



itelis



SANTÉCLAIR



MISSION D'INFORMATION DU SENAT SUR LES COMPLEMENTAIRES SANTE – 2024

Audition de l'Association des PlateFormes de Santé (APFS) – 23 avril 2024

1. Présenter les circonstances de la création de l'APFS, son activité et sa composition.

L'Association des Plateformes Santé, créée en 2021, est composée des 5 plateformes de services santé intégrant notamment l'activité de « réseaux de soins » en France : Carte Blanche Partenaires, Itelis, Kalixia, Santéclair et Sévéane. Elle constitue un pôle de réflexion et de partage sur les activités et services de ces plateformes intervenant au sein de l'écosystème de l'assurance complémentaire santé en France afin de mieux défendre leur rôle, leurs intérêts et leur capacité à agir. L'objectif de cette association à caractère professionnel est notamment d'amplifier les échanges et la collaboration avec l'ensemble des acteurs des filières de soins entrant dans le périmètre des réseaux de soins, et plus globalement des services et partenariats portés par les plateformes de santé, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des pouvoirs publics, des OCAM et des acteurs qui leur sont liés, des associations de patients ou encore de la presse.

2. Quelles sont les relations entre les plateformes de santé et les réseaux de soins ? Quel est le rôle des plateformes de santé dans la gestion des réseaux de soins ?

Les réseaux de soins sont une des activités mises en œuvre par les plateformes de santé dans le cadre de l'accompagnement pour la facilitation des parcours de soins qu'elles apportent aux assurés en santé bénéficiaires de leurs services.

Cette activité de réseau de soins est historique puisqu'il s'agit souvent d'un des premiers services que les plateformes de santé ont conçu et développé auprès des complémentaires santé. Elle est aussi emblématique puisqu'elle répond particulièrement bien à la volonté des plateformes de construire des solutions répondant à l'enjeu d'un juste accès à des soins pertinents et de qualité tout en s'inscrivant dans des domaines de la santé où les tarifs des professionnels ont vocation à rester libres. L'activité de réseaux de soins permet une modération tarifaire ajustée et appropriée à chaque domaine de soins. Les intérêts des différentes parties-prenantes (bénéficiaire/assuré, OCAM, professionnel de santé... et au global le système de santé dans son ensemble) sont ainsi équitablement prises en compte.

L'activité de réseaux de soins est donc entièrement gérée par les plateformes de santé.

3. Rappeler le contexte de l'émergence des réseaux de soins. Comment les réseaux de soins se sont-ils structurés ? Quels champs ont été particulièrement investis par les réseaux de soins ?

Des réseaux de soins ont été constitués par les plateformes de santé pour faciliter l'accès aux soins des assurés et défendre leur pouvoir d'achat, tout en modérant les augmentations tarifaires des complémentaires par la maîtrise de leurs remboursements notamment dans les domaines où ils représentent une part significative et même souvent majoritaire de ce qui est pris en charge. Ce sont ainsi les domaines de l'optique et du dentaire, puis de l'audition qui sont principalement concernés par les réseaux de soins. L'objectif et la raison d'être de ces réseaux sont de donner aux OCAM les moyens



itelis



SANTÉCLAIR



d'accompagner leurs assurés / bénéficiaires, pour assurer la meilleure utilisation possible des fonds mutualisés destinés à la santé qu'ils ont à gérer dans les domaines où les tarifs sont libres et peuvent occasionner de forts restes à charge. Le patient / l'assuré bénéficiaire doit pouvoir être informé et conseillé sur l'enjeu financier de son accès aux soins, en termes de rapport qualité / prix, afin d'être en mesure d'y consentir de façon effectivement éclairée.

4. Quelles relations les réseaux de soins entretiennent-ils avec les complémentaires santé ? Avec les professionnels de santé ? Avec leurs assurés ? Quelle est leur valeur ajoutée pour les assurés ?

Les réseaux de soins se trouvent à l'interface entre ces différentes parties-prenantes à l'acte de soins et/ou à l'acquisition de l'équipement de santé. Ils doivent tenir compte des intérêts de chacune de ces parties-prenantes pour donner corps à la dynamique de réseau :

- vis-à-vis de l'OCAM : permettre que les primes collectées et les fonds investis par la complémentaire santé pour la prise en charge des soins le soient à bon escient afin de préserver les équilibres techniques des contrats ;
- vis-à-vis de l'assuré bénéficiaire : favoriser l'accès aux soins par la négociation du bon rapport qualité/prix pour répondre à ses besoins de santé en minimisant son reste-à-charge souvent synonyme de renoncement aux soins ;
- vis-à-vis des professionnels de santé : s'assurer que l'effort consenti par les professionnels de santé pour ajuster au mieux leurs tarifs tout en garantissant la qualité de leur pratique soit compensé par une augmentation du volume de leurs actes, ceci tout en reconnaissant leur engagement à contribuer utilement à l'accès aux soins.

5. Quel a été l'effet, pour les réseaux de soins, de la vague de rapprochements et de fusions entre organismes complémentaires ?

Les plateformes de santé opérant les réseaux de soins étaient déjà des organisations concentrées mutualisant leurs offres et leurs services entre de nombreux OCAM. Les rapprochements et fusions entre organismes complémentaires n'ont donc pas transformé les grands équilibres et la structuration d'ensemble du secteur des plateformes de santé en général, ni des réseaux de soins en particulier.

6. Quelle est aujourd'hui la part d'organismes complémentaires liés à un réseau de soins ? En dentaire ? En optique ? Les mutuelles du code de la mutualité ont-elles investi le champ des réseaux de soins ?

83% des personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé en France bénéficient de l'accès à un réseau de soins. Toutes les familles d'OCAM (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance, organismes mutualistes rattachés au code de la mutualité) et leurs conseils associent aujourd'hui presque systématiquement à leurs garanties une plateforme de santé intégrant une activité de réseau de soins.

7. Quel rôle les réseaux de soins jouent-ils dans l'accès aux soins pour les patients ? Dans la régulation des dépenses de santé ? Dans l'articulation des relations entre organismes complémentaires, professionnels de santé et assurés ?



itelis



SANTÉCLAIR



Les réseaux de soins ont un rôle de facilitateur de l'accès à des soins pertinents et de qualité dans une logique de comparaison, d'information et de mise en concurrence des offres de différents professionnels.

Pour compléter les éléments explicatifs sur l'activité des réseaux développés dans les réponses aux questions précédentes, on peut citer un chiffre permettant de bien se rendre compte du poids conséquent que représente l'apport des réseaux en termes de modération des dépenses de santé et de réduction des restes-à-charge : les soins et équipements de santé pris en charge dans le cadre des réseaux, aux tarifs qui y sont pratiqués, représentent une **économie globale qu'on évalue à 600 millions d'euros par an** par rapport aux tarifs pratiqués hors-réseaux pour des soins et équipements équivalents. Cette moindre dépense, pour des soins et équipements de qualité identique ou même souvent supérieure s'agissant de ceux obtenus dans les réseaux, profite aux OCAM et surtout aux assurés qui voient à la fois leur reste-à-charge réduit et leur prime d'assurance / cotisation de mutuelle maîtrisée. Le pouvoir d'achat des assurés bénéficiaires est incontestablement préservé lorsqu'ils ont recours aux réseaux, ce qui explique le très haut niveau de satisfaction qu'ils expriment lorsqu'ils sont interrogés après avoir recouru aux services d'un réseau de soins (taux de recommandation systématiquement supérieur à 95%¹).

8. Qu'est-ce que la loi Le Roux a changé dans l'activité des réseaux de soins ? Quel regard portez-vous sur l'impossibilité, pour les réseaux de soins, de conclure des conventions portant des clauses tarifaires avec les professions pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est majoritaire ?

La loi Le Roux a apporté un cadre et une reconnaissance légale aux réseaux de soins dont l'intérêt a toujours été nié par certains syndicats de professionnels de santé qui refusent, par principe, toute modération de leur pratique considérant que c'est incompatible avec le caractère libéral de leur activité. Des syndicats de chirurgiens-dentistes ont ainsi longtemps considéré que l'activité de réseaux de soins en dentaire est par nature contraire à la déontologie, alors même que toutes les décisions de justice ayant été rendues sur le sujet réfutent cette analyse. Ils se sont ainsi engagés sur cette base dans une vaste opération de boycott du réseau Santéclair en particulier, pour laquelle ils ont été condamnés avec le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes à une sanction de plusieurs millions d'euros par l'Autorité de la Concurrence, en première instance en 2020 puis en appel (le pourvoi en cassation est encore en cours), pour des pratiques ayant eu lieu entre février 2013 et décembre 2018.

La loi Le Roux reste ainsi une base juridique essentielle sur laquelle s'appuyer pour faire reconnaître la licéité de l'existence même des réseaux de soins en dentaire, optique et audition. Elle a par ailleurs imposé des règles spécifiques à chaque domaine comme par exemple la possibilité de constituer des réseaux dits « fermés » pour l'optique... c'est-à-dire un réseau à numerus clausus limitant le nombre de professionnels autorisés à l'intégrer.

Tout en donnant aux réseaux de soins une existence légale, la loi Le Roux les a cependant limités aux domaines où les complémentaires santé sont les principaux financeurs des soins. Il est notamment interdit de conventionner des médecins... ce qui ne permet donc pas aux complémentaires santé de mettre en œuvre ce type de solution pour répondre à l'enjeu de l'encadrement des dépassements d'honoraires en matière d'accès aux médecins spécialistes de secteur 2, notamment en chirurgie. Une

¹ Enquête annuelle réalisée par Santéclair auprès de plus de 400 000 assurés ayant eu recours aux réseaux de soins.



itelis



SANTÉCLAIR



limitation de l'activité des réseaux dont il est difficile de comprendre en quoi elle profite aux assurés bénéficiaires / aux patients : le principe devrait être qu'à partir du moment où une activité de santé / un domaine de soins fait l'objet de « tarifs libres », la mise en place de réseaux de soins devrait être autorisée en contre partie... En effet, en pratique, en dehors de ce type d'organisation de l'encadrement des tarifs, l'assuré bénéficiaire / l'utilisateur / le patient se retrouve seul face à un reste-à-charge subi.

Surtout, la loi Le Roux a aussi permis d'étendre à l'ensemble des familles d'OCAM la possibilité de proposer des remboursements différenciés, ce qui était préalablement impossible pour les OCAM ayant le statut mutualiste. C'était donc une mesure permettant à l'ensemble des acteurs de la couverture complémentaire en santé de disposer de règles équivalentes. Ca a permis de généraliser cet avantage apporté aux assurés qui ont ainsi la possibilité de choisir ce type de contrat prévoyant des prises en charge majorées auprès des professionnels conventionnés.

9. Quelles ont été les répercussions de l'introduction du 100 % santé sur l'activité des réseaux de soins ? Compte tenu de cette réforme, les réseaux de soins restent-ils, selon vous, un outil pertinent au service de la régulation des tarifs ?

La régulation des tarifs proposée dans le cadre des réseaux de soins conserve d'abord toute sa pertinence pour tous les soins et équipements qui n'entrent pas dans le cadre du 100% Santé dans chacun des domaines : panier B en optique, classe II pour les audioprothèses, paniers aux « tarifs maîtrisés » et surtout aux « tarifs libres » en dentaire... Tous domaines confondus, ces soins et équipements hors 100% Santé sont majoritaires parmi ceux auxquels ont recours les assurés bénéficiaires (autour de 85% en optique, 60% pour les prothèses auditives et 45% s'agissant des prothèses dentaires).

Par ailleurs, il faut aussi rappeler que le 100% Santé a consisté en une universalisation des pratiques d'encadrement mises en œuvre par les réseaux de soins sur une partie des actes et des équipements en optique, dentaire et audition. Ceci en s'appuyant sur la puissance de régulation dont disposent les pouvoirs publics et l'assurance maladie obligatoire au travers de la loi. C'est une mesure qui a ainsi contribué à renforcer la généralisation de l'accès aux soins dans les domaines du dentaire et de l'audition. A tel point que, dans le domaine de l'audition, on constate que la France atteint le niveau du Danemark en termes de nombre de personnes équipées d'audioprothèses au sein de la population malentendante, soit plus de 50%... constituant un niveau indice de sur-appareillage par rapport auquel il nous faut être collectivement vigilant (cf. rapport IGAS de 2021 sur « L'évaluation de la filière auditive »). De même, il est essentiel de tenir compte des indices de risques d'augmentation de la fraude, repérés par de nombreux acteurs du domaine des soins auditifs, avec la montée en charge du 100% Santé depuis 2021. En revanche, en optique, les assurés bénéficiaient déjà d'équipements sans restes-à-charge via les offres des réseaux de soins et continuent à y recourir pour annuler ou en tout cas diminuer leur reste-à-charge sur les équipements de classe B (cf. communiqué de presse de l'APFS du 17 avril 2023).

Toutefois, il faut en parallèle souligner que le 100% Santé a généré une augmentation significative des coûts de santé au-delà des besoins essentiels d'accès aux soins en optique, dentaire et audition tels qu'ils avaient été initialement envisagés et projetés par le gouvernement dans ses études d'impact préalables à la réforme. Il est donc essentiel que tous les acteurs soient très attentifs à la préservation d'un juste équilibre entre les gains de la réforme en matière de généralisation de l'accès aux soins, et



itelis



SANTÉCLAIR



Le coût de la réforme pour la collectivité comme pour les individus qui sont contraints de la financer puisque les garanties correspondant au 100% Santé sont imposées dans le cadre des contrats responsables. Il ne faudrait pas que cette mesure ne pousse *in fine* les assurés à se démutualiser en raison de son coût. Or on voit déjà des assurés, souvent parmi les populations financièrement fragiles, s'orienter vers des contrats non responsables proposant des garanties minimales notamment pour s'exonérer du 100% Santé.

Enfin, un des effets du 100% Santé, au-delà de la dérive des coûts, a été l'explosion de l'activité d'analyse de devis proposée par des plateformes de santé pour faciliter les parcours de soins et conseiller / accompagner les assurés bénéficiaires dans leurs parcours. Il s'agit en effet d'une activité historique des plateformes de santé qui ont été à l'origine de la systématisation du devis chez les professionnels de santé, pratique qui a depuis été généralisée par la loi pour tout acte d'un montant supérieur ou égal à 70 euros. En s'inspirant là encore de l'expérience des plateformes de santé et des processus mis en place au sein de leurs réseaux de soins en matière de devis, tout un volet de la réforme du 100% Santé a consisté à imposer des devis réglementés dans le but d'apporter une information utile au choix du patient / de l'assuré. Mais s'agissant de devis assez complexes à décrypter, notamment en matière d'information sur les tarifs des soins dentaires, les assurés requièrent d'autant plus d'accompagnement pour analyser et comprendre leur devis. La diffusion des obligations liées au 100% Santé, notamment en matière de devis, s'est donc accompagnée d'une forte augmentation de l'activité d'analyse de devis pour les plateformes de santé.

Ainsi, pour ne prendre que l'exemple du devis dentaire, on constate que le conseil apporté par les plateformes de santé aux assurés qui leur font analyser leur devis est porteur d'une forte valeur ajoutée en termes de réduction des restes-à-charge : dans le cadre d'une étude menée par Santéclair en juin 2022 auprès des assurés ayant bénéficié d'une analyse de leur devis dentaire, 54% des bénéficiaires déclarent avoir réduit leurs dépenses en changeant de panier de soins et avoir enregistré des gains de restes-à-charge jusqu'à 2 000 € suite aux conseils qui leur ont été apportés. Ils sont 85% des assurés bénéficiaires du service d'analyse de devis dentaire à être satisfaits des informations reçues dans ce cadre. On voit toute l'importance du travail de conseil et de décryptage autour de ce devis obligatoire qui doit être accompagné pour jouer pleinement son rôle d'outil permettant de réduire les restes-à-charge.

10. Pourquoi certains réseaux de soins élargissent-ils leur offre vers le champ du bien-être et des prestations non remboursées par la sécurité sociale (diététique, psychologie, ostéopathie, acupuncture, chiropraxie, etc...) ? Comment la qualité des professionnels partie aux réseaux est-elle contrôlée ? À quels autres champs de la santé et du bien-être cette tendance pourrait-elle s'étendre ?

La notion de « bien être » ne semble pas du tout appropriée car elle relativise l'importance de l'accès aux soins dont il est question : l'accès à un psychologue, à un diététicien, à un ostéopathe ou un chiropracteur ne relève pas d'un simple enjeu de confort mais bel et bien d'un enjeu de santé au sens plein du terme. Et ce sont des domaines où la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est effectivement souvent très éloignée de la réalité des tarifs pratiqués par les professionnels concernés. Les réseaux de soins ont donc une grande légitimité à intervenir, en tant qu'acteur démocratisant l'accès aux pratiques innovantes de santé. Les réseaux constituent, dans ces domaines de la santé également, un outil participant à la modération des tarifs dans le cadre d'un bon rapport qualité/prix pour des prestations de santé dont les tarifs ne sont pas encadrés par l'assurance maladie obligatoire



itelis



SANTÉCLAIR



et auxquelles ont pourtant couramment recours les assurés. Tous ces champs sont donc légitimes à se voir couverts par des offres de réseaux de soins en trouvant, à chaque fois, la forme de conventionnement appropriée au domaine pour se positionner de façon équilibrée entre les intérêts et attentes / besoins des professionnels concernés, des assurés et des OCAM.

S'agissant de la qualité, les réseaux de soins n'ont pas vocation à être évaluateur de la qualité des pratiques dans chacun des domaines. En revanche ils doivent pouvoir identifier l'information la plus pertinente et utile sur la qualité de ces pratiques à apporter aux assurés, et la rendre accessible et compréhensible. Dans la pratique, à ce jour, les organisations représentatives de chacune de ces professions apparaissent souvent comme les plus à même d'apporter des éléments de validation et d'évaluation des bonnes pratiques dans leur domaine. En l'absence d'évaluation par un organisme de référence (type HAS ou AFNOR) de la qualité des pratiques des professionnels exerçant dans ces domaines des soins dits « non conventionnels », c'est donc notamment en s'en remettant à l'avis de leurs organisations représentatives qu'on peut disposer des éléments les plus pertinents pour prendre en compte dans ce contexte l'évaluation de la qualité de leurs pratiques.

11. Dans l'édition 2019 de La complémentaire santé, la Drees fait le constat que « les données disponibles n'ont pas permis à ce jour d'établir que l'adhésion à un réseau conduit les dentistes ou les opticiens à baisser leurs prix et donc d'estimer un « effet réseau » sur les prix ». Disposez-vous d'éléments tendant à étayer l'intérêt des réseaux de soins sur la régulation des prix dans ces secteurs ?

L'activité des réseaux de soins protège le pouvoir d'achat des bénéficiaires en limitant leurs restes-à-charge et en évitant les dérives techniques des assureurs ce qui limite l'augmentation des primes d'assurance et des cotisations aux mutuelles. Là encore il faut rappeler le montant estimé à 600 millions d'euros par an de dépenses économisées grâce aux réseaux de soins des plateformes de santé par rapport à ce qu'ils auraient coûté s'ils avaient été réalisés hors-réseau.

12. Le rapport Les réseaux de soins, publié par l'Igas en 2017, concluait à la nécessité d'un suivi et d'une évaluation des réseaux de soins et pointait le risque de soins « low cost » en matière dentaire. Qu'en pensez-vous ? Ces recommandations ont-elles eu des suites ?

C'est tout le contraire et ce sur l'ensemble des domaines que nous couvrons, en matière dentaire comme au-delà. L'approche low cost mise en œuvre au détriment de la qualité est aux antipodes de l'action des réseaux : il ne faut pas assimiler les pratiques douteuses de certains professionnels, qualifiés de low cost, au travail réalisé par les réseaux de soins gérés par les plateformes de santé qui repose toujours sur une évaluation du rapport qualité / prix et non pas sur une considération exclusive du prix. La dimension de qualité est centrale dans les pratiques portées par les réseaux de soins et la satisfaction des assurés ayant recours aux chirurgiens-dentistes des réseaux mis en œuvre par les plateformes de santé est là pour en témoigner sans équivoque (taux de recommandation supérieur à 95%).

Ainsi, les risques en lien avec les soins réalisés dans des cabinets dentaires « low cost » ne concernent pas spécifiquement les réseaux de soins mais tous les assurés / patients effectuant des soins dans ce type de cabinet. En l'occurrence les réseaux de soins veillent, au moyen des engagements contractuels pris par les professionnels conventionnés lorsqu'ils deviennent partenaires, à empêcher les dérives dans les pratiques « low cost ».



itelis



SANTÉCLAIR



Concernant le suivi et l'évaluation des réseaux de soins, ils n'ont pas été systématisés ni même renouvelés de la part d'un organisme relevant des pouvoirs publics depuis que l'IGAS a rendu son rapport en 2017. En revanche les 5 plateformes de santé opératrices des réseaux de soins en France ont, d'elles-mêmes, communiqué sur leur activité notamment dans le cadre du suivi de mise en œuvre du 100% Santé en apportant des éléments chiffrés sur la proportion d'actes 100 % Santé / hors 100% Santé enregistrés dans leurs réseaux respectifs, ainsi que sur les constats en termes de restes-à-charge supportés par les assurés.

13. Les réseaux de soins contribuent-ils à la lutte contre la fraude ? Si oui, quels outils sont-ils mobilisés à cet effet ?

L'expérience nous amène à constater formellement que l'appartenance à un réseau réduit le niveau de fraude de la part des professionnels concernés : dans le domaine de l'optique par exemple, les pratiques non conformes constatées pouvant relever de la fraude sont au moins 50% moins fréquentes chez les professionnels d'un réseau par rapport au hors réseau. Cela s'explique par le fait que différentes étapes permettent de mieux suivre et sécuriser les pratiques des professionnels s'inscrivant dans le cadre conventionnel proposé par les réseaux de soins : dès leur référencement qui fait l'objet de contrôles spécifiques, mais aussi au niveau de la délivrance d'un équipement ou d'un soin qui passe par un process qualité formalisé. Les outils mobilisés à cette fin sont un mix de moyens informatisés appliqués de façon systématique, et de l'expertise métier en santé portée par les réseaux de soins dans les domaines qu'ils couvrent.

En matière de lutte contre la fraude, il est essentiel d'organiser la coordination entre tous les financeurs (coordination entre RO et RC, coordination entre OCAM) pour que tous les acteurs en charge de la prise en charge des soins puissent agir de manière plus efficace, rapide et coordonnée.

14. Comment les réseaux de soins protègent-ils les données de santé des assurés ? Les réseaux de soins peuvent-ils utiliser ces données de santé ? Si oui, pour quelle utilisation ?

Les plateformes de santé, dans le cadre de leurs activités de réseaux de soins (dont le tiers-payant), traitent les données de santé qui sont nécessaires à la prise en charge des soins ou des équipements des assurés (corrections visuelles/codes LPP, plan de traitement dentaire/codes CCAM, etc.) et à la réalisation des contrôles qui sont consubstantiels à cette prise en charge. Le traitement de ces données est donc indispensable à l'exécution du contrat d'assurance complémentaire santé des assurés et est réalisé dans le respect du principe de minimisation conformément au RGPD.

Les plateformes de santé sont attentives à la protection de ces données et prennent en compte la réglementation applicable (RGPD, Loi informatique et libertés...). Elles mettent en œuvre les mesures de protection et de sécurisation adaptées à la criticité de ces données « sensibles » afin d'en garantir la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité. Elles veillent en outre au respect des droits des assurés (information sur les traitements de données réalisés, gestion des droits d'accès, de suppression, de rectification, etc.).

15. Comment le principe des réseaux de soins est-il concilié avec le droit de chaque patient au libre choix de son professionnel de santé ?

L'accès à un réseau de soins n'est jamais conditionné à l'obligation exclusive de recourir aux professionnels de ce réseau : l'assuré / le patient a donc toujours la possibilité de choisir son



itelis



SANTÉCLAIR



professionnel de santé... de façon d'autant plus libre et éclairée que, via le réseau de soins, il a la possibilité de comparer le devis / la proposition de schéma thérapeutique et de tarif qui lui est fait(e) par tout autre professionnel de santé qu'il consulte. L'option du professionnel du réseau de soins est toujours une option complémentaire, une alternative possible, jamais une option contraignante qui vient empêcher les autres possibilités de recours aux soins.

Concernant les réseaux de soins proposant des remboursements différenciés, avec des OCAM qui renforcent leur remboursement lorsque les assurés bénéficient des professionnels de leurs réseaux de soins, cette option n'est jamais imposée à l'assuré au moment où il souscrit son contrat... c'est au contraire l'assuré (lui-même dans le cadre des contrats individuels, ou ceux qui le représentent dans le cadre des contrats collectifs) qui souhaite disposer de cette option en connaissance de cause pour maximiser ses remboursements, faciliter son accès aux soins et réduire ses restes-à-charge.

16. Avez-vous d'autres points sur lesquels vous souhaiteriez attirer l'attention du rapporteur ?

- DEVIS : extension du devis normalisé au domaine de la chirurgie au bénéfice des patients.

Dans le cadre d'une étude menée par Santéclair en mars 2022 auprès d'assurés ayant bénéficié d'une analyse de leur devis chirurgical, 59% des bénéficiaires déclarent avoir réduit leurs dépenses en renégociant le montant de dépassement d'honoraires avec le chirurgien sur la base des éléments fournis par l'assuré pour l'analyse de son devis : 268 € de réduction moyenne du montant des dépassements, au moins 400 € de réduction du montant des dépassements dans 20% des cas). 85% des assurés bénéficiaires du service d'analyse de devis chirurgical sont satisfaits des informations reçues dans ce cadre.

- LAF : renforcer la coopération entre AMO et AMC

Afin de renforcer l'efficacité de la lutte anti-fraude, de nouvelles dispositions sont en cours d'élaboration pour permettre d'améliorer la collaboration entre les financeurs des soins qu'ils soient rattachés au régime obligatoire ou au régime complémentaire. Il est important de leurs parties-prenantes, dont les plateformes de santé dont on a vu qu'elles participent à la LAF notamment via leurs réseaux de soins, soient bien prises en compte dans les nouvelles dispositions à venir pour pouvoir être pleinement associées à cette collaboration renforcée.