



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

mutuelles

Question écrite n° 47354

Texte de la question

Mme Véronique Besse attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur l'inquiétude des opticiens au sujet de la proposition de loi relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé. Ces derniers considèrent en effet que ce texte instaure une réelle discrimination envers leur profession en permettant aux réseaux de soins de refuser tout opticien postulant quand bien même il répondrait aux critères demandés. Ce dispositif fragilise ces entreprises et les emplois induits, puisque la part importante de chiffre d'affaires réalisée avec chacun de ces réseaux, associée à des durées de conventionnement comprises entre 3 et 4 ans, implique d'adapter la structure de l'entreprise en fonction de chaque résultat d'appel d'offre. De plus, le système des réseaux de soins fermés oblige l'assuré à choisir son professionnel en fonction du seul critère du prix. S'il s'agit de faire baisser le reste à charge du patient, la solution ne semble pas être la plus judicieuse pour deux raisons. D'abord parce que l'ensemble des opticiens propose des offres forfaitaires d'accès à des prix très proches de ceux du forfait couverture maladie universelle complémentaire. Ensuite parce que le dispositif déjà adopté à l'article 45 du PLFSS 2014, établissant des plafonds de remboursements optiques pour les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), va avoir pour effet mécanique de baisser le remboursement moyen par assuré et donc le montant global des remboursements, permettant aux OCAM de réaliser d'importantes économies qu'il convient de chiffrer. De plus, les primes des assurés vont progresser de l'ordre de 3 % par an, annulant voire dépassant largement la baisse du reste à charge. Au final, le coût global des dépenses d'optique resterait donc à la charge du patient. En conséquence, elle lui demande quelles mesures le Gouvernement entend-il mettre en œuvre afin de prendre en compte les inquiétudes des opticiens concernant cette proposition de loi.

Texte de la réponse

La loi du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, qui résulte d'une proposition de loi déposée par le député Bruno Le Roux au nom des membres du groupe socialiste, républicain et citoyen, poursuit une triple ambition. Il s'agit en premier lieu de favoriser une régulation des coûts de santé en vue de maîtriser les restes à charge pour les ménages et le montant des cotisations des complémentaires santé, évitant ainsi des démutualisations. En second lieu, ce dispositif a pour objectif d'améliorer la qualité de l'offre à travers les engagements pris par les professionnels de santé au sein des réseaux ainsi constitués. Enfin, il vise à permettre aux mutuelles de disposer des outils identiques à ceux offerts aux autres opérateurs. Dans le cadre des principes de la loi du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé aux objectifs ainsi fixés, le Gouvernement a jugé nécessaire que les réseaux de soins soient encadrés. A cet égard, le texte final de cette loi met en œuvre de manière immédiate un encadrement effectif des réseaux de soins, valable pour l'ensemble des organismes complémentaires, qu'il s'agisse des mutuelles ou des autres organismes assureurs. En effet, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance avaient déjà la possibilité d'utiliser ce mécanisme qui permet de renforcer la régulation et donc de réduire le reste à charge des adhérents. Le dernier alinéa de l'article L. 863-8-1

du code de la sécurité sociale, qui encadre ainsi les conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé, précise que « ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins ». L'article 2 impose également que les réseaux respectent certains principes : le libre choix du professionnel de santé, l'adhésion des professionnels de santé selon des critères transparents et non discriminatoires et une information suffisante des assurés. Il convient également de rappeler que les professionnels de santé, et notamment les opticiens, resteront libres d'adhérer ou non aux réseaux de soins. L'article 2 interdit également toute clause d'exclusivité. Par ailleurs, s'agissant de la possibilité offerte de réseaux fermés en matière d'optique, le conseil constitutionnel a jugé qu'une telle disposition ne portait pas atteinte à la liberté des opticiens-lunetiers d'exercer leur profession. Comme l'a encore relevé l'autorité de la concurrence, la limitation du nombre de professionnels référencés par les organismes complémentaires d'assurance maladie est de nature à permettre une modération des coûts contre la perspective de recevoir un nombre significatif d'assurés. En l'absence d'un tel dispositif, sur un marché connaissant un nombre toujours croissant de professionnels, marqué par une asymétrie d'information entre professionnels et assurés sur le coût et la qualité des équipements proposés, l'efficacité d'un réseau conventionné est moins importante. Les données disponibles sur les réseaux existant en matière d'optique montrent que les réseaux fermés permettent de baisser les prix de 30 à 40%, ce qui permet de limiter le montant restant à la charge directe des assurés. Enfin, s'agissant des conséquences de ces dispositions, l'article 3 prévoit la remise d'un rapport annuel, pendant une période de trois ans, portant sur le bilan des conventions souscrites et notamment sur les garanties et prestations qu'elles comportent et leur bénéfice pour les patients, notamment en termes de reste à charge et d'accès aux soins, et leur impact sur les tarifs et prix négociés avec les professionnels, établissements et services de santé. Les dispositions de cette loi s'inscrivent donc pleinement dans l'objectif de généralisation, à l'horizon 2017, de l'accès à une couverture complémentaire santé de qualité, annoncé par le Président de la République dans son discours au Congrès de la mutualité en octobre 2012.

Données clés

Auteur : [Mme Véronique Besse](#)

Circonscription : Vendée (4^e circonscription) - Non inscrit

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 47354

Rubrique : Économie sociale

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Date(s) clée(s)

Question publiée au JO le : [7 janvier 2014](#), page 13

Réponse publiée au JO le : [18 août 2015](#), page 6297