



# ASSEMBLÉE NATIONALE

## 15ème législature

La pratique du remboursement différencié, en vigueur depuis la loi Leroux (2013)

Question écrite n° 20695

### Texte de la question

M. Gilles Lurton appelle l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la pratique du remboursement différencié, en vigueur depuis l'adoption en décembre 2013 de la proposition de loi dite « Leroux », qui autorise les réseaux des complémentaires santé à amputer leurs assurés d'une partie de leur remboursement si ces derniers ne consultent pas un professionnel sélectionné dans leur réseau. Des Français se trouvent ainsi pénalisés économiquement et il n'est pas possible d'assurer, à toutes et tous, un égal accès aux soins et équipements sans discriminations territoriales ou financières. Déjà questionnée à ce sujet dans le cadre de l'examen de la proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, Mme la ministre avait indiqué dans sa réponse que « cette mesure participe d'une modération des dépenses de santé ». Cette réponse interroge dans la mesure où le remboursement différencié opéré par certaines complémentaires santé est sans effet sur le prix pratiqué par les professionnels de santé et donc sans effet sur les dépenses engagées par le patient et supportées par la sécurité sociale. Il semble donc qu'il y ait une confusion entre l'existence des remboursements différenciés et l'existence des réseaux. La mesure qui permet de maîtriser les dépenses de santé, n'est pas le remboursement différencié, mais la capacité qu'ont les réseaux à proposer pour leurs adhérents des tarifs négociés qui baissent *de facto* l'assiette de remboursement de la sécurité sociale, des complémentaires et éventuellement du reste à charge des porteurs, sans amoindrir leur droit à remboursement. Aussi, il lui demande de préciser sa position sur les pratiques de remboursement différencié ainsi que ses effets supposés sur les dépenses de santé.

### Texte de la réponse

Les réseaux de soins reposent sur des conventions conclues entre des organismes d'assurance complémentaire et des professionnels de santé. Les professionnels de santé s'engagent contractuellement à respecter des tarifs plafonds pour une liste de produits ou de prestations donnés, avec des garanties de qualité ou de service associées. En contrepartie, ils peuvent pratiquer le tiers payant et leurs coordonnées sont communiquées aux assurés, qui peuvent bénéficier d'un remboursement des organismes d'assurance complémentaire majoré s'ils recourent à ces professionnels. En fixant des prix plafonds, les réseaux de soins permettent de contenir les tarifs pratiqués par les professionnels de santé dans des secteurs où une grande variabilité des tarifs est observée. Des écarts de prix notables ont ainsi pu être observés notamment en optique et en aides auditives entre ceux pratiqués par ces réseaux et en dehors de ceux-ci. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2017 relevait ainsi, pour les équipements optiques, des différences de l'ordre de moins 20 % pour des verres adultes au sein des réseaux de soins et de moins 10 % pour les montures. Pour les aides auditives, la différence de prix constatée par l'IGAS est de l'ordre de moins 10 %. C'est en ce sens que les réseaux de soins permettent une modération des dépenses de santé et des restes à charge des assurés.

### Données clés

Auteur : [M. Gilles Lurton](#)

**Circonscription** : Ile-et-Vilaine (7<sup>e</sup> circonscription) - Les Républicains

**Type de question** : Question écrite

**Numéro de la question** : 20695

**Rubrique** : Assurance complémentaire

**Ministère interrogé** : [Solidarités et santé](#)

**Ministère attributaire** : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(e)s

**Question publiée au JO le** : [25 juin 2019](#), page 5770

**Réponse publiée au JO le** : [7 avril 2020](#), page 2682