

ENQUETE OCCITANIE
« REDEVANCES » MEDECINS SPECIALISTES
DANS LES ETABLISSEMENTS
MCO ET PSYCHIATRIE

ANALYSE ET PRECONISATIONS

SYNTHÈSE
Frédéric Bizard & Corinne Daver

Pour



FÉVRIER 2021

Synthèse

La redevance en général est un concept marqué par une pluralité de sens qui en fait un terme plutôt générique. La redevance médicale n'en est pas moins floue et ne dispose d'aucune définition juridique précise. Sa parfaite définition comme sa compréhension par les parties au contrat est pourtant une composante essentielle dans la bonne relation entre le médecin libéral et l'établissement de santé dans lequel il exerce. Il est donc légitime autant qu'urgent en considération des enjeux financiers et relationnels, de tenter de mieux maîtriser les contours de cette redevance.

La redevance correspond à cette somme versée par des professionnels de santé en contrepartie de prestations prodiguées par l'établissement de santé au sein duquel le praticien exerce dans le cadre de l'exécution de son contrat d'exercice, prestations par définition ne donnant pas lieu à la perception de financements par les caisses.

En l'absence de régime juridique strictement défini, le travail des juges partant de litiges qui leur étaient soumis, a permis de disposer en premier lieu de la délimitation de sa licéité, puis, en second lieu des conditions de facturation opposables aux prestations concernées.

La question de sa licéité se posait en effet légitimement à la seule lecture de l'article L.4113-5 du CSP prohibant tout simplement le partage des honoraires médicaux avec toute « *personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession* ».

La jurisprudence a posé le principe de sa licéité en conditionnant sa facturation aux seules prestations effectivement servies et non couvertes par les financements dont disposent les établissements tout en liant alors cette licéité à leur strict coût réel.

Une évolution historique assez cohérente mais contrariée par la T2A

Suite à l'influence croissante des progrès techniques, à la forte hausse des dépenses hospitalières et des litiges soumis aux juridictions, plusieurs recommandations et accords ont été établies dans les années 1990. C'est le cas des recommandations de 1994 du CLAHP qui proposaient des principes de gestion et de facturation des honoraires.

L'introduction de la tarification à l'activité en 2004 change la donne et a des effets non anticipés sur le contenu et l'évolution des relations clinique/praticiens concernant la facturation de redevances. Un certain flou juridique entoure la délimitation des moyens et l'évolution du panier de produits et services contenus dans le paiement du séjour (GHS). L'impact de l'insuffisance de précisions sur la détermination de la redevance facturable ne semble pas avoir été appréhendé à l'époque, créant une confusion que l'on se doit de tenter d'éclaircir.

La loi définit le GHS comme un « *forfait tout-compris* » des « *anciennes prestations journalières* ». La mise en place de la T2A n'a pas vocation à changer le périmètre de

recettes établissement/praticien. Il est clairement indiqué dans le code de la sécurité sociale dans les dispositions organisant le versement des forfaits aux établissements que les établissements privés, en dehors d'exceptions, reçoivent un forfait incluant « le séjour et les soins avec la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains nécessaires à la prise en charge de l'hospitalisation du patient »¹.

Le contrat, rien que le contrat

Lorsque les conditions du versement de la redevance sont organisées contractuellement, ces conditions doivent être respectées selon les clauses définies par leurs soins, par les deux parties. S'il n'existe pas de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques pour la facturation des redevances, il existe des usages dégagés de la jurisprudence qui peuvent s'appliquer à défaut de règles contractuelles écrites.

Jurisprudence comme usages professionnels se rejoignent s'agissant d'un principe essentiel : aucune redevance ne peut être facturée au-delà du coût réel des prestations effectivement servies.

En règle générale, les conditions de fixation de la redevance résultent d'une négociation qui s'inscrit dans le cadre du contrat d'exercice mais devant alors nécessairement s'inscrire dans la cohérence des prestations servies.

A ce stade il existe donc 2 premières règles « fondamentales » juridiques à connaître :

- Aucune redevance ne peut être facturée si pour la prestation concernée par la facturation, l'établissement dispose de financements perçus par les caisses de sécurité sociale ;
- La redevance ne peut dépasser le coût réel des prestations servies.

D'où nous pouvons tirer 4 premières conséquences :

- Si un praticien ne dispose d'aucune prestation servie effectivement par la clinique, en théorie, il ne devrait pas y avoir de redevances ;
- La redevance doit être précisée dès le début de l'engagement contractuel ;
- La redevance doit être précisée par écrit dans le cadre d'une clause dédiée dans le contrat d'exercice libéral ;
- Les prestations servies dans le cadre de la redevance doivent être précisées afin d'éviter tout doute quant à ce qui est intégré dans le montant généralement prélevé/facturé chaque mois.

Un secteur de l'hospitalisation privée très hétérogène.

Les cliniques privées représentent un quart de la capacité d'accueil hospitalière nationale avec 116 173 lits et places, un nombre stable depuis 2013. Si seulement

¹ Art. R.162-33-1 Code de la sécurité sociale.

25% des professions médicales hospitalières exercent en libéral au global, les médecins libéraux pèsent plus de 80% de la démographie médicale dans les cliniques privées. L'enjeu des redevances est donc déterminant pour le bon fonctionnement de l'exercice libéral d'une part et des cliniques d'autre part, comme de la bonne relation entre les praticiens et les établissements.

Si l'activité des cliniques privées a été dynamique de 2011 à 2018, avec une croissance annuelle moyenne du chiffre d'affaires de 3,5% et un résultat net moyen en hausse de 2,3% par an, la situation financière est très hétérogène d'un secteur à l'autre.

En 2018, la part des cliniques privées avec un résultat net négatif a atteint 30% de l'ensemble du réseau contre 23% en 2017. Cette hausse concerne tous les secteurs mais est plus prononcée dans le secteur MCO (34%), à rentabilité globale plus faible.

A cette hétérogénéité sectorielle s'ajoute une divergence des situations selon le caractère indépendant des cliniques ou l'appartenance à de grands groupes financiers. Les tensions financières sur les cliniques privées ont un impact sur la gestion des redevances, qui vont être gérées différemment en fonction de l'organisation capitalistique et managériale des cliniques.

Enquête sur la situation de la redevance en Occitanie

Cette enquête a été menée auprès de l'ensemble des médecins spécialistes exerçant en établissements privés hospitaliers MCO et psychiatrie dans la région Occitanie. Avec près de 20% de taux de réponses, c'est la plus grosse enquête jamais menée en France sur ce sujet.

Le taux de redevance moyen est de 7,6% HT et le taux médian de 7,3% HT. Dans 30% des cas, la redevance porte sur les compléments d'honoraires. Le contenu de la redevance porte pour 82% des médecins sur la gestion des honoraires, pour 44% sur les frais de lingerie, pour 35% sur le parking et pour 33% sur les locaux mis à disposition.

41% des médecins salarient directement du personnel paramédical (infirmières aide opératoire, infirmière instrumentiste, manipulateur radio...) ou autres, en plus du paiement de leur redevance. 84% des médecins salarient leur secrétaire et 25% ont d'autres personnels salariés que leur secrétaire et personnel infirmier.

Pour les trois quarts des médecins, le taux et le contenu de la redevance n'ont fait l'objet d'aucune négociation. Ainsi, 83% des médecins ne connaissent pas les modalités d'évaluation de la redevance. Pour 6 médecins sur 10, le taux de redevance est supérieur selon eux à la valeur du coût réel des prestations couvertes.

Si 88% des médecins ont un contrat d'exercice signé avec la clinique, pour 32% de ceux qui ont un contrat signé, la redevance et a fortiori ses modalités de facturation (assiette, taux, prestations concernées, ...) n'est pas mentionnée dans le contrat. Ainsi, 44% des médecins exercent sans avoir aucun accord écrit a fortiori préalable à la mise en œuvre de la facturation d'une redevance.

Une diversité des taux de redevance perdure dans les cliniques.

Dans 58% des cas, il existe plusieurs taux de redevances dans la clinique : dans 15% des cas entre praticiens de même spécialité, dans 66% entre praticiens de spécialités différentes.

Les directions d'établissements reconnaissent un certain flou dans les redevances

Selon les directions qui ont été interviewées, un des enjeux de la redevance est celui de sa cohérence réelle avec le périmètre précis des services concernés. L'absence de clarté du contenu de la redevance et des prestations effectivement facturées conduit à une véritable confusion qui nuit à la lisibilité, à la compréhension et donc à l'acceptation par les médecins de la redevance.

La diversité des taux entre établissements est souvent liée à la diversité des périmètres des services couverts. Dans la réalité, il apparaît, d'après les structures interrogées, très difficile de tout valoriser au coût réel, d'où l'intérêt de limiter la redevance à la gestion des honoraires.

La non revalorisation des GHS depuis plusieurs années de suite aurait mis en difficulté les cliniques. D'autant plus que les matériels évoluent et leurs coûts également sans pour autant que les établissements ne puissent disposer d'une revalorisation des GHS pour couvrir cette majoration de coûts.

L'imputabilité de la hausse des coûts des technologies et de la prise en charge du personnel nécessaire à la réalisation d'un acte opératoire sont au cœur des discussions et des litiges selon les directions.

Il est indéniable que la redevance médicale, a fortiori suite aux baisses tarifaires, serait pourtant devenue pour certains groupes d'établissements, une source de recherche de revenus supplémentaires potentiels.

Juridiquement et nous le verrons, il s'agit d'une dérive, la redevance n'ayant en aucun cas cette finalité.

Cette dérive des redevances médicales comme variable d'ajustement financière éloigne de la fonction première de la redevance en générant des tensions inutiles au sein des établissements d'une part et du cadre de leur licéité, d'autre part.

5 préconisations stratégiques sur la redevance médicale

- 1- Par définition, la redevance se construit nécessairement « à la carte », sur la base des prestations effectivement servies aux médecins par la clinique.
- 2- Le taux de redevance ne peut dépasser le coût réel des prestations fournies par la clinique.

Si le médecin ne dispose d'aucune prestation servie par la clinique où il exerce en libéral, il ne peut donc y avoir lieu à facturation d'une redevance.

- 3- Une facturation doit correspondre à des prestations servies et non rémunérées à l'établissement par les caisses.

Il est essentiel de demeurer vigilant sur l'absence de financement pour cette prestation par la sécurité sociale.

Les parties doivent comprendre que les moyens humains et matériels qui sont nécessaires à l'hospitalisation ne peuvent donner lieu à cette facturation, car ils sont a priori (sauf exception listées par les textes) financés précisément par les forfaits versés par les caisses.

Les seuls coûts liés aux soins pouvant être inclus dans la redevance sont ceux liés à des innovations technologiques non remboursées par la sécurité sociale ou des demandes spécifiques des médecins. Dans ces deux cas, une prise en charge à un niveau qui est établi par négociation et basée sur les coûts réels peut être intégrée dans la redevance.

- 4- La gestion des honoraires par la clinique pour le compte des praticiens libéraux, qui constitue la prestation la plus courante et présente dans plus de 80% des redevances, est aussi à la carte.

Dans les cliniques où les relations avec la clinique sont difficiles, voire marquées par un pouvoir de négociation très déséquilibré, le paiement direct des honoraires par la caisse primaire d'assurance maladie est recommandé.

- 5- Une facture doit pouvoir être justifiée. Toute demande de paiement de prestations au titre de la redevance doit pouvoir être accompagnée de justificatifs afin de garantir la livraison effective des prestations et sa facturation au maximum du coût réel.

Salamati | Frédéric BIZARD

Economiste, spécialiste des questions de protection sociale et de santé, Frédéric Bizard est aujourd'hui un spécialiste reconnu des questions de santé en France et à l'international. Il est Professeur à ESCP Europe et expert auprès du Sénat sur les questions de protection sociale depuis 2015. Il est Président fondateur de l'Institut Santé, un organisme de recherche dédié à la refondation du système de santé français.

Il conseille plusieurs pays étrangers, notamment de pays émergents, sur leur système de santé. Il dirige actuellement la société Salamati Conseil, société de conseil stratégique sur le secteur de la santé.

Fidal | Corinne DAVER

Avocat docteur en Droit, Directrice associé – Cabinet Fidal PARIS, spécialisée en droit de la santé, Corinne Daver travaille depuis plus de 20 années auprès des acteurs de la santé et du soin, dont plus spécifiquement sur les questions des relations contractuelles médecins/cliniques.