

Vision • Santé

ÉDITION SPÉCIALE #2

GRATUIT

VENTE PAR LOT
chez nos opticiens
partenaires

**PRIX
CASSÉ**

**ZÉRO
RESTE
À CHARGE**

**COMPRIS
DANS VOTRE PACK
COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ**



VOS YEUX NE SONT PAS DES PETITS POIS!

Ne laissez pas votre
complémentaire
choisir votre
opticien et
la qualité de
vos lunettes.

**VOTRE VUE
EST PRÉCIEUSE.
NE LA BRADEZ PAS !**

LES «MUTUELLES»*

Dérégulation, retrait de l'État, privatisation, vente sur Internet : de plus en plus notre Santé s'apparente à un produit comme un autre. La recherche de rentabilité triomphe partout de l'élémentaire principe de précaution. La Santé, un marché comme un autre ? Non, répondent les Pouvoirs publics à l'occasion de la loi Santé.

Les Français sont attachés à leur système de santé. D'abord parce que celui-ci a longtemps été considéré comme le meilleur au monde. Ensuite parce qu'il est fondé sur la solidarité : le citoyen paye selon ses ressources, il est couvert selon ses besoins. Pourtant, si la santé est objet de toutes les attentes, elle est aussi le théâtre de toutes les inégalités. Il existe aujourd'hui pour les Français une double difficulté dans l'accès aux soins, aussi bien selon les territoires que selon les revenus. De sorte que la protection sociale court un risque majeur : celui de se muer sous nos yeux en marchandise de luxe pour les uns et en charité pour les autres (pauvres et malades gravement atteints). Ce n'est pourtant pas là le sens que nous donnions au principe de solidarité.

C'est pour remédier à cette dérive et rendre notre système de santé à la fois plus efficace et plus équitable qu'a été présentée la loi Santé de Marisol Touraine. Mais c'est aussi à travers nos comportements individuels que nous devons collectivement l'affirmer : la santé n'est pas une marchandise. Un équipement optique relève bien de votre santé : ce n'est pas un simple objet de consommation.

VRAI ou FAUX ?

Il est possible de ne pas avoir à avancer les frais pour des lunettes, même chez les opticiens non agréés par les «mutuelles» : VRAI

Votre opticien peut vous proposer un ensemble de facilités de paiement.

Juges et parties

L'État, en se désengageant progressivement pour des raisons budgétaires, a voulu à la fois privatiser la santé et encadrer les prix afin d'éviter toute tendance inflationniste. Pour ce faire il a confié la responsabilité du système aux organisations complémentaires, chargés d'organiser les professions de santé en

réseaux ; autant dire confier au hasard... les clefs du pouvoir ! À travers leurs plateformes, les compagnies d'assurance, sauf à se substituer aux professionnels de santé eux-mêmes, ne sauront être juges de la qualité des actes, des compétences, des produits et services liés au domaine de la santé. Le leurre actuel consiste pourtant à vouloir

seul le laisser croire. Comment un agent économique aussi puissant que le monde de l'assurance pourrait-il être à la fois juge et partie ? Comment peut-on attendre de lui d'être un arbitre impartial à qui l'on demande de veiller à la maîtrise des dépenses de santé ?

Qu'est-ce qu'un « réseau de soins » ?

Les réseaux d'opticiens, organisés par appels d'offres réguliers et régulièrement remis en cause par les assureurs, sont fondés sur l'idée du remboursement différencié : si vous vous financez auprès d'un opticien agréé par votre organisme complémentaire vous êtes mieux remboursé que partout ailleurs. Et si vous refusez le praticien et son traitement imposés par votre «mutuelle», vous risquez un malus et des remboursements moins importants. Il s'agit de remplacer la très forte fidélité du consommateur, reposant sur la satisfaction et la confiance, en un flux automatique d'assurés

capités dont l'avis ne compte plus. Adieu les «bonnes adresses» partagées via le bouche-à-oreille ! Le montant des remboursements n'est pas calculé pour que la qualité de vos lunettes soit la meilleure possible, avec le meilleur des derniers technologies, mais pour que la stabilité de votre complémentaire soit la meilleure.

Dans l'opération, votre bénéfice en termes de santé visuelle a été purement et simplement remplacé par le bénéfice de votre assureur.

Enfin la mise à jour des grilles tarifaires des produits référencés par les assureurs n'est pas régulière, le consommateur n'a pas accès aux données innovantes. Ce n'est pas à un organisme tiers de choisir à notre place ce qu'il y a de mieux pour vous : ce le degré d'amincissement de vos verres, si la qualité des traitements antireflets, si la technologie des verres progressifs dont vos yeux ont besoin. Notre client, c'est vous ; pas les organismes de couverture complémentaires. Notre obligation de résultat, c'est à vous et à personne d'autre que nous la devons.

Une mission déviée

Et pourtant c'est une belle histoire, celle des assurances santé ! Les sociétés de secours mutual sont nées à la fin du 18^e siècle pour éviter aux ouvriers de tomber dans la pauvreté en cas de maladie ou de grossesse. Avec l'apparition de la Sécurité Sociale en 1947, l'État et les mutuelles se sont partagés les rôles sans faire trop de bruit. Mais en 1975, le Sécus connaît ses premiers déficits et débute alors le désengagement de l'État, ouvrant une nouvelle ère : celle des complémentaires santé. Très vite, faisant l'oublieuse, les poids lourds de l'assurance privée (automobile, maison...) vont faire leur entrée dans le monde de la santé.

Aujourd'hui la Santé est aux mains de la finance.

Grâce à la réforme des mutuelles et le vote de la loi Léonon en 2014, les mutuelles peuvent désormais, à cotisations égales, faire vivre les prestations sociales comme elles le souhaitent. C'est la fin du principe universel et égalitaire « un Homme, une voix ». Pour cela, les mutuelles santé, comme les autres complémentaires santé (assurances privés

et institutions de prévoyance) ont recourus aux réseaux "d'opticiens partenaires" : des prix négociés sur des produits déterminés à l'avance, disponibles uniquement auprès de certains fabricants et de certains opticiens. Un tel système était censé apporter plus de client. Au lieu de ça, l'opacité est devenue : opacité dans les centres de choix des opticiens déviés

Que voyez-vous du premier coup d'œil ?

critères de choix des opticiens ?
frais de gestion exorbitants !
TARIFS IMPOSÉS !
QUALITÉ DES PRODUITS ?
tableau de garanties incompréhensible !
VOS LUNETTES REMBOURSÉES ET GRATUITES

... que voyez-vous dans un second temps ?

soient d'adhérer aux réseaux ; opacité dans le choix des produits référencés par le complémentaire ; opacité dans les tarifs imposés, avec des prix dont les modes de calcul et les évolutions permanentes restent aussi obscurs pour le public que pour l'opticien lui-même ; opacités dans les informations insérées sur les cartes de référencement de l'assuré, le plus

souvent incompréhensibles ; opacité encore dans les délégations qui entraînent la pression de tout ou partie du contrat par un autre organisme que celui auquel l'assuré a souscrit... ; opacité enfin quant aux exorbitants frais de gestion des complémentaires.

* Le terme « mutuelle » regroupe les organismes complémentaires de santé au sens large : assurances privées, institutions de prévoyance et mutuelles.

Ces «mutuelles»* par qui l'inflation arrive

Parlons Prix. Il a été plus facile aux compagnies d'assurance d'accroître les professionnels de santé d'opacité que de rendre lisibles leurs propres contrats : et alors que les métiers médicaux et paramédicaux reposent sur un lien de confiance avec le patient, cette accusation a transféré sur eux le doute.

OPTIQUE + 11%
OCAM* + 91%

Chacun en a pris pour son grade : les médecins, les dentistes, les opticiens... mais pas les assureurs, les seuls pourtant à poursuivre leur stratégie de hausse continue des prix. Et quelle hausse ! + 91% en



10 ans, quand le prix des produits optiques, les, a à peine suivi l'inflation : + 11% ! Sur la même période, la croissance de chiffre d'affaires des complémentaires santé a été de 31%, soit la plus forte de tout le

secteur de l'assurance ! (Pour comparaison, l'assurance automobile a à progressé + que + de 24%)

* OCAM = Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie

Les «Mutuelles»* : peut-on s'en passer ?

À la fond les organismes complémentaires d'Assurance Maladie se comportent vis-à-vis de l'opticien comme un organisme de santé qui veut un peu plus. Contrairement au risque de la maladie, les soins courants dont fait partie la correction visuelle sont prévisibles, la dépense courante d'avance et le financement peut être échelonné.

Sur la base d'une cotisation de 100 euros, la part servant réellement au remboursement des frais de soins n'est en moyenne que de 65 euros.

Où passent donc les 35% restants ? Chez l'assureur. Ils sont absorbés par le coût de distribution des contrats (entre 15% et 20% dont publicité TV et sponsoring), les frais de gestion administrative (entre 3 et 10%), les frais de gestion des prestations de soins (entre 4 et 8%). On peut alors se demander si le porteur ne devrait pas payer et simplement souscrire aux garanties optiques de sa «mutuelle» pour se tourner vers un moyen de financement personnel mieux adapté... et surtout moins coûteux ! Il peut être en effet profitable de s'auto-assurer pour les dépenses courantes et prévisibles. Mieux vaut en effet provisionner tous les mois la somme nécessaire à un équipement tout les deux ou trois ans, librement choisi selon vos besoins (en ayant accès au meilleur de l'innovation), que de payer très cher chaque année une complémentaire qui vous imposera son réseau de professionnels, sa fourchette de prix et sa grille de produits négociés d'avance.

3 ARGUMENTS DES «MUTUELLES» : L'IMPOSTURE

1 «Zéro reste à charge»

Oui, mais sur des produits sélectionnés d'entrée de gamme, sans valeur ajoutée et non personnalisés aux besoins spécifiques du porteur.

2 «Tiers payant chez nos partenaires»

Le tiers payant ou «tiers payeur» est l'organisme d'assurance santé qui paye directement le professionnel de santé en contrepartie de vos cotisations. Ce simple service de facilité de paiement peut être remplacé par d'autres moyens chez les opticiens non partenaires. Parlez-en à votre opticien.

3 «Le 100% sur la Base du Remboursement»

La plupart du temps ce «100%» prometteur ne représente en fait que des sommes dérisoires. Deux "cas d'école" où le remboursement Sécu est fixe quelle que soit la prestation :

	BR Sécu*	Participation / «Mutuelles»	soit
Généraliste (SAG)**	20€	100%	6,90€
Membre optique	2,60€	100% du Ticket Modérateur	1,30€

* Base de remboursement ** adhérent au contrat direct au Sécu



Pour comprendre les modes de calcul de remboursement, rendez-vous sur www.amlife.fr

Petits conseils pour le choix de votre assureur

Privilégiez des garanties en euros et non en %, sans débits de carence supérieurs à 3 mois. Il existe des sites qui vous permettent de comparer les différentes assurances santé avant de faire votre choix :

www.lajyma.fr/assurance-sante

www.assurland.com/assurance-sante.html

www.lefurets.com/mutuelle-sante

www.complementaire-sante.org

... et si vous faisiez sans ?

Pour une famille de 4 personnes
(2 parents et 2 enfants, consommation de soins sur 5 ans)

SANS «mutuelle»

Dépenses de santé
- Remboursement Sécu
= 6313€

AVEC «mutuelle»

Dépenses de santé
+ cotisations mutuelles
- Remboursement Sécu
- Remboursement mutuelle
= 12990€

Ceci est bien entendu un calcul théorique ne tenant pas compte des risques possibles (par exemple une hospitalisation pour une infection que l'on ne comprend pas : pas de remboursement) et surtout la capacité à financer soi-même ses soins sans délai.

* 1 - cotisation de prestation (carte 1) + 2 - cotisation de prestations (carte 2) + 3 - versement de cotisation + 4 - parts de soins par état + 5 - soins dentaires, couronnes et orthodontie...

Source : La Particulier

VRAI ou FAUX?

Dans le cadre des réseaux mis en place par les complémentaires santé, l'opticien peut me délivrer le produit qu'il a spécifiquement et librement choisi pour mon cas personnel : FAUX



L'opticien en réseau n'est pas maître de faire le meilleur choix de produit mais doit se conformer à une grille stricte établie à l'avance. Sa prestation dont la vocation est d'être personnalisée à chaque cas est ici appariée à un commerce de produits de masse ; ce que ne sont pas les produits optiques.

Les plafonnements : des repères utiles

Voilà, c'est fait : depuis le 1^{er} avril 2015, et ce n'est pas une blague, la mise en place des contrats responsables dans le cadre de l'ANI (Accord National Interprofessionnel) impose des plafonds pour tout remboursement de produit optique. Et à partir de 2016 les remboursements n'auront lieu que pour un équipement tous les deux ans, sauf pour les jeunes de moins de 16 ans, ou dans le cas d'une évolution de la vue constatée.

Ces plafonnements sont naturellement élevés. Leurs effets ne seront pas nécessairement négatifs. Le plafonnement donne en effet un élément précis sur le maximum que peut rembourser le complémentaire. Un élément de consommation. L'assurance qui se rembourse pas bien est plus facile à identifier.

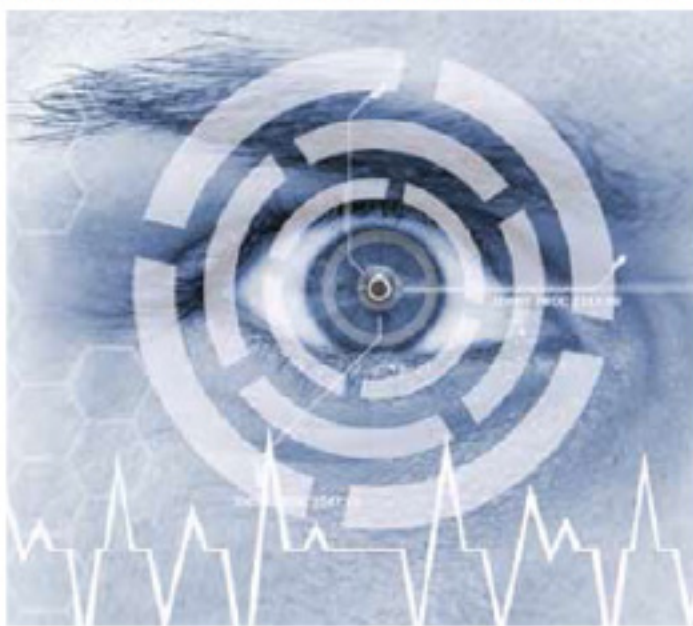
Plafonnement du remboursement des lunettes

Types de verres	Remboursement verres 	Remboursement monture 
Unifocaux simples	Entre 50 et 470 €*	150 € maximum
Unifocaux complexes	Entre 200 et 750 €*	
Multifocaux et progressifs complexes	Entre 200 et 850 €*	

* sans la correction optique ou la propreté optique

À partir de 2016 : 1 paire remboursée tous les 2 ans

La transmission des données personnelles de santé est-elle légale ?



La transmission de vos données personnelles de santé par les plateformes commerciales travaillant pour les assureurs santé est-elle légitime ?

La correction de votre vue, c'est-à-dire les éléments inscrits sur l'ordonnance rédigée par votre opticien, est une donnée personnelle de santé. Le transfert de ces indications personnelles intervient à l'occasion des traitements de prise en charge de l'état d'optique vers l'OCAM* et opticiens. En charge de ces données, l'assurance santé détermine si vous pouvez ou non bénéficier du tiers payant ou d'un remboursement optique.

Mais qu'est-ce que cela implique comme danger pour vous ?

La transmission de vos données personnelles de santé par les plateformes commerciales travaillant pour les assureurs santé est-elle légitime ?

Le transfert de ces données personnelles de santé intervient à l'occasion des traitements de prise en charge de l'état d'optique vers l'OCAM* et opticiens.

La protection des données individuelles relève du droit : c'est à l'Etat de garantir aux citoyens la pleine jouissance de leurs libertés fondamentales. La commission européenne a donc enjoint la France à se mettre en conformité.

* OCAM = Organisme Compétent d'Assurance Maladie

VRAI ou FAUX ?

Si mon opticien habituel ne fait pas partie du réseau mis en place par mon complémentaire, je dois impérativement en changer : FAUX

Le meilleur opticien est celui qui a l'habitude de vous suivre et qui vous comprend. Il connaît votre mode de vie. Il est le plus à même de vous proposer les produits les mieux adaptés. Vous n'avez donc aucune raison d'en changer, d'autant qu'il vous accordera les mêmes facilités de paiement qu'un réseau.

En tant que consommateur, le libre choix de votre opticien doit être votre garantie n° 1. Parce qu'entre vous et votre opticien, c'est avant tout une histoire de confiance, ne laissez pas votre complémentaire santé décider à votre place !

Journal Vision Santé édité par la FNOP
Publication mensuelle sous l'égide de l'Ordre National
1 rue de l'Écluse - 45100 CHENY
Directeur de la publication et de la rédaction :
Alex GIBRIL
Impression : imprimé sur papier offset recyclé 100%
Complément gratuit - ne peut être vendu au grand public
Ne pas jeter sur la voie publique

Opticiens de France, pour passer vos commandes en ligne du Journal Vision Santé #2, connectez-vous dès aujourd'hui sur www.journalvisionsante.com

Votre opticien indépendant

VOTRE TAMPON ICI