



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

mutuelles

Question écrite n° 4527

Texte de la question

M. Damien Meslot attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la question du conventionnement entre mutuelles et offreurs de soins suite à la discussion de l'article 22 de la proposition de loi dite « Fourcade » du 19 mai 2012. En effet, la situation est préoccupante pour les personnes souhaitant accéder au système de santé. Si l'article 22 n'était pas adopté, l'augmentation des restes à charge pour les 38 millions de personnes couvertes par une mutuelle risquerait de grever davantage leur pouvoir d'achat. Les mutuelles pratiquent donc avec les offreurs de soins un conventionnement fondé sur des critères de qualité visant à mieux encadrer les tarifs. Les dépenses de santé sont donc régulées. La Cour de cassation a, par un arrêt du 18 mars 2010, remis en cause le principe même du conventionnement mutualiste, en interdisant à une mutuelle de pratiquer des modulations dans le niveau de prestations selon que l'adhérent consulte ou non un offreur de soins conventionné par une mutuelle. Elle nuit donc aux adhérents mutualistes, aux professionnels de santé, et à la maîtrise des dépenses, notamment dans les secteurs de l'optique et du dentaire où les remboursements de l'assurance maladie obligatoires sont les plus faibles. C'est pourquoi il lui demande de bien vouloir revoir le code de la mutualité sans remettre en cause la liberté de choix du patient mais bien de concilier le respect des choix individuels et la capacité collective à assumer ces choix, et de lui indiquer quelles mesures elle entend prendre afin que les assureurs et les institutions de prévoyance puissent agir au travers de leurs garanties et conventionnements sur la régulation de l'offre de soins comme l'espère l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

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.

Données clés

Auteur : [M. Damien Meslot](#)

Circonscription : Territoire de Belfort (1^{re} circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 4527

Rubrique : Économie sociale

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [18 septembre 2012](#), page 5047

Réponse publiée au JO le : [19 février 2013](#), page 1823