ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Dispositif « 100 % Santé » - Lunettes

Question écrite n° 14291

Texte de la question

M. Jean-Noël Barrot attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur le dispositif « 100 % Santé » et en particulier le remboursement des lunettes. Dans les faits, le remboursement se révèle limité. En effet, les frais doivent être avancés tout en choisissant un équipement correcteur en méconnaissance de la prise en charge complémentaire ou en subissant un reste à charge. Afin d'éviter toute subsistance du reste à charge subi et assurer aux Français un remboursement à 100 % sur leurs lunettes durant la mise en place du dispositif, il lui demande de bien vouloir lui préciser les dispositions envisagées pour limiter les remboursements différenciés.

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. Jean-Noël Barrot
Circonscription : Yvelines (2e circonscription) - Mouvement Démocrate et apparentés
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 14291
Rubrique : Assurance maladie maternité

Version web : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/questions/QANR5L15QE14291

Ministère interrogé : Solidarités et santé
Ministère attributaire : Solidarités et santé

Date(s) clée(s)

Question publiée au JO le : 20 novembre 2018, page 10407
Réponse publiée au JO le : 5 février 2019, page 1172