



# ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

## frais d'optique

Question écrite n° 74898

### Texte de la question

Mme Martine Faure interroge Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sur la publication du rapport d'évaluation prévu à l'article 3 de la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé. La loi n° 2014-57 autorise les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) à créer des réseaux de soins et à instaurer des différences dans le niveau des prestations servies à leurs adhérents lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel elles ont conclu une convention. Ces réseaux sont ouverts, sauf pour les opticiens, pour lesquels un système de réseau fermé (*numerus clausus*) est prévu. Cela signifie qu'un opticien pourra être empêché de rejoindre un réseau même s'il remplit toutes les conditions nécessaires fixées par l'article 2 du texte. De nombreux opticiens pratiquent déjà des tarifs proches de la couverture par la CMU-C, et cette mesure peut paraître contradictoire avec les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 qui plafonnait les remboursements des frais d'optique par les OCAM. L'article 3 de la loi prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant l'impact de la loi tant sur les professionnels que sur les patients, chaque année avant le 30 septembre et pour une durée de 3 ans. Constatant que ce rapport n'a pas encore été déposé, elle lui demande de bien vouloir indiquer dans quel délais cette évaluation sera réalisée et remise au Parlement.

### Texte de la réponse

La loi du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, également appelée « loi Le Roux », a étendu aux mutuelles la faculté de créer des réseaux de soins. Cette possibilité était auparavant réservée aux organismes assureurs et aux instituts de prévoyance. Il s'agit là d'un outil d'amélioration d'accès aux soins permettant de diminuer le reste à charge pour les patients. Dans le cadre de cette loi, il est prévu qu'un rapport soit remis au Parlement afin d'établir un bilan et une évaluation des conventions instituant des réseaux de soins et, bien sûr, de préciser les garanties et prestations que ces conventions comportent. La ministre des affaires sociales et de la santé a missionné l'Inspection générale des affaires sociales pour la rédaction de ce rapport. Des éléments de réponse concrets pourront donc être apportés sur la base des recommandations énoncées par l'IGAS d'ici à la fin de l'année. La sécurité des données de santé collectées et le respect de la réglementation dans ce domaine feront bien évidemment l'objet d'une vigilance particulière.

### Données clés

**Auteur :** [Mme Martine Faure](#)

**Circonscription :** Gironde (12<sup>e</sup> circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question** : 74898

**Rubrique** : Assurance maladie maternité : prestations

**Ministère interrogé** : Affaires sociales, santé et droits des femmes

**Ministère attributaire** : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(e)s

**Question publiée au JO le** : [3 mars 2015](#), page 1400

**Réponse publiée au JO le** : [1er novembre 2016](#), page 9057