

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

15 octobre 2021

PLFSS POUR 2022 - (N° 4523)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

**AMENDEMENT**

N° 1017

présenté par

M. Isaac-Sibille, M. Philippe Vigier, Mme Benin, Mme de Vaucouleurs, Mme Fontenel-Personne, Mme Goulet, M. Turquois, M. Balanant, Mme Bannier, M. Barrot, M. Berta, M. Blanchet, M. Bolo, M. Bourlanges, Mme Brocard, M. Bru, M. Corceiro, Mme Crouzet, M. Cubertafon, Mme Yolaine de Courson, Mme Deprez-Audebert, M. Duvergé, Mme Essayan, M. Fanget, Mme Florennes, M. Fuchs, M. Garcia, Mme Gatel, M. Geismar, M. Hammouche, Mme Jacquier-Laforge, M. Jerretie, M. Joncour, Mme Josso, M. Lagleize, M. Lainé, M. Laqhila, Mme Lasserre, M. Latombe, M. Loiseau, Mme Luquet, M. Mathiasin, M. Mattei, Mme Mette, M. Michel-Kleisbauer, M. Mignola, M. Millienne, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Pupponi, M. Ramos, Mme Thillaye, Mme Tuffnell, Mme Vichnievsky et M. Wasserman

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 45, insérer l'article suivant:**

- I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023, sur le territoire de plusieurs Caisses primaires d'assurance maladie, la Caisse nationale d'assurance maladie délègue aux organismes d'assurance maladie complémentaires la gestion du panier de classe B du secteur optique mentionné à l'alinéa 4 de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.
- II. – Les organismes d'assurance maladie complémentaires remettent tous les ans un rapport à la Caisse nationale d'assurance maladie retraçant, par la Caisse primaire d'assurance maladie, cette délégation, notamment l'ensemble des remboursements effectués par ces organismes.
- III. – Les modalités d'application de l'expérimentation sont fixées par décret pris en Conseil d'État.
- IV. – Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation, qui porte notamment sur l'opportunité de la généralisation du dispositif.

---

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise expérimenter la délégation ,via une convention, de la gestion du secteur optique aux organismes d'assurance maladie complémentaires, sous le contrôle de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Cette gestion comprend le contrôle des prescriptions, de la délivrance et le remboursement des frais d'optique pour la part du Régime obligatoire et la part du Régime complémentaire.

Le Printemps social de l'évaluation de 2021 a permis de démontrer que la réforme du « 100 % Santé » était un réel succès s'agissant de la prise en charge des appareils auditifs et des prothèses dentaires. Certains points restent cependant à améliorer dans la prise en charge de l'optique.

Aujourd'hui, la prise en charge de 9 centimes d'euro des verres optiques et de la monture du panier B par l'Assurance-maladie lui permet de garder le contrôle des prescriptions à l'aide des codes fins transmis par les opticiens.

Bien que pour le panier A, la prise en charge par l'Assurance maladie soit plus significative, dans les faits, il est cependant difficile pour elle de réaliser un tel contrôle pour les paniers A et B. Et ce, autant lors de l'achat que dans le contrôle de l'évolution de la vue.

Aussi, la « presque » globalité de la prise en charge est assurée par les complémentaires qui, elles, ne disposent pas de ces codes fins, mais uniquement des codes regroupés ne permettant pas ces contrôles : « Le payeur n'est pas le contrôleur ».

A noter que le panier B représente la très grande partie des équipements d'optique.

Une telle expérimentation permettrait de clarifier et simplifier la gestion du secteur de l'optique en diminuant l'imbrication AMO/AMC, source de coût et parfois d'inefficience, tout en permettant à l'Assurance-maladie de conserver la récupération des données de prescription, de délivrance et de remboursements, ainsi qu'un contrôle de l'ensemble des opérations réalisées par les complémentaires via la production de rapports annuels exhaustifs présentant une vision globale de l'évolution des dépenses.