



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Remboursement différencié

Question écrite n° 20699

Texte de la question

Mme Marie-Christine Dalloz attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur les conséquences préjudiciables pour les patients de la pratique du remboursement différencié. En vigueur depuis décembre 2013 et l'adoption de la loi dite « Le Roux », elle autorise les réseaux de complémentaire santé à amputer leurs assurés d'une partie de leur remboursement si ces derniers ne consultent pas un professionnel sélectionné dans leur réseau. Ainsi, ils se trouvent pénalisés économiquement et il devient impossible de leur assurer un égal accès aux soins et aux équipements sans discriminations territoriales ou financières. Mme le ministre invoquait à ce sujet un besoin de « modération des dépenses de santé ». Ceci paraît incohérent 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. En effet, la mesure permettant 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. Elle lui demande donc de bien vouloir apporter des précisions sur l'efficacité du dispositif et si elle entend prendre des mesures pour ses conséquences éventuelles sur les dépenses de santé des Français.

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 : [Mme Marie-Christine Dalloz](#)

Circonscription : Jura (2^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 20699

Rubrique : Assurance maladie maternité

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [25 juin 2019](#), page 5772

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