



14ème législature

Question N° : 40435	De Mme Pascale Crozon (Socialiste, républicain et citoyen - Rhône)	Question écrite
Ministère interrogé > Affaires sociales et santé		Ministère attributaire > Affaires sociales, santé et droits des femmes
Rubrique > économie sociale	Tête d'analyse > mutuelles	Analyse > réseaux de prestataires. partenariats. conséquences.
Question publiée au JO le : 22/10/2013 Réponse publiée au JO le : 18/08/2015 page : 6297 Date de changement d'attribution : 27/08/2014		

Texte de la question

Mme Pascale Crozon attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur l'inquiétude que suscite parmi les opticiens la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé. En effet, l'article 1er de cette proposition de loi vise à permettre aux mutuelles de moduler le niveau de leurs remboursements, pour un même acte de soin, selon que les assurés s'adressent à des professionnels de santé conventionnés ou non par les mutuelles (pratique dite des « remboursements différenciés ». En d'autres termes, il s'agit de permettre aux mutuelles d'inciter financièrement leurs adhérents à consulter des praticiens membres de leurs réseaux de soins et donc, corrélativement, de les autoriser à pénaliser ceux qui exerceront leur liberté de choix en consultant des praticiens non conventionnés. Outre cette atteinte à la liberté de choix du patient, cette proposition de loi remet profondément en cause les valeurs fondatrices du mutualisme, à savoir la solidarité et l'égalité entre les adhérents qui contribuent à garantir l'effectivité des principes constitutionnels de protection sociale pour tous, issu du 11e alinéa du préambule de la Constitution de 1946 et d'égalité d'accès aux soins qui en constitue le corollaire. Par ailleurs, cette proposition de loi risque de conduire à marginaliser, voire même à évincer du marché, les professionnels de santé qui feront le choix, notamment pour des raisons d'indépendance, de ne pas adhérer à ces réseaux et ceux qui s'en verront refuser l'accès en raison du *numerus clausus* pratiqué par plusieurs réseaux. C'est pourquoi, au regard de ces éléments, elle lui demande de bien vouloir lui faire part de sa position sur l'inquiétude des opticiens et des professionnels de santé.

Texte de la réponse

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, 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.