

ASSEMBLÉE NATIONALE

13 octobre 2023

PLFSS POUR 2024 - (N° 1682)

Non soutenu

AMENDEMENT

N ° AS2499

présenté par

M. Isaac-Sibille, rapporteur

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 21, insérer l'article suivant:**

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2024, sur le territoire de cinq départements, l'État peut autoriser la Caisse nationale d'assurance maladie à déléguer aux mutuelles régies par les articles L. 211-1 à L. 227-1 du code de la mutualité, 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 mutuelles 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 à déléguer, via une convention, la gestion du secteur optique aux mutuelles, 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 et mutuelles santé 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 1er 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 mutuelles via la production de rapports annuels exhaustifs présentant une vision globale de l'évolution des dépenses. Cette expérimentation ne concernerait, dans un premier temps, que les mutuelles, qui sont les seules à disposer des systèmes d'information nécessaires à la gestion de ces 9 centimes.