

## 14ème législature

<b>Question N° :</b> <b>74897</b>	De <b>M. Serge Bardy</b> ( Socialiste, républicain et citoyen - Maine-et-Loire )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Affaires sociales, santé et droits des femmes		<b>Ministère attributaire</b> > Affaires sociales et santé
<b>Rubrique</b> >assurance maladie maternité : prestations	<b>Tête d'analyse</b> >frais d'optique	<b>Analyse</b> > remboursement. assurance complémentaire. plafonnement.
Question publiée au JO le : <b>03/03/2015</b> Réponse publiée au JO le : <b>30/08/2016</b> page : <b>7659</b> Date de changement d'attribution : <b>12/02/2016</b>		

### Texte de la question

M. Serge Bardy attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sur 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. Ce texte a suscité de réelles inquiétudes pour de nombreux acteurs, notamment les opticiens qui voient là une atteinte directe portée à la liberté de choix de leurs clients. En effet, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) pourront contraindre les opticiens membres de leur réseau de soins à proposer un produit « standard », puisque le but est de limiter la dépense remboursable. L'objectif louable de contrôle des prix va ainsi aboutir à la seule vente de produits de qualité moyenne, au détriment de la santé visuelle du client. Alors qu'aujourd'hui l'ophtalmologiste prescrit ce dont le patient a besoin et l'opticien conseille l'équipement le plus approprié, cette réforme confiera aux OCAM le privilège de déterminer eux-mêmes le matériel proposé au client. Il souhaite ainsi savoir si les modalités d'application de cette loi permettront aux clients de garder une liberté de choix quant au matériel proposé.

### Texte de la réponse

La loi no 2014-57 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 résulte d'une proposition de loi déposée par le député Bruno Le Roux au nom des membres du groupe socialiste, républicain et citoyen qui poursuivait une triple ambition. Il s'agissait, 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 avait 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 visait à permettre aux mutuelles de disposer des outils identiques à ceux offerts aux autres opérateurs. Bien que favorable au principe de cette loi et aux objectifs ainsi fixés, le Gouvernement a toutefois jugé nécessaire que les réseaux de soins soient encadrés. A cet égard, le texte final de la 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-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 fermeture des réseaux 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 de la loi prévoit la remise d'un rapport 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 critères de sélection en lien avec le maillage géographique et le nombre d'agrément sur un secteur, pourront également être évoqués dans ce cadre. Il convient également de souligner que les dispositions de cette loi s'inscrivent pleinement dans l'objectif de généralisation de l'accès à une couverture complémentaire santé de qualité et que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 est venue notamment renforcer le cahier des charges du contrat responsable afin d'une part d'améliorer la qualité des contrats de complémentaire santé et d'autre part de lutter contre les pratiques tarifaires excessives qui nuisent à l'accès aux soins, notamment en optique.