



# ASSEMBLÉE NATIONALE

## 14ème législature

mutuelles

Question écrite n° 34157

### Texte de la question

M. Gérard Charasse interroge Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la pratique qui consiste, pour des organismes mutualistes ou des assurances santé à favoriser, par une variation des remboursements offerts aux adhérents, des réseaux de santé préalablement désignés. Outre que cette pratique pose la question de la liberté de choix de l'assuré qui doit être en mesure de s'assurer une relation de confiance avec son professionnel de santé, la pratique qui consiste, pour des questions de prix, à modifier très régulièrement les réseaux en question conduit fatalement à une rupture dans le suivi des patients qui provoque, à chaque changement "d'agrément", des retours vers les prescripteurs, retours dont le financement est couvert pour l'essentiel par la sécurité sociale. De plus, cette pratique conduit à limiter l'accès aux produits, les réseaux favorisant l'abaissement des coûts en vue de l'obtention de ces "agréments" et se réservant alors le droit de ne pas proposer les produits les plus innovants qui, sur le long terme, sont à l'évidence une source d'économie. Enfin cette pratique lui semble se faire en contradiction avec les règles de concurrence puisque sans appel d'offres dans la plupart des cas ou alors dans une forme qui exclut de fait les praticiens indépendants. Il lui demande donc si le Gouvernement pourrait d'une part faire une évaluation de ces pratiques et d'autre part se prononcer sur sa conformité aux règles de libre concurrence et au droit du patient au choix de son praticien et de ses produits.

### Texte de la réponse

Les réseaux de soins doivent permettre aux assurés de bénéficier, du fait du pouvoir de marché des organismes complémentaires, d'une amélioration du rapport qualité / prix et des services offerts par un certain nombre de prestataires, notamment en matière d'optique. La proposition de loi n° 296 déposée par le député Bruno Le Roux au nom des membres du groupe socialiste, républicain et citoyen a été définitivement adoptée par l'Assemblée nationale le 16 décembre 2013. Elle est désormais devenue la loi du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé. Cette loi prévoit que l'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires et que l'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité. Tout professionnel, établissement ou service répondant aux critères mentionnés peut adhérer à la convention, à l'exception des conventions concernant la profession d'opticien-lunetier, qui peuvent prévoir un nombre limité d'adhésions. La loi encadre par ailleurs le champ de ces conventions : - d'une part, elle prévoit que, pour les professionnels de santé autres que celles pour lesquelles la prise en charge par l'assurance maladie est minoritaire, les conventions ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations ; - d'autre part, elle prévoit que le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux par les organismes complémentaires ne peut être modulé en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un médecin ayant conclu une convention avec ces organismes.

### Données clés

Auteur : [M. Gérard Charasse](#)

**Circonscription** : Allier (3<sup>e</sup> circonscription) - Radical, républicain, démocrate et progressiste

**Type de question** : Question écrite

**Numéro de la question** : 34157

**Rubrique** : Économie sociale

**Ministère interrogé** : Affaires sociales et santé

**Ministère attributaire** : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Date(s) clée(s)

**Question publiée au JO le** : [30 juillet 2013](#), page 7952

**Réponse publiée au JO le** : [29 septembre 2015](#), page 7391