ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

assurance complémentaire

Question écrite n° 42579

Texte de la question

M. Yves Foulon appelle l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur l'indispensable concertation avec les professionnels de santé qu'imposent les dispositions de l'article 45 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. En effet, cet article traduit l'engagement du Président de la République à généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité. Il complète les dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 - aux termes desquels l'ensemble des salariés seront couverts par une complémentaire santé - afin de permettre aux personnes les plus fragiles de recourir à la complémentaire santé. Mais cet article fait aussi évoluer, pour tous les contrats de couverture santé, les règles relatives aux contrats « solidaires et responsables », qui ouvrent droit aux avantages fiscaux et sociaux. Et il renvoie à un décret le soin de préciser les règles permettant d'assurer un niveau de couverture minimale des soins, notamment pour certains postes générant un reste à charge important, tels que l'optique et l'audioprothèse, en particulier. Ces règles viseront donc à définir et à proposer un panier de soins minimal obligatoirement pris en charge et un panier de soins maximal induisant un plafond de remboursement - ainsi que l'HCAAM l'a préconisé afin de responsabiliser tous les acteurs (assuré, professionnel et organismes complémentaires). Cette évolution doit donc conduire à une revalorisation des montants, étant donné que les garanties minimales des contrats collectifs, suite à la loi du 14 juin 2013, sont plus importantes que celles résultant des obligations définies actuellement pour les contrats solidaires et responsables. D'autre part, si « la définition des contrats solidaires et responsables doit être reconsidérée », comme l'a écrit l'HCAAM dans son avis du 18 juillet 2013, celle-ci doit impérativement prévoir une meilleure lisibilité des garanties exprimées (qui sont aujourd'hui totalement incompréhensibles et ne permettent pas un choix éclairé des assurés) d'une part, et respecter la liberté de choix de l'assuré, y compris pour le montant de son reste à charge au-delà de la garantie minimale et maximale, d'autre part. Aussi, la définition du panier de soins induisant un niveau minimal et maximal de remboursement, ne peut-elle se faire sans une véritable concertation avec les professionnels de santé concernés afin de garantir la qualité des soins, et, qui plus est, profession par profession. Ceci est d'autant plus logique qu'a été introduite dans la LFSS 2009 l'obligation pour les secteurs où la prise en charge par les organismes complémentaires est majoritaire (optique, dentaire et audioprothèse) de négocier une nouvelle convention tripartite avec l'UNCAM et l'UNOCAM. Il lui demande donc de bien vouloir lui préciser si les organisations représentatives de ces professionnels seront bien consultées et écoutées pour la construction de ces règles et la rédaction du décret.

Texte de la réponse

Le Gouvernement a placé l'accès aux soins au coeur de la stratégie nationale de santé. Or l'optique est, selon une enquête de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), le poste de dépenses qui crée le plus de renoncement aux soins, en raison notamment du reste à charge supporté par les ménages. La Cour des comptes a souligné le coût élevé des produits optiques en France. Conscient de ces difficultés et soucieux de favoriser un égal accès aux soins à tous, le Gouvernement a souhaité agir à travers deux leviers : - la loi relative aux réseaux de soins, en permettant aux mutuelles de proposer de meilleurs

remboursements lorsque leurs adhérents recourent à un professionnel de santé agréé, soutient les conventionnements entre organismes complémentaires et opticiens et permet ainsi aux organismes complémentaires d'agir sur le niveau des prix pratiqués par ces derniers ; - la réforme des contrats responsables et solidaires, en cohérence avec l'objectif énoncé en octobre 2012 par le Président de la République lors de son discours au congrès de la mutualité d une généralisation « à l'horizon 2017, [de] l'accès à une couverture complémentaire de qualité », vise à la fois à favoriser une meilleure couverture des besoins des assurés par les organismes complémentaires et à mettre fin à la spirale inflationniste entraînée par le développement des prises en charge élevées des frais d'optique par les complémentaires, qui ont nourri la hausse des prix des produits, au détriment du pouvoir d'achat des ménages. Dans cette perspective, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 réformant le dispositif dit des contrats responsables et solidaires a conditionné les avantages sociaux et fiscaux des contrats des complémentaires santé à des exigences renforcées sur les niveaux de garantie. Le Gouvernement a présenté le 30 juin 2014 un projet de décret, élaboré après concertation de l'ensemble des acteurs concernés par la réforme : représentants de l assurance maladie obligatoire, de l'assurance maladie complémentaire, des fabricants de dispositifs médicaux d'optique, des distributeurs de dispositifs médicaux d'optique, ainsi que des partenaires sociaux et des professionnels de santé. En matière d'optique, les contrats devront désormais prendre en charge soit le ticket modérateur, soit si le contrat propose une garantie allant au-delà, un forfait minimal, de 50 euros pour une paire de verres simples et de 200 euros pour une paire de verres complexes. Cela permet de garantir une couverture significative permettant l'acquisitation d'un équipement en limitant les restes à charge. Les prises en charge des contrats responsables sont par ailleurs plafonnées pour limiter la dérive des prix. Des plafonds de prise en charge différents ont été fixés pour tenir compte des différents besoins de santé des patients : 470 euros pour une paire de lunettes à verres simples ; 750 euros pour une paire de lunettes à verres complexes ; 850 euros pour une paire de lunettes à verres très complexes. La prise en charge du coût de certains traitements (comme l amblyopie) se situe hors de ces plafonds. Afin de garantir que l essentiel de ces prises en charge est affecté aux verres, la prise en charge des montures est plafonnée à 150 euros. Ces plafonds couvrent les niveaux de garantie offerts par 90 % des contrats. L'encadrement des prises en charge par le contrat responsable ne doit pas encourager les opticiens à recourir à des produits à très bas prix, de moindre qualité, qui pourraient être fabriqués dans des pays émergents. C'est pourquoi le Gouvernement renforce les exigences de transparence et d'information sur le prix des lunettes et sa décomposition. Les opticiens devront remettre un devis puis une facture, qui présentera les différentes composantes du prix final (verre, monture, intervention de l'opticien). L'arrêté du 23 juillet 1996 relatif à l'information du consommateur sur les produits d'optique médicale sera modifié à cette fin. Le respect de ces dispositions fera l'objet de contrôles. Il s'agit là d'une garantie importante pour les patients comme pour les industriels français de l'optique. Le décret sur les contrats responsables crée un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale. Cet observatoire analysera l'évolution des prix et de la qualité des équipements d'optique, de leur niveau de prise en charge, et de la filière industrielle du secteur. Il remettra chaque année un rapport sur les pratiques constatées et formulera des préconisations sur l'évolution de l'encadrement du secteur et des contrats complémentaires. Cette réforme entrera graduellement en vigueur, pour les contrats souscrits ou renouvelés à partir du 1er avril 2015, avec toutefois un délai de transition pour les contrats résultant de garanties collectives en vigueur à la date de publication de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. Pour ces garanties, les nouvelles règles s'appliqueront lors de la révision des accords collectifs ou décisions de l'employeur, au plus tard à partir du 31 décembre 2017.

Données clés

Auteur : M. Yves Foulon
Circonscription : Gironde (8e circonscription) - Les Républicains
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 42579
Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités
Ministère interrogé : Affaires sociales et santé
Ministère attributaire : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Date(s) clée(s)

Version web : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/14/questions/QANR5L14QE42579

Question publiée au JO le : 19 novembre 2013, page 11894
Réponse publiée au JO le : 23 septembre 2014, page 8034