



## 15ème législature

<b>Question N° :</b> <b>19112</b>	De <b>Mme Agnès Firmin Le Bodo</b> ( UDI, Agir et Indépendants - Seine-Maritime )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Solidarités et santé		<b>Ministère attributaire</b> > Solidarités et santé
<b>Rubrique</b> > sécurité sociale	<b>Tête d'analyse</b> > Remboursements différenciés	<b>Analyse</b> > Remboursements différenciés.
Question publiée au JO le : <b>23/04/2019</b> Réponse publiée au JO le : <b>07/04/2020</b> page : <b>2682</b> Date de changement d'attribution : <b>16/02/2020</b>		

### Texte de la question

Mme Agnès Firmin Le Bodo attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la pratique des remboursements différenciés qui vise à accorder des remboursements différents pour un assuré selon qu'il a recours à un praticien affilié à un réseau ou pas. Un tiers des OCAM le pratiqueraient selon un récent rapport de l'IGAS. Le but de cette pratique était de participer à un meilleur remboursement de certaines prestations (optique, appareillage auditif, dentaire essentiellement). Il ne s'applique que dans les domaines non concernés par le 100 % santé. Si l'on comprend l'objectif de cette mesure, il est permis de douter sur son efficacité réelle. En effet, il conduit dans certaines régions notamment à un problème d'accès aux soins quand les praticiens sont rares ; les patients hésitent alors à parcourir de nombreux kilomètres ou attendre longtemps quitte à être moins bien remboursé. Par ailleurs la liberté de choix du patient est interrogée par cette pratique qui rend les clientèles plus ou moins captives. Les OCAM en cherchant à flécher les parcours des patients empiètent sur leur légitime liberté de choix. Aussi elle l'interroge sur la possibilité de faire évoluer cette pratique notamment en supprimant les avantages fiscaux accordés aux OCAM pratiquant ces remboursements différenciés comme l'avait proposé le Sénat lors de l'examen du PLFSS 2019.

### 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.