



# Les redevances

## Le contexte

**Les redevances sont souvent l'objet de difficultés** dans les relations entre les praticiens et les établissements. Elles sont très hétérogènes, fruit de l'histoire, de la structure capitaliste de l'actionariat de l'établissement, de l'évolution des équipes médico-chirurgicales, etc... Le terme d'avances financières pour prestations devrait être préféré à celui de redevances.

L'enquête du SYMHOP du printemps 2006 a montré que ces « redevances » variaient d'un établissement à l'autre pour une même prestation, et qu'elles étaient souvent fixées en pourcentage. Pour une même prestation, « les frais de gestion d'honoraires » par exemple, la valeur varie entre 0,5 et 12%... Ces redevances concernent souvent les dépassements d'honoraires ce qui est illogique, et elles ne se font pas sur la base d'un coût réel avec justificatifs correspondant aux sommes dues par les praticiens.

Les nouvelles modalités tarifaires nécessitent une harmonisation de ces pratiques : les tarifs des Groupes Homogènes de Séjour issus de la Tarification à l'Activité sont des tarifs nationaux identiques pour tous les établissements de soins privés. Dans la CCAM, le tarif de l'acte médical inclut le coût de la pratique. Celui-ci regroupe les frais nécessaires à la réalisation de l'acte médical, et à la charge du praticien (par exemple personnel habituellement à sa charge).

## Les acteurs

### ➔ Le praticien

Les prestations qu'il doit rembourser à l'établissement font souvent l'objet d'une relation contractuelle. Le praticien peut choisir entre assurer directement la prise en charge de ses prestations, ou les rembourser à l'établissement. Par exemple, des locaux des consultations (avec bail), un secrétariat personnel de consultation, une aide opératoire pour les chirurgiens, peuvent être soit pris en charge directement par le praticien soit remboursés à l'établissement. Ceci doit se faire sur la base d'un coût réel de mise à disposition. Il en est de même pour la gestion des honoraires : facturation sur le bordereau 3404, encaissement des honoraires et redistribution à chacun des praticiens. Les différentes analyses d'experts chiffrent cette gestion des honoraires entre 1,5 et 3% en moyenne...

Le praticien doit avoir à sa charge une juste redevance sur les prestations effectivement fournies : une prestation habituellement incluse dans l'honoraire du praticien, et non refacturée à celui-ci, pourrait être requalifiée par les services fiscaux. De même une prestation fournie et facturée à un tarif trop élevé pourrait être assimilée à une taxation contraire au mode d'exercice de la médecine libérale en établissement de soins privés...

### ➔ La clinique

L'établissement de soins privé doit fournir aux praticiens ce qui est nécessaire à l'exercice de son art. Ceci a bien été précisé dans le décret du 23 avril 2001 qui dit que les établissements 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 en hospitalisation du patient ». De même l'établissement reçoit des « forfaits couvrant les frais occasionnés par l'utilisation d'un secteur opératoire ou

interventionnel, avec mise à disposition des moyens techniques matériels et humains nécessaires à la réalisation des actes qui s'y trouvent réalisés ». Il est également précisé que sont exclus des forfaits reçus par l'établissement : « les honoraires des praticiens et les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge ».

La tarification à l'activité a donné lieu à l'élaboration de nouvelles règles tarifaires basées sur des séjours de patient, qui sont des tarifs moyens incluant l'ensemble des prestations habituellement prises en charge...

De plus le décret n°2002-960 du 4 juillet 2002 précise que « l'établissement s'engage à tenir à disposition de l'ARH sa comptabilité ainsi que les conventions et contrats ayant une incidence sur son compte de résultat ». Ceci les oblige à une transparence totale de la gestion et de la relation financière avec les médecins.

Plus anciennement, le contrat tripartite de l'hospitalisation privée (J.O. avril 1998) précisait :

- art. 25 : les documents médico-administratifs obligatoires : fichier de malade, cahier de visite, prescriptions, dossier de malade hospitalisé ;
- art. 26 : les établissements de santé sont rémunérés pour la PMSI.

Ces dépenses ne peuvent donc pas être à la charge du praticien.

## Ce qui est obligatoire

La référence commune et partagée par les établissements de soins et les médecins est constituée par les recommandations du CLAHP. Le Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée a actualisé ses recommandations le 17 décembre 2003. Il rappelle quelques éléments fondamentaux : les prestations sont évaluées sur la base d'un coût réel avec justificatifs ; « elles pourront être exprimées en pourcentage d'honoraires conventionnels après accord des praticiens, avec régularisation en fin d'exercice » ; pour le bloc opératoire l'établissement est tenu de mettre à disposition des praticiens un bloc opératoire équipé, et le forfait de salle d'opération inclut la rémunération du personnel du bloc. Par contre, la rémunération d'aide opératoire est à la charge du chirurgien. Pour l'endoscopie, si elle est génératrice d'un forfait technique pris en charge par l'assurance maladie, elle rentre dans le cadre général de la chirurgie (mise à disposition de l'instrumentation nécessaire à la réalisation de l'intervention chirurgicale courante). ▶

## Ce qu'il faut éviter

- Des redevances dont le taux en pourcentage dépend des difficultés financières des établissements ! Les redevances doivent correspondre à des prestations réelles et remboursées sur justificatifs.
- Des redevances trop basses : les services fiscaux pourraient considérer qu'il s'agit d'un abus de biens sociaux par les praticiens.
- Des redevances dont les tarifs ne sont pas ceux habituellement pratiqués : il s'agit d'une source de conflit toujours préjudiciable à tous les acteurs.
- Des redevances incluant les dépassements sont à proscrire, car le dépassement est forcément une somme variable dépendant de la relation patient – praticien, et non de la prestation fournie pour la réalisation de l'acte (sauf cas exceptionnel).
- Inclure dans le montant des honoraires soumis à redevances les rémunérations des gardes et astreintes qui n'entraînent aucune dépense supplémentaire.

## Ce qu'il faut obtenir

De la transparence et de la clarté, des prestations clairement listées, tarifées, et remboursées sur justificatifs.

## Pour en savoir plus

- ▶ Contrat tripartite de l'hospitalisation privée (avril 1998)
- ▶ Décret n°2001-356 du 23 avril 2001 pris en application de l'article L162-22-1 du Code de la Santé Publique, sur le contenu des forfaits réglés par l'Assurance Maladie aux établissements.
- ▶ Recommandations relatives aux relations établissements praticiens et aux remboursements des prestations en exercice libéral, du 24 février 1994, actualisé le 17 décembre 2003, disponibles sur le site Internet [www.csmf.org](http://www.csmf.org)
- ▶ Décret n°2002-960 du 4 juillet 2002 relatif au fond pour la modernisation des cliniques privées, rappelant la nécessaire transparence de gestion financière
- ▶ Arrêt de la Cour de Cassation de juin 2000, arrêt de la Cour de Cassation du 19 mai 1998, arrêt de la Cour de Cassation du 5 novembre 1996, concernant les redevances non justifiées.