment entre en application l'heure tarifée ? Là encore, les exemples d'autres centres hospitaliers divergent d'une demi-heure gratuite à trois heures. Le projet malouin a défini deux heures gratuites car ce temps doit permettre aux consultants d'accéder à une consultation sans stress en lien avec le temps et le paiement. Il semble que cette fourchette de gratuité soit acceptée par les différents acteurs de l'hôpital. Il a également été choisi de mettre en place un tarif plafond.

Le calibrage des exceptions doit, en tout lieu, faire l'objet d'une large concertation et communication pour favoriser ensuite l'implication des acteurs de santé. Il faut garder en mémoire, selon les entretiens réalisés, que le coût de gestion des exceptions en interne est élevé et peut compliquer la mise en œuvre du projet. Il faut donc savoir évaluer leur degré de faisabilité.

Cette dernière partie de mémoire a dégagé des orientations et des outils qui peuvent faciliter le développement de recettes annexes supplémentaires. Un tel projet demande une large implication des acteurs de terrain, et un ajustement régulier de la stratégie autour des services proposés aux usagers.

Conclusion

Ce mémoire a trouvé son origine dans la conduite du projet de tarification du parking au centre hospitalier de Saint Malo. Le sujet des recettes annexes ne peut pas laisser insensible car il est au carrefour de plusieurs questionnements des acteurs de santé. C'est la question de l'équilibre budgétaire dans un environnement qui se complexifie, la question de la réponse individualisée aux attentes de l'utilisateur dans une structure historiquement construite sur la réponse collective, la question du maintien de l'égalité de traitement entre les usagers.

Pourtant, force est de constater, au regard des entretiens menés et de la bibliographie recueillie, que les recettes annexes souffrent d'un relatif désintérêt et suscite scepticisme et prudence. Les directeurs les considèrent comme marginales au regard de la masse budgétaire hospitalière, et pensent que les leviers de gains budgétaires se situent davantage dans la maîtrise des charges et les réorganisations capacitaires. Les recettes annexes sont également difficiles à identifier pour les soignants comme les représentants d'utilisateurs ou du personnel, faute d'un dialogue régulier dans un cadre déterminé sur les services proposés à l'utilisateur.

Le diagnostic budgétaire de la santé financière des hôpitaux publics montre que l'exercice 2016 s'annonce plus contraint d'autant que nombre de limites par rapport aux mesures déjà engagées apparaissent. Le mémoire n'avait pas pour but de démontrer que les recettes annexes étaient la solution aux problématiques budgétaires (les personnes interrogées m'ont évoqué l'intérêt de s'intéresser aux recettes issues des séjours des étrangers, ou encore l'optimisation fiscale). Il n'avait pas non plus pour but de remettre en cause les orientations prises par les directions en lien avec le plan triennal : ces mesures ont montré leurs effets en permettant des redressements budgétaires comme au centre hospitalier de Saint Malo.

Mon hypothèse durant ce mémoire a été de démontrer que ces recettes annexes pouvaient nourrir un intérêt accru car elles peuvent être génératrices, mises bout à bout au sein d'une politique patientèle globale, de recettes supplémentaires. Elles portent de plus, la vision singulière d'un hôpital permettant de proposer une prestation personnalisée, moderne et sécurisante. Dans un environnement devenu plus concurrentiel, les recettes annexes sont un moyen de donner un avantage supplémentaire à l'établissement.

Les études menées montrent que le secteur public a une large marge de manœuvre par rapport au secteur privé, par exemple sur la vente des chambres particulières.

Certains hôpitaux publics ont investi ce champ et développent aujourd'hui des services innovants en termes d'expérience-patient. Des expériences étrangères travaillent à bonifier l'aspect hôtelier du séjour du patient à l'hôpital.

Parce qu'elles interrogent sans cesse les processus internes, demandent réactivité, souplesse et suscitent des interrogations quant à leur déploiement au sein d'un hôpital public, il est fortement recommandé de soigner la mise en œuvre. Mon expérience à Saint Malo, les entretiens menés m'ont permis de dégager des orientations. J'ai cherché à proposer des pistes opérationnelles, apprécier les points de vigilance et identifier des outils pratiques. La question est souvent réduite à la qualité de l'outil de production, autrement dit aux schémas d'investissement immobilier. Nous avons constaté que cette attention est un aspect, mais d'autres jouent également des rôles fondamentaux dans le développement des recettes annexes (l'implication des acteurs, le suivi des attentes de l'utilisateur, les outils de pilotage, la communication interne, la cohérence d'ensemble de la politique patientèle, le montage juridique retenu). Le retour sur investissement pour les établissements se fait de trois façons :

- Par un développement économique
- Par un développement du bien-être de l'utilisateur
- Par une image modernisée auprès du patient et du personnel

Les recettes annexes peuvent permettre dans le cadre des GHT de créer une identité de groupe au travers d'un parcours patient hôtelier.

85% des 2149 répondants d'un sondage en ligne⁵⁵ ont exprimé « qu'ils étaient tout à fait prêts à participer financièrement à des services de divertissement » et pour 95%, que « la qualité des services d'accueil était tout à fait importante dans une hospitalisation ». Par la diffusion des avis sur les réseaux sociaux, et le classement des hôpitaux sur un sujet plus facile à évaluer par les usagers, la qualité du séjour hospitalier (à laquelle les recettes annexes contribuent) devra générer une attention supplémentaire à l'hôpital public.

« Dans un contexte où le patient se trouve confronté au quotidien à des innovations techniques, technologiques de plus en plus performantes mais aussi de plus en plus complexes, s'interroger sur ce qu'il souhaite réellement à l'occasion d'un séjour est loin d'être superflu ».⁵⁶

⁵⁵ HOPITAL TREND et MY HOSPI FRIEND, livre blanc sur l'accueil, le divertissement et les loisirs à l'hôpital- Edition novembre 2015

⁵⁶ Professeur Xavier Pavie, ESSEC business school, introduction- HOPITAL TREND et MY HOSPI FRIEND, livre blanc sur l'accueil, le divertissement et les loisirs à l'hôpital- Edition novembre 2015 - Cédric PIAUD - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique – 2016

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Codes

Code de la santé publique version consolidée au 10 août 2016

Code de la sécurité sociale version consolidée au 10 août 2016

Code général des impôts

Lois

Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2016-annexe 7- ONDAM et dépenses de santé

Loi 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale-article 53

Loi 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation dite loi Hamon

Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2016

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

Journal officiel du 20 janvier 1983, p374

Décrets, ordonnances et circulaires

Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Décret n°2016-670 du 25 mai 2016 portant majoration de la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des établissements publics d'hospitalisation

Décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD

Décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé

Décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L-162-22-10 du code de la Sécurité Sociale

Circulaire n°DHOS/F4/2005/351 relative au nouveau régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé et des établissements privés antérieurement financés par dotation globale

Circulaire DHOS/E1/DGS/SDIB/SDIC/SD4A n°2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

Instruction DGOS/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalière de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée

Instruction DGOS/R1 n°2015-36 du 6 février 2015 relative au guide de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé

Guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé-BO santé- Protection sociale- Solidarité n°2015/4 du 15 mai 2015 p2

DGFIP- « La TVA dans les établissements publics de santé »- Fiche n°9-septembre 2013

Ouvrages

NARDIN A et collectif, *l'humanisation de l'hôpital, mode d'emploi*. Musée de l'AP-HP, 2009, 244 p

GRANDGUILLOT B et F, *la comptabilité générale, principes généraux, techniques de comptabilisation des opérations courantes et de fin d'exercice*. Edition 2016-2017

HOPITAL TREND et MY HOSPI FRIEND, *livre blanc sur l'accueil, le divertissement et les loisirs à l'hôpital*- Edition novembre 2015

Rapports publics et communiqués

IGAS- Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires en médecine- Février 2016-N°2015-117R-p5

COUR DES COMPTES, Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire, rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014, septembre 2014

IGAS- L'hôpital- Rapport 2012- La documentation française-ISBN 978-2-11-009064-5

IGAS- Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé- Mars 2007- RM2007-045P

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Proportion de chambres individuelles avec salle de toilette non partagée devant être disponible dans les

établissements de soins de santé physique du Québec. Institut national de santé publique du Québec, août 2010, p8.

HAS- Rapport d'orientation de la HAS : tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : état des lieux et perspectives. Juin 2013

Rapport financier-Exercice 2015- Centre hospitalier de Saint Malo

Estimation du taux d'évolution budgétaire pour 2016 par la FHF- 25 septembre 2015

Communiqué de presse de l'APHP du 27-10-2015 relatif à la signature d'un accord sur l'organisation et le temps de travail

Mémoires et module inter-professionnel

GROUPE 27- Module interprofessionnel de santé publique : le développement des suppléments d'hébergement hospitaliers à la charge des patients comme facteurs d'inégalités d'accès aux soins-2012

C MAINPIN- Les produits hors assurance maladie : un enjeu de retour à l'équilibre financier. L'optimisation des produits facturables aux patients au CHU de Nancy. Mémoire de fin d'année élève directeur d'hôpital-décembre 2010

H-J TOUZARD- Extension de l'hôtel hospitalier à l'Hôtel-Dieu (AP-HP) : enjeux et perspectives. Mémoire de fin d'année élève directeur d'hôpital- Décembre 2008

Article de revues ou de journaux

LARTIGAU J. L'art de donner d'une main et de reprendre de l'autre. Finances hospitalières, mai 2016, n°102, éditorial

G VINCENT et F VALLETOUX. Promouvoir les droits des patients et des résidents, un engagement pour l'hôpital public. Intéractions n°12- janvier 2013 p3

Grand Angle : une nuit d'hôtel...à l'hôpital. Intéractions n°12- janvier 2013 p18-20

COUSIN M-O. Un hôtel à l'hôpital, un concept à développer ?- Gestions hospitalières n°550 Novembre 2015-p537

MERLE P. La facturation des chambres particulières, quelles marges de manœuvre pour les établissements ? Finances hospitalières, février 2010, n°33, p5-6

MERLE P. L'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ? Finances hospitalières, septembre 2008, n°17, p4-9

N SONDE V- La chambre individuelle pèse 25% du reste à charge- 60 millions de consommateurs-n°494-juin 2014. Etude Santéclair issue de la compilation de tarifs facturés par 1000 établissements

LA VOIX DU NORD- A l'hôpital, l'hôtellerie fait désormais partie intégrante des soins- La Voix du Nord- 29 juillet 2008

Articles sur internet

CHARRONDIERE H. La maîtrise de la facturation des séjours hospitaliers, un nouvel enjeu pour les complémentaires de santé - Les Echos, 8 octobre 2013

BENZ S et CHEMIN T. Hôpitaux : des factures qui font mal- L'Expansion -23 janvier 2013

HOSPIMEDIA du 12 juillet 2016 : les établissements publics et privés non lucratifs bretons corrigent fortement leurs comptes en 2015

HOSPIMEDIA du 25 mai 2016 : le déficit des hôpitaux bondit d'environ 50% mais leur endettement devient nul

HOSPIMEDIA 8 mars 2016 : les fédérations se montrent mitigés face à l'aspect équitable des baisses tarifaires MCO 2016

HOSPIMEDIA 18 mars 2016- La FHF détaille l'impact financier sur l'EPRD 2016 du PPCR

HOSPIMEDIA 22 janvier 2015 : la France a connu une petite flambée de son taux de chirurgie ambulatoire

APM- 1^{er} août 2016 – La FHF dénonce les radiations partielles de la liste en sus

APM-préparation d'un décret contre les frais annexes facturés irrégulièrement aux patients-21 juin 2016

Le PARISIEN.FR -Le déficit des hôpitaux s'est encore creusé en 2015- www.leparisien.fr- 25 mai 2016

SUTTON J- Les hôpitaux de nouveau en déficit- www.mutualite.fr- 15 juillet 2015

http://www.lesechos.fr/finance-marches/vernimmen/definition_effet-de-ciseau.html

Autres sources

INSEE, dépenses courantes de santé en 2014.

www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06305

Liste des annexes

<u>Annexe 1</u> : trame des questionnaires d'entretien auprès des directeurs d'hôpitaux, des représentants du personnel et des représentants d'usagers	II
<u>Annexe 2</u> : catégorie d'interlocuteurs interviewés	III
<u>Annexe 3</u> : évolution du taux de l'ONDAM	IV
<u>Annexe 4</u> : comparaison des facturations de la chambre mortuaire après 72 heures	V
<u>Annexe 5</u> : projet de grille tarifaire du parking payant de Saint Malo	VI
<u>Annexe 6</u> : étude des taux de fuite d'un parking payant au regard de la grille tarifaire	VIII
<u>Annexe 7</u> : répartition des usagers du parking de Saint Malo	IX
<u>Annexe 8</u> : étude du potentiel élevé des recettes annexes	X
<u>Annexe 9</u> : exemple de communication auprès d'instances sur le développement de recettes annexes	XI
<u>Annexe 10</u> : étude du retour sur investissement du parking payant de Saint Malo	XII
<u>Annexe 11</u> : exemple d'outils de pilotage des recettes annexes	XIII
<u>Annexe 12</u> : étude du coût pour un centre hospitalier de faire appel à Happytal	XIV

Annexe 1- Trame du questionnaire des entretiens

Rappel de l'objet de l'entretien et du sujet du mémoire

Le questionnaire a été adapté en fonction du type d'interlocuteurs

- 1- Quels mots ou idées vous évoquent les recettes annexes à l'hôpital ?
- 2- Pouvez-vous me décrire le type de recettes annexes au sein de votre hôpital ?
- 3- Que représentent-elles en montant financier ? Citez- moi svp les exemples les plus significatifs ?
- 4- Quel est votre avis sur l'hypothèse développée dans ce mémoire ?
- 5- Comment se sont-elles développées au sein de l'établissement ces dernières années ? En progression, si oui comment : actions en interne et/ou avec l'aide d'un prestataire externe ? Sinon, pourquoi aucune progression ?
- 6- Comment est travaillée au sein de la Direction la question du développement des recettes annexes ? Communication autour de ce sujet ?
- 7- Comment est construite la politique autour de la réponse aux attentes des usagers ?
- 8- Comment évaluez-vous l'évolution des attentes des usagers ?
- 9- Quelles pistes vous semblent intéressantes à travailler pour développer les recettes annexes à l'hôpital public ?
- 10- Quels sont les limites à la démarche de développement des recettes annexes à l'hôpital public ?
- 11- Comment voyez-vous l'hôpital de demain en termes de services proposés à l'utilisateur ?

Par rapport aux usagers et représentants des usagers, les questions 1 et 4 ont permis d'évoquer les services proposés dans l'hôpital public aujourd'hui.

Les questions 6, 7, 8, 9 et 10 ont permis d'évoquer l'évolution des attentes de l'utilisateur et la réponse proposée par l'institution hospitalière.

La question 11 a permis d'évoquer la vision du futur.

Annexe 2 – catégorie d’interlocuteurs interviewés

Représentants des usagers de centres hospitaliers publics du GHT Rance Emeraude

Usagers de différents centres hospitaliers

Représentants du personnel du centre hospitalier de Saint Malo

Directeurs adjoints en fonction dans plusieurs établissements (CH ou CHU)

- Finances
- Clientèle
- Logistique, services économiques
- Travaux

Présidente de CME du centre hospitalier de Saint Malo

Cheffe du projet GHT à la DGOS

Responsable des services restauration au GHT Rance Emeraude

Responsable des services admissions au GHT Rance Emeraude

Responsable adjoint des services qualité au centre hospitalier de Saint Malo

Chargé de Mission à l’offre de soins en ARS Normandie

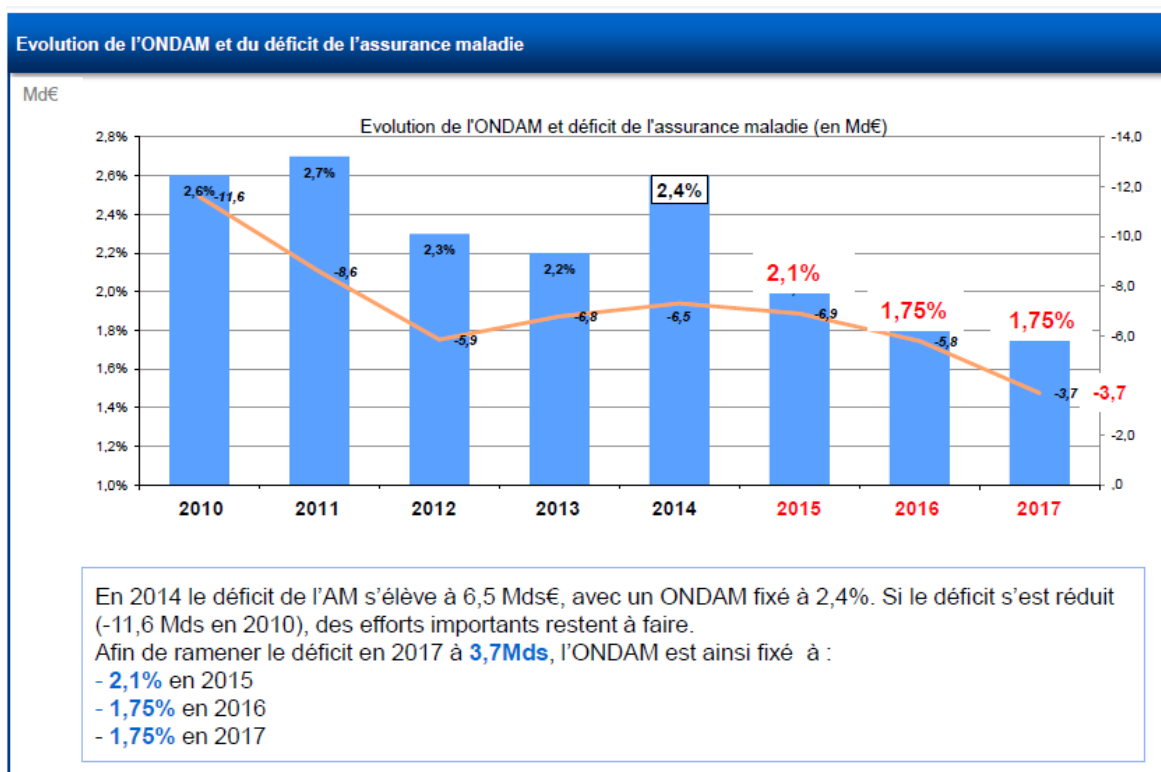
Total : 20 personnes

Méthode : entretien (par téléphone ou sur place) d’une heure avec prise de notes

Analyse : par comparaison des réponses des interlocuteurs exerçant sur des mêmes fonctions et par thématique, notamment autour des attentes des usagers et de la vision future de l’hôpital.

Les données chiffrées fournies dans le cadre des entretiens ainsi que la documentation recueillie dans le cadre de ce mémoire ont uniquement servi à illustrer des idées de propositions ou des arguments. Elles relèvent de **caractère confidentiel** aux différents établissements et ne seraient être utilisées à d’autres fins.

Annexe 3- Evolution du taux de l'ONDAM



Source : plan d'efficience et de performance du système de santé-Présentation ARS Bretagne-27 novembre 2015

Annexe 4- Comparaison des facturations
par jour de la chambre mortuaire après 72H

Etablissement public hospitalier	Facturation TTC par jour de la chambre mortuaire après 72 heures
CHU Nantes	43 euros
CHU Montpellier	28 euros
CH Villeneuve saint Georges	45 euros
CH Bayonne	100 euros
CHR Metz	35 euros
Hôpitaux Civils de Lyon	68 euros
CH Albi	25 euros
CH Lorient	60 euros
CH Saint Malo	5,40 euros par heure au-delà de 3 jours

Source : relevé auprès des élèves directeurs d'hôpital promotion Simone Iff

Annexe 5 – projet de grille tarifaire du parking payant de Saint Malo

	Horaires de jour : 7h à 19 h
Durée maximale	Tarif en Euros TTC
0 :15	0
0 :30	0
0 :45	0
1 :00	0
1 :15	0
1 :30	0
1 :45	0
2 :00	2
2 :15	2
2 :30	2
2 :45	2
3 :00	3
3 :15	3
3 :30	3
3 :45	3
4 :00	4
4 :15	4
4 :30	4
4 :45	4
5 :00	6
5 :15	6
5 :30	6
5 :45	6
6 :00	8
6 :15	8
6 :30	9
6 :45	9
7 :00	10
7 :15	10
7 :30	11
7 :45	11
8 :00	13

8 :15	13
8 :30	13
8 :45	13
9 :00	14
Supérieur à 9 heures	14
	Horaires de nuit et week-end
Jusqu'à 2h de présence	Gratuit
Supérieur à 2 heures de présence	Forfait de 2 euros
	Exceptions
	Gratuité pour les patients des urgences

Il a été choisi de ne pas tarifer sur des montants à virgule compte tenu des coûts de gestion interne induits.

La gratuité de 2 heures en horaire de jour permet d'éviter un report important sur les rues environnantes du centre hospitalier (crainte exprimée par la mairie) et de garantir le bon déroulement d'une consultation (remontée des soignants et des usagers).

La gestion des exceptions ne doit pas être trop large pour garantir la faisabilité de leurs mises en place

La tarification sera mise en place selon le calendrier prévisionnel du projet en fin d'année 2016.

Annexe 6- Estimation du taux de fuite et de la proportion d'usagers payants au regard de la grille tarifaire proposée dans le cadre du parking payant du centre hospitalier de Saint Malo

Durée en heure	% fuite
1	0
2	0
3	10
4	30
5	60
6	60
7	70
8	70
9	80
10	80

Source : cabinet Sareco

Annexe 7 - La répartition des visiteurs et consultants (usagers payants pour Saint Malo)

Durée en heure	% de répartition	% cumulé
1	38	38
2	27	65
3	12	76
4	5	81
5	2	84
6	3	87
7	6	93
8	6	98
9	2	100
10	0	100

Source : cabinet Sareco

Annexe 8- étude du potentiel élevé des recettes annexes

« 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 et tarif malouin), pour un hôpital d'environ 400 lits Médecine Chirurgie Obstétrique d'hospitalisation complète, dont les recettes totales seraient de l'ordre de 80 millions d'euros, s'élèverait à plus de 2,5 millions d'euros, soit 3,2% des recettes totales de l'hôpital. »

Source : l'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ? Finances hospitalières, septembre 2008, n°17, p4-9

Annexe 9 – Exemple de communication aux instances sur le développement de recettes annexes-extrait du document support daté du 11-5-2011 pour la CME à venir du 21 juin 2011

III DISPOSITIF ENVISAGE AU CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix prévoit de mettre en place la facturation des suppléments pour chambre particulière de la manière suivante.

- CONTRAT : signature par le patient, ou son représentant, d'un contrat précisant les modalités d'attribution des chambres particulières et de facturation ainsi que le tarif de prestation
- TARIF JOURNALIER : 35,00 € au 01 JUILLET 2011
- MODALITES D'ATTRIBUTION : les chambres particulières seront en priorité attribuées aux patients ayant signé le contrat et en fonction des disponibilités du service
- MODALITES DE FACTURATION : La facturation est limitée à l'accord de la mutuelle du patient jusqu'à concurrence du tarif journalier. Si l'accord de la mutuelle ne couvre pas totalement le forfait, la différence n'est pas facturée. Les patients qui ne disposent pas de couverture mutuelle mais souhaitent cependant bénéficier d'une chambre particulière pourront en bénéficier en s'engageant à acquitter le tarif journalier.
- POPULATION NON CONCERNEE :
 - Les patients placés en isolement pour raison médicale (cf. art R1112-19 du CSP).
 - Les patients relevant de la l'A.M.E. et des Soins Urgents (cf. art R1112-18 du CSP).
 - Les patients relevant de la C.M.U complémentaire
 - Les patients de psychiatrie en hospitalisation sans consentement : HO ou HDT
 - Les I.V.G.
 - Les Soins Palliatifs
- SERVICES NON CONCERNES :
 - _ Réanimation polyvalente
 - _ Soins intensifs
 - _ UHCD
 - _ Pédiatrie
 - _ Services qui ne disposent pas de critères de qualité hôtelière

Annexe 10 – Retour sur investissement du parking payant de Saint Malo

Postes	Dépenses HT	Recettes HT
Signalétique	113000	
Electricité	88000	
Gestion du parking	182000	
Autres frais	5000	
Recettes de tarification/an		100000
Maintenance /an	8000	
Régisseur/an*	8000	
TOTAL sur 4 ans et 8 mois d'exploitation	463000	466000

Les postes PC sécurité ne feront pas l'objet d'un recrutement spécifique sur la base d'une gestion en régie interne.

* Estimation basée sur la base d'1,5 agent consacrant en moyenne 1h/j à la tenue de la régie hospitalière sur la base d'un redéploiement de temps agent

Source : Direction des travaux du CH Saint Malo

Annexe 11 – Exemple d’outils de pilotage de recettes annexes

FACTURATION DES CHAMBRES PARTICULIERES 2016

Date de l'export

29/04/2016

données à fin : avr-16

MONTANT PREVISIONNEL EPRD 2016 : 950 000,00 €

UF	Libellé UF	nb journées ch particulières facturées	nb total de journées facturées sur l'UF	%	Total Facturé	Nb journées en attente d'accord	% révisé	Mtt en attente d'accord	mtt TOTAL	PREVISIONNEL
1011	MEDECINE 1 HC			#DIV/0!		21		881,00	881,00	2 882,89
1015	MEDECINE 2 HC			#DIV/0!		18		738,00	738,00	2 282,47
3027	MEDECINE GERIATRIQUE HC	521	2268	22,99%	19 808,20	640	51,24%	26 240,00	45 848,20	141 782,37
3310	CARDIOLOGIE HC	44	2147	2,05%	1 547,00	127	7,98%	5 207,00	6 754,00	20 888,88
3023	GASTRO-ENTEROLOGIE HC	23	1500	1,53%	917,00	115	9,20%	4 715,00	5 832,00	17 418,58
3024	GASTRO-ENTEROLOGIE HJ			#DIV/0!				0,00	0,00	0,00
3021	PNEUMO SEMAINE	58	289	20,82%	2 054,00	50	39,41%	2 050,00	4 104,00	12 892,78
3101	CHIRURGIE 2 HC	258	1955	13,09%	9 367,00	297	28,29%	12 177,00	21 544,00	86 830,93
3102	CHIRURGIE 3 HC	199	1842	10,80%	7 500,00	233	23,45%	9 553,00	17 053,00	52 741,24
3103	CHIRURGIE AMBULATOIRE	124	588	21,91%	1 988,00	95	38,80%	1 520,00	3 488,00	10 787,83
3104	CHIRURGIE 2 JOUR			#DIV/0!				0,00	0,00	0,00
3105	CHIRURGIE 3 JOUR			#DIV/0!				0,00	0,00	0,00
8010	OBSTETRIQUE HC	378	902	41,89%	14 828,00	282	72,95%	11 582,00	26 188,00	80 993,81
3814	REHABILIT RESPIRATOIRE HC	717	1848	43,51%	24 910,49	833	81,92%	22 788,00	47 898,49	147 521,10
3022	PNEUMO JOUR			#DIV/0!				0,00	0,00	0,00
3818	U,C,C	388	582	65,48%	11 361,52	32	71,17%	1 152,00	12 513,52	38 701,81
380	ADDICTOLOGIE	314	945	33,23%	10 550,00	390	74,50%	13 850,00	24 200,00	74 845,36
3811	SSR POLYVALENTS	17	1425	1,19%	802,00	39	3,93%	1 404,00	2 008,00	6 204,12
0144	LES HETRES	135	1073	12,58%	4 585,00	212	32,34%	7 420,00	12 005,00	37 128,87
0385	KER HUEL	103	378	27,25%	3 475,00	43	38,82%	1 505,00	4 980,00	15 402,08
0251	ROZ AR SCOUR	380	553	85,10%	12 800,00	128	88,25%	4 480,00	17 080,00	52 824,74
102	TREVEZEL	492	2092	23,52%	16 594,00	457	45,38%	15 995,00	32 589,00	100 790,72
105	MENEHAM	204	954	21,38%	6 558,00	132	35,22%	4 820,00	11 178,00	34 564,95
	TOTAL	4309	21077	20,44%	148 819,21	3944	39,16%	147 637,00	296 456,21	916 874,88

Une activité sur le mois d'Avril en progression de 120% par rapport à Avril 2015

130 contrats signés sur une période de 22 jours de présence

Pour information en 2015, 59 contrats de signés

Attention

Nous commençons à ressentir un retour des contrats responsables, en particulier avec HARMONIE MUTUELLE, à savoir qu'ils déplaçonnent le forfait journalier, mais ne prennent plus en charge la chambre particulière, cela aura un impact non négligeable sur le secteur psychiatrie.

Annexe 12- Etude du coût pour un établissement du recours à Happytal

Pour générer des « recettes annexes substantielles » (selon leur document d'offres de service, jusqu'à 9000 euros par an et par chambres particulière de recettes additionnelles), Happytal propose :

- Une action sur le volume de facturation de chambre particulière par l'établissement auprès des mutuelles ou des patients en captant le plein potentiel en termes de volume facturable.
- Une action d'optimisation du prix moyen des chambres particulières selon les accords de prise en charge et l'environnement hospitalier. Ainsi, est créée une gamme de chambres avec des prix et de niveaux de confort variables au sein du centre hospitalier. Cette approche est atypique de la pratique habituelle des centres hospitaliers qui uniformisent le prix des chambres par secteur d'activité. Par exemple, à Saint Malo, 45 euros en MCO ; 40 euros en SSR ; 25 euros en HDJ.
- Un retour financier auprès du centre hospitalier via une redevance (5% en moyenne selon mes entretiens et/ou sources de recherche)

Cependant, pour obtenir les recettes nettes pour le centre hospitalier : il faut déduire différents coûts inscrits dans le marché (marché de 4 ans suivant l'accord cadre).

Ces coûts prennent la forme de :

- une carte cadeaux par séjour incluses dans le tarif facturé des chambres. Cette action auprès du patient est financée par l'établissement de santé qui achète pour chaque séjour en chambre individuelle facturable les services hôteliers selon un tableau montant de la carte cadeaux par service.
- Un abonnement mensuel facturé par happytal (il s'agit d'un montant fixe par mois sur la durée du contrat situé entre 15000 et 20000 euros par mois selon les contrats étudiés)
- Un abonnement variable par journée facturé pour chaque nuitée facturable en chambre particulière (entre 6 et 8% du coût de la chambre particulière selon l'importance de l'établissement : taux plus attractif en CHU selon les contrats que j'ai analysés).

L'établissement doit également mettre à disposition des espaces et des moyens pour positionner la conciergerie : deux espaces de réception de 8m² chacun permettent l'accueil, le conseil et les commandes.

Source : étude de contrats Happytal proposés à 3 centres hospitaliers différents (CH et CHU).

PIAUD	CEDRIC	Décembre 2016
Directeur d'hôpital Promotion 2015-2016		
Développer les recettes annexes à l'hôpital public : une opportunité en MCO		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : non concerné		
<p>Résumé :</p> <p>Le sujet du développement des recettes annexes à l'hôpital public est intéressant : il interroge l'évolution de l'hôpital et est au carrefour de plusieurs questionnements des acteurs de santé.</p> <p>Les recettes annexes souffrent d'un désintérêt. Le développement d'une politique de recettes annexes ne remet pas en question les orientations actuellement suivies par les hôpitaux. Elle est complémentaire d'une action d'ensemble pour rétablir l'équilibre budgétaire. Le retour sur investissement se fait de trois façons : économiquement, par la réponse aux nouvelles attentes de l'utilisateur, et par une image modernisée. Ces atouts donnent un avantage concurrentiel à l'établissement.</p> <p>Les études montrent que le secteur public a une marge de progression sur les recettes annexes. Ce mémoire propose des orientations et outils de mise en œuvre.</p> <p>Développer les recettes annexes est une opportunité en MCO à saisir pour répondre aux évolutions nouvelles de l'environnement hospitalier.</p>		
<p>Mots clés :</p> Recette ; retour sur investissement ; hôpital ; usagers ; bien-être ; budget ; avantage concurrentiel ; GHT ; annexe ; séjour ; moderne ; image		

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.