



Communiqué de presse

Les réseaux de soins : des prix maîtrisés et une qualité contrôlée

L'Observatoire citoyen des restes à charge* livre les résultats d'une étude menée par le Cabinet Asterès sur les réseaux de soins. Cette étude s'appuie notamment sur des données récoltées auprès des différents acteurs œuvrant dans le domaine. Elle apporte un éclairage étayé sur le rôle que jouent les plateformes animant ces réseaux et l'intérêt que ces derniers présentent autant en matière de maîtrise des tarifs que d'encadrement de la qualité des soins.

Les réseaux de soins sont mis en œuvre par différentes complémentaires santé depuis le milieu des années 1990 via des plateformes qui contractualisent avec certains professionnels de santé dans le but de proposer des tarifs inférieurs à ceux du marché tout en garantissant aux patients une qualité des soins maîtrisée. On compte aujourd'hui 7 plateformes distinctes pour un total de personnes assurées estimé à environ 40 millions.

Les trois points à retenir de ce dispositif :

- ⇒ Les réseaux de soins sont susceptibles d'intervenir dans les secteurs de l'optique, du dentaire, de l'audioprothèses, l'ostéopathie, la chiropraxie ou encore des consultations de diététiciens. Ces soins sont susceptibles d'être facturés à des tarifs élevés et de laisser aux patients de lourds restes-à-charge.
- ⇒ Les diminutions tarifaires des professionnels de santé partenaires de ces plateformes varient, selon les soins dont il est question, de 10 à 50 % par rapport à la moyenne du marché. Les complémentaires peuvent par ailleurs proposer d'améliorer la prise en charge pour les patients qui privilégient un professionnel ayant adhéré à leurs réseaux de soins.
- ⇒ La qualité des soins au sein des réseaux est encadrée, d'une part, du fait des exigences figurant dans le cahier des charges que les professionnels de santé sont tenus de respecter afin d'être retenus parmi les partenaires ; et, d'autre part, au travers des contrôles effectués par les plateformes tant en amont qu'en aval des prestations. Il est important par ailleurs de souligner qu'en dehors des réseaux, les professionnels de santé intervenant en ville ne font l'objet d'aucune évaluation de la qualité de leurs pratiques.

***L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé a été créé début 2013 par trois partenaires :**

- le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) regroupe quarante associations intervenant dans le champ de la santé ;
- le magazine 60 Millions de consommateurs, édité par l'Institut national de la consommation ;
- la société Santéclair, spécialisée dans l'information et l'orientation dans le système de soins, filiale de complémentaires santé.

Collectif interassociatif sur la santé
Marc Paris
01 40 56 94 42 / 06 18 13 66 95
communication@leciss.org

60 Millions de consommateurs
Anne Juliette Reissier
01 45 66 20 35
aj.reissier@inc60.fr

Santéclair
Elodie Faure
01 47 61 23 06
contactpresset@santeclair.fr



Les réseaux de soins : des prix maîtrisés et une qualité contrôlée

DOSSIER DE PRESSE

SOMMAIRE :

- 1- Mode de fonctionnement des réseaux de soins (page 3)
- 2- Diminutions tarifaires : focus sur le dentaire (page 3)
- 3- Impact des réseaux sur le coût des soins (page 4)
- 4 Les mécanismes en œuvre afin de garantir la qualité (page 4)
 - 4-1- Sélection à l'entrée des réseaux suivant des critères objectifs
 - 4-2- Contrôle a priori des plans de traitement
 - 4-3- Contrôle a posteriori pour détecter d'éventuelles pratiques frauduleuses
 - 4-4- Appréciation de la qualité par les assurés.
- 5- Un rapport très favorable de la Cour des comptes (page 6)

METHODOLOGIE

Le présent document a été commandité par l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé afin d'alimenter la réflexion économique portant sur le secteur de la santé. Le cabinet Asterès a bénéficié d'une indépendance complète dans la conduite de ses analyses. Ses conclusions ne reflètent pas nécessairement les positions des commanditaires. Les données publiées dans cette étude sont pour certaines issues de documents accessibles publiquement. D'autres ont été récoltées auprès des plateformes qui ont accepté de participer à l'étude.

1/ MODE DE FONCTIONNEMENT DES RESEAUX DE SOINS

Le modèle des réseaux de soins repose sur une prise d'engagements réciproques qui est scellée contractuellement à l'issu d'appels d'offres que les plateformes renouvellent tous les 3-4 ans conformément aux préconisations de l'Autorité de la concurrence.

En contrepartie des engagements tarifaires et qualitatifs des professionnels de santé, les plateformes garantissent aux praticiens un certain volume de clients supplémentaires, les assurés étant encouragés à s'orienter vers les professionnels du réseau pour bénéficier des avantages proposés.

Important : les réseaux reposent sur une logique incitative. Dans tous les cas, les patients restent libres du choix de leur professionnel de santé et peuvent donc s'orienter vers un praticien en dehors du réseau proposé par leur complémentaire tout en bénéficiant de la prise en charge normalement prévue par celle-ci pour le soin ou le produit de santé concerné (mais sans bénéficier alors des engagements négociés au sein du réseau en termes de tarifs et de qualité).

Aux avantages tarifaires et aux garanties de qualité, les économistes d'Asterès ayant rédigé l'étude retiennent également la possibilité de bénéficier de produits ou de prestations gratuites. En optique, il peut s'agir par exemple de garanties sur l'inadaptation ou le bris des verres, la déchirure des lentilles, ou encore la casse des montures. Autre exemple : en dentaire, certaines plateformes proposent une garantie de 10 ans sur les prothèses.

2- DIMINUTIONS TARIFAIRES : FOCUS SUR LE DENTAIRE

Une analyse de 95 163 devis dentaires reçus par Santéclair (tous comprenant un reste à charge) a permis d'observer une réduction moyenne des prix de 19% au sein du réseau relativement aux prestataires hors réseau, à plans de soins et matériaux comparables. Hors réseau, le devis moyen s'établit à 1 791 euros, contre 1 447 euros au sein du réseau.

Le reste à charge moyen passe ainsi de 894 euros hors réseau à 551 euros dans le réseau, soit une baisse de 38%, ou encore une économie de 343 euros pour les assurés (voir tableau, page suivante). Pour près d'un devis sur dix (8,4%), le passage dans le réseau permet d'annuler la totalité du reste à charge.

Coût	Volume		Hors réseau			Dans le réseau Santéclair			Différence réseau / hors réseau		
	Nombre	Rép.	Coût moyen	RAC moyen	Poids du RAC	Coût moyen	RAC moyen	Poids du RAC	Coût moyen	RAC moyen	Poids du RAC
0 à 500 €	8 840	9%	382 €	165 €	43%	323 €	106 €	33%	-15%	-36%	-10 pts
501 à 1 000 €	33 459	35%	751 €	293 €	39%	652 €	194 €	30%	-13%	-34%	-9 pts
1 001 à 1 500 €	14 249	15%	1 241 €	561 €	45%	1 026 €	346 €	34%	-17%	-38%	-11 pts
1 501 à 2 000 €	12 076	13%	1 764 €	846 €	48%	1 455 €	537 €	37%	-18%	-37%	-11 pts
2 001 à 2 500 €	7 873	8%	2 241 €	1 118 €	50%	1 815 €	691 €	38%	-19%	-38%	-12 pts
2 501 à 3 000 €	5 072	5%	2 747 €	1 387 €	50%	2 214 €	854 €	39%	-19%	-38%	-12 pts
plus de 3 000 €	13 594	14%	5 249 €	2 929 €	56%	4 072 €	1 752 €	43%	-22%	-40%	-13 pts
Ensemble	95 163	100%	1 791 €	894 €	50%	1 447 €	551 €	38%	-19%	-38%	-12 pts

RAC : reste à charge pour le patient, après intervention de la Sécurité sociale et de l'organisme complémentaire d'Assurance maladie (Ocam)

Source : Santéclair, devis reçus

3/ IMPACT DES RESEAUX SUR LE COUT DES SOINS

Les avantages tarifaires des réseaux se traduisent à l'échelle nationale par des économies de dépenses de plusieurs centaines de millions d'euros. En 2015, le réseau Kalivia a généré à lui seul une économie estimée à près de 200 millions d'euros sur l'ensemble des prestations « conventionnées », comparativement à ces mêmes prestations aux tarifs hors réseau, selon l'étude d'Asterès.

Dans un rapport publié récemment, la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) (1) pointe de la même manière que l'augmentation de la dépense d'optique médicale a nettement ralenti depuis 2013 (+1,2% en 2015 après +1,0% en 2013 et 2014) alors qu'elle progressait beaucoup plus fortement dans les années 2000 (+4,7% en moyenne annuelle entre 2001 et 2012).

« De même, la croissance des prix est inférieure à 1,0% par an depuis 2010. En 2015, le prix de l'optique diminue, pour la première fois depuis 2001 (-0,3%) ». Parmi les raisons permettant d'expliquer ce constat, la Drees souligne « le développement récent des réseaux de soins qui pourrait contribuer à la modération des prix du secteur ».

4/ LES MECANISMES EN ŒUVRE AFIN D'ENCADRER LA QUALITE

Les réseaux de soins conventionnés ne sont pas seulement efficaces pour mieux maîtriser les tarifs libres des soins et des biens médicaux, ils sont également efficaces car ils s'accompagnent d'un maintien, voire d'une amélioration, de la qualité des prestations. Les plateformes ont mis en place quatre niveaux de contrôle afin de s'assurer que les patients bénéficient d'un niveau optimal de qualité.

4-1- Sélection des professionnels à l'entrée des réseaux suivant des critères objectifs

Pour adhérer à un réseau, les professionnels doivent ainsi répondre à différentes exigences, l'ensemble formant un cahier des charges qui contribue à promouvoir la qualité des prestations. Ces exigences intéressent différents aspects de l'activité des professionnels de santé. Retenons, notamment :

- **La compétence attendue** (part minimale d'opticiens diplômés au sein de l'équipe, temps de présence de l'audioprothésiste, sélection des ostéopathes suivant leur école de formation, attestation de formation en chirurgie implantaire, etc.)
- **L'expérience du professionnel** (5 années d'expérience en implantologie avec un volume minimum d'actes, 5 années d'expérience en diététique, etc.)
- **L'équipement** (plateau technique disposant de matériels essentiels à la qualité des prestations)
- **L'offre de soins** (obligation de proposer certains produits qualitatifs et récents ou de proposer certaines marques recherchées par les clients)
- **La transparence des pratiques** (envoi à la plateforme d'éléments justifiant le respect des référentiels et des bonnes pratiques (radiographies ou panoramiques dentaires, bordereaux de livraison des verres), pratique d'un prix unique pour une prestation, quelle que soit la garantie du client, utilisation de systèmes de gestion de tiers-payant efficaces)
- **Les services proposés** (service basse vision pour les opticiens, livraison à domicile, accès handicapé, espace enfants, etc.)

4-2- Contrôle a priori des plans de traitement

Les demandes de prise en charge donnent lieu à un contrôle automatique et informatisé des tarifs proposés et du respect des règles définies contractuellement entre les plateformes et les professionnels partenaires. Pour les demandes complexes, l'avis d'experts métiers peut être sollicité.

Au sein du réseau Santéclair, par exemple, le recours aux experts concerne 20% des demandes en audioprothèse, 10% en dentaire et 2% en optique. En 2015, la plateforme a contrôlé automatiquement 1,5 million de demandes de prise en charge. Parmi elles, 42 300 ont donné lieu à une expertise attentive.

4-3- Contrôle a posteriori pour détecter d'éventuelles pratiques frauduleuses

Les contrôles a posteriori des traitements s'appuient sur une base d'indicateurs concernant les pratiques, les professionnels de santé et les retours d'expérience des assurés. Outre l'analyse statistique de ces indicateurs, l'expérience et l'intuition des experts métiers sont sollicitées pour affiner les contrôles. Chaque plateforme dispose de son propre système de contrôle qui peut aussi inclure des visites mystères auprès des professionnels de santé.

4-4- Appréciation de la qualité par les assurés.

Les plateformes s'assurent par ailleurs de la qualité des soins en sollicitant directement l'avis des usagers. Pour cela, elles procèdent à des enquêtes de satisfaction, transmises par mail aux assurés des OCAM partenaires ayant sollicité leur réseau. □

Bien que les résultats des enquêtes de satisfaction menées par les différentes plateformes ne puissent être directement comparés (comme tenu des différences méthodologiques), ceux-ci traduisent un haut niveau de satisfaction envers les réseaux.

5- UN RAPPORT TRES FAVORABLE DE LA COUR DES COMPTES

Dans son rapport sur l'application des lois de financement sur la Sécurité sociale (2) publié en septembre 2016, la Cour des comptes a explicité l'intérêt qu'elle voit dans le développement des réseaux en soulignant « la capacité des assurances complémentaires santé à peser sur les prix de l'optique renforcée par la possibilité qui leur a été donnée de moduler le niveau de leur prise en charge des dépenses en fonction de l'appartenance ou non du professionnel de santé à un réseau de soins ».

La Cour a également estimé « indispensable » le développement des réseaux de soins dans le champs du dentaire compte tenu des restes-à-charge qui pèsent sur les patients et du fort taux de renoncement qui en découle. « En instaurant des tarifs plafonds conjugués à des critères de qualité, les réseaux permettent d'endiguer la progression des coûts des soins prothétiques. Les tarifs négociés par les réseaux les plus importants sont ainsi d'environ 10 à 15 % inférieurs aux tarifs moyens constatés hors réseau pour les soins prothétiques hors implant et jusqu'à 40 % pour la pose d'implants dentaires ».

(1) Les dépenses de santé en 2015 - Résultats des comptes de la santé - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Septembre 2016

(2) Sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement sur la Sécurité sociale - Cour des comptes - Septembre 2016