

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

13 novembre 2015

SANTÉ - (N° 3215)

Commission	
Gouvernement	

Retiré

**AMENDEMENT**

N° 564

présenté par

M. Tian, M. Hetzel, M. Aboud, Mme Boyer et M. Tardy

-----

**ARTICLE 20 BIS A**

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Le I de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociales est ainsi modifié :

« 1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme assureur mentionne en conséquence explicitement dans son contrat que l'assuré ou adhérent a la faculté de choisir les professionnels, les services et établissements de santé auxquels il souhaite recourir. Cette information est également délivrée, dans des conditions définies par arrêté, lors de l'interrogation par l'assuré, des conditions de sa prise en charge. » ;

« 2° La première phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : « négociés entre le gestionnaire du réseau, d'une part, et les organisations professionnelles représentatives des professionnels de santé concernés, d'autre part » ;

« 3° La seconde phrase du quatrième alinéa est supprimée. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

La constitution de réseaux de référencement encadrée par l'article L863-8 du code de la sécurité sociale limitant le nombre de partenaires opticiens (numerus clausus) exclut de facto des professionnels qui, bien que répondant à l'ensemble des critères qualitatifs et quantitatifs, ne peuvent intégrer le réseau limité en nombre, diminuant par la même la proximité et donc l'accessibilité des professionnels pour les assurés (conduisant certains à devoir faire plusieurs km pour se rendre chez un opticien partenaire) et génère à grande échelle des distorsions de concurrence.

---

Qui plus est, l'effet cumulatif des réseaux conduit dans certaines régions à mettre en position de dépendance économique forte certains opticiens qui en l'absence de référencement peuvent se voir privés de près de 30 % de leur clientèle dont la « liberté » est largement remise en cause par la contrainte financière induite d'un remboursement minoré à tarif et équipement équivalent s'il se rend chez un opticien hors réseau.

Si cette mesure permettant aux organismes complémentaires à l'assurance maladie d'établir des conventions de partenariat peut se concevoir dans un contexte où ce sont ces organismes qui remboursent une part majoritaire de la dépense optique, il est essentiel que les réseaux soient ouverts et que ces pratiques soient encadrées afin que soient effectivement garantis le principe du libre choix par l'assuré de son opticien, le principe du libre choix par l'assuré de son équipement, le principe du libre reste à charge.

A défaut, le danger est de privilégier exclusivement la gestion du risque assurantiel, sans que le système bénéficie directement au consommateur/patient, voire agisse à son détriment en matière de libre accès à la qualité ou à l'innovation. Ceci est d'autant plus vrai depuis l'instauration parallèle des plafonnements de remboursement optique par la loi de financement de la sécurité sociale 2015.

C'est, malheureusement, après plus d'un an de mise en œuvre du texte, ce qui se vérifie aujourd'hui.

Cet amendement vise donc à garantir :

que ces conventions de partenariat seront accessibles à tous les professionnels qui le demandent en supprimant le nombre limité d'adhésion pour les opticiens d'une part, que les critères de sélection des professionnels soient négociés avec les organisations professionnelles et non imposés discrétionnairement par les OCAM ou leur plateforme : négociation préalable à l'échelle nationale afin de garantir la transparence des contrats et préserver les intérêts collectifs de la profession, tout en écartant les risques de distorsion de concurrence que la liberté de choix de l'assuré lui soit effectivement garantie et rappelée dans son contrat (A l'instar de l'article L211-5-1 du code des assurances et l'arrêté du 29 décembre 2014 obligeant l'information des assurés auto) et au moment de la demande de prise en charge.

Tel est l'objet de cet amendement.