



14ème législature

| | | |
|---|--|---|
| Question N° : 11753 | De M. Michel Vergnier (Socialiste, républicain et citoyen - Creuse) | Question écrite |
| Ministère interrogé > Affaires sociales et santé | | Ministère attributaire > Affaires sociales et santé |
| Rubrique > économie sociale | Tête d'analyse > mutuelles | Analyse > réseaux de prestataires. partenariats. perspectives. |
| Question publiée au JO le : 27/11/2012 Réponse publiée au JO le : 19/02/2013 page : 1823 Date de signalement : 29/01/2013 | | |

Texte de la question

M. Michel Vergnier alerte Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur le danger que représente la possibilité pour les mutuelles de créer des réseaux de soins. Cette possibilité menace la liberté de choisir, pour les patients, leur médecin, ainsi que la qualité des soins auxquels ils auront droit. D'autre part, elle compromet l'indépendance des éventuels médecins affiliés aux mutuelles. En effet, obligation sera faite à ces derniers de rendre des comptes à la mutuelle, laquelle aura un droit de regard sur le détail des devis émis pour les patients, et poussant à l'acte le moins cher par souci de remboursement modéré. La qualité des équipements des médecins, la qualité des soins dispensés, s'en ressentira forcément puisque les mutuelles imposeront leurs tarifs. Pour les patients affiliés, la liberté de choisir son praticien sera désormais nulle, puisqu'il devra sélectionner son médecin dans une liste fournie par sa mutuelle, sous peine de n'être pas complètement remboursée par celle-ci. Quant aux praticiens libéraux indépendants, ils n'auront que deux solutions : soit baisser drastiquement leurs tarifs pour faire face à cette nouvelle concurrence, ce qui au vu des investissements indispensables pour certaines professions comme la chirurgie dentaire ou l'optique en matière d'équipement, s'avèrerait dramatique en terme de qualité ; soit mettre la clé sous la porte. La mise en place des réseaux et centres de soins aura également une autre incidence, cette fois sur les déserts médicaux qu'elle accroîtra. Or nombre de nos territoires ruraux sont déjà trop fragilisés. Il lui demande donc quelle réflexion le Gouvernement compte tenir au vu de ces nombreux éléments.

Texte de la réponse

La proposition de loi n° 296 déposée à l'assemblée nationale le 17 octobre 2012 vise à placer les mutuelles dans une situation identique à celle des autres complémentaires, en leur permettant de sécuriser le fonctionnement de leurs réseaux de soins. Les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance ont toujours pu conventionner sans restriction mais le code de la mutualité comprend des dispositions spécifiques qui restreignent la possibilité, pour les mutuelles, de mettre en place de tels réseaux. Ces dispositions ne leur permettent pas de proposer des contrats de complémentaire santé intégrant des dispositions relatives aux réseaux, contrairement à la possibilité ouverte aux sociétés d'assurances et aux institutions de prévoyance. Une décision de la Cour de Cassation de 2010 a précisé cette interdiction faite aux mutuelles. Cette proposition de loi a donc pour objet de placer l'ensemble des complémentaires santé dans une situation identique. L'examen de cette proposition de loi en première lecture à l'Assemblée nationale le 28 novembre 2012 a précisé le texte initial et a instauré un encadrement de l'ensemble des réseaux de soins. Pour répondre aux inquiétudes exprimées à l'égard de ces réseaux, elle a instauré un cadre juridique commun à l'ensemble des conventionnements mis en place par les organismes complémentaires, quelle que soit leur nature juridique. L'article 2 de la proposition de loi introduit un ensemble de garanties pour les



patients et les professionnels de santé. La mise en oeuvre de réseaux, dans le cadre des contrats de complémentaire santé, devra respecter les principes suivants : le libre choix de son professionnel de santé par le patient ; la mise en oeuvre des conventionnements sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires ; l'interdiction de critères d'exclusivité ; une information suffisante du patient, aussi bien avant qu'après la conclusion du contrat de complémentaire santé, sur le réseau et sur son impact sur les droits de l'adhérent. L'article 2 interdit également la mise en oeuvre de réseaux portant sur les tarifs des médecins libéraux, les tarifs de l'activité de soins des médecins ne pouvant relever de négociations individuelles avec les complémentaires santé mais relevant de négociations nationales dans le cadre de la convention passée entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs. Enfin, l'article 3 prévoit d'accroître la transparence et l'information du parlement, en prévoyant la remise d'un rapport sur ces réseaux de soins.