

15ème législature

Question N° : 11251	De Mme Émilie Bonnard (Les Républicains - Savoie)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique >assurance complémentaire	Tête d'analyse >Remboursement différencié	Analyse > Remboursement différencié.
Question publiée au JO le : 31/07/2018 Réponse publiée au JO le : 05/02/2019 page : 1162		

Texte de la question

Mme Émilie Bonnard attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la loi Le Roux du 27 janvier 2014 autorisant les organismes complémentaires d'assurance maladie à créer des réseaux de soins, et à instaurer des différences dans le niveau des remboursements des adhérents consultant un professionnel ou un établissement membre du réseau partenaire de l'assureur, qu'il s'agisse d'une mutuelle ou d'un organisme de complémentaire santé. S'il est vrai que ces réseaux de soins offrent une qualité d'accueil et de service et une attractivité des tarifs, le professionnel de santé perd néanmoins son indépendance dans l'établissement du protocole de soins tout en restant pleinement responsable éthiquement et pénalement de ses actes. De même, en abaissant le prix des produits, les réseaux de soins ont donc fait baisser la marge des professionnels impactant ainsi la qualité des produits. Enfin, il est important de préciser que le remboursement différencié constitue une atteinte à la liberté du patient de choisir son professionnel de santé. Elle lui demande donc quelles mesures elle entend prendre pour faciliter la liberté du patient dans son choix d'un professionnel de santé et supprimer le remboursement différencié.

Texte de la réponse

Par la constitution de réseaux de soins, les organismes d'assurance complémentaire ont cherché à flécher le parcours de soins de leurs assurés en les incitant à recourir à un praticien adhérent à un protocole de fournitures de soins ou membre d'un réseau de soins. Cette mesure participe d'une modération des dépenses de santé, les professionnels partenaires s'engageant à respecter des critères prédéfinis de qualité et de tarifs. Elle présente également un avantage pour l'assuré qui bénéficie d'une dispense d'avance des frais et réduit le montant des dépenses restant à sa charge. Le législateur est intervenu pour permettre à tous les organismes d'assurance maladie complémentaire de différencier leurs remboursements dans certaines spécialités si les soins sont effectués auprès du réseau dont ils sont partenaires. Le dispositif de remboursement différencié ne trouve à s'appliquer que pour les domaines médicaux non couverts par la réforme « 100 % santé » et par ceux couverts par la réforme lorsque les prix sont libres. Les réseaux de soins ne constituent pas une pratique restrictive ou anticoncurrentielle car ils ne conduisent pas à l'éviction de certains professionnels, pas plus qu'ils n'imposent à ceux-ci des obligations déséquilibrées. Toute action visant à informer les assurés en amont de la vente de dispositifs médicaux sur le reste à charge après intervention de l'organisme complémentaire est encouragée. Le Gouvernement a ainsi mené une action pour rendre plus lisibles les contrats de complémentaire santé. Les représentants des organismes complémentaires ont pris notamment l'engagement d'une présentation normalisée des offres et du développement des simulateurs de restes à charge en ligne. Le Gouvernement sera vigilant sur la mise en œuvre de ces engagements dans le cadre du comité de suivi de la réforme qui sera mis en place dès 2019. Enfin, le Gouvernement travaille



actuellement sur la généralisation du tiers payant sur le panier de soins visé par la réforme dite « 100 % santé » avec les représentants de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire et des professionnels concernés.