



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Remboursements différenciés

Question écrite n° 15964

Texte de la question

M. Damien Pichereau attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la problématique des remboursements différenciés. La majorité des mutuelles proposent aux patients de se tourner vers des professionnels de santé partenaires, qui consentent en contrepartie à modérer leurs tarifs afin de réduire le reste à charge des patients. Pour encourager leurs assurés à choisir les professionnels de leur réseau, les mutuelles pratiquent le remboursement différencié, c'est à dire des conditions de remboursement améliorées par rapport aux mêmes dépenses de soin qui auraient été engagées chez des professionnels de santé hors réseau. Ce modèle, bien que permettant aux assurés de bénéficier des meilleurs tarifs, fragilise les professionnels de santé indépendants qui n'ont pas les mêmes possibilités de faire partie d'un réseau de soin. Aussi, il souhaite connaître l'opinion du Gouvernement sur la question d'un meilleur encadrement de cette pratique.

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 prédefinis 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.

Données clés

Auteur : [M. Damien Pichereau](#)

Circonscription : Sarthe (1^{re} circonscription) - La République en Marche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 15964

Rubrique : Audiovisuel et communication

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clée(s)

Question publiée au JO le : [22 janvier 2019](#), page 552

Réponse publiée au JO le : [5 février 2019](#), page 1177