

JEUDI 12 JUIN
2014

FRANCE | Jeudi 12 Juin 2014

Etienne Caniard : « Limiter la prise en charge des lunettes ne fera pas baisser les prix »

VINCENT COLLEN / CHEF DE SERVICE ADJOINT ET LAURENT THEVENIN / JOURNALISTE | LE 12/06 À 06:00 | Lu 77 fois



Etienne Caniard appelle le gouvernement à « faire confiance aux mutuelles » et à « réduire la pression fiscale sur les complémentaires ». - Photo Max Mascime / ARA

1 / 1

C'est la dernière ligne droite. Le gouvernement doit publier, le mois prochain, un décret sur les contrats complémentaires santé commercialisés par les mutuelles, les assurances et les institutions de prévoyance. Il a déjà fait couler beaucoup d'encre car l'enjeu est de taille. Ce texte doit définir le cahier des charges des contrats dits « solidaires et responsables ». Pour bénéficier d'une fiscalité plus avantageuse, ils devront respecter un certain nombre de critères. L'objectif affiché par l'exécutif est de favoriser l'accès aux soins en prévoyant des prises en charge minimums, par exemple pour les lunettes ou les frais d'hospitalisation. Le gouvernement veut aussi limiter les hausses de tarifs en fixant des plafonds, pour les lunettes, là encore, mais aussi pour les dépassements de tarifs des médecins libéraux. Les versions successives du projet de décret soumises à la concertation ont suscité des levées de boucliers des opticiens, des fabricants de montures de lunettes, des médecins ou encore des complémentaires. Le gouvernement a revu plusieurs fois sa copie. Il a relevé les plafonds de prise en charge pour les lunettes. La dernière version du projet donne aussi du temps aux complémentaires pour adapter leur offre à la nouvelle réglementation. Les contrats santé collectifs, négociés dans les entreprises, qui sont en cours ne seraient pas remis en question. Seuls les nouveaux contrats devront respecter le nouveau cahier des charges pour bénéficier des avantages fiscaux.

La dernière version du décret sur les contrats responsables prévoit une période de transition pour les contrats santé d'entreprise. Cela vous satisfait-il ?

Dans la dernière version du projet de décret, une ouverture semble avoir été faite en direction des contrats collectifs. C'est un pas dans la bonne direction, mais c'est insuffisant. Il est évident que tous les

contrats - collectifs et individuels - doivent être concernés par cet assouplissement. Modifier les règles nécessite de réunir des **assemblées générales**, de mener des changements informatiques, d'informer les adhérents... Tout cela prend du temps. Le décret devait être publié en mars. Nous sommes en juin et on imagine mal une publication dans les jours qui viennent. Il est trop tard pour modifier tous les contrats en cours. Les nouvelles règles doivent entrer en vigueur le 1^{er} janvier, comme prévu, mais il faut donner de la marge aux acteurs pour s'organiser. A force de multiplier les contraintes, le risque est de faire augmenter les prix des contrats.

Le décret prévoit des plafonds pour la prise en charge des lunettes afin de faire baisser les prix. N'est-ce pas ce que vous demandiez ?

Les plafonds sont bien trop élevés. Ils vont de 450 euros pour un équipement avec verres simples jusqu'à 800 euros pour les verres les plus complexes. Ces tarifs sont nettement supérieurs aux prix de vente moyens. Les nouveaux plafonds ne pourront donc jamais faire baisser les prix pour nous rapprocher de la moyenne européenne. Ils risquent même d'avoir l'effet inverse ! Les opticiens auront tendance à se caler sur ces prix plafonds. En partant d'une bonne intention, l'amélioration de l'accès aux soins, le gouvernement risque d'aboutir au résultat opposé. Voilà où l'on en arrive lorsque l'on se trompe sur la façon d'administrer le secteur des complémentaires.

Avez-vous les mêmes craintes pour les tarifs des médecins ?

Oui. Dans sa rédaction actuelle, le décret prévoit la prise en charge des dépassements tarifaires des médecins jusqu'à 125 % du tarif opposable en 2015 et 2016. Autrement dit, jusqu'à 63 euros pour une consultation de spécialiste, dont le tarif opposable est de 28 euros. Il s'agit, là encore, d'un niveau très élevé. Une toute petite minorité de médecins serait concernée par la régulation, environ 3 % d'entre eux. Pire, cette règle est plus souple pour les praticiens qui n'ont pas pris l'engagement de geler leurs tarifs dans le cadre du contrat d'accès aux soins. De l'autre côté, ceux qui ont signé le contrat d'accès aux soins pratiquent des dépassements inférieurs à 100 % du tarif opposable en moyenne. Avec ce décret, on risque donc de pénaliser les médecins qui ont accepté de faire un effort sur leurs tarifs. Ce serait pour le moins paradoxal !

Que faudrait-il faire ?

Faire confiance aux mutuelles. Les réseaux, par exemple, qui permettent aux mutuelles de passer des contrats avec les opticiens ou les audioprothésistes, ont un vrai effet sur les prix tout en assurant une prise en charge de qualité. Ces réseaux permettent d'adapter les garanties en fonction des patients, de leur lieu de résidence... Et le gouvernement devrait réduire la pression fiscale sur les complémentaires. Ce serait le meilleur moyen de faire baisser les prix des contrats.

Le gouvernement veut aussi généraliser le tiers payant chez le médecin. Est-ce possible ?

C'est à la fois possible et souhaitable. Mais comprenons bien que la mise en oeuvre du tiers payant est indissociable des pratiques tarifaires. Qui sait que les bénéficiaires, y compris potentiels, de l'aide à la complémentaire santé, devraient, depuis la convention de 2012, bénéficier de tarifs opposables ? Il est clair que, pour eux, la pratique du tiers payant contribuera au respect des tarifs. Mais je crains que là encore les délais soient trop contraints. Limiter le reste à charge et pratiquer le tiers payant est incompatible avec la liberté des prix. ●

Vincent Collen, Les Echos

Laurent Thévenin, Les Echos

@VincentCollen