



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'optique

Question écrite n° 22617

Texte de la question

M. Michel Destot attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sur l'éventualité d'un déremboursement des dépenses d'optique visant à combler le déficit de l'assurance maladie. En effet, cette annonce a suscité de vives inquiétudes chez nos concitoyens alors même que 14 % d'entre eux renoncent déjà à se soigner pour des raisons financières et que les soins d'optique arrivent au deuxième rang des soins dont les Français se privent. Ce déremboursement annoncé, qui fait suite aux forfaits et aux récentes franchises médicales, renforcera les inégalités sociales. Avec le transfert de la prise en charge des dépenses d'optique vers les complémentaires santé, les Français risquent de subir une forte augmentation du coût de ces dernières, c'est-à-dire une nouvelle baisse de leur pouvoir d'achat. Cela pourrait également induire une augmentation du nombre de pathologies oculaires et des problèmes de dépistage. Enfin, nombreux sont ceux qui craignent que cette mesure n'annonce d'autres désolidarisations, à commencer par les soins et prothèses dentaires. En conséquence, il lui demande de bien vouloir lui faire connaître les mesures que le Gouvernement entend prendre pour répondre aux inquiétudes des assurés sociaux et maintenir la solidarité nationale comme socle de notre système de protection sociale.

Texte de la réponse

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative tient à souligner qu'il n'est pas dans l'intention du Gouvernement de remettre en cause la prise en charge par la sécurité sociale des verres pour lunettes, ni celle des montures. Elle rappelle que, en ce qui concerne la prise en charge des lentilles de contact pour la myopie, le niveau est passé de quinze à huit dioptries, permettant ainsi de couvrir une tranche plus importante de la population. Pour les mineurs (jusqu'à dix-huit ans) la prise en charge, sur la base des tarifs préférentiels « enfants », concerne désormais 1,6 million de patients. Les personnes relevant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ne supportent aucune dépense au titre du ticket modérateur. En effet, pour les frais d'optique visés par l'arrêté du 31 décembre 1999 modifié, relatif à la détermination de limites applicables aux frais pris en charge au titre de la CMU-C en sus des tarifs de responsabilité, ces personnes bénéficient d'une prise en charge intégrale. Les personnes dont les ressources dépassent de peu le seuil d'accès à la CMU-C peuvent recevoir de leur caisse primaire une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, dont le montant couvre en moyenne 50 % du prix d'acquisition d'une complémentaire. Elle précise que pour pallier les problèmes de délais d'obtention des rendez-vous chez les ophtalmologues, dans le cadre d'un renouvellement des verres correcteurs et, le cas échéant, des montures correspondantes inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, le décret du 13 avril 2008 publié au Journal officiel du 14 avril 2008 permet désormais à un opticien-lunetier d'adapter la prescription médicale initiale, pour les personnes de seize ans au moins et sur la base d'une prescription médicale de moins de trois ans. Elle souligne enfin que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit une meilleure association de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles dans le secteur de l'optique, ainsi que dans ceux, comme le dentaire, où la part du financement par l'assurance maladie est

minoritaire. Cette évolution devrait permettre d'améliorer les conditions de prise en charge globale des équipements optiques.

Données clés

Auteur : [M. Michel Destot](#)

Circonscription : Isère (3^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 22617

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Ministère attributaire : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Date(s) clé(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 16 décembre 2008

Question publiée le : 13 mai 2008, page 3949

Réponse publiée le : 23 décembre 2008, page 11190