ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Prise en charge des frais d'optique des assurés sociaux

Question écrite n° 10667

Texte de la question

Mme Marietta Karamanli attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la modification des conditions de prise en charge des frais d'optique des assurés sociaux. L'annonce a été faite d'un zéro de reste à charge pour ceux-ci. En l'état, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (environ 5,5 millions de personnes) n'ont pas de reste à payer. Parallèlement, les offres bas coût se sont développées chez les opticiens spécialisés. Selon une étude de la mutualité française, le problème serait, entre autres, géographique avec des disparités de restes à charge en optique allant de 4 euros à 236 euros. Les professionnels font état d'interrogations qui touchent l'application du dispositif qui serait limité aux seuls cas de forte baisse de la vue et qui obligerait à avoir une qualité des verres moindre au regard des coûts. Elle souhaite savoir si les conditions qui seraient arrêtées par le Gouvernement (par voie réglementaire) seront alors réellement favorables à tous les assurés ayant besoin de corriger leur vue et de changer leurs corrections, et ce avec une qualité suffisante. Elle souhaite savoir si des rapprochements ont pu être faits avec l'organisation et le suivi de la vision des assurés dans les autres pays de l'Union européenne en privilégiant le recours à des dispositifs de correction sur la base de coûts moyens et non sur les prix d'appels les moins chers.

Texte de la réponse

Le Président de la République a pris l'engagement que les Français puissent accéder à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire en matière de soins prothétiques dentaires, d'aides auditives et d'équipements d'optique, avec pour objectif principal d'améliorer l'accès à ces dispositifs répondant à un enjeu de santé majeur. Au vu de l'ambition de la réforme « 100% santé », le Gouvernement a privilégié une large concertation avec les acteurs concernés. S'agissant de l'optique, les fabricants et distributeurs, les professionnels de santé, les organismes complémentaires et les représentants des assurés ont ainsi été réunis pendant plusieurs mois. Ces concertations ont abouti à la signature d'un protocole d'accord le 13 juin 2018 par deux des trois syndicats d'opticiens, le rassemblement des opticiens de France (ROF) et le syndicat national des opticiens mutualistes (SYNOM), qui représentent plus de 80% de la profession. Le panier de soins « 100 % santé » comportera des équipements nécessaires et de qualité, qui permettront de répondre de façon médicalement pertinente aux besoins de santé des assurés, dans des conditions répondant à une attente sociale légitime. En ce sens, l'amincissement des verres ou encore la pose d'un traitement antireflet ou anti-rayures de qualité seront obligatoirement pris en charge. De plus, les offres proposées dans ce panier seront amenées à évoluer pour s'adapter aux nouvelles techniques et aux besoins de santé des Français. Enfin, une évaluation de la satisfaction des assurés par la réalisation d'enquêtes permettra de s'assurer de la qualité constante de ces équipements. S'agissant des conditions de prise en charge, la participation de la sécurité sociale sera revalorisée pour les équipements d'optique de l'offre « 100% santé ». En outre, il a été décidé, à l'issue des concertations, de fixer à 2 ans le délai minimal de renouvellement d'un équipement pour un adulte et à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans, c'est-à-dire des périodicités équivalentes à celles actuellement prévues par le cahier des charges des contrats de complémentaire responsables. En cas d'évolution de la vue ou pour raison médicale, le renouvellement des verres sera possible

avant ces délais. Par ailleurs, la liberté de choisir une offre « 100 % santé » sera garantie en prévoyant que les équipements soient systématiquement proposés, avec un devis établi à cet effet, et en un nombre raisonnable de modèles. Les assurés pourront naturellement opter pour des équipements différents, à tarif libre et remboursés par leur assurance complémentaire. La haute autorité de santé, saisie du projet de nomenclature, devrait rendre prochainement son avis sur l'ensemble de ces dispositions. Enfin, la réforme 100 % santé est un projet global d'amélioration de l'accès aux soins, qui accorde toute son importance à l'amélioration de l'accès à la filière visuelle mais aussi à la prévention. A ce titre, le redéploiement prévu des examens obligatoires actuellement concentrés sur les enfants de moins de 6 ans permettra de créer de nouvelles consultations destinées aux jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans, qui seront prises en charge à 100 % et incluront un bilan visuel. La mise en place de certaines de ces dispositions requiert des mesures législatives qui seront débattues à l'automne dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Données clés

Auteur : Mme Marietta Karamanli
Circonscription : Sarthe (2e circonscription) - Nouvelle Gauche
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 10667
Rubrique : Assurance maladie maternité
Ministère interrogé : Solidarités et santé
Ministère attributaire : Solidarités et santé

Date(s) clée(s)

Question publiée au JO le : 17 juillet 2018, page 6298
Réponse publiée au JO le : 9 octobre 2018, page 9118