



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Effets de la loi Le Roux en matière d'optique

Question écrite n° 7400

Texte de la question

M. Jean-Marc Zulesi attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur les effets de la loi Le Roux du 19 décembre 2013 qui renforce le pouvoir des réseaux de soins sur la filière optique en autorisant notamment les remboursements différenciés. L'article 2 de la loi Le Roux dispose 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 ». Or dans la pratique, on constate des dysfonctionnements du dispositif prévu par la loi Le Roux. Les réseaux de soins (mutuelle, assurance, prévoyance etc.) restreignent le libre choix de l'opticien pour leurs assurés, qui ne bénéficieront pas du même remboursement selon le professionnel qu'ils choisiront. Ils décident également de quels produits pourront être vendus et à quel prix, notamment pour les verres correcteurs. Ainsi, ils freinent l'innovation en ne référencant pas ou en ne valorisant pas certains produits. Dans ces conditions, il souhaiterait connaître les dispositifs qu'elle envisage pour endiguer un système qui pénalise la plupart des citoyens ayant besoin d'un appareillage en matière optique.

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-Marc Zulesi](#)

Circonscription : Bouches-du-Rhône (8^e circonscription) - La République en Marche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 7400

Rubrique : Assurance maladie maternité

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(e)s

Question publiée au JO le : [17 avril 2018](#), page 3170

Réponse publiée au JO le : [5 février 2019](#), page 1162