



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Fonctionnement des contrats OPTAM et OPTAM-CO

Question écrite n° 7931

Texte de la question

M. Dimitri Houbron attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur le fonctionnement des contrats OPTAM (option tarifaire maîtrisée), et OPTAM-CO (option tarifaire maîtrisée-chirurgie et obstétrique). Depuis janvier 2017, les contrats OPTAM et OPTAM-CO sont proposés par l'assurance maladie aux praticiens d'établissements privés de santé, afin de diminuer le reste à charge des patients devant bénéficier d'actes techniques, notamment chirurgicaux. Dans ce cadre, les praticiens doivent respecter une part d'actes en tarifs opposables - fonction de leur activité des années précédentes - et un pourcentage de taux de dépassement. Plusieurs professionnels de santé regrettent toutefois le manque d'encadrement du rôle des mutuelles de santé, malgré les dispositions des « contrats responsables ». Ils craignent, en fin de compte, une opération coûteuse pour l'assurance maladie, neutre pour les praticiens mais bénéfique seulement pour les mutuelles de santé - profitant de la hausse du remboursement effectué par l'assurance maladie - et doutent donc de la capacité du dispositif à atteindre l'objectif fixé. En effet, pour que le système des OPTAM et OPTAM-CO soit véritablement bénéfique pour les patients, il faut que les mutuelles remboursent les dépassements conformément à leurs obligations. Or il semble n'exister aucun moyen de contrôler la bonne foi des mutuelles : la plupart des patients sont souvent incapables de préciser la nature du contrat et ne sont pas toujours au fait de leurs remboursements ; de plus il apparaît difficile aux établissements d'interroger les patients sur la nature de leur prise en charge. Il la prie ainsi de bien vouloir lui faire connaître sa position sur cette question et les éventuelles mesures envisagées pour assurer la coopération des mutuelles de santé vis-à-vis de ce dispositif.

Texte de la réponse

Le cahier des charges des contrats responsables, récemment modifié pour garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, n'impose pas de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins, qu'ils aient adhéré ou non à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou l'option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie- obstétrique (OPTAM-CO). Néanmoins, si un contrat de complémentaire santé responsable prévoit une telle prise en charge, cette prise en charge, plafonnée pour les médecins n'ayant pas adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée, doit être plus importante pour les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à l'OPTAM dans le but d'accroître le nombre de professionnels participant à ce dispositif et ainsi d'améliorer l'accès aux soins des assurés. Aussi, les organismes de complémentaire santé doivent se conformer à cette réglementation, les systèmes d'information différenciant les médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou non, pour permettre une couverture de leurs garanties en accord avec leurs obligations. La non-conformité des contrats à ce cahier de charges reviendrait, pour les organismes de complémentaire santé, à enfreindre leurs obligations légales. Le respect de ces obligations est assuré par des contrôles réalisés tant par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, sur le respect des critères permettant de bénéficier du régime fiscal applicable aux contrats responsables en faveur des organismes assureurs et qui peut donner lieu à des pénalités, que par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, qui dispose d'un pouvoir de contrôle des pratiques commerciales et peut prendre des sanctions allant d'une mise en

demeure de l'organisme fautif à une interdiction d'exercer. Enfin, les adhérents à un contrat de complémentaire santé sont informés par plusieurs vecteurs, comme la mise à disposition d'un annuaire en ligne sur le site Ameli précisant l'adhésion du professionnel de santé à l'OPTAM ou l'affichage de cette adhésion dans le cabinet même du médecin. Par ailleurs, les organismes de complémentaire santé sont soumis à une obligation de loyauté envers leurs adhérents dans l'exécution du contrat, impliquant une obligation d'information, notamment au travers d'une fiche d'information précontractuelle précisant le prix, les garanties, les modalités d'examen des réclamations, la possibilité de recours à un processus de médiation (auprès du médiateur de l'assurance ou du médiateur de la mutualité française) et les voies de recours en justice. En outre, l'accord relatif à la lisibilité des garanties de complémentaire santé signé en janvier 2019 par l'ensemble des représentants des organismes de complémentaire santé les engage à présenter, au sein du tableau de garanties de leur contrat, des garanties libellées en euros et dissociant la prise en charge d'un médecin ayant adhéré à l'OPTAM et n'y ayant pas adhéré. Les assurés pourront alors prendre connaissance du remboursement attendu en amont de leur consultation et vérifier l'exactitude de leur couverture effective une fois la consultation réalisée.

Données clés

Auteur : [M. Dimitri Houbron](#)

Circonscription : Nord (17^e circonscription) - La République en Marche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 7931

Rubrique : Assurance maladie maternité

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 15 juillet 2019

Question publiée au JO le : [1er mai 2018](#), page 3668

Réponse publiée au JO le : [6 août 2019](#), page 7389