



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais d'optique

Question écrite n° 27781

Texte de la question

M. William Dumas attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sur la politique de gestion des comptes de la sécurité sociale. Depuis l'instauration, au 1er janvier 2008, de nouvelles franchises médicales, le Gouvernement s'attaque une fois encore au principe fondateur de la sécurité sociale qui repose sur la solidarité. Ces franchises médicales vont accroître les obstacles rencontrés dans l'accès aux soins et à la médecine préventive pour les malades qui paieront jusqu'à 100 euros de plus par an non remboursés par les complémentaires santé. De plus, les récentes propositions de l'assurance maladie concernant la réduction de la prise en charge des soins des personnes en affection de longue durée (35 % au lieu de 100 %), ne peuvent qu'inquiéter l'ensemble de la population. Enfin, les annonces d'un prochain projet prévoyant le déremboursement par la sécurité sociale des frais optiques en le reportant sur les mutuelles, ne peut qu'interpeller lorsque l'on se souvient de la conviction du Président de la République, durant sa campagne présidentielle, quand il tenait les propos suivants : « Les remboursements pour les lunettes et les prothèses, les Français ont un remboursement qui ne doit pas être supérieur à 30 %, alors que le problème d'hygiène dentaire, c'est un problème de santé publique, on ne peut pas dire que c'est du confort, on ne peut pas se trimballer avec une dent qui manque, et pareil pour les lunettes, ce n'est pas une question de mode, c'est une question de nécessité. J'ai proposé qu'on porte les remboursements jusqu'à 50 % (...) ». Aussi, il lui demande de bien vouloir se positionner clairement sur ces nouvelles propositions et souhaite également connaître ses intentions pour préserver et garantir une sécurité sociale de qualité pour l'ensemble de la population.

Texte de la réponse

Les progrès médicaux de ces dernières années ont permis une amélioration constante de l'espérance de vie des Français. Mais parallèlement, certaines maladies comme la maladie d'Alzheimer ou les cancers se développent, et les besoins en termes de soins palliatifs sont plus importants. Il faut donc assurer le financement de ces besoins nouveaux et, dans le même temps, agir pour prévenir la dérive des comptes de l'assurance maladie. La franchise vise à répondre à cette double exigence. Elle permet en effet - de dégager des marges de manœuvre nouvelles pour progresser dans la prise en charge et la recherche sur ces maladies et pour développer les soins palliatifs. La mise en œuvre des franchises a permis de dégager en 2008 un montant de l'ordre de 850 MEUR et de financer ainsi près des deux tiers de l'augmentation importante des moyens consacrés cette année à la lutte contre le cancer et à la lutte contre la maladie d'Alzheimer ; de faire preuve de responsabilité en évitant de reporter la charge de ce financement sur les générations futures et, ainsi, de maintenir un système solidaire. Le mécanisme de franchise inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ainsi pour effet de diminuer les dépenses de l'assurance maladie sans pour autant empêcher la progression justifiée des dépenses de soins. Les franchises n'ont pas provoqué de phénomène de renoncement aux soins. En effet, la consommation de médicaments, a augmenté de + 0,8 % en 2008. On ne relève pas non plus d'effet sur la consommation d'actes des auxiliaires médicaux ni sur les transports médicalisés. Au regard des premières données, les mécanismes protecteurs, comme le dispositif d'écrêtement pour les médicaments peu chers et le double plafond annuel et journalier, semblent avoir fonctionné

correctement. S'agissant de la proposition discutée en juin 2008 au sein du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui visait à appliquer aux patients en affection de longue durée (ALD) le taux de remboursement de droit commun de 35 % pour l'ensemble des médicaments inscrits au remboursement à ce même taux, en raison de leur service médical faible ou modéré, celle-ci a depuis été retirée des propositions de la CNAMTS par le conseil de cette caisse. Le Gouvernement rappelle son attachement à la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie de tous les médicaments en lien avec l'ALD dont les patients concernés souffrent. Notre système d'assurance maladie repose en effet sur un principe de solidarité fort qui consiste à prendre en charge intégralement les pathologies les plus lourdes et les plus coûteuses. Enfin, le Gouvernement n'envisage pas de remettre en cause la prise en charge par la sécurité sociale des verres pour lunettes ni celle des montures. Il convient de rappeler que le président de la République a engagé une réflexion sur le partage des responsabilités entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires qui sont très présents dans le domaine de l'optique. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit à cet effet une meilleure association de l'Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaires (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.

Données clés

Auteur : [M. William Dumas](#)

Circonscription : Gard (5^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 27781

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(e)s

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 31 mars 2009

Question publiée le : 22 juillet 2008, page 6315

Réponse publiée le : 7 avril 2009, page 3331