



N° 1624

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 décembre 2013.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION DE LOI, *modifiée par le Sénat*, 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**,

(Deuxième lecture)

PAR Mme Fanélie CARREY-CONTE,

Députée.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : **296, 424** et T.A. **51**.

2^{ème} lecture : **1325**.

Sénat : 1^{ère} lecture : **172, 775, 776** et T.A. **204** (2012-2013).

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
TRAVAUX DE LA COMMISSION	7
I. DISCUSSION GÉNÉRALE	7
II. EXAMEN DES ARTICLES	17
<i>Article 2</i> : Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, services et établissements de santé	17
<i>Article 3</i> : Évaluation des réseaux de soins.....	29
<i>Titre de la proposition de loi</i>	32
TABLEAU COMPARATIF	35

INTRODUCTION

La présente proposition de loi vise à sécuriser le fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et à préciser la mise en place des conventions entre les organismes d'assurance maladie complémentaire d'une part, et les professionnels, services et établissements de santé d'autre part. Elle a été adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale le 28 novembre 2012, puis par le Sénat le 24 juillet 2013.

Le Sénat a adopté sans modification l'article 1^{er} qui ouvre aux mutuelles le droit de constituer des réseaux de santé. Cette disposition, qui constituait l'article unique de la proposition avant son passage à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, tend à rétablir une égalité de traitement entre les mutuelles et les autres organismes complémentaires et met fin à l'insécurité juridique qui touche aujourd'hui les réseaux mutualistes déjà constitués. En effet, c'est sur la requête d'un adhérent mutualiste contestant le niveau de remboursement qui lui était octroyé que la Cour de cassation avait, dans un arrêt rendu le 18 mars 2010, interdit à une mutuelle de pratiquer des modulations dans le niveau de prestation, selon que l'adhérent consulte, ou non, un praticien conventionné par cette mutuelle. L'article premier complète à cet effet le dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité, mettant fin à une situation incongrue dans laquelle les mutuelles se trouvaient. Les mutuelles pourront demain créer des réseaux de soins, sur un pied d'égalité avec les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, dans un cadre juridique approprié.

Demeurent donc en discussion les articles 2 et 3, qui avaient été introduits par la commission lors de l'examen de la proposition en première lecture :

– l'article 2 fixe les principes que tout conventionnement entre un organisme complémentaire de santé et un professionnel, un établissement ou un service de santé doit respecter. Les travaux préparatoires au passage en commission avaient révélé qu'il était utile de préciser le cadre juridique des réseaux de soins organisés par les organismes complémentaires de santé, qu'ils s'agissent de mutuelles, institutions de prévoyance ou sociétés d'assurance ;

– l'article 3 propose d'établir une évaluation régulière de la pratique des réseaux de soins, afin de mettre en place une démarche de suivi et de réajustement si nécessaire du fonctionnement des réseaux.

Les travaux législatifs, qui ont progressivement permis de parvenir à la présente rédaction, ont été l'occasion d'insister sur deux éléments sur lesquels votre rapporteure croit utile de revenir en préalable.

Tout d'abord, il semble nécessaire de rappeler que l'élément, qui est à l'origine de l'intérêt porté aux réseaux de soins, est l'importance du reste à charge des ménages. Il demeure en effet un obstacle sérieux à l'accès aux soins pour un trop grand nombre de nos concitoyens.

D'un niveau de 9,6 % en 2011, ce reste à charge a connu une augmentation ininterrompue depuis 10 ans, au fur et à mesure que se réduisait la part de la sécurité sociale dans la prise en charge des patients. Cette situation place les catégories de patients les plus modestes dans une situation intolérable, celle du renoncement à certains soins, notamment pour les actes dentaires, l'optique et les audioprothèses, où la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est aujourd'hui minoritaire.

Nous sommes ainsi confrontés à l'impérieuse nécessité d'inverser cette tendance, en renforçant l'assurance maladie obligatoire⁽¹⁾, mais aussi, et c'est la volonté politique de ce texte, en utilisant des outils comme les réseaux de soins, qui permettent tant une meilleure prise en charge qu'une meilleure information des patients, et contribuent à faire diminuer ce reste à charge, améliorant ainsi l'accès aux soins.

Votre rapporteure souhaite également souligner que ce texte ne prétend pas, à lui seul, définir les contours d'une politique de santé dans sa globalité ni apporter une réponse exhaustive aux inégalités d'accès aux soins : les réseaux de soins constituent un outil parmi d'autres pour l'amélioration de l'accès aux soins. Toutefois, il est certain que l'élaboration de ce nouveau cadre, et les débats qu'il a pu susciter, a eu l'intérêt de faire émerger des questions essentielles, relatives aux objectifs de notre système de santé et à son organisation, notamment autour de la question du lien entre assurance maladie obligatoire et complémentaire. Une partie de ces sujets a d'ailleurs commencé à être traitée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Ces points étant précisés, il convient désormais de s'attacher aux améliorations portées par le présent texte. À cet égard, votre rapporteure estime que les travaux législatifs ont permis d'aboutir à la définition d'un cadre juridique satisfaisant et équilibré pour le fonctionnement des réseaux de soins. Se pose désormais la question de l'application de ces nouvelles dispositions dans les meilleurs délais. L'adoption sans modification du texte transmis par le Sénat, qui y a apporté des précisions sans dénaturer l'objectif initial de la proposition de loi, permettrait, à cet égard, d'améliorer substantiellement et sans délai l'accès aux soins de nos concitoyens.

(1) Pour mémoire, la part de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie est tombée de 77 % à 75,5 %, entre 2008 et 2011.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. DISCUSSION GÉNÉRALE

La Commission examine, en deuxième lecture, sur le rapport de Mme Fanélie Carrey-Conte, la présente proposition de loi au cours de sa première séance du mercredi 11 décembre 2013.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous examinons ce matin la proposition de loi, modifiée par le Sénat, 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, que notre Assemblée avait adoptée en première lecture le 28 novembre 2012. En fixant les principes que devront à l'avenir respecter toutes les conventions – quelle que soit la nature de l'organisme complémentaire concerné –, ce texte vise notamment à faire diminuer les restes à charge des patients.

Cette proposition de loi, qui devait être débattue en séance publique le lundi 19 décembre, vient d'être retirée de l'ordre du jour ; son examen étant reporté, la réunion au titre de l'article 88 prévue pour lundi est annulée. Je regrette ces conditions de travail et prends acte de l'engagement de M. Alain Vidalies, ministre délégué chargé des relations avec le Parlement, de faire cesser ces pratiques.

Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure. Nous retrouvons aujourd'hui en deuxième lecture la proposition de loi visant à sécuriser le fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et à préciser les modalités des conventions entre les organismes d'assurance maladie complémentaire d'une part, et les professionnels, services et établissements de santé d'autre part. Adopté en première lecture par l'Assemblée nationale il y a un peu plus d'un an, le texte a été voté par le Sénat le 24 juillet 2013.

À l'origine, la proposition de loi comportait un article unique, qui ouvrait aux mutuelles le droit de constituer des réseaux de soins. Il s'agissait de rétablir une égalité de traitement entre les mutuelles et les autres organismes complémentaires, et de mettre fin à l'insécurité juridique qui touche aujourd'hui les réseaux mutualistes déjà constitués. En effet, c'est sur la requête d'un adhérent contestant le niveau de remboursement qui lui était octroyé, que la Cour de cassation avait, dans un arrêt rendu en 2010, interdit à une mutuelle de pratiquer des modulations dans le niveau de prestations, selon que l'adhérent consulte ou non un praticien conventionné. Plusieurs mutuelles encourent encore aujourd'hui des condamnations pouvant intervenir à brève échéance. L'article 1^{er} proposait donc de modifier le code de la mutualité afin de sécuriser juridiquement les réseaux de soins constitués par les mutuelles – sujet déjà abordé par une proposition de loi portée

par Jean-Pierre Door et notre ancien collègue Yves Bur, ainsi que par la loi dite « Fourcade ».

Nos travaux en commission et en séance ont conduit à la création de deux articles supplémentaires. L'article 2 a fixé les principes que doit respecter tout conventionnement entre un organisme complémentaire de santé et un professionnel, un établissement ou un service de santé. En effet, les travaux préparatoires au passage en commission avaient révélé qu'il était utile de préciser le cadre juridique et les modalités de fonctionnement des réseaux de soins organisés par les trois types d'organismes complémentaires. À l'initiative de notre présidente de commission, nous avons notamment mieux défini le périmètre de ces réseaux, en décidant que les conventions avec les médecins ne pourraient porter de stipulations tarifaires sur les actes et prestations mentionnés dans les nomenclatures de l'assurance maladie ou dans les conventions nationales. L'article 3 a proposé d'établir une évaluation régulière de la pratique de ces réseaux, afin de pouvoir, si nécessaire, en réajuster le fonctionnement.

Le travail remarquable accompli ensuite par le Sénat, sur le rapport d'Yves Daudigny, a introduit plusieurs modifications. Si l'article 1^{er} a été voté conforme, l'article 2 a au contraire fait l'objet d'une nouvelle rédaction globale. Tout en maintenant les principes posés par l'Assemblée – notamment la liberté de choix du patient et l'existence de critères objectifs, transparents et non discriminatoires de sélection des professionnels –, et sans dénaturer les objectifs initiaux du texte, elle permet de préciser plusieurs points importants.

Ainsi, les conventions conclues ne peuvent plus, désormais, porter atteinte aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins. Par ailleurs, l'article précise que pour les professionnels de santé pour lesquels la dépense de l'assurance maladie est majoritaire, les conventions avec les organismes d'assurance maladie complémentaire ne pourront pas comporter de clauses tarifaires liées aux actes et prestations fixés par l'assurance maladie. Aux termes de cette disposition, les conventions comportant des clauses tarifaires ne concerneront donc que les chirurgiens-dentistes, les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes. L'article précise également que pour les médecins, le niveau de remboursement par les organismes d'assurance maladie complémentaire ne pourra être modulé selon que le patient consulte au sein ou en dehors d'un réseau. Enfin, il limite la possibilité de mettre en œuvre des réseaux fermés au seul secteur de l'optique, au vu des problématiques spécifiques – notamment du point de vue démographique – de cette profession.

La rédaction de l'article 3 a été simplifiée et modifiée afin de s'adapter à notre calendrier : le dépôt du rapport annuel doit désormais intervenir avant le 30 septembre et non plus avant le 30 juin. Le Sénat a par ailleurs élargi le champ du rapport en prévoyant une évaluation des conséquences des conventions conclues sur l'accès aux soins des patients.

Les sénateurs ont enfin modifié le titre du texte, maintenant nommé « proposition de loi 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 ». Ce nouveau titre rend compte de la globalité du travail législatif accompli jusqu'ici par les deux assemblées.

Les groupes Socialiste et apparentés, Écologiste, Union des démocrates et indépendants et une partie du groupe du Rassemblement démocratique et social européen ont voté pour l'adoption de ce texte au Sénat. Le groupe UMP a voté contre et le groupe Communiste, républicain et citoyen s'est abstenu.

Deux éléments me paraissent essentiels. D'abord, ce texte poursuit un objectif politique : celui de faciliter l'accès aux soins. En effet, le reste à charge des ménages – qui a connu une augmentation ininterrompue depuis dix ans, au fur et à mesure que se réduisait la part de la sécurité sociale dans la prise en charge des patients – demeure un obstacle majeur à l'accès aux soins pour un trop grand nombre de nos concitoyens contraints de renoncer à certains d'entre eux. Il faut impérativement inverser cette tendance, d'abord en renforçant l'assurance maladie obligatoire, à rebours des politiques menées ces dix dernières années, mais aussi en utilisant des outils tels que les réseaux de soins, objet de ce texte. En permettant une meilleure prise en charge et une meilleure information des patients, ces réseaux jouent un rôle régulateur et contribuent ainsi à faire diminuer le reste à charge, et donc à améliorer l'accès aux soins.

Ensuite, ce texte ne prétend pas, à lui seul, définir les contours d'une politique de santé dans sa globalité, ni apporter une réponse exhaustive aux inégalités d'accès aux soins, les réseaux de soins ne constituant qu'un outil parmi d'autres au service de cet objectif. Toutefois, il faut souligner que l'élaboration de ce nouveau cadre et les débats qu'il a pu susciter ont eu le mérite de faire émerger des questions essentielles, relatives aux objectifs de notre système de santé et à son organisation, notamment en matière de lien entre assurance maladie obligatoire et complémentaire. Une partie de ces questions, soulevées il y a un an, ont commencé à être traitées, notamment dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014.

Alors que les organismes complémentaires pâtissaient d'une inégalité de traitement et que les réseaux de soins ne faisaient l'objet d'aucune régulation, les travaux législatifs de l'Assemblée et du Sénat ont permis d'aboutir à un texte qui met fin à l'insécurité des mutuelles tout en définissant un cadre juridique satisfaisant et équilibré pour le fonctionnement de l'ensemble des réseaux de soins, ainsi que pour leur évaluation. Au vu de ce bilan, je vous propose aujourd'hui d'adopter sans modification le texte transmis par le Sénat. Sans dénaturer l'objectif initial de la proposition de loi, ce dernier y a apporté des précisions importantes qui permettraient de voir les nouvelles dispositions appliquées dans les meilleurs délais et de favoriser substantiellement l'accès aux soins de nos concitoyens.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je me félicite de la qualité de ce texte, qui devrait améliorer l'accès aux soins. Parce qu'il inclut d'emblée un dispositif d'évaluation, il combine objectifs à atteindre et procédé pour en contrôler la réalisation.

M. Gérard Sebaoun. Le groupe SRC votera cette proposition de loi – parfaitement présentée par notre rapporteure –, que nous souhaiterions voir adoptée conforme tant elle nous apparaît équilibrée. En effet, si je m'étais, à titre personnel, d'abord interrogé sur la définition des réseaux de soins, les travaux de nos deux assemblées ont démontré la pertinence de ce dispositif, qui permet d'améliorer l'accès aux soins, d'assurer leur qualité et de réduire le reste à charge.

Ainsi, lorsque le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est trop faible par rapport au coût réel des prestations, la tentation est grande pour certains professionnels d'aligner les tarifs sur le montant des garanties offertes par l'organisme complémentaire. C'est notamment le cas dans les secteurs à prix libres – ceux des prothèses dentaires, des lunettes et des audioprothèses – avec lesquels les organismes d'assurance maladie complémentaire ont développé des partenariats, gérés par des sociétés tierces dont ils sont le plus souvent actionnaires. Ces partenariats – matérialisés par des conventions entre professionnels et complémentaires – forment des plateformes que l'on qualifie de réseaux de soins. Les engagements conventionnels concernent la qualité des prestations, une certaine modération tarifaire, la garantie du tiers-payant et l'orientation des adhérents vers les professionnels du réseau.

Selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), ces réseaux couvrent environ la moitié des Français, les plus importants d'entre eux réunissant plus de 6 millions d'adhérents. Celui de la MGEN – associée à d'autres mutuelles de la fonction publique – compte plus de 2 000 opticiens, plus de 2 000 audioprothésistes et 25 000 chirurgiens-dentistes, soit 64 % de cette profession. D'autres réseaux regroupent également des milliers de professionnels opticiens, audioprothésistes ou dentistes et ont pour actionnaires, outre les mutuelles, de grandes compagnies d'assurances comme AXA ou des instituts de prévoyance tels que Malakoff Médéric.

La plupart des réseaux sont dits « ouverts » et accueillent les professionnels sans restriction si ceux-ci remplissent les conditions de la convention ; certains – pratiquant un *numerus clausus* qui limite l'accès des professionnels sur une zone géographique – sont dits « fermés ». Ce cas, que l'on rencontre essentiellement dans l'optique, pose la question du libre choix du praticien – en l'occurrence de l'opticien – par le patient ; cette régulation apparaît néanmoins justifiée par la multiplication incontrôlée des points de vente d'optique, dont le nombre a crû de 41 % en 10 ans. Selon l'Autorité de la concurrence, le niveau des prix dans le cadre des réseaux d'opticiens agréés est de 15 à 40 % inférieur à celui du marché ; cette même Autorité et la Cour des comptes avaient toutes deux considéré que les

réseaux avaient également un effet bénéfique sur la qualité et les prix dans la dentisterie.

Cette proposition de loi, qui vient conforter juridiquement les réseaux de soins, ajoute une nouvelle pierre à l'édifice de la couverture maladie de nos concitoyens, faisant suite à l'avenant 8 de la convention médicale qui limite les dépassements d'honoraires, à la couverture complémentaire santé pour tous les salariés qui figure dans la loi sur la sécurisation de l'emploi, et au renforcement des contrats responsables dans le PLFSS 2014. Comme toutes ces mesures, elle se place dans le droit fil de l'objectif fixé par le Président de la République d'une généralisation de la complémentaire santé à l'horizon 2017.

M. Jean-Pierre Door. Madame la présidente, l'examen de la proposition de loi étant reporté aux calendes grecques, pourquoi en débattre aujourd'hui ? Avec l'arrivée des fêtes, l'accumulation des projets de loi à étudier en janvier et la suspension des travaux parlementaires en raison des élections municipales puis européennes, nous ne reverrons certainement ce texte qu'en automne prochain. Cette démarche manque de sérieux : ce thème traîne depuis 2011, mais l'examen des textes est sans cesse reporté ou annulé. Ce tohu-bohu transforme notre travail en un cirque !

Le groupe UMP avait proposé d'établir un cadre pour les conventions, qui respecterait le libre choix du professionnel et de l'établissement par le patient, fixerait des critères objectifs, transparents et non discriminatoires pour l'adhésion des professionnels et des établissements, et interdirait les clauses d'exclusivité. Nous sommes particulièrement opposés aux réseaux fermés dans le secteur de l'optique ; M. Sébaoun détiendrait-il des actions dans ce domaine ?

Mme la rapporteure a eu le mérite de rappeler les précédents de ce texte ; la proposition de loi que j'avais portée avec Yves Bur cherchait ainsi à remédier à l'insécurité juridique et à mettre tous les organismes d'assurance maladie complémentaire sur un pied d'égalité. La loi « Fourcade » avait pour sa part confirmé la nécessité d'une expérimentation sur trois ans et rappelé l'importance de la liberté de choix.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Door, l'examen du texte interviendra avant le 15 janvier, probablement jeudi prochain.

Par ailleurs, il est inacceptable de remettre en cause l'indépendance d'un collègue en suggérant qu'il détiendrait des actions dans la filière de l'optique !

M. Jean-Louis Roumegas. Je vous prie de bien vouloir excuser l'absence de Véronique Massonneau qui avait suivi ce dossier en première lecture.

Le groupe écologiste est préoccupé par le déficit de l'assurance maladie, le désengagement du régime obligatoire de certaines pathologies, les inégalités d'accès aux soins, les dépassements d'honoraires et les restes à charge difficiles à

supporter pour les familles. Le texte n'apporte que des réponses très partielles à ces problèmes. Ainsi, la question des restes à charge y est abordée, mais coupée des grands enjeux de santé qui mériteraient des réformes plus profondes. Le problème des tarifs non régulés et des soins peu remboursés par la sécurité sociale, qui concerne nombre de nos concitoyens, exige une intervention publique et un travail législatif forts.

Conformément à notre vote en première lecture et à notre position au Sénat, nous voterons en faveur de ce texte, mais non sans inquiétudes. Ainsi, comme nous l'avons indiqué lors du débat sur la clause de désignation – devenue la clause de recommandation – du prestataire, la gestion des réseaux de soins peut favoriser la concentration des mutuelles. Il faudra veiller à préserver la proximité et la diversité du mouvement mutualiste en contrôlant l'évolution de la situation aux termes des différentes lois adoptées sur cette question.

Il est souhaitable de mettre les mutuelles sur un pied d'égalité avec les autres organismes complémentaires, tels que le système assurantiel et les sociétés de prévoyance. En effet, les mutuelles indiquent qu'elles souhaitent bénéficier des mêmes possibilités d'organiser des réseaux de soins pour obtenir une diminution du reste à charge pour leurs adhérents sans baisse de la qualité des produits ou des soins. Nous approuvons cette possibilité qui leur est accordée, mais sous plusieurs conditions strictes seulement : maintien du libre choix des patients et des professionnels, transparence attestée par l'existence de critères objectifs et non discriminatoires, large publicité des critères d'entrée dans les réseaux et des conventionnements, information publique étendue des adhérents sur le contenu des négociations et des conventions, absence de clauses d'exclusivité.

Les réseaux fermés – désormais possibles uniquement dans le secteur de l'optique – risquent de générer des effets pervers. J'ai été personnellement saisi d'un cas, dans une zone périurbaine de Montpellier, où un opticien qui remplissait toutes les conditions d'entrée dans un réseau se l'est vu refuser pour des raisons de *numerus clausus*, sous prétexte qu'il y avait d'autres professionnels au centre-ville. Dans les villages périurbains, la mesure peut donc se solder par une perte importante de chiffre d'affaires pour les opticiens, potentiellement néfaste pour l'aménagement du territoire dans ces zones. Il faudra donc bien surveiller la situation.

Enfin, nous saluons l'amendement – adopté par l'Assemblée nationale et renforcé par la Commission des affaires sociales du Sénat – qui prévoit un bilan annuel sur la base d'un rapport du Gouvernement. Ce dispositif doit permettre d'évaluer si les soins prodigués et les produits fournis sont de qualité, si les mutuelles ont bien obtenu une baisse des restes à charge pour leurs adhérents et si les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes engagés dans les réseaux de soins ont eux aussi consenti à un effort de baisse des prix.

Sous réserve du respect de ces conditions, notre groupe votera pour le texte.

M. Arnaud Richard. Le groupe UDI partage le constat à l'origine de cette proposition de loi : les remboursements de la sécurité sociale sont particulièrement faibles pour les soins dentaires, l'optique et les audioprothèses. L'idée de faire jouer les mutuelles peut donc apparaître raisonnable. Pourtant, comme le montre un arrêt de la Cour de cassation qui condamne une mutuelle au motif que le plaignant ne disposait pas du libre choix entre un orthodontiste non conventionné situé à proximité et un praticien conventionné à 45 km, la mise en place des réseaux ne règle pas nécessairement – voire pourrait aggraver – le problème des déserts médicaux.

Par ailleurs, la modulation de la prise en charge de ces prestations selon le choix du patient de recourir ou non à un professionnel membre d'un réseau nous semble défier les principes de notre système de santé, fondé notamment sur l'équité et le libre choix du patient, sans pour autant résoudre le problème du reste à charge. Certes, en fixant les modalités de fonctionnement des réseaux de soins – qui n'étaient encadrés par aucune disposition législative ou réglementaire –, les amendements apportés au texte tant à l'Assemblée qu'au Sénat ont permis de limiter le risque de discrimination induit par l'article 2. Le bilan annuel sur la base d'un rapport du Gouvernement, prévu à l'article 3, constitue également un point positif. Mais l'économie générale du texte n'a pas fondamentalement changé, le véritable écueil du dispositif proposé – qui n'amène aucune amélioration de la qualité des prestations, et risque même de la dégrader – résidant dans la mise en cause de la liberté de choix. Les amendements que nous avons déposés visent ainsi à préserver la liberté, pour le patient, de choisir le professionnel ou l'établissement de soins, et pour le professionnel, de s'intégrer ou non à un réseau.

Pour autant, fallait-il ouvrir à ce point le champ des réseaux de soins ? Au départ, le texte visait le secteur dentaire, l'optique et l'audioprothèse, mais la rédaction actuelle de l'article 2 fait référence aux professionnels, aux établissements et aux services de santé. Le texte semble ainsi introduire un système parallèle de sécurité sociale et de soins, qui contredit les fondements et les objectifs de notre édifice de protection sociale obligatoire. Il confirme donc, voire dépasse nos craintes. En effet, il met en place un paradis artificiel ; au prétexte d'améliorer la prise en charge des dépenses d'optique, vous avez perdu de vue la vocation républicaine de notre système de protection sociale que vous mettez entre les mains des organismes mutualistes. Dans ces conditions, à défaut d'une inversion radicale de la logique du texte, le groupe UDI sera conduit à voter contre la proposition de loi.

M. Christian Paul. Contrairement à M. Door, nous savons très bien pourquoi nous sommes là. Ce texte – qui, conformément à l'engagement du ministre chargé des relations avec le Parlement, sera voté avant le 15 janvier – amène une réforme structurelle qui, loin de réduire les droits des Français, est porteuse de progrès. Il s'agit, en effet, de maîtriser et de faire baisser les prix et les tarifs dans des domaines où, depuis des années, les organismes complémentaires – et notamment les assurances – les ont fait exploser. Ce matin, le responsable d'un

réseau d'optique déclarait sur une chaîne de radio de grande écoute que seuls les Français qui paient une assurance complémentaire à 2 000 euros peuvent se permettre des lunettes chères. Le système apparaît donc actuellement dérégulé, et les réseaux devraient offrir aux organismes d'assurance maladie complémentaire un début d'encadrement. Cela ne signifie ni le désengagement de l'assurance maladie obligatoire – qui devra reconquérir ces domaines où aujourd'hui elle intervient si peu – ni le transfert de tous les pouvoirs aux organismes complémentaires. Au contraire, le texte qui nous revient du Sénat apparaît parfaitement équilibré, notamment du point de vue des garanties, dont la moindre n'est pas de prévoir une évaluation régulière du dispositif qui nous permettra de rester attentifs à l'application de ce texte afin, si nécessaire, de l'améliorer.

M. Gérard Bapt. Je suis surpris de voir les représentants de l'opposition mettre aujourd'hui les mutuelles à l'encan, alors qu'ils n'avaient de cesse de les défendre – au détriment des instituts de prévoyance – lorsque l'on discutait de la façon de répondre aux appels d'offre concernant les contrats collectifs pour les salariés des entreprises. Il leur faudra assumer cette contradiction.

Je suis également étonné de vous entendre dire qu'avec ce texte, on démantèlerait le système républicain de protection sociale en le mettant entre les mains des mutuelles. C'est pourtant vous qui avez instauré, au travers des exonérations sociales et fiscales, des aides publiques aux contrats collectifs qui s'élèvent à 226 euros par contrat, soit près de 3 milliards d'euros au total ; la majorité de ces contrats sont pourtant gérés par des instituts de prévoyance ou des assurances, beaucoup moins par des mutuelles. Le contrat Madelin par exemple représente 260 euros d'aides publiques par contrat, soit 215 millions d'euros au total. En revanche, les contrats individuels ne font l'objet d'aucune aide publique, alors que les mutuelles subissent bien les taxes que vous avez instituées et progressivement augmentées. Entre les classes A et E des différents contrats individuels, la prise en charge des produits d'optique peut varier de 140 à 1 400 euros. L'article au titre révélateur – « Les Français sacrifient leur vue » – paru dans *Le Parisien* du 14 septembre 2013 montre que cette dégradation tient non seulement à la difficulté d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, mais surtout au coût élevé des lunettes. Il est urgent que les réseaux permettent aux adhérents des mutuelles d'accéder à ces prestations ; c'est pourquoi nous voterons en faveur de ce texte.

Mme la rapporteure. N'oubliez pas que les réseaux de soins en question existent depuis plusieurs dizaines d'années déjà. Nous ne créons rien ; nous mettons simplement fin à une inégalité de traitement entre organismes complémentaires. Depuis un an, plusieurs rapports – notamment celui de la Cour des comptes et celui du HCAAM – sont venus souligner l'intérêt des réseaux en matière de régulation et de diminution des restes à charge pour les patients.

Je remercie MM. Sebaoun, Paul et Bapt d'avoir rappelé les enjeux de la proposition de loi et son évolution au fil du travail législatif qui l'a considérablement enrichi. Le texte me semble aujourd'hui équilibré et satisfaisant.

Monsieur Door, grâce aux amendements adoptés par la Commission, donc au travail parlementaire, les points qui vous préoccupaient au moment du débat sur la loi Fourcade – non-discrimination du choix du professionnel de santé, absence de clause d'exclusivité, liberté de choix du patient – sont satisfaits par la proposition de loi. En posant la question de l'encadrement et des principes de fonctionnement des réseaux de soins, ce texte va bien plus loin que les initiatives législatives précédentes.

Monsieur Roumegas, les réseaux de soins ne constituent qu'un instrument et non la globalité de la politique de santé, et des réformes beaucoup plus profondes restent évidemment nécessaires. Depuis un an, le Gouvernement et notre majorité en ont déjà mené plusieurs : régulation des dépassements d'honoraires à travers l'avenant 8 de la convention médicale ; plafonnement des dépenses dans le cadre de la rénovation des contrats solidaires et responsables dans le PLFSS. Les questions globales sont donc traitées par ailleurs, au sein d'autres textes passés et à venir.

La concentration du secteur mutualiste représente une vraie question ; liée aux évolutions économiques du secteur et aux normes européennes, elle dépasse cependant l'enjeu des réseaux de soins et l'objet de ce texte. Quant aux déserts médicaux et aux zones sous-dotées, ils préexistent à cette proposition de loi ; si celle-ci prévoit plusieurs garanties pour que la situation ne s'aggrave pas, elle ne saurait combler les inégalités de répartition géographique qui exigent d'être combattues par d'autres instruments législatifs.

Monsieur Richard, avez-vous bien suivi les évolutions de la proposition de loi ? Partis d'une situation où le fonctionnement des réseaux de soins ne faisait l'objet d'aucune régulation, nous arrivons aujourd'hui à un texte qui précise que les conventions comportant des stipulations tarifaires ne concernent que les professions dans lesquelles la part de remboursement de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire, à savoir les opticiens, les chirurgiens-dentistes et les audioprothésistes.

Enfin, qui trahit la vocation républicaine de notre système de santé : nous qui œuvrons aujourd'hui en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins ou vous qui avez pendant les dix dernières années mené des politiques de déremboursement de l'assurance maladie, de dérégulation du système et de creusement des inégalités ? Il me semble qu'en cette matière, nous n'avons pas de leçons à recevoir.

II. EXAMEN DES ARTICLES

Article 2

Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, services et établissements de santé

Cet article crée un nouveau chapitre dans le code de la sécurité sociale, visant à préciser le cadre juridique et les grands principes régissant le conventionnement entre organismes d'assurance complémentaire et professionnels, services et établissements de santé.

1. Le texte adopté par l'Assemblée en première lecture

Cet article ne figurait pas dans la proposition de loi initialement déposée à l'Assemblée et a été introduit par la commission, à l'initiative de votre rapporteure et de ses collègues du groupe SRC, pour préciser les règles de fonctionnement des réseaux de santé organisés par les organismes d'assurance maladie complémentaire.

En créant un nouvel article L. 863-8 dans le code de la sécurité sociale, la commission avait entendu préciser les grands principes auxquels devront se conformer les conventions souscrites dans le cadre des réseaux de soins.

Tout d'abord, le dispositif préservait la liberté du patient dans le choix du professionnel, du service ou de l'établissement de santé.

L'article prévoyait également que le réseau repose sur des critères objectifs, transparents, non discriminatoires de sélection des professionnels. Ces critères, utilisés par l'Autorité de la concurrence dans un avis datant de 2009 ⁽¹⁾, visent à prévenir toute atteinte au principe de la liberté de concurrence.

En outre, l'article précisait que les organismes d'assurance maladie complémentaires doivent garantir une information claire et complète sur les caractéristiques des réseaux et leurs conséquences sur les garanties souscrites.

Enfin, il était prévu, afin de ne pas remettre en cause les réseaux de soins existants, d'appliquer ces principes aux conventions conclues ou renouvelées à compter de la date de la promulgation de la loi.

À l'initiative de sa présidente, la commission avait modifié le dispositif afin de préciser que les conventions avec les médecins ne pourraient porter de stipulations tarifaires sur les actes et prestations mentionnés dans les nomenclatures de l'assurance maladie ou dans les conventions nationales.

(1) Avis 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés.

En séance publique, cet article avait fait l'objet d'ajustements, à la marge, tendant à préciser la rédaction sans compromettre l'intention de la commission.

2. Le texte adopté par le Sénat

À l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat, le présent article a fait l'objet d'une rédaction globale qui maintient les principes posés par l'Assemblée, notamment la liberté de choix du patient ou l'existence de critères objectifs, transparents et non discriminatoires de sélection des professionnels, cette rédaction ayant été peu modifiée en séance publique.

Au-delà des améliorations rédactionnelles, la commission des affaires sociales du Sénat a voulu apporter quelques modifications substantielles :

– elle a procédé à l'ajout du principe selon lequel les conventions ne peuvent avoir pour effet d'introduire de différence dans les modalités de la délivrance des soins. En séance publique, les sénateurs ont modifié la rédaction de cette disposition en raison de sa portée incertaine. La nouvelle disposition a en effet été revue pour intégrer les termes de respect d'égalité et de proximité d'accès aux soins ;

– elle a souhaité établir le principe d'un conventionnement en distinguant parmi les professionnels de santé, ceux pour lesquels la dépense de l'assurance maladie est majoritaire. Pour ces derniers, les conventions avec les organismes d'assurance maladie complémentaire ne pourront pas comporter de clauses tarifaires liées aux actes et prestations fixés par l'assurance maladie ;

– elle a précisé que, pour les médecins, le niveau de remboursement, par les organismes d'assurance maladie complémentaire, ne pourra être modulé selon que le patient consulte, ou non, au sein d'un réseau ;

– elle a enfin entendu limiter les réseaux fermés au seul secteur de l'optique.

3. La position de votre rapporteure

Le Sénat a souhaité améliorer la portée de l'article en approfondissant les principes de fonctionnement et le champ des réseaux relatifs aux professionnels de santé.

Il a souhaité s'appuyer sur une distinction objective, entre professionnels de santé, fondée sur la part de l'assurance maladie dans la prise en charge des actes et prestations. Il a précisé que les conventions ne devront pas inclure de clauses tarifaires liées aux actes et prestations fixés par l'assurance maladie s'agissant des professionnels de santé pour lesquels la dépense de l'assurance maladie est majoritaire. En revanche, les organismes d'assurance maladie complémentaire pourront inclure, dans leurs conventions, des clauses tarifaires s'agissant des

professionnels de santé pour lesquels la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire. Cette rédaction vise ainsi les professions ou distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel tels que les chirurgiens-dentistes, les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes. Votre rapporteure avait notamment souligné, dans son rapport établi en première lecture, que le reste à charge des patients, après prise en charge par l'assurance maladie, l'État et les organismes complémentaires, concernait principalement les actes et prestations délivrés par ces professions. **La rédaction adoptée par le Sénat, qui propose un critère objectif applicable à l'ensemble des professions de santé, s'inscrit dans le cadre de l'esprit du texte adopté par l'Assemblée nationale.**

Par ailleurs, l'Assemblée avait souhaité exclure les médecins du champ du conventionnement pour les actes et prestations mentionnés aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. Le Sénat a souhaité approfondir cette orientation en adoptant une disposition interdisant la modulation des remboursements aux assurés selon que le patient consulte, ou non, un médecin au sein d'un réseau. Ce faisant, il s'agit de réaffirmer que, concernant les honoraires libres pouvant être pratiqués par les médecins, la voie privilégiée pour lutter contre les dépassements d'honoraires est bien celle mise en œuvre par le Gouvernement et l'assurance maladie, avec d'ailleurs la participation des complémentaires, à travers l'avenant n° 8 en particulier.

La disposition relative à la limitation des réseaux fermés au seul domaine de l'optique est motivée par la situation démographique de la profession des opticiens-lunetiers, dont l'évolution a crû de façon exponentielle, à la différence des populations de chirurgiens-dentistes ou d'audioprothésistes encadrées par un *numerus clausus* ou par un nombre de places restreint en école. Alors que les réseaux ouverts accueillent indifféremment tous les professionnels de santé, sous réserve de remplir le cahier des charges fixé par les organismes d'assurance maladie complémentaire, les réseaux fermés ne sont accessibles qu'à un nombre fixe de professionnels de santé sur une zone géographique précise. Le réseau fermé se justifie en raison de l'absence de maîtrise, en amont, du nombre de professionnels et de l'ouverture des magasins. En effet, pour accepter de moduler leurs tarifs, les opticiens-lunetiers doivent être certains de pouvoir accueillir un nombre significatif d'assurés, ce que seul un réseau fermé peut permettre. **Dans son rapport rédigé pour la première lecture du présent texte, votre rapporteure avait déjà souligné que les réseaux fermés concernaient majoritairement les opticiens.** La rédaction adoptée par le Sénat ne fait qu'objectiver une situation et reste également proportionnée car elle tient compte des spécificités des trois professions.

Enfin, sur la mention du respect du principe d'égalité et de proximité d'accès, il convient de se féliciter des dispositions adoptées par le Sénat, qui a entendu poursuivre deux objectifs :

– clarifier le dispositif adopté par sa commission des affaires sociales. La portée juridique de la rédaction initiale, relative à la non-discrimination dans la délivrance des soins, pouvait poser des difficultés d’application. Elle aurait eu pour effet d’empêcher les organismes d’assurance maladie complémentaire d’inscrire des critères de qualité dans les conventionnements alors même qu’il s’agit d’un des objectifs justifiant la constitution d’un réseau de soins. La rédaction finalement adoptée se réfère aux termes de l’article L. 1110-1 du code de la santé publique, à savoir l’égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé ;

– prendre en considération les zones sous-médicalisées, notamment les zones rurales et de montagne, avec la référence à la notion de proximité, qui permet de souligner que l’égal accès aux soins comporte aussi une dimension géographique.

Votre rapporteure tient à souligner l’importance des principes portés par cet article, alors qu’il n’existe, à ce jour, aucune disposition législative ou réglementaire encadrant l’organisation des réseaux de soins. **S’agissant d’un texte confortant les réseaux de soins avec remboursements différenciés pour les soins dentaires, optiques et audioprothésistes, votre rapporteure vous propose de l’adopter sans modification.**

*

La Commission est saisie de l’amendement AS2 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. La proposition de loi Le Roux est retirée de l’agenda de l’hémicycle ; son éventuelle réinscription constituerait une mauvaise nouvelle pour les professionnels de santé. En effet, le groupe UMP estime qu’elle remet en cause le libre choix des professionnels et des établissements de soins, et entend la combattre avec énergie. Si ce texte réapparaît à l’ordre du jour, c’est Marie-Christine Dalloz qui sera le porte-parole de notre groupe.

Les débats au Sénat ne nous ont pas rassurés ; M. Daudigny a ainsi indiqué qu’il souhaitait limiter les réseaux fermés au secteur de l’optique, considérant que contrairement à la situation des chirurgiens-dentistes et des audioprothésistes, la démographie et le nombre de magasins de cette filière justifiaient le recours à cet outil de régulation. Tout cela dénote une absence de réflexion. Portée par le président du groupe SRC, cette proposition de loi apparaît éminemment politique ; les professionnels et les établissements rejettent cet instrument qui signe la fin de la médecine libérale en France, voire celle du libre choix et de la sécurité sociale elle-même.

L’alinéa 4 de l’article 2 éclaire le but poursuivi par les réseaux de soins des organismes d’assurance maladie complémentaire : l’instauration d’un conventionnement individuel des médecins libéraux, des établissements de santé et des services de soins à des fins tarifaires. Nous souhaitons atténuer les effets extrêmement néfastes de cette disposition.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Tian, les propositions de loi du groupe SRC ont toujours pour premier signataire le président du groupe.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. La rédaction de l'amendement et l'exposé des motifs ne tiennent pas compte des évolutions apportées au texte par le Sénat. Les conventions comportant des clauses tarifaires ne concerneront que trois professions : les chirurgiens-dentistes, les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes. Même pour ces trois professions, vous proposez de condamner la logique des réseaux de soins qui représentent pourtant un outil susceptible de peser sur les prix et de faire diminuer le reste à charge pour les patients. Notre philosophie et notre objectif politique s'opposent en tout point à votre amendement.

M. Dominique Tian. Si le texte ne concerne que trois professions, il ne sert à rien. On est loin d'une réforme majeure ! Pourquoi ne pas restreindre encore le champ de la proposition de loi pour en exclure l'ensemble des professions ?

Mme la rapporteure. Votre position est incohérente. Vous exigez d'abord l'encadrement des réseaux de soins, mais une fois qu'ils sont encadrés, vous vous y opposez. Si vous tenez pour négligeable le fait que nos concitoyens puissent avoir des lunettes ou des audioprothèses moins chères, nous y voyons au contraire un enjeu important.

M. Gérard Bapt. Monsieur Tian, votre exposé des motifs montre que vous n'avez pas lu le texte. D'une part, vous évoquez le conventionnement individuel des médecins libéraux, pourtant exclus du dispositif à l'article suivant ; d'autre part, vous négligez le constat de santé publique : la qualité moyenne de la vue des Français ne cesse de baisser en raison du prix des lunettes. Votre amendement, qui répond à des considérations idéologiques, apparaît totalement inacceptable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AS3 de M. Dominique Tian.

Mme Marie-Christine Dalloz. C'est vous qui, au nom d'une vision idéologique, exigez l'accès à des lunettes bon marché, quitte à mettre à mal la profession des opticiens et l'industrie de fabrication de la lunette en France. Comment louer le « *made in France* », voire le « *made in Jura* », défendre la relocalisation et prétendre valoriser la production française si l'on n'hésite pas, en même temps, à démanteler une filière économique ? Vous ne voyez les choses qu'au prisme du prix, laissant de côté la qualité du produit et ses performances dans le traitement des pathologies de la vue. Nous dénonçons cette promotion des accords commerciaux entre certains réseaux et les assureurs ou mutuelles.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. L'amendement est satisfait par la nouvelle rédaction du texte qui exclut les médecins des clauses tarifaires. L'alinéa 9 proscribit également la modulation de la prise en charge par les organismes

complémentaires en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un médecin ayant intégré un réseau.

M. Gérard Bapt. Les médecins n'étant pas concernés par la question des tarifs, vous n'avez manifestement pas lu le texte. En revanche, vous aviez vous-même voté des dispositions allant dans le même sens : la loi de 2004 instaure ainsi le parcours de soins, les personnes qui ne le respectent pas étant désormais moins remboursées que celles qui le respectent. Votre argumentation apparaît donc totalement incohérente par rapport à vos propres initiatives législatives.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle étudie l'amendement AS4 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement porte toujours sur le problème des mutuelles, unions et fédérations relevant du code de la mutualité, qui pourraient imposer à leurs adhérents une prise en charge différenciée. Même si les professionnels de santé sont exclus du système, l'alinéa 4 précise qu'il s'agit de « conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix ». De quels tarifs et prix s'agit-il ici ? Normalement, les conventions ne pourront pas comporter de clauses tarifaires liées aux actes et prestations fixés par l'assurance maladie. En soulignant qu'il faut continuer à respecter le libre choix des patients, y compris dans le cadre des conventions avec des assureurs multiples et complémentaires, notre amendement va donc dans le bon sens. Il doit permettre de s'assurer que l'on interprète l'alinéa 4 de la même façon.

M. Richard Ferrand. Les talents de l'opposition s'usent à défendre des amendements qui ne se rapportent pas au texte débattu. L'enjeu de la proposition de loi est de limiter le reste à charge pour les patients et de définir le contenu des conventions en matière de prise en charge complémentaire par les mutuelles. Le Sénat ayant modifié le champ d'application du texte initialement prévu, l'amendement apparaît hors sujet.

Je voudrais également contester l'idée extravagante selon laquelle une diminution du reste à charge des patients ferait également baisser la qualité de l'équipement. Fixer des garanties mutualistes ou assurantielles dans le cadre d'accords avec les fournisseurs n'entrave en rien le libre choix. Quand on sait que sur le moindre équipement de lunettes, la marge brute oscille entre 65 et 72 %, on a toute latitude pour améliorer la situation ; il suffit pour cela de privilégier l'accès aux soins de nos concitoyens et non la garantie de bénéfices exorbitants des centres d'optique. Nous faisons le choix de permettre à tous de s'offrir des lunettes. En outre, l'augmentation du volume des ventes qu'entraînera l'amélioration de la prise en charge viendra ensuite compenser les pertes causées par la baisse des marges. La proposition de loi possède ainsi une cohérence à la fois économique et sociale.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Au terme de son passage au Sénat, le texte précise que les trois types d'organismes complémentaires peuvent passer des conventions avec les professionnels, services ou établissements de santé. En revanche, seules les trois professions pour lesquelles la part du remboursement de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire sont concernées par les conventions comportant des clauses tarifaires. En l'occurrence, les conventions portent sur les tarifs libres et non sur ceux fixés par l'assurance maladie.

L'alinéa 9 précise également que pour les médecins, il ne pourra pas y avoir de remboursement différencié selon que le patient consulte un praticien faisant ou non partie d'un réseau. Le texte offre ainsi toutes les garanties nécessaires.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS5 de M. Dominique Tian.

Mme Marie-Christine Dalloz. Les auteurs de la proposition de loi souhaitent que les médecins contractent individuellement avec des organismes très puissants – 1,8 milliard d'euros de chiffre d'affaires pour la Matmut, 2 milliards d'euros pour la MGEN. Ces conventions individuelles risquent d'être d'autant plus déséquilibrées que la proposition de loi est silencieuse sur les garanties accordées au co-contractant en situation d'infériorité. La Fédération nationale des opticiens de France résume très bien cette situation en renvoyant aux pratiques catastrophiques des assureurs avec leur réseau agréé en matière de réparation automobile. Dans sa rédaction actuelle, c'est à cela que le texte aboutira !

Il serait tout à fait inhabituel que les professionnels de santé signent des conventions individuelles et non des contrats types, pour pouvoir exercer leur métier. Le présent amendement prévoit donc qu'une convention type soit préalablement fixée par un décret en Conseil d'État. Si l'on ne s'assure pas que la négociation prendra en compte les impératifs de santé publique, on s'expose à une dérive majeure.

M. Christian Paul. Le texte dont nous débattons ce matin ressemble trait pour trait à la proposition de loi de MM. Fourcade, Door, Bur, Leonetti et quelques autres. Par la magie de l'alternance, cette réforme structurelle tout à fait bienvenue est devenue une proposition diabolique, tout comme deviennent diaboliques les dizaines de millions de Français qui ont choisi de se regrouper dans le mouvement mutualiste, lequel, à vous entendre, serait une perversion extraordinaire de l'histoire sociale !

M. Jean-Pierre Barbier. Nous n'avons jamais dit cela !

M. Christian Paul. Je rappelle que la mutualité permet depuis plus d'un siècle à ses adhérents de défendre leurs intérêts en matière de santé et de mutualiser, par leurs cotisations, les conditions d'accès à l'offre de soins, notamment dans les domaines abordés dans ce texte. La violence de vos attaques

est sidérante ! Ce sera d'ailleurs un des enseignements de ce débat : vous considérez que le mouvement mutualiste n'a plus sa place dans la protection sociale.

M. Richard Ferrand. Sans compter les accusations portées contre les spécialistes de la réparation automobile !

Je suis surpris, madame Dalloz, par ce soudain engouement pour une économie administrée limitant la liberté de contracter. Si cette liberté était si choquante, pourquoi n'envisagez-vous pas de la retirer aux instituts de prévoyance et aux assurances, qui sont déjà libres de contracter avec leur réseau de soins ?

Le texte, je le rappelle, a pour seul objet d'ouvrir les mêmes droits à tous les acteurs de la complémentaire santé. Pourquoi prévoir un décret en conseil d'État uniquement lorsqu'il s'agit de la branche mutualiste ?

M. Jean-Pierre Door. J'invite M. Paul à garder son calme !

Dans la loi « Fourcade », notre proposition visait en effet à remédier à l'insécurité juridique des mutuelles, qui n'étaient pas sur un pied d'égalité avec les autres assureurs. Mais la question est celle du libre choix du praticien et du respect des tarifs et des prix.

Il m'est arrivé, en tant que professionnel de santé, de recevoir des patients dans le cadre de réseaux de soins de sociétés d'assurances, mais sans qu'il y ait jamais de modulation de prix par rapport aux conventions médicales majoritaires. Il était seulement souhaité que le praticien ne soit pas en secteur 2.

La proposition de loi du parti socialiste allait beaucoup plus loin : elle exigeait des réductions de tarifs. Une amélioration a été apportée sur ce point, mais le problème des opticiens reste entier. Prenons garde à une dérive vers le *low cost*. Le risque est que les professionnels se tournent vers l'étranger pour faire fabriquer les lunettes et les prothèses. En République tchèque, par exemple, les lunettes coûtent trois fois moins cher qu'en France. Les prothèses dentaires, elles, viendront de Chine ou d'Inde.

Mme Marie-Christine Dalloz. La loi « Fourcade » de 2011 prévoyait que les conventionnements se fassent dans le cadre de réseaux ouverts, auxquels chaque professionnel qui en faisait la demande et qui répondait aux conditions fixées par le gestionnaire du réseau devait pouvoir adhérer. Un décret devait fixer les règles de tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé et les mutuelles. Mon amendement est donc parfaitement cohérent. Enfin, l'Autorité de la concurrence devait remettre tous les trois ans aux commissions permanentes chargées des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport sur les réseaux de soins.

S'agissant des supposés charmes de l'économie administrée, monsieur Ferrand, n'invertissons par les rôles. C'est vous qui êtes en train de découvrir les

charmes de l'économie libérale à travers le seul prisme de la mutualité française. Votre texte prévoit des accords exclusivement commerciaux, au détriment de la santé publique !

M. Jean-Pierre Barbier. L'intention de permettre à tous l'accès à des produits de qualité et de limiter le reste à charge pour le patient est bonne. Vous le savez cependant, notre pays vient de vivre un immense scandale, celui des prothèses PIP. Si vous contraignez les prix, les professionnels de santé trouveront sans nul doute des solutions pour fournir le produit demandé au prix demandé. Mais vous négligez totalement la question de la qualité. Or, en matière de lunettes, de prothèses et de dentisterie, le risque est réel de voir arriver des produits fabriqués on ne sait où, on ne sait comment et avec on ne sait quels composants. Au lieu de tirer les conséquences des scandales sanitaires, vous semez le germe de ceux qui pourront survenir demain !

Mme la rapporteure. Concernant la qualité, monsieur Barbier, les données qui figurent dans mon rapport – mais aussi dans ceux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et de la Cour des comptes – démentent vos propos. Dans le réseau Santéclair, par exemple, les verres d'entrée de gamme représentent un quart des remboursements, contre trois quarts pour les verres haut de gamme.

S'agissant de l'encadrement et du fonctionnement des réseaux, la proposition de loi pose déjà des principes. Nous maintenons notre avis négatif sur un décret pris en Conseil d'État. Définir une convention type au niveau national est une solution trop rigide, inadaptée à la spécificité des professionnels de santé, des conventions conclues par les organismes complémentaires et des territoires. Si certaines conventions sont négociées dans le cadre de discussions nationales avec les organisations représentatives de professionnels – une convention lie par exemple la Mutualité fonction publique et la Confédération nationale des syndicats dentaires –, dans d'autres secteurs comme celui de l'optique, la représentation professionnelle est trop éclatée pour que l'on puisse mener une discussion nationale. Non seulement une convention type ne serait pas applicable à tous les réseaux, mais elle remettrait en cause les réseaux existants.

Comme en première lecture, avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS25 de M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Les quatre amendements que nous avons déposés ont tous pour objectif de défendre le principe de liberté dans les conventionnements et d'empêcher que l'on revienne à un système de désignation-recommandation. Tout professionnel de santé qui se verrait refuser le conventionnement doit réitérer sa demande. Nous demandons à cet effet qu'il soit informé des raisons de ce refus. Ce serait un gage de transparence du processus de sélection, qui doit reposer, comme l'a dit la rapporteure, sur une concurrence par les mérites.

Mme la rapporteure. Cette préoccupation est satisfaite par les précisions que nous avons apportées en première lecture quant aux critères objectifs et transparents qui doivent présider à la sélection des professionnels. En outre, l'ajout proposé relève davantage du niveau réglementaire. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS17 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Geneviève Levy. Tout professionnel de santé doit pouvoir, s'il le souhaite, adhérer à un réseau de soins sans discrimination dès lors qu'il respecte les termes du conventionnement. À défaut, une motivation expresse doit lui permettre de tenter de répondre aux conditions pour y accéder à nouveau.

Mme la rapporteure. J'ai déjà répondu au sujet du décret.

S'agissant de l'ouverture des réseaux, une modification apportée lors de la lecture au Sénat précise bien que les réseaux fermés, quand ils existent, ne pourront concerner que les professionnels de l'optique. Il ne s'agit pas d'une systématisation des réseaux fermés dans ce secteur mais du maintien d'une possibilité. Je rappelle que 90 % des réseaux fermés existants concernent l'optique.

En outre, l'Autorité de la concurrence a estimé que ce type de réseau ne provoquait pas de distorsion de concurrence ou d'entrave à l'accès aux soins.

Pour que la mise en œuvre de réseaux de soins ait un intérêt, il faut que les professionnels de l'optique aient la garantie qu'ils auront un nombre suffisant de patients lorsqu'ils y seront entrés. Étant donné le surnombre d'une profession qui, pour reprendre la formule du rapporteur du Sénat, M. Yves Daudigny, se met en danger elle-même faute de réguler sa démographie, nous considérons que les réseaux fermés ont ici un intérêt et une légitimité. Selon le dernier rapport de la Cour des comptes, le nombre des opticiens a augmenté de 136 % entre 2000 et 2011.

Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est saisie des amendements identiques AS16 de Mme Bérengère Poletti et AS21 de M. Arnaud Richard.

Mme Geneviève Levy. Il est essentiel que les conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les opticiens-lunetiers soient ouvertes – comme c'est le cas pour les autres professions de santé –, afin que soient garantis les principes fondateurs du système de santé français : libre choix par l'assuré de son praticien, libre choix par l'assuré de son équipement, libre reste à charge. L'instauration d'un nombre limité d'adhésions pour les opticiens-lunetiers créerait une rupture du principe constitutionnel d'égalité pour ces

professionnels, qui ne serait pas justifiée par une différence de situation face aux autres professionnels de santé.

M. Arnaud Richard. Les opticiens doivent pouvoir conclure des conventions avec les complémentaires santé sans être inquiétés par une logique de quotas qui porterait atteinte au principe d'égalité entre les membres d'une même profession.

M. Richard Ferrand. La proposition de loi ne porte nullement atteinte au libre choix par l'assuré de son praticien et de son équipement. Quant au reste à charge, il est aujourd'hui trop élevé et il est de notre devoir de permettre qu'il diminue afin que tous accèdent à la santé. Vous défendez une liberté inaccessible à ceux qui ne peuvent se la payer !

De même, la limitation des adhésions ne porte nullement atteinte à la liberté d'entreprendre. Quiconque veut entreprendre, en quelque domaine que ce soit, peut le faire et pourra continuer à le faire, même s'il lui faudra s'insérer dans un processus conventionnel avec les principaux payeurs. Le conventionnement ne fait que garantir la solvabilisation du besoin social. La satisfaction des besoins sociaux et la santé ne se limitent pas à un commerce !

Mme la rapporteure. L'exposé sommaire de l'amendement AS16 laisse entendre que la démographie des opticiens et celle des dentistes seraient équivalentes. Pourtant, entre 2012 et 2013, la population des premiers a augmenté de 2 330, celle des seconds de 234, soit un écart d'un à dix ! Entre 2000 et 2012, le nombre de points de vente de lunetterie-optique est passé de 10 000 à 25 000. Dans cette même période ont été constitués et développés des réseaux fermés dont l'existence, on le voit, n'a pas eu d'impact sur le nombre d'opticiens.

Je rappelle aussi que les conventionnements ne comportent pas de clause d'exclusivité. Un professionnel de santé peut adhérer, s'il le veut, à plusieurs réseaux. Par ailleurs, le recours à un réseau de soins par une complémentaire n'emporte aucun effet automatique. S'agissant des professionnels de santé, les patients suivent les recommandations de leur assurance complémentaire pour 50 à 60 % des prescriptions.

Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements identiques.

Elle examine, en discussion commune, les amendements AS6 de M. Dominique Tian et AS22 de M. Arnaud Richard.

Mme Marie-Christine Dalloz. La proposition de loi est silencieuse quant au caractère ouvert ou fermé des réseaux de soins. L'article 56 du PLFSS pour 2014 prévoit déjà un plafonnement par catégories de prestations qui vise de façon non explicite mais évidente le matériel optique. Il faudrait à tout le moins apporter des éclaircissements. À défaut, nous proposons par l'amendement AS6 de préciser

que les réseaux de soins constitués par un organisme d'assurance maladie complémentaire, en application des conventions conclues sous l'égide de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale, sont ouverts aux professionnels de santé, établissements de santé et services de soins qui en font la demande, dès lors qu'ils respectent les conditions fixées par le gestionnaire du réseau.

M. Arnaud Richard. Il faut en effet faire le lien entre les différents textes soumis à notre examen. Notre présidente a d'ailleurs eu le courage de dire hier dans l'hémicycle ce qu'elle pensait des dispositions du projet de loi relatif à la consommation concernant la vente des produits pour lentilles de contact dans les grandes surfaces.

L'amendement AS22 vise à permettre à tous les professionnels de santé qui le demandent de rejoindre un réseau de soins, afin de garantir le libre choix par l'assuré de son praticien.

Mme la rapporteure. J'ai déjà répondu longuement au sujet du maintien des réseaux fermés pour l'optique. Avis défavorable aux deux amendements.

La Commission rejette successivement les amendements AS6 et AS22.

Elle en vient à l'amendement AS24 de M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Amendement rédactionnel : l'organisme assureur propose des garanties de remboursement et non des droits.

Mme la rapporteure. Le terme de « garanties » est moins précis que celui de « droits ». Il n'inclut pas le tiers payant, par exemple. Avis défavorable.

M. Arnaud Richard. Je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

La Commission est saisie de l'amendement AS7 de M. Dominique Tian.

Mme Marie-Christine Dalloz. Parmi les informations que l'organisme assureur doit fournir à ses assurés ou adhérents, nous souhaiterions que figure le niveau de ses frais de gestion au regard de son chiffre d'affaires santé. Cela permettrait une vraie transparence et une vraie concurrence. Alors que ces frais sont de 4 % pour l'assurance maladie obligatoire, ils atteignent en moyenne 22 % des primes pour les mutuelles santé, et même 32,5 % pour les contrats individuels contre 19,3 % pour les contrats collectifs. Ce n'est pas supportable !

Mme la rapporteure. Vous n'êtes pas sans savoir que l'arrêté du 26 septembre 2012 fait obligation aux mutuelles de communiquer leurs frais de gestions aux adhérents à partir du 1^{er} janvier 2014. Du reste, la proposition de loi porte sur les réseaux de soins et non sur les frais de gestion des mutuelles.

Je constate une nouvelle fois, à la lecture de l'exposé sommaire, que vous ne visez ni les assurances ni les instituts de prévoyance, mais spécifiquement les mutuelles dont vous vous faisiez pourtant, lors de la discussion du PLFSS, les ardents défenseurs !

Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS8 de M. Dominique Tian.

Mme Marie-Christine Dalloz. L'amendement prévoit qu'un décret en Conseil d'État apporte des garanties concrètes en fixant précisément les règles de tout conventionnement par l'ensemble des organismes complémentaires. Il s'agit là aussi de rendre clair et lisible un texte qui ne l'est aucunement.

Mme la rapporteure. J'ai déjà répondu sur la question du décret. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 2 sans modification.

Article 3

Évaluation des réseaux de soins

Cet article propose d'établir une évaluation de la pratique des réseaux de soins sanctionné par le dépôt d'un rapport au Parlement.

1. Le texte adopté par l'Assemblée en première lecture

Cet article ne figurait pas dans la proposition de loi initialement déposée à l'Assemblée et a été introduit par la commission, à l'initiative de votre rapporteure et plusieurs de ses collègues du groupe SRC.

Le texte prévoyait le dépôt d'un rapport annuel par le Gouvernement au Parlement, pour une période de trois ans à compter du 30 juin 2013, portant sur un bilan des conventions souscrites entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, services et établissements de santé. Le rapport devrait analyser la nature des garanties et prestations prévues par les conventions, leur bénéfice pour les patients, notamment en termes de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix négociés avec les professionnels. Il s'agissait de se donner les moyens de juger si la mise en concurrence permettait de faire baisser les prix tout en garantissant une offre de soins suffisante.

2. Le texte adopté par le Sénat

À l'initiative de son rapporteur, la commission des affaires sociales a simplifié la rédaction de l'article. Au lieu de citer nommément les parties prenantes aux conventions, il propose de viser les conventions prévues par l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale créé par la présente proposition de loi.

La nouvelle rédaction a aussi été modifiée pour tenir compte de l'entrée en vigueur du texte. La rédaction de l'Assemblée nationale demandait un rapport à compter du 30 juin 2013, cette date ayant été justifiée par la perspective d'une promulgation prochaine du texte de loi. La rédaction retenue par le Sénat, quant à elle, prévoit le dépôt d'un rapport annuel avant le 30 septembre, cette formulation étant plus en adéquation avec l'actuel calendrier législatif.

Enfin, le Sénat a élargi le champ du rapport en prévoyant une évaluation des conventions conclues par les organismes d'assurance maladie complémentaire en termes d'accès aux soins pour les patients.

3. La position de votre rapporteure

Lors de l'examen en première lecture de la présente proposition de loi, votre rapporteure avait eu l'occasion d'insister sur l'intérêt de mettre en place une démarche de suivi du fonctionnement et des effets des réseaux de soins, et avait en ce sens proposé la remise d'un rapport annuel, pour une période de trois ans.

Le Sénat a apporté sur ce point des précisions importantes, tant sur l'adaptation au calendrier législatif, que sur les objectifs de l'évaluation, en mentionnant explicitement les effets sur l'accès aux soins, qui constitue, comme on l'a vu un enjeu majeur de la proposition de loi.

Cette évaluation permettra donc de mesurer et de suivre les conséquences de la constitution des réseaux de soins sur la diminution du reste à charge des ménages et sur la qualité des soins apportés, alors qu'il n'existe à ce jour aucun dispositif similaire.

Pour toutes ces raisons, **votre rapporteure vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*

La Commission est saisie de l'amendement AS11 de M. Dominique Tian.

Mme Marie-Christine Dalloz. L'article 3 ne prévoit la remise d'un rapport annuel au Parlement que pour une période de trois ans. Le texte pouvant avoir des conséquences non négligeables en matière de santé publique, nous souhaitons supprimer cette limitation.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Une clause de revoyure est évidemment prévue au terme de ces trois ans. Nous déciderons de la suite au vu des trois rapports dont nous disposerons alors.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS12 de M. Dominique Tian.

Mme Marie-Christine Dalloz. Nous ignorons toujours si cette proposition de loi a fait l'objet d'une étude d'impact et d'une concertation préalable. Parmi les professionnels de la santé optique que j'ai rencontrés, aucun n'a été consulté.

Le texte étant porteur d'effets pervers potentiels très lourds sur notre système de soins, nous proposons qu'un rapport annuel sur le fonctionnement des réseaux de soins soit publié par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. La qualité des travaux de cette instance pluraliste, associant les partenaires sociaux et les syndicats représentatifs des professionnels de santé, est unanimement reconnue.

Mme la rapporteure. À ma connaissance, il n'est pas prévu d'étude d'impact en ce qui concerne les propositions de lois.

En tout état de cause, l'amendement est satisfait. Il reviendra au Gouvernement de décider de l'organisme qui sera chargé de préparer le rapport prévu à l'article 3. Avis défavorable.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Selon les dispositions consécutives à la réforme constitutionnelle de 2008, les projets de loi doivent faire l'objet d'une étude d'impact mais ce n'est pas le cas des propositions de loi.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS13 de M. Dominique Tian.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je ne crois pas que l'amendement AS12 soit satisfait. Le texte présente une réelle carence en matière de concertation préalable et de droit de regard ultérieur. Sur ce sujet fondamental de santé publique, il conviendrait de mettre l'ensemble des professionnels et des syndicats autour de la table et d'examiner les solutions médicales en les mettant en regard de données financières. Je trouve navrant que vous vouliez occulter ce point.

Mme la rapporteure. On peut exprimer son désaccord sans dire des choses erronées. De manière tout à fait ouverte et conforme à la procédure, avant la première lecture de ce texte, j'ai mené quelque quinze auditions avec l'ensemble des représentants des professions concernées. Vous en trouverez la liste à la fin de mon rapport.

Avis défavorable à l'amendement AS13, que vous n'avez pas défendu.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AS10 de M. Dominique Tian.

Mme Marie-Christine Dalloz. Nous proposons que l'Autorité de contrôle prudentiel remette au Parlement, à compter d'un an après la promulgation de la loi, un rapport annuel détaillant les coûts de gestion pour chaque organisme de protection complémentaire. Les coûts s'envolent, ces organismes ont une vision exclusivement financière, mais vous ne voulez pas l'admettre !

Mme la rapporteure. L'amendement est sans lien avec le dispositif de l'article 3. J'ai répondu par ailleurs sur les coûts de gestion des mutuelles. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS9 de M. Dominique Tian.

Mme Marie-Christine Dalloz. La majorité gouvernementale accorde par ce texte de très fortes prérogatives aux organismes de protection complémentaire mais refuse, au détriment des assurés sociaux, de mettre un terme à l'opacité qui entoure leurs frais de gestion.

Mme la rapporteure. La date d'application qui figure dans l'amendement est, comme en première lecture, le 1^{er} janvier 2013 ! Pour le reste, je vous confirme que les mutuelles auront obligation d'indiquer aux assurés le montant de leurs frais de gestion à compter du 1^{er} janvier 2014. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 3 sans modification.

Titre de la proposition de loi

1. Le texte adopté par l'Assemblée en première lecture

À l'initiative de votre rapporteure, le titre adopté par l'Assemblée nationale avait été modifié pour le faire correspondre au dispositif adopté par la commission, le texte prévoyant de sécuriser le fonctionnement des réseaux de soins mutualistes d'une part, et de tenir compte des dispositions additionnelles relatives à l'encadrement du conventionnement et l'évaluation des réseaux de soins d'autre part.

Le titre adopté était ainsi rédigé : « *Proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé* ».

2. Le texte adopté par le Sénat

Le titre adopté par le Sénat est : « *Proposition de loi 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* ».

Le Sénat a entendu adopter une formulation plus adéquate avec ce qu'il considère comme étant le cœur du dispositif, à savoir l'organisation des conventions liant les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels de santé, faisant primer le dispositif d'encadrement du conventionnement sur l'un des objectifs initiaux du texte, à savoir l'égalité de traitement entre mutuelles et autres organismes complémentaires dans l'institution des réseaux de soins.

3. La position de votre rapporteure

L'objectif initial de la proposition de loi visait à autoriser la constitution par les mutuelles de réseaux de soins, au même titre que les autres organismes d'assurance maladie complémentaire. Sans minimiser l'importance de cette mesure, force est de constater que les travaux, menés par l'Assemblée nationale et le Sénat, ont permis d'approfondir la pratique des réseaux de soins, dans le sens d'un meilleur encadrement. Le titre adopté par le Sénat traduit les évolutions successives apportées par le législateur et l'équilibre qui en a résulté.

Votre rapporteure propose en conséquence de ne pas modifier le titre de la proposition de loi.

*

La Commission est saisie de l'amendement ASI de M. Dominique Tian, tendant à modifier le titre de la proposition de loi.

Mme Marie-Christine Dalloz. Aucun de nos amendements n'ayant été retenu, nous proposons ce nouvel intitulé : « Proposition de loi visant à permettre aux mutuelles d'instaurer des remboursements différenciés selon que les assurés ont recours ou non à un professionnel, un établissement ou un service de santé membre de l'un de leurs réseaux de soins ». Ce serait plus clair quant à vos intentions et quant aux effets que ce texte produira inévitablement.

Mme la rapporteure. En première lecture, M. Tian trouvait par trop hermétique le titre de la proposition de loi, que le Sénat a depuis clarifié et simplifié. En passant sous silence les réseaux développés par les sociétés d'assurance et les instituts de prévoyance, celui que vous proposez ici trahit une nouvelle fois votre obsession de la dénonciation des réseaux mutualistes. Il ne rend absolument pas compte du travail législatif qui modifie et encadre le fonctionnement de l'ensemble des réseaux de soins. Avis défavorable.

M. Gérard Bapt. Cette façon de revenir sans cesse sur les mutuelles a de quoi étonner, en effet. Il ne s'agit pourtant que d'aligner leur situation juridique sur celle des sociétés d'assurance, qui ont déjà le loisir de s'organiser en réseau.

Je précise aussi que les frais de gestion des assurances en matière de prévoyance santé sont plus élevés que ceux des mutuelles.

Bref, cet amendement ne traduit rien d'autre qu'une incompréhensible volonté de stigmatisation. Je vous invite, madame Dalloz, à observer la façon dont les autorités d'autres pays européens, y compris lorsqu'elles sont proches de votre famille politique, essaient de rendre leur système de santé plus efficace !

La Commission rejette l'amendement.

*

* *

Ont notamment voté pour l'adoption de ce texte au Sénat, le groupe Socialiste et apparentés, le groupe Union des démocrates et indépendants, une partie du groupe du Rassemblement démocratique et social européen et le groupe Écologiste. Le groupe Union pour un mouvement populaire a voté contre et le groupe Communiste, républicain et citoyen s'est abstenu.

Les modifications apportées par le Sénat ne dénaturent ni les ambitions ni la ligne directrice du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. Le travail du Sénat a permis de préciser les orientations déterminantes fixées par l'Assemblée, ce dont il faut se réjouir. Il importe de sécuriser les réseaux de soins développés par les mutuelles en établissant une égalité de traitement avec les autres organismes d'assurance maladie complémentaire.

Il apparaît par ailleurs nécessaire d'établir des règles d'encadrement renforcé des conventions établies pour la constitution de réseau de soins.

Il importe enfin de disposer rapidement d'un dispositif d'évaluation régulière et de suivi de la mise en place des réseaux soins afin, notamment, d'analyser les évolutions des bénéficiaires que peuvent en retirer les patients en termes de coût et de qualité des soins.

C'est pourquoi votre rapporteure invite la commission des affaires sociales à adopter conforme le texte de cette proposition de loi.

La commission adopte l'ensemble de la proposition de loi sans modification.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat	Texte adopté par la Commission
<p>Proposition de loi relative <u>au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé</u></p>	<p>Proposition de loi 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</p>	
Article 2	Article 2	Article 2
<p>I. – Après le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III <i>bis</i> ainsi rédigé :</p>		<p>(<i>Sans modification</i>)</p>
<p>« Chapitre III <i>bis</i> « Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé</p>		
<p>« Art. L. 863-8. – I. – Les conventions souscrites, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, entre, d'une part, une mutuelle, union ou fédération relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régies par le code des assurances ou une institution de prévoyance régie par le présent code et, d'autre part, des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service de santé, aux services rendus, aux prestations, ainsi qu'aux tarifs ou aux prix, respectent les principes suivants :</p>	<p>« Art. L. 863-8. – I. – Les <i>mutuelles, unions ou fédérations relevant du code de la mutualité, les entreprises d'assurances régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le présent code peuvent, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions</i> comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus <i>ou</i> aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.</p>	

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« 1° Les conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé ;

« 2° L'adhésion aux conventions des professionnels, établissements et services de santé s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion à la convention ne peut comporter de clause d'exclusivité.

« II. – Les conventions souscrites, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, entre une mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régie par le code des assurances ou une institution de prévoyance régie par le présent code et les médecins ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations médicaux mentionnés aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du présent code.

« III. – L'organisme assureur garantit une information complète auprès de ses assurés ou adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits. »

II. – Le I s'applique aux conventions conclues ou renouvelées à compter de la date de promulgation de la présente loi.

Texte adopté par le Sénat

« Ces conventions ne ...

... santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins.

« L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions s'effectue ...

... discriminatoires. L'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité.

« Tout professionnel, établissement ou service répondant aux critères mentionnés au troisième alinéa du présent I peut adhérer à la convention. Cependant, les conventions concernant la profession d'opticien-lunetier peuvent prévoir un nombre limité d'adhésions.

« Pour les professionnels de santé autres que ceux appartenant à des professions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 du présent code, ces conventions ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations mentionnées aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du même code.

« Le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent I ne peut être modulé en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un médecin ayant conclu une convention avec ces organismes.

« II. – L'organisme ...

... droits. »

Texte adopté par la Commission

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Article 3

À compter du 30 juin 2013 et pour une période de trois ans, le Gouvernement, sur la base de données transmises par les organismes d'assurance maladie complémentaire, remet chaque année un rapport au Parlement qui porte un bilan des conventions souscrites, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, entre, d'une part, une mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régie par le code des assurances ou une institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale et, d'autre part, les professionnels, établissements et services de santé, notamment sur les garanties et prestations qu'elles comportent et leur bénéfice pour les patients, notamment en termes de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix négociés avec les professionnels, établissements et services de santé.

Texte adopté par le Sénat

—

Article 3

Chaque année pour une période de trois ans, le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 septembre, un rapport dressant un bilan et une évaluation des conventions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale. Il porte notamment sur les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels, établissements et services concernés.

Texte adopté par la Commission

—

Article 3

(Sans modification)