



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Accord du 13 juin conclu entre le ministère et les syndicats d'opticiens

Question écrite n° 13800

Texte de la question

M. Xavier Batut attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur l'accord du 13 juin 2018 conclu entre le ministère et les syndicats d'opticiens. Selon plusieurs opticiens, pour garantir la suppression compétitive du renoncement aux soins visuels pour raisons financières, il serait souhaitable que le dispositif du 100 % santé soit complété par trois mesures : premièrement, la garantie du tiers payant pour l'assuré sur les offres 100 % santé chez tous les opticiens sur tout le territoire sans contrepartie ; deuxièmement, la suppression du remboursement différencié pratiqué par les réseaux de soins ; troisièmement, la connaissance pour l'assuré au moment de la vente du montant de son remboursement complémentaire. Ces mesures semblent essentielles afin d'apporter une garantie de ne pas supporter un reste à charge. Il aimerait connaître ses intentions sur les dispositions financières envisagées.

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. Xavier Batut](#)

Circonscription : Seine-Maritime (10^e circonscription) - La République en Marche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 13800

Rubrique : Professions de santé

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [30 octobre 2018](#), page 9653

Réponse publiée au JO le : [5 février 2019](#), page 1170