

«BlocAdresse»

Référence : DT/CG/UR 2013 Dossier suivi par Clémentine Girault

Objet : proposition de loi (n° 172) relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles

«CIVILITE»,

L'accès aux soins est véritablement un problème majeur pour nos concitoyens.

Actuellement, plus de 15% des Français déclarent renoncer à se soigner, et 25% d'entre eux retardent des soins pour des raisons financières.

Les mutuelles agissent comme régulateur du système de santé, pour améliorer la qualité de la prise en charge de leurs adhérents, ainsi que pour favoriser leur accès aux soins, notamment par la mise en place de réseaux de soins conventionnés, qui permettent aux patients accédant aux prestations de ces réseaux de limiter leur reste à charge.

Concrètement, les mutuelles mettent en concurrence tous les offreurs qui le souhaitent (notamment des opticiens, des chirurgiens-dentistes ou des audioprothésistes) sur des critères transparents de prix, de qualité, de service et de conseil, en tenant compte des conditions de mise en place des appels d'offres des réseaux d'offreurs de santé conventionnés, définies par l'Autorité de la concurrence dans un avis de septembre 2009. Elles sélectionnent ensuite les offres qui répondent à ces critères. Tout en laissant le libre choix de leur offreur de santé à leurs adhérents, elles les orientent, sans aucune obligation, vers des offreurs agréés, pour qu'ils bénéficient de meilleurs prix et d'engagements de qualité et de services contractés, comme la dispense d'avance de frais.

Par ce conventionnement avec les offreurs de santé des secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse, les mutuelles :

- favorisent l'accès aux soins du plus grand nombre, en maîtrisant le reste à charge, au moment où trop de Français renoncent à des soins dentaires, optiques, ou audioprothétiques ;
- s'engagent dans le renforcement et le contrôle de la qualité de la prestation pour le compte des patients.

Toutefois, dans sa rédaction actuelle, le code de la mutualité ne permet pas que les mutuelles puissent instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsqu'elles mettent en place des réseaux de soins comme peuvent le faire les autres complémentaires.

C'est pourquoi il doit être modernisé sur ce point :

- en conformité avec les recommandations de la Cour des comptes, de l'IGAS et de l'IGF ;
- et en vue de permettre aux mutuelles d'être sur un pied d'égalité avec les autres opérateurs de la complémentaire santé lorsqu'elles répondront aux appels d'offres qui vont être lancés dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise prévue à la suite de l'accord national interprofessionnel (ANI) de janvier 2013 récemment transposé dans la loi.

C'est l'objet de l'article premier de la proposition de loi (n° 172). Les articles 2 et 3 portent, quant à eux, sur l'encadrement et l'évaluation des réseaux de soins conventionnés.

En tant que Président de la Mutualité Française Picardie, qui représente plus de 1 200 000 adhérents dans la région, je souhaite vous rencontrer ou m'entretenir téléphoniquement avec vous avant la discussion de la proposition de loi. Vous comprendrez l'importance de ce sujet pour réduire le reste à charge des patients.

Je reste à votre disposition pour convenir des modalités pratiques et, dans cette attente, vous adresse, en pièces jointes, des documents sur ce sujet.

Vous remerciant par avance de l'attention que vous voudrez bien accorder à ma demande, je vous prie d'agréer, «CIVILITE», l'expression de ma parfaite considération.

Daniel TOURBE, **Président de la Mutualité Française Picardie**

Pièces jointes :

- Les Réseaux de soins conventionnés : note récapitulative des enjeux
- Argumentaire pour une régulation de l'offre de santé : l'exemple de l'optique
- « Les réseaux de soins bien perçus par le grand public »
- Les réseaux de soins conventionnés : au-delà des idées reçues