



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

mutuelles

Question écrite n° 51534

Texte de la question

M. Fernand Siré appelle l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur les réserves des professionnels quant à 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 qui a été adoptée à l'Assemblée nationale le 19 décembre 2013. Ce texte ouvre la possibilité pour les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), de pratiquer des modulations des prestations servies à leurs adhérents si ces derniers recourent à un professionnel, un service ou un établissement de santé membre d'un de leurs réseaux de soins. Les OCAM devront garantir le libre choix du professionnel, établissement ou service par le patient, la fixation de critères objectifs, transparents et non discriminatoires pour l'adhésion des professionnels, établissements et services aux conventions et l'interdiction de clauses d'exclusivité. Ainsi, les réseaux de soins devront être ouverts à tous les professionnels qui remplissent les conditions fixées. En revanche, pour l'optique, les sénateurs ont autorisé la constitution de réseaux dits « fermés » en justifiant leurs décisions par la démographie de ces professionnels ! Cette disposition en plus d'être discriminatoire met en péril la profession. Aujourd'hui, on forme 2 000 nouveaux opticiens par an. Or ces derniers, avec cette mesure, risquent de ne plus trouver de débouchés professionnels. Les réseaux fermés accueilleront un certain nombre de professionnels, les autres verront partir leur clientèle sans pouvoir agir puisque la concurrence sera totalement faussée. Même des opticiens répondant aux critères édictés pourront ne pas être retenus dans les « réseaux fermés » du seul fait des OCAM. Si l'objectif de ce dispositif est de faire baisser le montant qui restera à la charge du patient, il rappelle que nombre d'opticiens proposent des offres forfaitaires d'accès à des prix très proches de ceux du forfait de la couverture maladie universelle complémentaire. Cette mesure s'ajoute et est en contraction avec le plafonnement des remboursements des dispositifs d'optique voté dans le cadre de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, aussi les opticiens souhaiteraient qu'une étude d'impact soit entreprise sur ces mesures comme l'avait suggéré le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son rapport de juillet 2013 dans le but d'identifier ses effets sur les patients en termes d'accès aux soins de qualité ou de reste à charge. Le plafonnement 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. Selon les professionnels, une baisse de 20 % des prix, entraînerait la suppression de 5 000 emplois dans les magasins, la fermeture de 5 laboratoires de surfaçage de verres avec une perte de 1 000 emplois, une augmentation des importations des verres, une destruction de la filière « verre » comme l'a été la filière « monture » qui ne représente aujourd'hui plus que 5 % du marché français. Il souhaiterait donc connaître sa position en la matière et savoir si elle entend revenir sur ces dispositifs qui mettent en danger la filière et compromettent le libre choix du patient.

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 oeuvre 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 oeuvre 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-I 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 : [M. Fernand Siré](#)

Circonscription : Pyrénées-Orientales (2^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 51534

Rubrique : Économie sociale

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [11 mars 2014](#), page 2206

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