



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

lois de financement de la sécurité sociale

Question écrite n° 10485

Texte de la question

M. Thierry Lazaro attire l'attention de M. le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social sur les recommandations de la Cour des comptes formulées dans dernier rapport établi en septembre 2010, sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Aussi, il le prie de bien vouloir lui indiquer les suites qu'elle compte donner à la recommandation de la Cour des comptes portant sur les soins dentaires, en l'espèce modifier le code de la mutualité pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent.

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. Thierry Lazaro](#)

Circonscription : Nord (6^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 10485

Rubrique : Finances publiques

Ministère interrogé : Travail, emploi, formation professionnelle et dialogue social

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(e)s

Question publiée au JO le : [20 novembre 2012](#), page 6686

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