

14ème législature

| | | |
|---|--|---|
| Question N° : 67105 | De M. Michel Vergnier (Socialiste, républicain et citoyen - Creuse) | Question écrite |
| Ministère interrogé > Affaires sociales, santé et droits des femmes | | Ministère attributaire > Affaires sociales, santé et droits des femmes |
| Rubrique > professions de santé | Tête d'analyse >opticiens | Analyse > maillage géographique. perspectives. |
| Question publiée au JO le : 21/10/2014 Réponse publiée au JO le : 26/01/2016 page : 761 | | |

Texte de la question

M. Michel Vergnier attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sur la situation des opticiens installés en particulier sur un secteur géographique rural. Ceux-ci évoluent en « réseaux fermés » renouvelés tous les trois ans après appel d'offres de la plateforme d'intégration Itelis. Or le choix de ne retenir qu'un seul opticien sur huit installés sur un secteur risque de détourner la clientèle au profit de celui qui aura reçu l'agrément, ce qui pose à la fois un problème d'éthique par rapport au choix opéré, et de distorsion de concurrence, car ceux qui n'auront pas été retenus verront leurs produits moins bien remboursés et suspectés de moindre qualité. Les critères de sélection quant au maillage géographique restent opaques et incontrôlables. Il lui demande donc dans quelle mesure il serait possible de revoir le maillage géographique et le nombre d'agréments sur un secteur, afin de ne pas porter atteinte à l'emploi et d'exiger si possible l'indication d'origine des produits.

Texte de la réponse

La loi no 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé résulte d'une proposition de loi déposée par le député Bruno Le Roux et poursuivait une triple ambition. Il s'agissait en premier lieu de favoriser une régulation des coûts de santé en vue de maîtriser les restes à charge pour les ménages et le montant des cotisations des complémentaires santé, évitant ainsi des démutualisations. En second lieu, ce dispositif avait pour objectif d'améliorer la qualité de l'offre à travers les engagements pris par les professionnels de santé au sein des réseaux ainsi constitués. Enfin, il visait à permettre aux mutuelles de disposer des outils identiques à ceux offerts aux autres opérateurs. Bien que favorable au principe de cette loi et aux objectifs ainsi fixés, le Gouvernement a toutefois jugé nécessaire que les réseaux de soins soient encadrés. A cet égard, le texte final de la loi met en œuvre de manière immédiate un encadrement effectif des réseaux de soins, valable pour l'ensemble des organismes complémentaires, qu'il s'agisse des mutuelles ou des autres organismes assureurs. Le dernier alinéa de l'article L. 863-8-I du code de la sécurité sociale, qui encadre les conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé, précise que « ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins ». L'article 2 impose également que les réseaux respectent certains principes : le libre choix du professionnel de santé, l'adhésion des professionnels de santé selon des critères transparents et non discriminatoires et une information suffisante des assurés. Il convient également de rappeler que les professionnels de santé, et notamment les opticiens, resteront libres d'adhérer ou non aux réseaux de soins. L'article 2 interdit

également toute clause d'exclusivité. Par ailleurs, s'agissant de la possibilité offerte de fermeture des réseaux en matière d'optique, le conseil constitutionnel a jugé qu'une telle disposition ne portait pas atteinte à la liberté des opticiens-lunetiers d'exercer leur profession. Comme l'a encore relevé l'autorité de la concurrence, la limitation du nombre de professionnels référencés par les organismes complémentaires d'assurance maladie est de nature à permettre une modération des coûts contre la perspective de recevoir un nombre significatif d'assurés. En l'absence d'un tel dispositif, sur un marché connaissant un nombre toujours croissant de professionnels, marqué par une asymétrie d'information entre professionnels et assurés sur le coût et la qualité des équipements proposés, l'efficacité d'un réseau conventionné est moins importante. Les données disponibles sur les réseaux existant en matière d'optique montrent que les réseaux fermés permettent de baisser les prix de 30 à 40 %, ce qui permet de limiter le montant restant à la charge directe des assurés. Enfin, s'agissant des conséquences de ces dispositions, l'article 3 de la loi prévoit la remise d'un rapport portant sur le bilan des conventions souscrites et notamment sur les garanties et prestations qu'elles comportent et leur bénéfice pour les patients, notamment en termes de reste à charge et d'accès aux soins, et leur impact sur les tarifs et prix négociés avec les professionnels, établissements et services de santé. Les critères de sélection en lien avec le maillage géographique et le nombre d'agrément sur un secteur, pourront également être évoqués dans ce cadre. Il convient de souligner que les dispositions de cette loi s'inscrivent pleinement dans l'objectif de généralisation, à l'horizon 2017, de l'accès à une couverture complémentaire santé de qualité, annoncé par le Président de la République dans son discours au Congrès de la mutualité en octobre 2012. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a renforcé le cahier des charges du contrat responsable afin, d'une part, d'améliorer la qualité des contrats de complémentaire santé et, d'autre part, de lutter contre les pratiques tarifaires excessives qui nuisent à l'accès aux soins, notamment en optique.