

Les réseaux de soins au coeur des débats sur la santé

Sujet majeur de préoccupation des Français, la santé s'est invitée dans le débat de la présidentielle. Accès aux soins pour tous, qualité des prestations, maîtrise des dépenses Les enjeux ne manquent pas. Et dans le feu de l'action électorale, les réseaux de soins, qui ont pourtant fait leurs preuves, font aujourd'hui l'objet d'attaques en règle.

En novembre 2016, en pleine campagne des primaires de la droite et du centre, François Fillon annonce son intention de concentrer les remboursements de la sécurité sociale sur « les affections graves et de longue durée », les assurances privées prenant en charge les autres dépenses. Cette proposition suscite alors de vives réactions et amène le candidat à supprimer cette mesure de son programme en février 2017. La santé a ainsi fait une entrée fracassante dans les débats de la présidentielle... Et plusieurs sondages sont venus confirmer que les Français restent très attachés à un système censé allier excellence des soins, libre accès pour tous et haut niveau de remboursement.

Si certains sujets, comme le développement des maisons de santé pour lutter contre les déserts médicaux ou la suppression du reste à charge en matière de soins optiques, dentaires ou auditifs, font l'unanimité des principaux candidats, d'autres domaines sont moins consensuels. Il en est ainsi par exemple du tiers payant, de l'Aide médicale d'Etat, du numerus clausus des médecins ou encore des réseaux de soins, ces plateformes agréées par les organismes de complémentaire santé et liées par une convention à des professionnels de santé sur la base d'engagements qualitatifs et de modération tarifaire.

Les réseaux de soins attaqués

Au cours des derniers mois, François Fillon s'est plusieurs fois prononcé pour un encadrement des réseaux de soins et des remboursements différenciés - qui permettent aux organismes de complémentaire santé de mieux rembourser les assurés qui se rendent chez un professionnel de santé adhérant au réseau de soins. Le candidat pointe les risques « d'un système de santé à deux vitesses » et affirme que « le patient doit pouvoir choisir librement son établissement de soins et son professionnel de santé, ce dernier devant rester maître de ses prescriptions ».

Aujourd'hui, le candidat évoque un « nouveau partenariat » entre la sécurité sociale et les organismes complémentaires et prévoit la mise en place d'une « agence de garantie de la couverture solidaire des dépenses de santé », chargée de « contrôler l'évolution des cotisations des complémentaires, la maîtrise de leur frais de gestion, la clarté des contrats, ainsi que la qualité et la sécurité des prestations remboursées ». Mais si le programme santé de François Fillon reste vague sur le sujet, plusieurs de ses soutiens, relayant la position de certains professionnels de santé, ne font pas mystère de leur volonté de s'attaquer aux réseaux de soins.

Le député Daniel Fasquelle a ainsi déposé, en octobre 2015, en compagnie d'une soixantaine de ses collègues Les Républicains, une proposition de loi visant à interdire le remboursement différencié mis en place par les réseaux de soins. Une mesure nécessaire, selon lui, pour « garantir le droit du citoyen à la liberté de choix des professionnels de soins ainsi que la qualité des prestations de santé » et pour « rétablir un élément essentiel dans la solidarité du système de santé ». « Les réseaux

pratiquant le remboursement différencié représentent une technique de gestion du risque qui institutionnalise une médecine à deux vitesses, contraire aux valeurs de la République », accuse le parlementaire. Conscient que sa proposition de loi allait être rejetée, Daniel Fasquelle avait déclaré vouloir « prendre date », en vue d'un éventuel changement de majorité après les élections de 2017

Des plateformes qui ont fait leurs preuves

Liberté de choix des patients, indépendance des professionnels de santé, risque d'une médecine à deux vitesses Les arguments développés depuis quelques années par les opposants aux réseaux de soins sont connus. Mais ils ne sont évidemment pas partagés par les promoteurs de ces plateformes de santé... Ni par le gouvernement, qui a autorisé, en janvier 2014, via la loi Le Roux, les mutuelles à pratiquer le remboursement différencié Ni par l'Autorité de la concurrence, au demeurant, qui voit dans les réseaux de soins un système « reposant sur une identité d'intérêts entre l'organisme complémentaire (qui cherche à mieux maîtriser ses coûts) et les assurés (qui souhaitent bénéficier d'un reste à charge nul ou limité et d'une prime d'assurance la moins élevée possible) ».

Quant à la Cour des comptes, elle considère que « de tels accords bénéficient aux patients » et que « certains praticiens y trouvent aussi leur intérêt, puisque les plafonds permettent une solvabilisation de la demande, qui peut ainsi s'accroître ». Entre 2011 et 2015, le nombre de Français ayant accès à un réseau de soins a augmenté de 45% selon la Mutualité Française. Un développement rapide qui semble également témoigner de l'efficacité concrète de ces réseaux, tant en termes d'accès aux soins, que de qualité ou de maîtrise des dépenses.

« En adhérant librement à un réseau de soins ouvert, les professionnels de santé se voient garantir un volume d'activité significatif puisque nos bénéficiaires sont incités à s'orienter vers eux dans le cadre de leur parcours de soins », explique Jean-François Tripodi, directeur général de Carte Blanche Partenaires, un réseau qui fédère 39 organismes de complémentaire santé. « Nous cherchons en permanence à améliorer l'équilibre entre l'intérêt économique du patient, celui des professionnels de santé et celui des assureurs, souligne Jean-François Tripodi. C'est le seul moyen de pérenniser notre système de santé sans mettre en péril la qualité. Élus et professionnels doivent travailler ensemble pour moderniser notre système de soins ».

De fortes exigences de qualité

De plus, les activités des réseaux de soins sont aujourd'hui fortement encadrées. La loi Le Roux précise bien par exemple que ces conventions « ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel ». L'assuré qui consulte hors du réseau bénéficie toujours du remboursement des soins prévu par sa complémentaire.

La loi exclut également les médecins de cette contractualisation, qui ne peut s'appliquer que pour les professionnels de santé « dont le financement par l'Assurance-maladie est inférieur à 50% », et donc, dans les faits, aux opticiens, aux dentistes et aux audioprothésistes. Quant aux risques de « médecine à deux vitesses », le directeur de Carte Blanche Partenaires rappelle que les professionnels de santé qui s'engagent dans un réseau de soins doivent contractuellement répondre à des critères de qualité en termes de qualification, d'équipement, de temps consacré au patient, de service... Des critères auxquels s'ajoutent souvent des obligations supplémentaires au bénéfice des patients (garantie, échange, adaptation, etc.). « Les réseaux de soins ouverts incarnent d'ailleurs, aux yeux de la plupart des parlementaires, un véritable pivot de notre système de soins dans la mesure où nous contribuons à réguler son fonctionnement dans l'intérêt de tous, avec une flexibilité et une réactivité qui nous sont permises par notre proximité du terrain », martèle le directeur de Carte Blanche Partenaires. Et contrairement aux réseaux fermés, les réseaux ouverts comme Carte Blanche Partenaires ne pratiquent pas de remboursement différencié et donc ne pénalisent pas les

patients consultant un professionnel de santé en dehors du réseau.

Car les assurés bénéficient également d'un ensemble de services comme le tiers-payant généralisé, la gestion et la dématérialisation des procédures de remboursement, l'accompagnement et la prévention. Une transparence totale est aussi exigée sur les prix et les devis, un reporting précis permet d'éviter toute surfacturation. Il paraît donc difficile de prétendre que les réseaux de soins tirent la qualité vers le bas. Il semble plutôt, au contraire, que leurs exigences pour optimiser le parcours de soins des patients soient jugées un peu trop élevées par certains.