



## 14ème législature

<b>Question N° :</b> <b>26021</b>	<b>De M. Julien Aubert</b> ( Union pour un Mouvement Populaire - Vaucluse )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Affaires sociales et santé		<b>Ministère attributaire</b> > Affaires sociales, santé et droits des femmes
<b>Rubrique</b> > économie sociale	<b>Tête d'analyse</b> > mutuelles	<b>Analyse</b> > réseaux de prestataires. partenariats. perspectives.
Question publiée au JO le : <b>07/05/2013</b> Réponse publiée au JO le : <b>18/08/2015</b> page : <b>6297</b> Date de changement d'attribution : <b>27/08/2014</b> Date de renouvellement : <b>04/02/2014</b> Date de renouvellement : <b>05/08/2014</b>		

### Texte de la question

M. Julien Aubert appelle l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la situation des opticiens lunetiers indépendants. En tant que profession réglementée, ces professionnels sont tenus de répondre aux réglementations en vigueur et sont donc de ce fait très régulièrement contrôlés par les services concernés. Or la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles, et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé, adoptée en 1re lecture par l'Assemblée nationale le 28 novembre 2012, créera des discriminations flagrantes entre professionnels indépendants et professionnels agréés par les assureurs et les mutualistes, au travers de réseaux de soins fermés. Ayant les mêmes diplômes et respectant les mêmes normes imposées, les professionnels indépendants seront donc désarmés et démunis face à leurs concurrents. À cette rupture d'égalité d'accès entre professionnels, il faudra ajouter, en plus des remboursements différenciés selon les fournisseurs, des grilles tarifaires limitatives qui réduiront de façon drastique le libre choix du bénéficiaire des contrats de complémentaires santé, tant dans son choix de professionnel de santé, que dans son choix de fournitures. Par conséquent, il lui demande ce que le Gouvernement entend faire afin de ne pas dénaturer un marché fortement concurrentiel et ainsi soutenir, à juste titre, des professionnels indépendants qui effectuent au quotidien un travail de qualité pour leurs clients.

### 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 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.