ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2024

PLFSS POUR 2025 - (N° 325)

Non soutenu

AMENDEMENT

N° AS416

présenté par
M. Isaac-Sibille

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant:**

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2026, l'État peut autoriser sur le territoire de cinq départements la Caisse nationale d'assurance maladie à déléguer aux organismes d'assurance maladie complémentaires la gestion du panier de classe B du secteur optique mentionné au quatrième alinéa 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 déterminés par décret en Conseil d'État.

IV. – Dans un délai de 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 à déléguer, via une convention, 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 de l'Évaluation de 2020 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 délivrés (85 % au 1^{er} semestre 2021).

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.