



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 solidarité, de la santé et de la protection sociale, porte-parole du Gouvernement sur le règlement des honoraires dus aux praticiens concernant des malades hospitalisés en clinique privée. Depuis 1981, la Caisse nationale d'assurance maladie a institué une procédure visant à rassembler sur une même facture tous les frais médicaux et para-médicaux concernant les malades hospitalisés en clinique privée. Cette procédure a été nommée « Bordereau 615 ». Tous les actes pratiqués par les praticiens sont inscrits sur ce bordereau, qu'il s'agisse d'actes en K pour les chirurgiens ou médecins spécialistes, d'actes en Z pour les médecins-radiologues, d'actes en B pour les biologistes, d'actes en AMM pour les masseurs-kinesithérapeutes ou auxiliaires médicaux. Cette facture globale est réglée à la clinique par la caisse de sécurité sociale qui reverse les honoraires à chacun des praticiens. L'épreuve du temps a montré tous les inconvénients de ce système : d'abord, la gestion est effectuée par un tiers délégué de fonds qui ne lui appartient pas. Gestion qui a pour conséquence la retention de sommes souvent importantes. Le règlement aux praticiens n'intervient que trois mois après l'envoi du dossier et, dans le meilleur des cas, un mois après la perception des fonds. De plus, l'administration fiscale a admis que le service rendu pouvait être considéré comme une prestation de services, ce qui autorise la clinique à percevoir une taxe qui varie de 3 p 100 à 15 p 100 sur le montant des honoraires reversés ; ensuite, le praticien est dans l'impossibilité d'assurer le suivi des dossiers, ce qui entraîne parfois des pertes de volets de facturation, la disparition de dossiers qui par conséquent ne parviennent pas à la caisse, le rejet de certains dossiers attendent pendant des mois sans que le praticien intéressé puisse intervenir, les réclamations devant être faites obligatoirement par la clinique qui a envoyé les dossiers à la caisse ; enfin, l'incidence économique est particulièrement lourde pour le laboratoire d'analyses dont la trésorerie, sous-alimentée par les retards de versements qui s'aggravent pendant la période des congés, ne peut plus faire face aux charges de l'entreprise qui risque d'être destabilisée. La procédure dite « Du autorisation d'avance : DAD » qui accorde la dispense d'avance des frais pour tous les malades exonérés du ticket modérateur, qu'il s'agisse de malades admis au régime de l'affection longue durée ou de malades hospitalisés dont le coefficient opératoire K est au moins égal à 50, permet de pallier les divers inconvénients. Lorsque cette procédure est appliquée, les dossiers sont réglés trois semaines au maximum après l'envoi, les erreurs ou oublis sont signalés immédiatement. Toutefois la CNAMTS indique qu'il ne peut y avoir dispense d'avance des frais pour les malades hospitalisés en clinique, hormis en cas de procédure 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 relève. Or cette procédure est en usage pour tous les malades non hospitalisés et exonérés du ticket modérateur et est admise pour les malades hospitalisés par toutes les caisses mutuelles y compris la mutualité sociale agricole. Cependant cette réglementation semble ne pas être admise par toutes les caisses primaires. Le bordereau 615 semble ne pas être connu dans tous les départements. Il lui demande sur quelles bases légales, la CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, s'appuie-t-elle pour obliger les praticiens à adhérer au bordereau 615 en vue d'obtenir le règlement de leurs honoraires en tiers payant pour leurs malades hospitalisés en clinique privée, et pour interdire auxdits praticiens la procédure dite « Du autorisation d'avance » pour obtenir le règlement direct par la caisse primaire d'assurance maladie.

Texte de la réponse

Reponse. - Les modalités de paiement des honoraires des praticiens exerçant dans un établissement privé conventionné sont fixées par l'article 4-2o de la convention nationale des médecins approuvée par arrêté interministeriel du 5 juillet 1985. Aux termes de cet article, lorsque le médecin opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée selon son choix : soit globalement à un médecin, exerçant dans l'établissement, désigné par ses confrères ; soit individuellement à chaque praticien. La procédure du « du, autorisation d'avance », antérieurement en usage pour la médecine ambulatoire, n'est plus mentionnée par la convention de 1985. Il appartient aux parties signataires de la convention médicale, au vu du bilan de son application, d'apporter à la convention les aménagements jugés 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 médicales

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

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

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 1er août 1988, page 2270