



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Reste à charge zéro des équipements optiques

Question écrite n° 6994

Texte de la question

M. Gilles Lurton appelle l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur les négociations en cours pour la filière optique et plus particulièrement sur le sujet du reste à charge zéro. Le Président de la République a fait du reste à charge zéro en optique un point important de sa politique en matière de santé visant à lutter contre le renoncement aux soins des plus modestes. Cette proposition est soutenue de tous, en particulier des acteurs du secteur optique. Cependant, la réunion du 9 mars 2018 entre les services du ministère des solidarités et de la santé et les représentants de la filière optique, dans le cadre des négociations sur cette filière, laisse place à de nombreuses inquiétudes. Ces inquiétudes tiennent, d'une part, au fait que la prise en charge par les assureurs santé ne se fera que dans le cadre d'une « Offre RAC 0 », et uniquement tous les trois ans (contre deux actuellement). Elles tiennent, d'autre part, à l'obligation d'une certification AFNOR pour les opticiens qui voudraient délivrer des équipements sans reste à charge. L'ensemble de ces mesures, si elles étaient mises en œuvre, reviendraient à priver le patient, comme le professionnel, de sa liberté, dans la mesure où ses choix se limiteront au bénéfice du reste à charge zéro, ou au paiement - la vente pour l'opticien - de ses équipements optiques au prix fort. Ces propositions ne semblent bénéficier qu'aux assureurs santé qui ne seront plus tenus que de rembourser les équipements optiques entrant dans le cadre de l'« Offre RAC 0 », quand bien même l'assuré, qui aura pourtant cotisé, serait prêt à prendre à sa charge une partie du coût de sa monture. Aussi, il souhaite connaître les suites qui seront données à ces propositions, et les réponses qui seront apportées aux professionnels de la filière optique qui s'inquiètent non seulement pour l'avenir de leur profession, mais également pour l'impact de la mise en œuvre de ces propositions sur le patient et son intérêt à cotiser auprès d'une assurance santé.

Texte de la réponse

Après des échanges techniques qui ont débuté dès le mois de novembre 2017, la ministre des solidarités et de la santé a ouvert le 23 janvier 2018 une phase de concertation sur la réforme du « reste à charge zéro ». L'objectif du Gouvernement est de diminuer via cette réforme le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières dans trois secteurs : la prothèse dentaire, l'audioprothèse, l'optique médicale. Plus précisément, il s'agit d'assurer un reste à charge nul après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Le « reste à charge zéro » s'appliquera à un panier de soins nécessaires et de qualité, c'est à dire que les dispositifs de ce panier doivent permettre de répondre de façon médicalement pertinente aux besoins de santé et dans des conditions correspondant à une attente sociale légitime, par exemple en matière d'amincissement des verres pour les personnes très myopes. La liberté de choisir et de proposer sera préservée : il doit être possible à tout un chacun de s'équiper ou de recourir à des soins prothétiques sans reste à charge, mais il sera loisible à toute personne de faire un autre choix ; il s'agit de passer du reste à charge subi au reste à charge choisi. Les professionnels auront la liberté de proposer d'autres prestations en dehors de ce panier. Enfin, tous les contrats responsables devront proposer le reste à charge zéro, mais les assureurs complémentaires pourront continuer à proposer, au-delà de ce socle, d'autres offres de prise en charge. Au vu de l'importance du projet de reste à charge zéro pour les trois secteurs concernés, le

Gouvernement privilégie une large concertation avec les acteurs concernés : les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux, les professionnels de santé, les organismes complémentaires santé et les représentants des patients. Le cadre de concertation et de négociation pour les soins dentaire est le cadre conventionnel entre la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et les représentants des chirurgiens-dentistes : les négociations ont débuté en septembre 2017 et se poursuivent. Dans le secteur de l'optique et de l'audioprothèse, dans le cadre des échanges techniques entamés en novembre avec les services du ministère, chaque partenaire a été invité à produire une contribution sur les différents volets de la réforme. Les réunions de concertation ont repris début mars et se poursuivront jusqu'à la fin avril/ mi-mai 2018. Le Gouvernement entend laisser la négociation se dérouler librement et chacun est amené à exprimer ses positions et propositions. Il n'arrêtera ses décisions qu'à l'issue de cette phase et mobilisera en conséquence les leviers conventionnels, réglementaires, législatifs qui s'avèreront nécessaires.

Données clés

Auteur : [M. Gilles Lurton](#)

Circonscription : Ille-et-Vilaine (7^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 6994

Rubrique : Assurance maladie maternité

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [3 avril 2018](#), page 2735

Réponse publiée au JO le : [24 avril 2018](#), page 3589