



ASSEMBLÉE NATIONALE

9ème législature

Remunerations

Question écrite n° 1157

Texte de la question

M Jean-Michel Ferrand attire l'attention de M le ministre de la solidarite, de la sante et de la protection sociale, porte-parole du Gouvernement sur le reglement des honoraires dus aux praticiens concernant des malades hospitalises en clinique privée. Depuis 1981, la Caisse nationale d'assurance maladie a institue une procedure visant a rassembler sur une meme facture tous les frais medicaux et para-medicaux concernant les malades hospitalises en clinique privée. Cette procedure a ete denominee « Bordereau 615 ». Tous les actes pratiques par les praticiens sont inscrits sur ce bordereau, qu'il s'agisse d'actes en K pour les chirurgiens ou medecins specialistes, d'actes en Z pour les medecins-radiologues, d'actes en B pour les biologistes, d'actes en AMM pour les masseurs-kinesitherapeutes ou auxiliaires medicaux. Cette facture globale est reglee a la clinique par la caisse de securite sociale qui reverse les honoraires a chacun des praticiens. L'epreuve du temps a montre tous les inconvenients de ce systeme : d'abord, la gestion est effectuee par un tiers delegue de fonds qui ne lui appartiennent pas. Gestion qui a pour consequence la retention de sommes souvent importantes. Le reglement aux praticiens n'intervient que trois mois apres l'envoi du dossier et, dans le meilleur des cas, un mois apres la perception des fonds. De plus, l'administration fiscale a admis que le service rendu pouvait etre considere comme une prestation de services, ce qui autorise la clinique a percevoir une taxe qui varie de 3 p 100 a 15 p 100 sur le montant des honoraires reversees ; ensuite, le praticien est dans l'impossibilite d'assurer le suivi des dossiers, ce qui entraine parfois des pertes de volets de facturation, la disparition de dossiers qui par consequent ne parviennent pas a la caisse, le rejet de certains dossiers attendent pendant des mois sans que le praticien interesse puisse intervenir, les reclamations devant etre faites obligatoirement par la clinique qui a envoye les dossiers a la caisse ; enfin, l'incidence economique est particulierement lourde pour le laboratoire d'analyses dont la tresorerie, sous-alimentee par les retards de versements qui s'aggravent pendant la periode des congés, ne peut plus faire face aux charges de l'entreprise qui risque d'etre destabilisee. La procedure dite « Du autorisation d'avance : DAD » qui accorde la dispense d'avance des frais pour tous les malades exoneres du ticket modérateur, qu'il s'agisse de malades admis au regime de l'affection longue duree ou de malades hospitalises dont le coefficient operatoire K est au moins egal a 50, permet de pallier les divers inconvenients. Lorsque cette procedure est appliquee, les dossiers sont regles trois semaines au maximum apres l'envoi, les erreurs ou oublis sont signales immediatement. Toutefois la CNAMTS indique qu'il ne peut y avoir dispense d'avance des frais pour les malades hospitalises en clinique, hormis en cas de procedure dite « Bordereau 615 » : ou le praticien accepte le bordereau 615, ou il adresse sa note d'honoraires au client qui se fait rembourser par la caisse dont il releve. Or cette procedure est en usage pour tous les malades non hospitalises et exoneres du ticket modérateur et est admise pour les malades hospitalises par toutes les caisses mutuelles y compris la mutualite sociale agricole. Cependant cette reglementation semble ne pas etre admise par toutes les caisses primaires. Le bordereau 615 semble ne pas etre connu dans tous les departements. Il lui demande sur quelles bases legales, la CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salaries, s'appuie-t-elle pour obliger les praticiens a adherer au bordereau 615 en vu obtenir le reglement de leurs honoraires en tiers payant pour leurs malades hospitalises en clinique privée, et pour interdire auxdits praticiens la procedure dite « Du autorisation d'avance » pour obtenir le reglement direct par la caisse primaire d'assurance maladie.

Texte de la réponse

Reponse. - Les modalites de paiement des honoraires des praticiens exerçant dans un etablissement prive conventionne sont fixees par l'article 4-2o de la convention nationale des medecins approuvee par arrete interministeriel du 5 juillet 1985. Aux termes de cet article, lorsque le medecin opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut etre versee selon son choix : soit globalement a un medecin, exerçant dans l'etablissement, designe par ses confreres ; soit individuellement a chaque praticien. La procedure du « du, autorisation d'avance », anterieurement en usage pour la medecine ambulatoire, n'est plus mentionnee par la convention de 1985. Il appartient aux parties signataires de la convention medicale, au vu du bilan de son application, d'apporter a la convention les amenagements juges utiles.

Données clés

Auteur : [M. Ferrand Jean-Michel](#)

Circonscription : - Rassemblement pour la République

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 1157

Rubrique : Professions medicales

Ministère interrogé : solidarite,santé et protection sociale,porte-parole du gouvern

Ministère attributaire : solidarite,santé et protection sociale,porte-parole du gouvern

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 1er août 1988, page 2270