



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Reste à charge zéro en optique

Question écrite n° 13457

Texte de la question

M. Marc Le Fur attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur l'importance de compléter le « 100 % Santé » pour éviter toute subsistance du reste à charge subi. Assurer aux Français un remboursement à 100 % sur leurs lunettes est une première étape indispensable, mais qui pourrait se révéler incomplète si, par ailleurs, ils doivent par exemple avancer les frais de leur remboursement (240 euros en moyenne), choisir un équipement correcteur en méconnaissance de la prise en charge complémentaire à laquelle ils ont droit ou subir un reste à charge en raison d'un remboursement fortement amoindri dû aux pratiques des réseaux de soins (certains réseaux prévoient des remboursements différenciés de plus de 400 % !). Or, dans un contexte où la réforme du « 100 % Santé » s'adresse d'abord aux Français les plus fragiles, le maintien de telles dispositions pourrait altérer sa portée effective en ce qu'elles créent une rupture d'égalité ; chaque euro cotisé ne donnant pas les mêmes droits selon leur professionnel de santé et brouillant le message social du « 100 % Santé ». C'est pourquoi, il lui demande de bien vouloir lui préciser la position du Gouvernement quant à la suppression du remboursement différencié, ainsi que les actions qu'il envisage pour lutter contre toutes les formes de reste à charge subi.

Texte de la réponse

Par la constitution de réseaux de soins, les organismes d'assurance complémentaire ont cherché à flécher le parcours de soins de leurs assurés en les incitant à recourir à un praticien adhérent à un protocole de fournitures de soins ou membre d'un réseau de soins. Cette mesure participe d'une modération des dépenses de santé, les professionnels partenaires s'engageant à respecter des critères prédéfinis de qualité et de tarifs. Elle présente également un avantage pour l'assuré qui bénéficie d'une dispense d'avance des frais et réduit le montant des dépenses restant à sa charge. Le législateur est intervenu pour permettre à tous les organismes d'assurance maladie complémentaire de différencier leurs remboursements dans certaines spécialités si les soins sont effectués auprès du réseau dont ils sont partenaires. Le dispositif de remboursement différencié ne trouve à s'appliquer que pour les domaines médicaux non couverts par la réforme « 100 % santé » et par ceux couverts par la réforme lorsque les prix sont libres. Les réseaux de soins ne constituent pas une pratique restrictive ou anticoncurrentielle car ils ne conduisent pas à l'éviction de certains professionnels, pas plus qu'ils n'imposent à ceux-ci des obligations déséquilibrées. Toute action visant à informer les assurés en amont de la vente de dispositifs médicaux sur le reste à charge après intervention de l'organisme complémentaire est encouragée. Le Gouvernement a ainsi mené une action pour rendre plus lisibles les contrats de complémentaire santé. Les représentants des organismes complémentaires ont pris notamment l'engagement d'une présentation normalisée des offres et du développement des simulateurs de restes à charge en ligne. Le Gouvernement sera vigilant sur la mise en œuvre de ces engagements dans le cadre du comité de suivi de la réforme qui sera mis en place dès 2019. Enfin, le Gouvernement travaille actuellement sur la généralisation du tiers payant sur le panier de soins visé par la réforme dite « 100 % santé » avec les représentants de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire et des professionnels concernés.

Données clés

Auteur : [M. Marc Le Fur](#)

Circonscription : Côtes-d'Armor (3^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 13457

Rubrique : Assurance maladie maternité

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [23 octobre 2018](#), page 9514

Réponse publiée au JO le : [5 février 2019](#), page 1165