

N° 424

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 novembre 2012.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA 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**,*

PAR Mme Fanélie CARREY-CONTE,

Députée.

---

---

Voir le numéro :

*Assemblée nationale* : 296.



## SOMMAIRE

Pages

<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>I.- LA SÉCURISATION DES RÉSEAUX DE SOINS MUTUALISTES ET L'ENCADREMENT DE CETTE PRATIQUE : UNE PROMESSE ENFIN TENUE</b> .....	9
A. METTRE FIN À L'INSÉCURITÉ JURIDIQUE POUR LES RÉSEAUX DE SOINS MUTUALISTES.....	9
B. UNE TENTATIVE PEU FRUCTUEUSE MENÉE EN 2011.....	11
<b>II.- GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS : LA PREMIÈRE DES PRIORITÉS</b> .....	13
A. UNE DÉGRADATION INQUIÉTANTE DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ DOUBLÉE D'UN CREUSEMENT DES INÉGALITÉS.....	13
B. L'OPACITÉ DES PRIX ET LA DIFFICULTÉ DES ASSURÉS À S'ORIENTER DANS L'OFFRE DE SOINS.....	15
C. L'EFFET LE PLUS INTOLÉRABLE DE CES DEUX PHÉNOMÈNES : LE RENONCEMENT AUX SOINS.....	16
<b>III.- L'OBJECTIF DE LA CONTRACTUALISATION DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DOIT ÊTRE DE GARANTIR DES SOINS DE QUALITÉ AU MEILLEUR PRIX</b> .....	17
A. À L'ORIGINE DES RÉSEAUX DE SOINS : LA VOLONTÉ DE LIMITER LES DÉPENSES DES ASSURÉS ET DE LES ORIENTER DANS L'OFFRE DE SOINS.....	17
B. LE FONCTIONNEMENT DES RÉSEAUX DE SOINS : PRINCIPES GÉNÉRAUX ET POINTS À AMÉLIORER.....	22
C. LA PROPOSITION DE LOI : LA SÉCURISATION DES RÉSEAUX CRÉÉS PAR LES MUTUELLES ET L'ENCADREMENT DES RÉSEAUX DE SOINS.....	27
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	29
<b>I.- DISCUSSION GÉNÉRALE</b> .....	29
<b>II.- EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	39
<i>Avant l'article 1<sup>er</sup></i> .....	39

<i>Article 1<sup>er</sup></i> (art. L. 112-1 du code de la mutualité) : Ouverture aux mutuelles du droit de constituer des réseaux de santé .....	40
<i>Après l'article 1<sup>er</sup></i> .....	43
<i>Article 2 (nouveau)</i> (art. L. 863-8 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, services et établissements de santé.....	44
<i>Après l'article 2</i> .....	47
<i>Article 3 (nouveau)</i> : Évaluation des réseaux de soins .....	47
<b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	49
<b>AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION</b> .....	53
<b>ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES</b> .....	57

## 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 conventionnements entre organismes complémentaires et professionnels, services et établissements de santé.

Quel est l'enjeu de ce texte ? Cette proposition de loi vise avant tout à régler la situation des réseaux de soins développés par les mutuelles, organismes à but non-lucratif protégeant aujourd'hui 38 millions de personnes. En effet, la Cour de cassation a, dans un arrêt de 2010, remis en cause le principe même de ce conventionnement mutualiste, en se basant sur l'écriture actuelle du code de la mutualité, qui interdit à une mutuelle de pratiquer des modulations dans le niveau de prestations qu'elle sert, selon que l'adhérent consulte, ou non, un praticien conventionné par cette mutuelle.

Il s'agit donc de combler ce vide juridique et de rétablir une véritable égalité entre les organismes complémentaires en modifiant le code de la mutualité.

Cette proposition n'a, en soi, rien de nouveau, car elle figurait dans une proposition de loi de 2010, co-signée par notre ancien collègue Yves Bur et Jean-Pierre Door. Puis ce fut au tour de la proposition de loi dite « Fourcade » de l'introduire. Cette disposition n'avait pas abouti car le Conseil constitutionnel avait censuré les articles en question au motif qu'il s'agissait d'un cavalier législatif sans lien avec la proposition de loi initiale.

En octobre dernier, le Président de la République, rappelant ainsi l'un des engagements de sa campagne, ainsi que la ministre des affaires sociales et de la santé se sont tous deux prononcés pour la modification du code de la mutualité visant à lever les barrières et les menaces juridiques pesant sur les réseaux de soins des mutuelles.

Ils ne sont pas les seuls, car le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la Cour des comptes et récemment l'Inspection générale des affaires sociales se sont prononcés en faveur des réseaux de soins.

Pourquoi y a-t-il des réseaux de soins, et pourquoi nous y intéressons-nous ?

Les réseaux de soins se sont développés car dans certains secteurs, le niveau de prise en charge par la sécurité sociale est particulièrement faible, phénomène aggravé par des politiques de réduction du périmètre des solidarités nationales conduites ces dernières années.

Parmi les soins pour lesquels la prise en charge par l'assurance maladie est aujourd'hui réduite à la portion congrue, on citera évidemment l'exemple de l'optique : 4 % de prise en charge pour un équipement de base. On citera

également le dentaire ou les audioprothèses. Dans ces secteurs peu régulés où les tarifs sont libres, les écarts de prix peuvent être considérables et sont peu lisibles pour les patients. Cette situation est responsable du maintien et du creusement des inégalités dans l'accès aux soins, et génère des renoncements à certains soins pour des raisons financières.

Ce sont dans ces secteurs (optique, dentaire, audioprothèses), où les complémentaires interviennent majoritairement, que les réseaux existent essentiellement aujourd'hui ; et dans cette situation, nous considérons donc que ces réseaux constituent un outil dont il ne faut pas priver les complémentaires pour, à travers le conventionnement, agir sur les restes à charge, et donc sur l'accès aux soins. Ainsi, les différents responsables auditionnés par votre rapporteure ont présenté des comparaisons de prix sur un équipement optique pour lequel les tarifs des réseaux peuvent être jusqu'à 30 % moins élevés que la moyenne.

Il va de soi que nous avons la responsabilité d'améliorer la prise en charge par l'assurance maladie et la qualité de tous les soins. Nous y travaillons, avec le Gouvernement et l'ensemble des membres de la majorité. Mais, se priver de l'outil des réseaux de soins, ce serait concrètement empêcher nombre de nos concitoyens d'aller chez le dentiste, de porter des lunettes ou des équipements d'audioprothèses à moindre coût, avec une meilleure qualité de prestations.

Lors des auditions, un certain nombre d'inquiétudes sur le fonctionnement de ces réseaux sont apparues.

Votre rapporteure tient ici à en lever certaines en rappelant ce que les réseaux de soins ne sont pas. Les réseaux ne constituent pas une privatisation du système de soins, mais un moyen d'améliorer la prise en charge des dépenses de santé, qui ne remet pas en cause le libre choix du patient de son professionnel de santé, car le remboursement demeure assuré en cas de recours à un professionnel hors réseau. Les réseaux ne sont pas non plus facteur d'aggravation des déserts médicaux, sujet qui excède largement la question des réseaux, et phénomène face auquel nous sommes tous mobilisés. Enfin, les réseaux de soins ne sont pas contraires au principe de la concurrence, l'Autorité de la concurrence l'a clairement établi en 2009 et a maintenu son analyse devant votre rapporteure.

Cependant, les travaux préparatoires au passage en commission ont montré qu'il était utile de préciser le cadre juridique des réseaux de soins.

C'est pourquoi la commission a fait le choix de fixer les principes que tout conventionnement entre un organisme complémentaire et un professionnel ou service de santé devra respecter, notamment :

- le réseau ne peut porter atteinte au libre choix du patient ;
- il doit reposer sur des critères objectifs, transparents et non discriminatoires de sélection des professionnels.

Les organismes complémentaires devront également garantir à leurs adhérents une information claire et complète tant sur les caractéristiques des réseaux de soins qu'ils mettent en place que sur l'impact de ceux-ci sur les garanties souscrites.

Par ailleurs, une meilleure connaissance des réseaux de soins et de leur impact doit être développée, de manière à permettre leur évaluation : c'est pourquoi la commission a adopté un amendement visant à obtenir au plus vite un rapport d'évaluation du Gouvernement sur le sujet.

Pour finir, il est évident que ce texte n'épuise pas la question de l'accès aux soins, non plus qu'il a vocation à lui apporter une réponse exhaustive. Au contraire, il soulève des interrogations de fond sur le fonctionnement d'ensemble de notre système de santé.

Cette proposition de loi doit donc être la première étape d'une réflexion plus large sur l'organisation de notre système de santé, sur les relations entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, sur l'accès à une complémentaire pour tous, sur une meilleure définition des contrats responsables et sur la fiscalité des organismes complémentaires, sur les déserts médicaux, sur le panier de soins et sur la nécessaire amélioration de la prise en charge obligatoire et de la qualité de certains soins.

Ces questions doivent à l'évidence être posées. Ce texte n'a pas vocation à y répondre en entier, mais il fait apparaître les enjeux auxquels il nous faudra demain répondre. La ministre des affaires sociales et de la santé a d'ailleurs pris date pour certains de ces sujets, comme la redéfinition des contrats responsables.

La commission veut aujourd'hui, par cette proposition de loi, mettre en place une mesure qui mette fin à une inégalité entre les organismes complémentaires, et permette d'agir concrètement pour l'accès aux soins, dans une situation qui ne peut être ignorée, celle du creusement de ces inégalités parmi les plus intolérables, les inégalités en santé.

Et la commission souhaite également pouvoir demain réfléchir, hors de toute polémique inutile, avec les pouvoirs publics, les organismes complémentaires et les professionnels de santé aux moyens de réinventer notre système de santé.





## **I.- LA SÉCURISATION DES RÉSEAUX DE SOINS MUTUALISTES ET L'ENCADREMENT DE CETTE PRATIQUE : UNE PROMESSE ENFIN TENUE**

### **A. METTRE FIN À L'INSÉCURITÉ JURIDIQUE POUR LES RÉSEAUX DE SOINS MUTUALISTES**

Aujourd'hui, les mutuelles, comme les autres acteurs de la protection sociale complémentaire que sont les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, pratiquent avec les offreurs de soins (notamment avec les dentistes et les opticiens), un conventionnement fondé sur des critères de qualité et visant à mieux encadrer les prix pratiqués.

Or, sur la requête d'un adhérent mutualiste qui, n'ayant pas recours à un dentiste conventionné par sa mutuelle, avait contesté le fait d'être moins bien remboursé par celle-ci, la Cour de cassation a, dans un arrêt du 18 mars 2010, remis en cause le principe même de ce conventionnement mutualiste, en interdisant à une mutuelle de pratiquer des modulations dans le niveau de prestations, selon que l'adhérent consulte, ou non, un praticien conventionné par cette mutuelle.

Par ailleurs, la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) a fait l'objet d'une citation devant le juge de proximité de Chartres par l'un de ses adhérents remettant en cause le principe du remboursement différencié dans le cadre des réseaux de soins.

Dans son jugement contradictoire du 17 novembre 2011, le juge de proximité de Chartres, à la demande de MGEN, a sursis à statuer et ordonné un renvoi préjudiciel à la Cour de justice de l'Union Européenne (CJUE) pour savoir si l'article L. 112-1 du code de la mutualité est conforme aux articles 101 et 102 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne relatifs à la libre concurrence. Depuis, neuf autres juges de proximité, appelés à se prononcer sur des faits similaires auraient sursis à statuer dans l'attente de la décision de la Cour.

Deux hypothèses s'ouvrent en fonction de la décision que prendra la Cour sur cette question :

– la Cour considère que l'article L. 112-1 alinéa 3 du code de la mutualité n'est pas incompatible avec les articles 101 et 102 du Traité : l'affaire reviendra alors devant le juge de proximité de Chartres et l'adhérent aura vraisemblablement gain de cause ;

– la Cour décide que cet article du code est contraire aux articles 101 et 102 du Traité : l'affaire reviendra devant la juridiction de proximité de Chartres et celle-ci devra écarter l'application de l'article L. 112-1 du code de la mutualité. En l'absence de base légale à son recours indemnitaire, l'adhérent sera débouté de

sa demande. Dans cette dernière hypothèse, une procédure en manquement à l'encontre de la France qui maintient en vigueur des dispositions législatives non conformes au droit de l'Union pourrait éventuellement être entreprise.

**Les contentieux en cours créent donc une situation préjudiciable.** En effet :

– elle nuit fondamentalement aux adhérents mutualistes, à qui les mutuelles ne peuvent plus, par la voie du conventionnement, assurer des soins de qualité au meilleur prix ;

– elle nuit aux professionnels de santé, dont beaucoup regrettent la disparition du conventionnement permettant la solvabilisation de leur clientèle et la pratique d'une prise en charge de qualité ;

– elle nuit à la maîtrise des dépenses, en limitant le rôle de régulateur que peuvent jouer les mutuelles.

**La situation d'autant plus paradoxale que les mutuelles sont, parmi les organismes complémentaires, celles qui couvrent la majeure part des dépenses de santé.** En 2010, les mutuelles ont financé 55,6 % des dépenses de soins et de biens médicaux pris en charge par les assurances complémentaires, les institutions paritaires de prévoyance 26,7 % et les sociétés d'assurance 18,5 %.

**La nécessité de mettre fin à cette situation d'insécurité juridique, soulignée par de nombreuses études récentes, a fait l'objet d'un engagement présidentiel.**

Dans un avis de 2008, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie s'est positionné en faveur du développement du conventionnement : *« sur ces segments où l'intervention des complémentaires est majeure (à eux seuls, les domaines optique et dentaire représentent 4,4 milliards de prestations pour les organismes complémentaires) l'enjeu est d'avancer plus résolument dans la gestion des plateformes et la constitution de réseaux. »*

La Cour des comptes recommandait, dans son rapport de 2011 sur la sécurité sociale, de modifier le code la mutualité, s'agissant des soins dentaires, pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires, selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent. Dans leur réponse aux constats de la Cour, les ministres interpellés soulignaient *« l'analyse de la Cour, selon laquelle une modulation du niveau de prise en charge de leurs affiliés par les organismes complémentaires mutualistes doit pouvoir être effectuée en faveur des patients qui s'adressent aux réseaux de soins mis en place par ces mutuelles ».*

Plus récemment, un rapport des Inspections générales des affaires sociales et des finances préconisait le développement des réseaux de soins, à condition de veiller *« à la transparence des conditions de constitution et au contrôle de qualité*

*des prestations* ». Le même rapport préconisait d'ouvrir la possibilité aux mutuelles de constituer des réseaux de soins et de pratiquer des différences de prestation pour les assurés recourant aux professionnels conventionnés.

**Lors du congrès de la Mutualité française, le 20 octobre dernier, le Président de la République s'est engagé à « corriger cette anomalie », en permettant aux mutuelles de « pouvoir négocier les meilleurs tarifs pour leurs adhérents », et de pratiquer le conventionnement, comme les autres complémentaires.**

## **B. UNE TENTATIVE PEU FRUCTUEUSE MENÉE EN 2011**

**Lors de la discussion de la proposition de loi du 11 août 2011, dite « Fourcade », modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST »), l'article 22, inséré par la commission des affaires sociales à l'initiative de notre ancien collègue Yves Bur, a prévu l'ouverture de la possibilité aux mutuelles de mieux rembourser leurs adhérents lorsque ceux-ci font appel à un professionnel, un établissement ou un service de santé membre d'un réseau de soins avec lequel elles ont contracté.**

Un article 22 *bis* avait par ailleurs été inséré par l'Assemblée nationale en première lecture du même texte, prévoyant la fixation des principes régissant les contrats passés entre les prestataires de soins et leurs gestionnaires de réseaux.

Au terme de longues discussions, la proposition de loi adoptée prévoyait, en son article 54 :

– la fixation par décret simple des règles de tout conventionnement souscrit entre les professionnels, les établissements ou les services de santé et une mutuelle, une entreprise d'assurance, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux ;

– l'ouverture de tout réseau de soins constitué par un organisme d'assurance maladie complémentaire au professionnel qui en fait la demande, dès lors que celui-ci respecte les conditions fixées par le gestionnaire du réseau, selon des modalités fixées par le décret mentionné au premier alinéa ;

– la remise d'un rapport relatif aux réseaux de soins de l'Autorité de la concurrence tous les trois ans aux commissions permanentes chargées des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat ;

– l'autorisation, à titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la loi, pour les mutuelles ou unions, d'instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'adhérent choisit de recourir à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les

mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins.

**La rédaction proposée était, à plus d'un titre, insatisfaisante.**

Tout d'abord, elle n'a ouvert qu'à titre expérimental la possibilité pour les mutuelles de constituer des réseaux de soins dans les mêmes conditions que les autres organismes complémentaires. Or, cette différence de traitement n'est justifiée par aucune différence de situation entre les mutuelles et les autres organismes pratiquant des différences dans le niveau des prestations lorsqu'un de ses adhérents choisit de recourir à un professionnel membre d'un réseau de soins. Il s'agit aujourd'hui de les légaliser de façon pérenne, afin de garantir la possibilité aux mutuelles de contracter sur le long terme, dans des conditions conformes aux principes de garantie des droits et de sécurité juridique.

Par ailleurs, la remise d'un rapport par l'Autorité de la concurrence était certes utile, mais insuffisante. Il convient en effet d'évaluer le fonctionnement des réseaux de soins, non pas seulement à l'aune du respect des règles de la concurrence, mais aussi de leurs effets sur la qualité des prestations et sur l'accès aux soins des patients.

Enfin, le renvoi à un décret prévoyant les conditions d'encadrement de la pratique des réseaux de soins privait le législateur de la possibilité de fixer les grands principes des futurs conventionnements.

Par ailleurs, les dispositions adoptées présentaient un risque certain de non-conformité à la Constitution, ainsi qu'aux droits et libertés qu'elle garantit, notamment la liberté contractuelle et le principe d'égalité devant la loi.

**Le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011, a censuré l'article 54 de la proposition de loi, jugeant qu'il n'avait pas de lien, même indirect, avec la proposition de loi initiale.**

## II.- GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS : LA PREMIÈRE DES PRIORITÉS

### A. UNE DÉGRADATION INQUIÉTANTE DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ DOUBLÉE D'UN CREUSEMENT DES INÉGALITÉS

**Le reste à charge des ménages** – en prenant en compte la participation de l'assurance maladie, de l'État, et des organismes complémentaires – était en moyenne en 2011 de 9,6 %. Il **n'a cessé d'augmenter depuis dix ans**.

Selon le programme de qualité et d'efficacité annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, entre 2005 et 2008, la part de la sécurité sociale dans la prise en charge des patients s'est considérablement réduite.

Entre 2008 et 2010, elle est tombée de 77 % à 75,7 %. Le mouvement d'érosion de la couverture maladie, peu apparente en termes de pourcentages, est plus visible en termes de masses financières laissées à la charge des ménages.

Selon la Cour des comptes, le désengagement de l'assurance maladie sur la seule période 2004-2008 se serait élevé à 3,3 milliards d'euros. Cette érosion s'est notamment accélérée depuis 2004, avec la mise en place de mesures d'économie, prises au nom d'une prétendue « *responsabilisation des patients* ».

On peut ainsi citer, qui sont venus s'ajouter au ticket modérateur de 20 % pour les soins hospitaliers, 30 % pour les soins de ville, la création d'un forfait de 1 euro par acte médical en 2005, l'instauration d'un forfait de 18 euros pour les actes coûteux, l'augmentation du forfait hospitalier, passé de 10 euros en 2003 à 18 euros, de la mise en place de franchises de 0,50 euro sur les boîtes de médicaments, les transports sanitaires et les actes délivrés par des auxiliaires médicaux, dans la limite de 50 euros par an, ainsi que la croissance non régulée des dépassements d'honoraires médicaux. La prise en charge a enfin encore reculé légèrement en 2011 en raison du moindre remboursement de certains médicaments et dispositifs médicaux.

**Ces moyennes recouvrent de plus des disparités importantes en fonction du niveau de vie des ménages.**

Le reste à charge annuel moyen après remboursements des organismes obligatoires et complémentaires est croissant en fonction du niveau de vie (de 260 euros pour les ménages du premier décile à 450 euros pour ceux du dernier). Cependant, la part du revenu disponible moyen qui y est consacrée augmente fortement en fonction du niveau de vie des ménages : **2,3 % du revenu disponible des ménages les plus modestes – appartenant au premier décile de niveau de vie – sont consacrés aux dépenses de santé effectives alors que seulement 0,5 % du revenu disponible des 10 % des ménages les plus aisés sont affectés au même poste.**

Enfin, la prise en charge par l'assurance maladie de certains types de soins, notamment les actes dentaires, l'optique et les audioprothèses, est aujourd'hui réduite à la portion congrue, comme le montre le tableau ci-après.

*Prise en charge des frais dentaires et d'optique par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires (en euros)*

	Prestation	Coût	AMO	OC	RAC	RAC/COÛT
Tous types de contrats confondus	Paire de lunettes simple	200	4,82	148,1	47	28 %
	Paire de lunettes complexe	500	15,33	275,4	209,67	42 %
	Prothèse dentaire	750	75,25	262,7	412,5	55 %
Contrats individuels	Paire de lunettes simple	200	4,82	130,8	64	32 %
	Paire de lunettes complexe	500	15,33	220,2	264,47	53 %
	Prothèse dentaire	750	75,25	221,9	453	60 %
Contrats collectifs	Paire de lunettes simple	200	4,82	169,9	25	13 %
	Paire de lunettes complexe	500	15,33	345	140	28 %
	Prothèse dentaire	750	75,25	314,1	333,65	44 %

AMO : assurance maladie obligatoire ; OC : organismes complémentaires ; RAC : reste à charge

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, février 2012.

Pour les **audioprothèses**, la situation est encore plus critique pour les assurés. Le tarif de responsabilité, quel que soit l'appareil, est fixé à 199,71 euros pour les adultes et la part de la sécurité sociale est de 65 %. Les prix de vente dépassent considérablement le tarif fixé par la sécurité sociale : une des grandes enseignes affiche un premier prix à 999 euros, l'enseigne pratiquant les prix les moins chers affichant un premier prix à 490 euros selon le Haut Conseil pour le financement de l'assurance maladie <sup>(1)</sup>. Le prix moyen facturé pour les enfants est estimé à 1 700 euros et pour les adultes à 1 500 euros.

Selon la même étude, les marges des fabricants et des distributeurs sont très importantes : 39 % du prix public pour les fabricants et monteurs, 61 % pour les distributeurs et centrales d'achat. Une enseigne très connue revend les produits avec un coefficient de 1 à 4 par rapport au prix d'achat.

**Le reste à charge des ménages, après prise en charge par l'assurance maladie et les complémentaires, demeure en moyenne trop élevé, notamment du fait de la hausse du prix des prestations, et du manque d'information des assurés.** Et, ce même pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Ainsi, une étude récente de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs

(1) Note du Haut Conseil pour le financement de l'assurance maladie sur les dispositifs médicaux – Mai 2008.

salariés (CNAMTS) <sup>(1)</sup> montre que 38 % des bénéficiaires de la CMUc ont un reste à charge de 165 euros en moyenne lorsqu'ils achètent leurs lunettes. Ce reste à charge s'élève à 300 euros pour 5 % d'entre eux.

## **B. L'OPACITÉ DES PRIX ET LA DIFFICULTÉ DES ASSURÉS À S'ORIENTER DANS L'OFFRE DE SOINS**

**Pour certains soins peu pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, et dont les tarifs sont libres (optique, audioprothèses, soins dentaires prothétiques), les écarts de prix peuvent être considérables et sont difficilement lisibles pour les patients.**

Ainsi, selon un rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de 2008, sur les actes dentaires les plus fréquents, on constate des écarts de prix entre régions de 20 % sur les implants dentaires à 37 % sur les inlays core, et 27 % sur les couronnes, comme le montre le tableau présenté ci-dessous.

*Écarts de prix sur certains soins dentaires*

	Couronne	Couronne provisoire	Implant non enfoui ou en un temps chirurgical	Inlay core avec technique de laboratoire	Pilier bridge couronne
<b>Région 1</b>	649 euros	90 euros	1 115 euros	277 euros	670 euros
<b>Région 2</b>	609 euros	99 euros	1 124 euros	320 euros	579 euros
<b>Région 3</b>	554 euros	82 euros	1 247 euros	286 euros	581 euros
<b>Région 4</b>	480 euros	76 euros	1 014 euros	232 euros	487 euros
<b>Région 5</b>	480 euros	67 euros	1 049 euros	202 euros	482 euros

*Sources : Plateforme Equasanté 2011 – données 2010*

En matière d'optique, l'analyse des prix observés dans différents points de vente montre que les prix peuvent varier de 1 à 3 sur les verres unifocaux et de 1 à 7 sur les verres progressifs. Les prix varient évidemment en fonction des caractéristiques du produit : fournisseur du verre, matériau, génération de verre et options telles que traitement antireflet ou traitement durci. Mais ces caractéristiques restent difficiles à juger par le consommateur.

---

(1) Propositions de l'assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2013.

*Écart de prix entre certains soins optiques*

	<b>Verres unifocaux</b>	<b>Verres progressifs</b>
Minimum	55,00 euros	57,60 euros
Maximum	154,00 euros	385,00 euros
Moyenne	86,15 euros	273,94 euros
Écart-type	25,03 euros	57,60 euros
Médiane	84,00 euros	294,00 euros
Tarif SS	3,66 euros	7,32 euros

Source : *Que choisir* n° 458. Calculs : HCAAM

**On constate que la répartition des prix facturés varie selon la gamme de la complémentaire santé** : 75 % des personnes ayant une garantie de base se verront facturer des verres unifocaux à 100 euros ou moins, mais cette proportion descend à 62 % pour les personnes bénéficiant d'une garantie supérieure<sup>(1)</sup>.

**C. L'EFFET LE PLUS INTOLÉRABLE DE CES DEUX PHÉNOMÈNES : LE RENONCEMENT AUX SOINS**

**Le premier effet, le plus intolérable, du désengagement des pouvoirs publics en matière de santé, est le renoncement aux soins des patients.**

Selon une enquête de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) menée en 2010, 16,2 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Un cinquième des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres seraient reportés. Ces renoncements sont concentrés sur un nombre limité de soins : ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé.

Les déclarations relevées lors de l'enquête montrent ainsi que **56 % des renoncements aux soins concernent les soins dentaires, 12 % l'optique, tous deux faiblement remboursés par l'assurance maladie, et 9 % les soins de médecins spécialistes**. Les soins d'omnipraticiens ne concernent qu'un peu moins de 5 % des renoncements.

**Cette situation n'est pas acceptable**. C'est pourquoi, il convient non seulement d'améliorer la prise en charge des soins aujourd'hui peu remboursés, mais aussi, comme l'annonçait la ministre de la santé en octobre dernier, de « réguler le prix » de certains soins, « notamment par un encadrement des prix et une amélioration de l'information des patients ».<sup>(2)</sup>

Or le développement de réseaux de soins par les organismes complémentaires, y compris les mutuelles, est un des outils qui devrait permettre aux assurés de bénéficier de tarifs plus bas, sans pour autant affecter la qualité des prestations.

(1) Source : Plateforme Equasanté 2011 – données 2010.

(2) Entretien accordé au Journal du dimanche du 29 octobre 2012.



### **III.- L'OBJECTIF DE LA CONTRACTUALISATION DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DOIT ÊTRE DE GARANTIR DES SOINS DE QUALITÉ AU MEILLEUR PRIX**

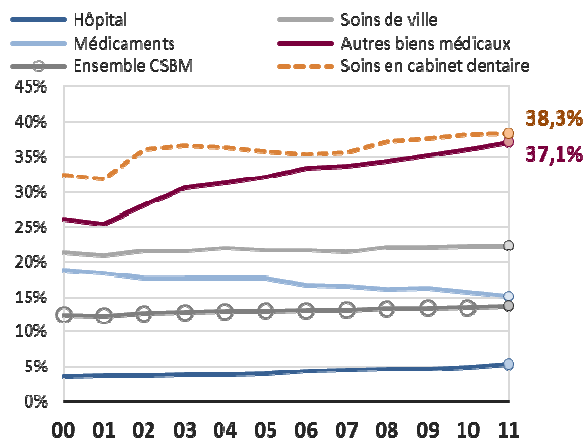
#### **A. À L'ORIGINE DES RÉSEAUX DE SOINS : LA VOLONTÉ DE LIMITER LES DÉPENSES DES ASSURÉS ET DE LES ORIENTER DANS L'OFFRE DE SOINS**

**Du fait de l'érosion de la prise en charge, le secteur de l'assurance maladie complémentaire est devenu un élément-clé de l'accès aux soins.**

Pour mémoire, il existe trois types d'opérateurs intervenant en matière de complémentaire santé. Il s'agit des mutuelles, des institutions paritaires de prévoyance et des sociétés d'assurance. Les mutuelles de santé sont des organismes privés à but non lucratif spécialisés dans l'assurance santé. Elles s'inscrivent dans une logique d'économie sociale et solidaire et ne peuvent donc pratiquer de discriminations en fonction de l'état de santé de la personne. L'essentiel de leur activité concerne le remboursement maladie mais elles peuvent aussi gérer des risques longs (vieillesse, invalidité, décès) et effectuer des opérations de prévoyance d'entreprise. Les institutions paritaires de prévoyance sont des organismes privés à but non lucratif qui agissent en tant que gestionnaires de contrats d'entreprise à caractère obligatoire. Elles sont gérées de manière paritaire par les représentants des salariés adhérents et des entreprises employeurs. Elles interviennent également en matière de retraite, décès, incapacité et invalidité. Enfin, les sociétés d'assurance ont un but lucratif et s'autorisent une grande liberté tarifaire sur le marché de la couverture individuelle. Elles pratiquent d'autres activités d'assurance.

**La prise en charge des dépenses de santé par les organismes complémentaires a atteint 24,6 milliards d'euros en 2011. Entre 2000 et 2011, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a ainsi augmenté de 1,3 point, passant de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2011. En 2011, les mutuelles ont financé 7,5 % des dépenses de soins et de biens médicaux, les institutions paritaires de prévoyance en ont financé 3,7 % et les sociétés d'assurance 2,5 %.**

**Évolution de la prise en charge des dépenses de santé par les organismes complémentaires (en % de la CSBM)**



Sources : DREES, Comptes de la santé.

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

Cette progression est le résultat de la part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux. À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'était ajoutée une légère augmentation sur les prestations de soins de ville (dépassements d'honoraires) et une forte hausse des prestations des organismes complémentaires sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires a le plus progressé depuis onze ans : elle atteint 37,1 % en 2011, alors qu'elle n'était que de 26,2 % en 2000.

**Depuis les années 1990, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont initié des conventionnements avec des professionnels de santé, notamment les pharmaciens, afin de développer la pratique du tiers-payant.**

**Cette pratique s'est rapidement étendue à d'autres professionnels de santé, s'inscrivant alors dans une autre logique : la « gestion du risque ».** La gestion du risque, pour laquelle les organismes complémentaires ont joué un rôle pionnier, avant que l'assurance maladie ne s'y engage, désigne l'effort commun des régulateurs et des professionnels pour améliorer la pertinence et la qualité des soins, afin que la maîtrise des dépenses ne passe pas par une réduction de la prise en charge des patients.

Les réseaux de soins ont une **double finalité**.

Il s'agit d'abord de **maîtriser des coûts en progression constante**, notamment en raison de la « *tendance, unanimement décrite par les organismes complémentaires d'assurance maladie – mais tout aussi unanimement contestée*

*par les représentants des professionnels de santé –, à aligner les tarifs sur le montant des garanties »<sup>(1)</sup>.*

Il s'agit ensuite de **développer le conseil aux assurés**, tant en matière tarifaire – les assurés n'étant pas forcément à même, individuellement, de vérifier l'adéquation entre les prestations et les coûts – que dans le domaine de la prévention et de l'assistance médicale.

Comme l'a indiqué Groupama – un des premiers acteurs, avec la MGEN, à avoir développé, des réseaux d'opticiens et de chirurgiens-dentistes –, *« dans ces domaines, les prix sont libres : pour des équipements équivalents, leur variation d'un professionnel à un autre peut être forte et l'appréciation de ces prix au regard de la qualité des prestations fournies apparaît complexe pour les assurés. D'où l'intérêt de mettre en place des dispositifs susceptibles de les éclairer dans leur choix et de faire en sorte qu'ils paient le « juste prix » de ces prestations »*. (avis de l'Autorité de la concurrence précité)

**Les opticiens et les chirurgiens-dentistes représentent aujourd'hui la majorité des professionnels conventionnés dans des réseaux de soins. Sont aussi concernés les audioprothésistes, et, dans une moindre mesure, certains établissements hospitaliers.**

Le nombre de professionnels de santé concernés par les réseaux de soins varie selon les réseaux et la profession exercée.

Les organismes complémentaires ont souvent été amenés à se regrouper en « plates-formes » de gestion des réseaux, les plus connues comptant plusieurs millions de bénéficiaires chacune : Santéclair (Covéa/Allianz), Carrés bleu, Itélis (Axa, Mutuelle Mieux être), ou Kalivia (Malakoff-Médéric, Harmonie Mutualité).

Le tableau présenté ci-après permet de juger du dimensionnement des différents réseaux de soins existants et du nombre de professionnels concernés.

---

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

*Panorama des réseaux de soins constitués par des organismes complémentaires*

Réseau	Organismes impliqués	Population couverte	Professionnels de santé membres du réseau	Conséquences sur la baisse des tarifs
<b>Santéclair</b>	Covéa/Allianz	6,5 millions	1 700 opticiens (F) 2 500 chirurgiens-dentistes 450 audioprothésistes 11 cliniques spécialisées dans la chirurgie réfractive 250 diététiciens Ostéopathie en projet	40 % sur les prix moyens des verres 15-20 % sur les prothèses dentaires 40-50 % sur les prothèses auditives 15 % consultation diététiciens
<b>MGEN</b>	MGEN, MFP	3,5 millions	1 900 opticiens (F) 25 700 dentistes 1 124 orthodontistes 512 centres dentaires 1 594 établissements de court séjour et 516 établissements de moyen séjour	-
<b>Itelis</b>	Axa/Mutuelle Mieux-être	6 millions	1 600 opticiens 3 200 chirurgiens 600 audioprothésistes	15 à 30 % sur l'optique Jusqu'à 30 % sur le dentaire
<b>Carte blanche</b>	Swiss Life	2,5 millions	10 000 opticiens 1 330 chirurgiens-dentistes 835 audioprothésistes 247 diététiciens 222 ostéopathes Laboratoires d'analyse, kinésithérapeutes	Reste à charge pour les adhérents inférieur à 49 euros par facture en contrat individuel et 23 euros en contrat collectif
<b>Sévéane</b>	Groupama/Pro BTP	6 millions	1 700 opticiens (F) 4 500 chirurgiens-dentistes Audioprothésistes en projet	20 % sur l'optique et le dentaire
<b>Kalivia</b>	Malakoff Mederic/Harmonie Mutuelles	6 millions	2 300 opticiens (O) 1 000 audioprothésistes	40 % sur les verres 10 % sur les montures 500 euros de moins en moyenne sur l'audioprothèse

Source : Étude Eurostaf, Collection Perspective stratégiques et financières, 2010, données réactualisées.

(O) : réseau ouvert ; (F) : réseau fermé.

**Par ailleurs, les mutuelles ont récemment entrepris de passer des accords avec les établissements de santé** – conventionnement hospitalier mutualiste (CHM). Cette démarche de conventionnement des établissements a été engagée depuis les années 1990. Selon la Mutualité française, plus d'une centaine de mutuelles participent à ce conventionnement et représentent 80 % des adhérents mutualistes. Le périmètre du conventionnement concerne principalement les conditions de prise en charge du supplément pour chambre particulière avec et sans hébergement.

Les établissements avec lesquels s'engage la discussion en vue de la signature de la convention sont retenus sur critère qualité (certification de la Haute Autorité de santé, campagne de lutte contre les infections nosocomiales) et tarifaire.

Par ailleurs, la Mutualité fonction publique (MFP), qui participe au conventionnement hospitalier mutualiste national complète ce dispositif pour certains établissements au sein desquels une négociation tarifaire a pu aboutir par un volet sur la prise en charge des dépassements d'honoraires.

Le tableau présenté ci-dessous précise les conditions de fonctionnement des deux types de conventionnement, le conventionnement hospitalier mutualiste (CHM) et le règlement fédéral hospitalier (RFH).

*Conventionnement hospitalier des mutuelles*

<b>Points de différenciation</b>	<b>Conventionnement hospitalier mutualiste</b>	<b>Règlement fédéral hospitalier</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Le nombre de mutuelles adhérentes au dispositif</b>	136 mutuelles (interprofessionnelles et fonction publique)	Uniquement mutuelles de la fonction publique (MFP) uniquement	Quelques mutuelles adhérentes à l'Union des mutuelles de la fonction publique ne sont pas adhérentes au dispositif CHM (ex : mutuelles des affaires étrangères et européennes, mutuelle des personnes de la caisse des dépôts et consignation, mutuelle du ministère de la justice)
<b>Périmètre de l'accord conventionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO)</li> <li>• Chambre particulière avec ou sans hébergement (ambulatoire) et le forfait journalier hospitalier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensemble des activités hospitalières : MCO, soins de suite et réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), psychiatrie</li> <li>• Le ticket modérateur, le forfait à 18 euros, la chambre particulière pour toutes les disciplines hospitalières, les frais d'accompagnant, les honoraires des praticiens, les soins externes, le SMUR, forfait journalier, et l'HAD</li> </ul>	Les critères de sélection des établissements du RFH sont moins contraignants (critères qualités exclusivement), le CHM apporte un référencement qualité/prix dont ne disposait pas le RFH.
<b>Le niveau de garantie proposé</b>	Des niveaux de prise en charge de la part des mutuelles variables selon les garanties des mutuelles	Une prise en charge de 45 euros pour l'ensemble des mutuelles du RFH	

<p><b>La marge de manœuvre de négociation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un ou plusieurs prix plafond régionaux validés par le comité de pilotage fédéral</li> <li>• Des modalités de différenciation entre établissements conventionnés et non conventionnés hétérogènes entre les mutuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un prix plafond de négociation national</li> <li>• Des modalités de différenciation entre établissements conventionnés et non conventionnés homogènes et opérationnelles (ex : suppression du tiers payant)</li> </ul>	<p>Le prix plafond correspond au montant à ne pas dépasser dans le cadre des négociations</p> <p>La souplesse laissée aux mutuelles sur la modalité de différenciation au sein du CHM rend possible un renforcement de la capacité de négociation (plus de mutuelles concernées que les seules mutuelles de la fonction publique).</p>
---	--	---	--

## B. LE FONCTIONNEMENT DES RÉSEAUX DE SOINS : PRINCIPES GÉNÉRAUX ET POINTS À AMÉLIORER

### • *Principes généraux du fonctionnement des réseaux de soins*

La constitution des réseaux de soins se caractérise par une contractualisation entre les organismes complémentaires d'assurance maladie et des professionnels de santé. Elle repose sur la **combinaison d'engagements réciproques, portant essentiellement sur quatre points** : le contrôle de la qualité des services rendus aux assurés (gamme de produits et de services offerts, respect de certaines normes et pratiques professionnelles, caractéristiques du magasin) ; la mise en place du tiers-payant ; le respect d'une certaine modération tarifaire – sur la base soit de tarifs définis par le professionnel, soit de tarifs maximaux fixés par les organismes complémentaires au sein du réseau ; enfin, orientation des assurés de l'organisme complémentaire vers les professionnels de santé membres du réseau.

**Les réseaux de soins existants se divisent en deux catégories : les réseaux ouverts et fermés.** Les premiers accueillent indifféremment tous les professionnels de santé qui souhaitent y adhérer, sous réserve de remplir le cahier des charges fixé par les organismes complémentaires (politique tarifaire, qualité des prestations, services rendus aux patients). Dans les seconds, le nombre des professionnels de santé membres est limité sur une zone géographique délimitée par l'organisme complémentaire.

**Comme le souligne l'avis de l'Autorité de la concurrence précité, « l'arbitrage entre les deux types de réseau résulte des considérations suivantes : la modération des coûts consentie par les professionnels conventionnés passe, en contrepartie, par l'espérance de recevoir un nombre significatif d'assurés des organismes complémentaires concernés comme clients grâce au réseau. »**

Ainsi, un réseau trop restreint et peu dense présenterait le risque d'être peu attractif pour les patients qui ne voudraient pas effectuer de trop longues distances, et par suite présenterait peu d'intérêt pour les professionnels et les organismes

complémentaires d'assurance maladie. Au contraire, un réseau excessivement étendu aurait peu d'intérêt pour les professionnels de santé, car il ne garantirait pas un flux de patients suffisant pour amortir les investissements matériels et humains exigés par l'appartenance au réseau. Enfin, **le caractère fermé ou ouvert d'un réseau de soins dépend des caractéristiques démographiques, géographiques et déontologiques de la profession de santé concernée.**

**Aujourd'hui, les réseaux fermés concernent majoritairement les opticiens.** Leur sélection s'opère par un appel à candidature (basé sur les prix pratiqués, les services proposés, le délai de réponse à l'appel d'offre), sur une zone géographique donnée, définie en fonction de la population et des zones de chalandise. Les professionnels qui n'auraient pas été retenus alors même qu'ils remplissent les conditions pour adhérer au réseau sont placés sur liste d'attente, jusqu'à ce qu'un autre professionnel quitte le réseau ou que l'organisme complémentaire décide d'étoffer son réseau.

- *Libre choix du professionnel ou du service de santé par le patient*

**Il faut noter ici que l'organisme complémentaire n'impose pas de professionnel à l'assuré, qui conserve le libre choix du praticien qu'il consulte. L'assuré continue à bénéficier du remboursement complémentaire de ses dépenses, quel que soit le professionnel qu'il choisit, en réseau ou non.**

En revanche, lorsqu'un adhérent a recours à un professionnel de santé du réseau, il bénéficie de plusieurs avantages comme la qualité des produits définis conventionnellement avec les opticiens agréés ou encore la dispense d'avance de frais grâce au tiers payant. L'assuré bénéficie aussi d'un meilleur service après-vente et d'une meilleure information par le professionnel. Ainsi, selon un récent sondage IPSOS (« Les Français et l'optique », sondage mené en juin 2012), les porteurs de lunettes déjà orientés vers des opticiens agréés dans un réseau de soins se déclarent plus satisfaits quant à la qualité des prestations et de l'information fournie par leur complémentaire santé, à 60 % contre 48 % pour les autres.

Selon l'Autorité de la concurrence, les coordonnées de tous les partenaires du réseau ne sont pas toujours communiquées aux assurés : généralement, il a le choix entre plusieurs noms parmi les partenaires les plus proches de son lieu de travail ou de son domicile. Certains organismes complémentaires mettent à disposition de leurs adhérents des outils de géolocalisation des professionnels conventionnés.

Quant à l'accès géographique aux soins, la plupart des organismes complémentaires s'assurent que les zones géographiques de référence des réseaux fermés permettent l'accès à un professionnel à moins de 25 kilomètres du lieu d'habitation ou de travail des assurés concernés.

- *Conformité des réseaux aux règles de la concurrence*

**Depuis quelques années, des critiques se sont multipliées contre la pratique des réseaux fermés, notamment chez les opticiens, dont il convient d'éclairer le bien fondé.** Les principaux griefs des professionnels portent sur l'absence de transparence des appels d'offre, les risques de fermeture du marché et de pratiques anti-concurrentielles, et la politique tarifaire qui serait imposée aux professionnels, tirant les prix et la qualité à la baisse.

**Concernant la conformité aux règles de la concurrence de la pratique des réseaux de soins**, les professionnels concernés craignent que la pratique des réseaux fermés par des organismes complémentaires dont la part de marché est significative, doublée de conditions préférentielles de remboursement pour les patients choisissant un professionnel du réseau, n'empêchent les non-conventionnés d'exercer leur activité.

**L'Autorité de la concurrence, saisie sur ce sujet en 2009, a établi que « tant la constitution de réseaux de soins que celle de bases de données sur les prix des médicaments doivent a priori être favorablement accueillies au regard de la politique de concurrence et des intérêts des consommateurs. »**

Elle a en effet considéré qu'aucun des conventionnements existants ne comporte de clause d'exclusivité et que le recours par les assurés aux professionnels membres des réseaux ne présente aucune automaticité. L'avis de l'Autorité cite ainsi le taux de fréquentation du réseau par les assurés de Groupama, d'environ 60 % pour les opticiens et 33 % pour les chirurgiens-dentistes. Pour les responsables du réseau Itélis, « *entre le nombre de bénéficiaires potentiels et le nombre de bénéficiaires qui passent dans le réseau, il y a un rapport de 1 à 10* » et souligné que « *même des acteurs tels que la Mutualité française parviennent à attirer seulement une partie de leurs mutualistes dans leurs œuvres* ». Enfin, l'Autorité de la concurrence indique que le bon fonctionnement de la concurrence n'est pas toujours proportionnel au nombre d'opérateurs présents sur le marché.

**Concernant la publicité et la transparence des appels d'offre**, les professionnels reprochent aux organismes complémentaires un manque de précision des critères de sélection, l'absence de communication des motifs du refus de conventionnement ou encore la place occupée par un professionnel, le cas échéant, sur les listes d'attente. Votre rapporteure estime sur ce point qu'il faut être vigilant quant aux garanties permettant de vérifier que le processus de sélection repose sur une concurrence par les mérites. Ces garanties doivent être apportées par l'application de critères transparents, objectifs et non discriminatoires.

Dans le même ordre d'idée, une attention particulière devra être portée à la situation des nouveaux entrants dans les réseaux, qui pourraient présenter des garanties tarifaires et qualitatives supérieures aux membres du réseau de soins. Il



serait possible de s'inspirer en la matière de la politique pratiquée par la MGEN, qui permet, dans certaines conditions, le conventionnement en surnombre de certains professionnels. L'Autorité de la concurrence a également jugé souhaitable de renforcer la stabilité et la sécurité du conventionnement passé entre organismes complémentaires et professionnels, en limitant sa durée à trois ou quatre ans. Votre rapporteure estime que cette proposition ne doit pas être de nature à restreindre la liberté contractuelle des complémentaires.

- *Maîtrise des tarifs, qualité et traçabilité des prestations*

**Les bénéfices des réseaux de soins pour les patients sont multiples : maîtrise des tarifs, amélioration de l'information et du conseil, service après-vente renforcé ou encore pratique du tiers-payant.**

De fait, les plates-formes de gestion des réseaux de soins affichent des tarifs sensiblement plus bas, de 20 % à 50 %, que les tarifs des catalogues sur l'optique et, dans une moindre mesure, sur les prothèses dentaires.

Le tableau ci-dessous, transmis à votre rapporteure au cours des auditions, contient des comparaisons de prix sur un équipement optique pour lequel les tarifs des réseaux peuvent être jusqu'à 30 % moins élevés.

*Effet des réseaux de soins sur un même équipement optique  
(« Myopie et presbytie : verres progressifs durcis »)*

Santéclair	375 euros
Kalivia	389 euros
MGEN	373 euros
Itélis	457 euros
Carrés bleus	380 euros
Carte blanche	478 euros
Tarifs Hors réseau	533 euros

*Source : Capital, mai 2011.*

Autre exemple, le réseau Kalivia en optique, permet une économie moyenne de 236 euros sur l'équipement optique pour une personne atteinte de presbytie, 128 euros pour une personne ayant une myopie forte. Quant au réseau de soins d'audioprothèses, il permet une économie de 557 euros pour une prothèse de niveau 5, c'est-à-dire de très haut de gamme, et de 506 euros pour un produit d'entrée de gamme. De plus, certains réseaux prévoient, en sus de la maîtrise des tarifs, des examens de prévention. C'est par exemple le cas du conventionnement prévu entre la Confédération nationale des syndicats dentaires et la Mutualité fonction publique.

La politique de maîtrise des tarifs, qui accompagne la mise en place des réseaux de soins, est critiquée dans la mesure où elle entraînerait un alignement des prix à la baisse, et une réduction de la qualité des prestations accessibles par le biais des réseaux de soins.

Deux interrogations principales sont apparues : certains professionnels seraient incités, du fait des demandes de maîtrise des tarifs, à se fournir auprès de fabricants étrangers, moins chers, pour améliorer leur marge. Par ailleurs, les organismes complémentaires sont accusés d'inciter les professionnels à proposer des produits « *bas de gamme* », et de limiter l'accès des patients à l'innovation, en fixant des tarifs maximaux très bas, voir inférieurs au prix d'achat catalogue majoré de la TVA et des frais de ports.

À titre liminaire, il faut rappeler que tous les réseaux ne mettent pas en place des grilles de tarifs maximaux. Ainsi, Groupama ou la MGEN demandent aux professionnels de déclarer leurs tarifs et de s'engager à les proposer effectivement aux assurés. Le réseau Itélis offre également la possibilité aux opticiens d'octroyer des remises sur les tarifs affichés en magasin.

**La question de la qualité et de la traçabilité des produits, que ce soit par exemple les prothèses dentaires, ou encore les verres de lunettes, excède largement le cadre des seuls réseaux de soins. C'est une problématique que partage l'ensemble des professionnels de santé.** D'ailleurs, il faut rappeler ici que la qualité et la sécurité des actes et prestations au sein des réseaux relèvent du contrôle des pouvoirs publics. Les autorités sanitaires continuent à fixer les règles de fabrication, de délivrance et autres caractéristiques des produits de santé.

**Les organismes complémentaires fixent au contraire des conditions supplémentaires en termes de qualité des produits.** Ainsi, la contractualisation entre organismes complémentaires et professionnels obéit à des chartes de qualité auxquelles ces derniers doivent se conformer. On peut citer à titre d'exemple les chartes qualité de Kalivia ou de la MGEN pour l'audioprothèse et l'optique, dont les exigences portent non seulement sur la qualité des équipements et des produits, mais aussi la qualification des professionnels.

Les chartes de qualité permettant de sélectionner les professionnels membres du réseau prévoient en outre des informations précises relatives à l'origine exacte des produits vendus ou utilisés, et leur processus de fabrication. La MGEN a ainsi exigé des spécimens de verres dans le cadre de la démarche de référencement des fournisseurs, et prévoit également des obligations de traçabilité des produits dans le cadre des cahiers des charges des professionnels conventionnés. Santéclair estime que parmi les 17 000 couronnes céramiques et bridges réalisés par les dentistes libéraux ou centres de santé partenaires, 4 % sont importées (96 % d'origine française). Ce chiffre est plus bas que celui avancé par la Cour des comptes sur la totalité du marché français, qui se situe autour de 30 %.

Par ailleurs, les organismes complémentaires réalisent des visites « qualité » sur des échantillons de magasins, c'est le cas des réseaux Kalivia et MGEN par exemple. Les organismes complémentaires contrôlent également les professionnels au moyen de clients « mystère ».

Enfin, les professionnels membres de réseaux de soins proposent autant de produits fabriqués en France que les autres enseignes et les réseaux permettent aujourd'hui d'accéder à des produits « *entrée de gamme* », « *milieu de gamme* » ainsi qu'à des produits dits « *haut de gamme* ». Les tableaux présentés ci-dessous en offrent deux illustrations. Pour le réseau Kalivia, la répartition des ventes de verres de septembre 2010 à février 2011 montre que les deux tiers des prestations sont haut de gamme dans le réseau. Dans le même sens, une étude de Santéclair sur les verres multifocaux montre que les verres « *entrée de gamme* » représentent une part faible des remboursements et que les verres « *haut de gamme* » représentent trois verres remboursés sur quatre.

Les réseaux de soins ne menacent donc pas la qualité des prestations. Cependant, votre rapporteure estime qu'il serait utile, y compris hors des réseaux, de conforter la garantie de la qualité en prévoyant que les pratiques se conforment à des référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

#### *Gamme de produits accessibles via le réseau Kalivia*

Gamme de verres	Ventes en %
<b>Moyenne gamme Gamme 1</b> : verres de type prélude, confort, ellipse (Essilor) ; sola XL, Gradal Brevis, Sola easy (CZV) ; amplitude, wide, summit (Hoya)	28,45
<b>Haut de gamme Gamme 2</b> : verres de type panamic, physio (Essilor) ; gradal top E, Sola compact ultra, sola one HD (CZV) ; hoyalux ID life style (Hoya)	67,41
<b>Verres personnalisés Gamme 3</b> : verres de type ipseo (Essilor) ; Gradal individual, GT2 3D, Sola ego, Sola one ego (CZV) ; hoyalux ID, hoyalux ID my style (Hoya)	4, 14

Sources : Kalivia – données 2010-11

#### *Gamme de produits accessibles via le réseau Santéclair*

Première génération (Entrée de gamme)	15 %
Deuxième génération (Champ large)	35 %
Troisième génération (Champ panoramique)	37 %
Quatrième génération (Champ personnalisé/ individualisé)	13 %

Sources : Santéclair – données 2010

### **C. LA PROPOSITION DE LOI : LA SÉCURISATION DES RÉSEAUX CRÉÉS PAR LES MUTUELLES ET L'ENCADREMENT DES RÉSEAUX DE SOINS**

La présente proposition de loi vise, en son article 1<sup>er</sup>, à autoriser les organismes mutualistes à pratiquer des différences de remboursements pour les patients consultant des professionnels membres de leur réseau. Il s'agit ainsi de garantir la sécurité juridique des réseaux de soins d'ores et déjà constitués par les organismes mutualistes.

L'article 1<sup>er</sup> propose ainsi de compléter l'article L. 112-1 du code de la mutualité afin de prévoir que les mutuelles ou unions peuvent « *instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins.* »

**L'article 2 de la présente proposition de loi, introduit par la commission, crée un nouveau chapitre dans le code de la sécurité sociale, visant à préciser le cadre juridique et les grands principes régissant les conventionnements entre organismes d'assurance complémentaire et professionnels, services et établissements de santé.**

Les principes retenus sont les suivants :

– respect par le conventionnement du principe fondamental de libre choix du patient de son professionnel, service ou établissement de santé ;

– caractère objectif, non discriminatoire et transparent des modalités de sélections des professionnels conventionnés ;

– libre information pour tous les assurés concernés sur la pratique des réseaux, les garanties offertes en matière de prestation et de qualité des soins et professionnels conventionnés.

Enfin, afin de ne pas mettre en cause la liberté contractuelle, à valeur constitutionnelle, des organismes complémentaires, il est prévu que l'article 2 s'applique aux conventions signées ou renouvelées à compter de la promulgation de la présente proposition de loi.

En outre, votre rapporteure a souhaité que l'ensemble de la représentation nationale et de nos concitoyens puissent disposer d'une évaluation objective rapide, puis, périodique, des réseaux de soins.

C'est pourquoi il est prévu, à **l'article 3, que le Gouvernement remette au Parlement, dès 2013 puis tous les ans, un rapport relatif aux réseaux de soins**. Ce rapport devra analyser les conséquences de la mise en place des réseaux de soins constitués par des organismes complémentaires d'assurance maladie quant à la qualité des prestations offertes par les professionnels membres de ces réseaux et l'amélioration de l'accès aux soins des assurés concernés.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I.- DISCUSSION GÉNÉRALE

*La Commission examine, sur le rapport de Mme Fanélie Carrey-Conte, la présente proposition de loi au cours de sa première séance du mercredi 21 novembre 2012.*

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Les auditions que nous avons menées la semaine dernière – je tiens à remercier l’ensemble de mes collègues qui y ont participé et ont nourri notre réflexion sur ce sujet passionnant – nous ont permis de constater que cette proposition de loi suscitait des débats et des interrogations, chez les professionnels comme chez les patients. Ces débats ne sont pas nouveaux. Ils ne sont pas terminés, puisque nous serons amenés à reposer l’année prochaine la question de la place des complémentaires santé dans la vie de nos concitoyens. J’espère en tout état de cause que nous pourrons aujourd’hui répondre aux interrogations de chacun.

Je commencerai par rappeler l’objet exact de cette proposition de loi. Depuis des années, les mutuelles, comme ces autres acteurs de la protection sociale complémentaire que sont les sociétés d’assurance et les institutions de prévoyance, passent avec les offreurs de soins – majoritairement les dentistes et les opticiens, mais aussi certains établissements de santé – des conventionnements sur des critères de prix et de qualité, et proposent des prestations bonifiées à ceux de leurs assurés qui se rendent chez ces professionnels de santé.

Si la proposition de loi porte d’abord sur les réseaux de soins développés par les mutuelles, organismes à but non lucratif protégeant aujourd’hui 38 millions de personnes, c’est qu’un arrêt rendu par la Cour de cassation en 2010 a remis en cause le principe même de ce conventionnement mutualiste, en se fondant sur la rédaction actuelle du code de la mutualité, qui interdit à une mutuelle de moduler le niveau des prestations servies à ses adhérents selon qu’ils consultent ou non un praticien conventionné par cette mutuelle. Les mutuelles sont de ce fait sous la menace de jugements qui condamneraient leurs réseaux de soins. La proposition de loi vise donc à modifier le code de la mutualité afin de mettre fin à cette situation d’insécurité juridique et de rétablir une véritable égalité entre les organismes complémentaires.

Ce texte n’est pas inédit : une proposition de loi de 2010 cosignée par nos collègues Yves Bur et Jean-Pierre Door, puis des dispositions de la proposition de loi dite « Fourcade » poursuivaient le même objectif. Mais le Conseil constitutionnel avait censuré ces dernières dispositions au motif qu’il s’agissait d’un cavalier législatif.

En octobre dernier, le Président de la République, conformément à l’un des engagements de sa campagne, et la ministre de la santé se sont tous deux

prononcés pour une modification du code de la mutualité visant à lever les menaces juridiques pesant sur les réseaux de soins des mutuelles. Ils ne sont pas les seuls, puisque le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la Cour des comptes et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) récemment se sont prononcés en faveur des réseaux de soins mutualistes.

Je voudrais maintenant m'arrêter sur les causes de l'existence de ces réseaux de soins et de notre intérêt pour eux. Les réseaux de soins se sont développés pour remédier à la faiblesse du niveau de prise en charge par la sécurité sociale dans certains secteurs, phénomène encore aggravé par les politiques de réduction du périmètre des solidarités nationales conduites ces dernières années. Entre 2008 et 2010, la part de la sécurité sociale dans la prise en charge des dépenses de santé est ainsi tombée de 77 % à 75,7 %. Et, selon les chiffres de la Cour des comptes, l'assurance maladie s'est désengagée de la prise en charge de ces dépenses à hauteur de 3,3 milliards d'euros de 2004 à 2008.

L'optique est l'un des domaines pour lesquels la prise en charge par l'assurance maladie est aujourd'hui réduite à la portion congrue, puisqu'un équipement est pris en charge à hauteur de 4 % en moyenne par la sécurité sociale. On citera également le dentaire ou les audioprothèses. Dans ces secteurs peu régulés où les tarifs sont libres, les écarts de prix peuvent être considérables et sont difficilement compréhensibles par les patients. Ainsi le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a-t-il relevé des écarts de prix de 20 % pour les implants dentaires, selon les régions. Cette situation, qui est de fait celle d'un système de santé à plusieurs vitesses, est responsable du maintien, voire du creusement des inégalités dans l'accès aux soins, et génère des comportements de renoncement à certains soins pour des raisons financières.

C'est dans ces secteurs – optique, dentaire, audioprothèses –, où les complémentaires interviennent majoritairement, que les réseaux existent essentiellement aujourd'hui. Ces réseaux sont un outil dont il ne faut pas priver les complémentaires car ils permettent, par le biais du conventionnement, de réduire les restes à charge, donc de favoriser l'accès aux soins. À titre d'exemple, sur un équipement optique, les tarifs pratiqués par les réseaux peuvent être jusqu'à 30 % moins élevés que la moyenne.

Il va de soi que nous avons la responsabilité d'améliorer la prise en charge par l'assurance maladie et la qualité de tous les soins. Avec le Gouvernement et la majorité, nous y travaillons. Mais ne pas utiliser cet outil reviendrait dans les faits à accepter les difficultés de nombre de nos concitoyens à aller chez le dentiste, à s'équiper de lunettes ou d'audioprothèses à moindre coût, avec une meilleure qualité de prestations.

Je voudrais ici apaiser certaines inquiétudes sur le fonctionnement des réseaux qui sont apparues lors de nos auditions. Les réseaux de soins ne constituent pas une privatisation du système de soins, dès lors que l'enjeu demeure l'amélioration de la prise en charge par la sécurité sociale et l'assurance maladie

obligatoire. Ils ne constituent pas non plus une remise en cause du libre choix du patient puisque le remboursement demeure assuré en cas de recours à un professionnel ne relevant pas du réseau. Ils ne sont pas non plus un facteur d'aggravation des déserts médicaux, sujet qui excède largement notre débat d'aujourd'hui, et phénomène face auquel nous sommes tous mobilisés. Je tiens à insister sur le fait que les réseaux fermés concernent des professionnels de santé dont la démographie ne pose pas de problème, comme les opticiens. Dans la plupart des cas, les organismes complémentaires s'efforcent de veiller à ce qu'un professionnel conventionné ne soit pas à plus de vingt-cinq kilomètres du lieu d'habitation ou de travail de leurs adhérents.

Enfin, comme l'a clairement établi l'Autorité de la concurrence dans un avis rendu en 2009, les réseaux de soins ne sont pas contraires au principe de la concurrence.

Cependant, nos auditions et l'ensemble de nos travaux nous ont convaincus de l'utilité de préciser le cadre juridique des réseaux de soins déjà créés par les trois types de complémentaires. Tel est l'objet de notre amendement portant article additionnel visant à poser les principes que tout conventionnement entre un organisme complémentaire et un professionnel ou un service de santé devra respecter. Il s'agira notamment de réaffirmer que le réseau ne peut pas porter atteinte au libre choix du patient, ou encore que la sélection des professionnels doit s'opérer selon des critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'amendement précise que les organismes complémentaires doivent garantir à leurs adhérents une information claire et complète, tant sur les caractéristiques des réseaux de soins mis en place par les complémentaires que sur l'impact de ceux-ci en termes de garanties souscrites.

Par ailleurs, afin de favoriser une meilleure connaissance des réseaux de soins et de leur impact, nous vous présenterons, en accord avec la présidente, un amendement visant à obtenir au plus vite du Gouvernement un rapport d'évaluation sur ce sujet.

Je voudrais en conclusion rappeler que cette proposition de loi s'inscrit au cœur d'enjeux beaucoup plus larges. Les réseaux de soins ne constituent pas un outil exhaustif en matière d'accès aux soins. Ce texte n'épuise pas non plus toutes les questions que pose l'accès aux soins ; il soulève au contraire des interrogations de fond sur le fonctionnement d'ensemble de notre système de santé. Cette proposition de loi doit donc être la première étape d'une réflexion en profondeur sur l'organisation de ce système, les relations entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, l'accès de tous les citoyens à une complémentaire santé, une meilleure définition des contrats responsables et une réflexion sur la fiscalité des contrats complémentaires, les déserts médicaux, le panier de soins et sur la nécessité d'améliorer la prise en charge obligatoire et la qualité des soins.

Ces questions doivent à l'évidence être posées. Vous aurez compris que ce texte n'a pas vocation à y répondre entièrement, mais il annonce les enjeux

auxquels nous serons demain confrontés. Ce que nous voulons aujourd'hui par ce texte, c'est mettre fin à une inégalité entre les organismes complémentaires et améliorer concrètement l'accès aux soins, dans un contexte que nous ne pouvons ignorer : celui du creusement d'inégalités parmi les plus intolérables – je veux parler de celles qui se manifestent en matière de santé.

Nous voulons également pouvoir demain réfléchir ensemble – pouvoirs publics, complémentaires, professionnels de santé et citoyens –, en dehors de toute polémique inutile, aux moyens de réinventer notre système de santé.

J'espère que la qualité de nos débats sera à la hauteur des enjeux et que nous adopterons ensemble un texte équilibré non seulement pour les pouvoirs publics et les professionnels de santé, mais surtout pour nos concitoyens et leur accès aux soins.

**M. Christian Paul.** Je voudrais tout d'abord saluer la façon dont notre rapporteure a pris à bras-le-corps ce sujet pour le sortir de l'impasse juridique où il se trouvait depuis que le Conseil constitutionnel avait annulé le texte que nous avons voté à la fin de la législature précédente. Cette censure avait laissé les réseaux de soins créés par les mutuelles dans l'insécurité juridique et vulnérables face aux risques de contentieux.

Cette proposition de loi est l'occasion de poser la question plus générale du rôle, de la mission et de l'importance de ces réseaux dans notre système de protection collective. Comme vous l'avez souligné, madame la rapporteure, le texte que nous examinons ce matin n'a pas vocation à réguler l'ensemble du système des complémentaires santé ou le secteur des mutuelles. Il nous fournira cependant l'occasion d'inscrire dans la loi quelques principes visant à encadrer la création et le fonctionnement des réseaux de soins.

Dans les années qui viennent, nous serons appelés à légiférer sur l'ensemble des questions concernant les assurances maladie complémentaires. Un de nos objectifs pour cette législature sera de réduire la part des dépenses de santé restant à la charge de chaque Français, et il faudra dans cette perspective évaluer les conditions dans lesquelles les complémentaires santé contribuent à cet objectif. Nous devons donc, d'une part consolider l'assurance maladie obligatoire, héritage de 1945, et d'autre part favoriser l'accès du plus grand nombre possible de Français aux complémentaires santé dans les conditions les plus équitables et améliorer la performance de ces complémentaires. Le rôle des réseaux de soins est important de ce point de vue puisqu'il en découle une pression à la baisse sur les prix dans des domaines où la protection de l'assurance maladie est insuffisante – optique, soins dentaires, audioprothèses.

Pour ces raisons, le groupe SRC soutient cette proposition de loi, et ce avec d'autant plus de ferveur que votre travail, madame la rapporteure, permettra de l'améliorer encore.



**M. Jean-Pierre Door.** Je vous remercie, madame la rapporteure, d'avoir rappelé que cette proposition de loi avait eu des précédents. La nécessité de remédier à l'insécurité juridique et à mettre sur un pied d'égalité les trois familles d'organismes complémentaires est indéniable. Votre proposition n'est cependant pas exempte de toute critique. Elle risque notamment de provoquer une distorsion de concurrence et d'altérer le libre choix des patients. Il faudrait, pour parer à ce risque, qu'un décret fixe, après négociation avec les organisations représentatives des professionnels de santé sur le plan national, des règles communes de conventionnement de ces réseaux. J'ai cru comprendre en lisant la presse ce matin que la ministre de la santé avait évoqué cette possibilité pour l'optique et les soins dentaires. L'amendement AS 6 de Dominique Tian et le sous-amendement AS 10 de la présidente me semblent également aller dans ce sens.

Par ailleurs, tous les soins d'optique ou dentaires ne doivent pas relever indistinctement du même niveau de prise en charge : en optique, il faudrait surtout améliorer le remboursement des verres, car les montures relèvent moins de la solidarité ; dans le dentaire en revanche, c'est la prise en charge des prothèses qui doit être améliorée, et non celle du soin dentaire, soin conventionné qui ne doit pas être sous-évalué.

**M. Jonas Tahuaitu.** On ne saurait contester *a priori* l'objet de cette proposition de loi, puisqu'il s'agit de lutter contre les déserts médicaux en améliorant l'accès aux soins par la réduction, finalement assez modeste – telle du moins qu'elle est affichée –, du reste à charge des patients, notamment dans des secteurs où 15 % des Français déclarent renoncer à se soigner pour des raisons financières.

Le moyen retenu est, en revanche, beaucoup plus contestable. Permettre aux mutuelles de jouer pleinement leur rôle de régulateur du secteur en leur donnant la possibilité d'être des acteurs de la négociation entre l'offre et la demande de soins ne nous semble pas conforme à leur vocation. Pis, cela nous paraît contraire à ce que devrait être le rôle de l'État. S'il doit, en effet, exister un régulateur sur ce marché de la santé, la logique républicaine et le principe constitutionnel d'égalité de tous les Français devant l'accès aux soins imposent que ce rôle de régulateur soit pleinement et complètement assumé par l'État.

Nous sommes d'autant plus étonnés de cette sorte de délégation de pouvoir que les mutuelles n'étaient pas à la table des dernières négociations entre le ministère de la santé et les professionnels. En termes de méthode, il y a comme un hiatus entre l'affichage de démarches concertées et l'absence de transparence entourant ce texte d'origine parlementaire, et non gouvernementale, ce qui est paradoxal au regard de l'importance que le Gouvernement semble accorder à cette démarche.

Outre la méthode, notre inquiétude vient aussi de ce que ce dispositif mettrait en place un réseau parallèle, instaurant des différences dans le niveau des prestations selon que l'assuré choisit de recourir à un professionnel, un

établissement ou un service de santé membre d'un réseau de soins. Sous couvert de lutter contre les déserts médicaux, c'est donner une sorte de privilège exorbitant aux mutuelles pour lutter à armes égales contre les assurances et les organismes de prévoyance. Rien n'assure pourtant que ce choix améliorera l'offre de soins sur les territoires, notamment en permettant aux Français de bénéficier durablement de remises plus importantes, par exemple sur les produits d'optique.

Quels critères de qualité seront retenus pour inclure des professionnels dans ces réseaux ? Quelle cartographie nationale pour couvrir équitablement le territoire ? Quel droit de regard la puissance publique, délégataire de sa propre compétence, conservera-t-elle ?

Si ce droit de regard est pleinement exercé, cette proposition pose la question fondamentale du statut des mutuelles. L'État se mêlerait alors de la gestion et du fonctionnement d'organismes privés. Cela signifie-t-il une sorte d'étatisation des mutuelles ? Est-ce là l'objectif ultime de cette proposition ?

Enfin, cette préemption des soins courants par les mutuelles aboutirait à ce que la sécurité sociale n'ait plus finalement à sa charge que les pathologies lourdes. Le reste passerait aux mains d'organismes de droit privé. Est-ce bien là ce que la représentation nationale souhaite pour les Français ?

Cette proposition pose donc plus de questions de fond qu'elle n'apporte de solutions positives, équitables et durables pour les Français. Elle fait d'un constat une sorte de fatalité et l'occasion d'un abandon par l'État d'une compétence fondamentale. Elle ouvre une boîte de Pandore dont on ne peut dire aujourd'hui ce qu'il en sortira, en remettant les clés de l'offre médicale dans les territoires à de grands et puissants réseaux privés qui, même s'ils n'ont pas vocation au profit, ne sont pas pour autant dénués d'arrière-pensées économiques et financières.

À partir du constat pertinent sur lequel se fonde cette proposition, nous devons donc réfléchir à un tout autre système de régulation, qui associe de façon transparente tous les acteurs nationaux et locaux de la contribution à l'égal accès des Français à la santé.

Le groupe UDI aurait pu proposer un amendement de suppression de l'article unique de cette proposition de loi ; nous avons préféré avancer une première idée pour contribuer positivement à un débat qui ne peut pas se réduire à la discussion de ce texte et encore moins à son adoption en l'état.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je voudrais à mon tour remercier la rapporteure pour le travail qu'elle a accompli et pour le temps qu'elle a bien voulu m'accorder.

J'ai bien compris que cette proposition de loi visait à réduire les inégalités d'accès aux soins et à diminuer le reste à charge, ainsi qu'à mettre fin à une inégalité entre les organismes complémentaires. Je ne peux que partager ces objectifs après dix ans d'une politique de droite ayant entraîné de graves

dysfonctionnements qui n'ont fait qu'aggraver les inégalités d'accès à la santé. Mettre fin à ces dysfonctionnements nécessiterait l'ouverture d'un grand chantier, et j'ai bien compris que telle n'était pas la vocation de ce texte.

Cela dit, je voudrais vous faire part de nos préoccupations. Le groupe GDR considère que cette proposition de loi instaure une discrimination, dans la mesure où le niveau de prise en charge variera selon que le praticien fera partie ou non du réseau. Une telle prise en charge à deux vitesses est contraire à l'un des principes fondateurs du mutualisme, selon lequel les mutuelles ne peuvent introduire des différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations ou de la situation de la famille des intéressés. Cette discrimination est d'autant plus discutable qu'elle porte atteinte au libre choix du praticien. Elle est même irrecevable lorsqu'elle concerne les médecins.

C'est l'élargissement du périmètre et du niveau de remboursement des soins par la sécurité sociale qui doit être au cœur de nos débats. Vous avez évoqué, madame la rapporteure, l'ampleur de la dégradation en la matière : notre rôle est de remédier à cette situation. Nous craignons que ce texte n'ouvre à l'inverse la voie à un transfert du socle de soins pris en charge par la sécurité sociale vers les complémentaires, ce qui serait un formidable recul. Il est vrai, madame la rapporteure, que l'objectif affiché par vous en termes généraux semble rejoindre le nôtre, mais les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 ne vont pas vraiment dans le même sens.

**Mme Véronique Massonneau.** Je voudrais vous remercier à mon tour, madame la rapporteure, de nous avoir permis de vous faire part de nos inquiétudes.

Les députés écologistes sont effectivement partagés sur cette proposition de loi. De prime abord, acter dans la loi la possibilité pour les mutuelles d'être des régulatrices dans l'accès aux soins nous semblait une fausse bonne idée. Certes, il s'agit de revenir sur la jurisprudence de 2010 interdisant les différenciations de remboursements. Mais cette proposition de loi acte une forme de désengagement de l'État, *via* l'assurance maladie obligatoire, dans l'accès aux soins, au profit des mutuelles ou unions. L'exposé des motifs est très clair : « *La lutte contre les inégalités d'accès aux soins doit être l'un des objectifs majeurs des politiques de santé et de lutte contre les exclusions.* » Nous sommes totalement d'accord avec cela, tout comme nous partageons votre constat sur la situation sanitaire en France et les renoncements aux soins, qui sont inacceptables. Vous précisez que notre système de santé repose sur l'assurance maladie obligatoire, mais vous ajoutez que les organismes complémentaires jouent également un rôle important et surtout croissant. C'est là le point qui nous pose problème.

Nous partageons l'idée d'améliorer l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens, mais nous pensons que le meilleur moyen pour cela serait de mener une véritable réflexion sur le réengagement de l'assurance maladie, notamment dans la prise en charge des soins dentaires et de l'optique. En outre, tel qu'est

formulé l'article unique, les réseaux de soins peuvent inclure les médecins, ce qui ne nous semble pas acceptable.

Nous étions plutôt décidés à nous abstenir sur cette proposition de loi, mais la rapporteure nous a assuré que des amendements viendraient améliorer ce texte, notamment en y introduisant une obligation de communication d'informations sur le réseau à qui les demande et l'exclusion des médecins du dispositif. Notre vote dépendra donc de l'issue de nos débats. En tout état de cause, nous serons vigilants quant à l'application de ce texte. Nous souhaitons en outre, madame la présidente, la mise en place d'une mission d'information sur les mutuelles.

**Mme la rapporteure.** Les auditions auxquelles nous avons procédé nous ont convaincus de la nécessité de fixer des règles communes pour les conventionnements entre les différents organismes complémentaires et les professionnels de santé. Nous vous proposerons donc par le biais d'amendements d'inscrire ces principes dans la loi.

Jean-Pierre Door a souligné le caractère contestable du prix de certains soins. Il faudrait incriminer la faculté de certaines professions de fixer librement leurs tarifs. S'agissant des soins dentaires, les réseaux portent sur les honoraires libres, et non pas ceux qui sont négociés avec la sécurité sociale.

Comment pouvez-vous nous reprocher notre manque de transparence, monsieur Tahuaitu, alors que nous avons conduit trois séances d'audition par demi-journée la semaine dernière ? Il est dommage que vous n'ayez pas pu, ou pas voulu, y assister. Il me semble par ailleurs que vos reproches manquent quelque peu de cohérence : votre quasi-plaidoyer en faveur d'une nationalisation de la sécurité sociale me semble légèrement en contradiction avec les politiques menées depuis dix ans. Nous sommes, pour notre part, favorables à la régulation, et non pas à la réduction du périmètre des solidarités nationales à laquelle il a été procédé ces dix dernières années par le biais des franchises médicales, de l'augmentation du forfait hospitalier, de la diminution du remboursement de certains médicaments, etc. Ce sont les effets de cette politique que nous payons aujourd'hui. À l'inverse, nous actionnons, nous, tous les leviers qui permettront de favoriser directement l'accès aux soins.

Madame Fraysse, nous devons faire face à une situation de fait : il existe déjà un système de santé à plusieurs vitesses, du fait notamment de l'absence de régulation des prix dans des secteurs tels que l'optique ou le dentaire. Que faire quand la sécurité sociale ne rembourse que 4 % d'un équipement de correction optique ? Notre réponse ne consiste pas à privilégier un seul outil ; nous voulons permettre aux complémentaires de réduire les coûts des soins non régulés. Je le répète : cette proposition n'a pas l'ambition d'être une politique de santé, mais ne pas utiliser cet outil des réseaux de soins reviendrait à priver nos concitoyens de la possibilité de bénéficier de soins moins chers.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il ne faut pas se tromper de débat : en dépit de tout le temps et l'énergie que notre rapporteure y a consacré, ce texte n'a pas vocation à régir l'accès aux soins dans son ensemble. Il ne résout pas, par exemple, le problème des 8 % de personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire. Il s'agit simplement d'une remise à niveau juridique de la mutualité par rapport à la prévoyance et aux assurances.



## II.- EXAMEN DES ARTICLES

*Avant l'article 1<sup>er</sup>*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 4 de M. Dominique Tian, portant article additionnel avant l'article unique.*

**M. Dominique Tian.** Le groupe UMP est évidemment tout à fait opposé à cette proposition de loi visant à permettre aux mutuelles de moduler les taux de remboursement à leurs adhérents selon qu'ils consultent ou non un praticien conventionné ou choisissent un établissement de santé conventionné par le réseau de soins, même si les déclarations tenues par Mme Touraine dans *Le Figaro* de ce matin laissent penser que ce texte va être amélioré.

Quoi qu'il en soit, on ne peut pas envisager de confier de nouvelles responsabilités aux mutuelles sans soulever la question du manque de transparence et d'efficacité de leur gestion. Ainsi les frais de gestion des organismes complémentaires représentent-ils à peu près le triple de ceux de la sécurité sociale.

Cet amendement vise à lutter contre les dépenses excessives des mutuelles dans le domaine du marketing. Celles-ci sont telles qu'elles ont encouru la critique de Gérard Bapt lui-même à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Selon lui, « *il serait bon de connaître le montant des frais de marketing organisme par organisme : on pourrait certainement faire des économies dans ce domaine* ». Les exemples de manque de transparence ou de mauvaise gestion de certaines mutuelles relatés par la presse sont impressionnants : réserves de plusieurs centaines de millions d'euros, achat de châteaux dans le Bordelais, dépenses de publicité représentant 30 % des frais de gestion, etc. Il y a à l'évidence de grandes marges de progression dans ce domaine, et pas seulement pour les mutuelles étudiantes.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Vous n'aviez pas, monsieur Tian, manifesté la même émotion en 2011 quand les entreprises du médicament avaient acheté de grands encarts dans les journaux pour protester contre le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament, avant même que nous n'ayons entamé son examen ! Cela avait d'ailleurs choqué M. Xavier Bertrand, qui était d'accord avec moi sur ce point.

**M. Richard Ferrand.** Cet amendement n'a aucun rapport avec ce texte. Surtout, il traduit de purs fantasmes, la proposition de loi ne visant qu'à donner une base légale à ce qui existe déjà dans les faits. Ainsi, plus de 60 % des chirurgiens-dentistes ont choisi de conventionner avec des organismes complémentaires. Vos craintes, monsieur Tian, n'ont donc aucun fondement.

Plus grave, vous substituez aux arguments qui vous font défaut des bêtises, voire des propos diffamatoires. Vous indiquez ainsi, dans votre exposé sommaire,

en citant un principal syndicat de médecins libéraux, qu'une mutuelle aurait acheté le Château Lacombe, dans le Bordelais, pour 200 millions d'euros. Cela tombe bien : c'est précisément la mutuelle des médecins libéraux ! Quant à la Mutualité française, dont vous dites que c'est le plus gros propriétaire viticole de France, sachez qu'elle a déclaré, par la voix de son président, qu'elle ne possédait pas un arpent de terre et qu'elle a assigné le diffamateur devant le tribunal correctionnel. Je ne peux donc que vous inciter à la prudence !

En conclusion, vos propos n'apportent donc rien au débat et cette proposition de loi est tout à fait pertinente, car elle vise à régulariser une situation de fait.

**Mme la rapporteure.** Le débat porte sur les réseaux de soins, et non sur la fiscalité des organismes complémentaires, pour laquelle la ministre de la santé a annoncé la tenue d'une discussion en 2013, qui portera notamment sur les contrats responsables.

Je rappelle que la fiscalité des mutuelles a été multipliée par huit au cours des douze dernières années et que la publication des frais de gestion des mutuelles sera obligatoire à partir de 2014.

Monsieur Tian, vous préférez polémiquer avec des arguments erronés plutôt que débattre des réseaux de soins. Avis défavorable à cet amendement.

**M. Gérard Bapt.** Monsieur Tian, vous tordez la réalité en citant les propos du principal syndicat de médecins libéraux, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), selon laquelle cette proposition de loi viserait à instaurer « *un conventionnement individuel des médecins libéraux à des fins tarifaires* ». En effet, le tarif concerne le niveau des prestations servies aux assurés, pas les médecins libéraux. Je vous rappelle que toute assurance sert des prestations différentes selon les contrats signés par les assurés. Voilà pourquoi d'ailleurs nous souhaitons la négociation d'un contrat solidaire de base, qui s'imposerait à l'ensemble des organismes complémentaires d'assurance maladie.

*La Commission rejette l'amendement AS 4.*

#### *Article 1<sup>er</sup>*

(art. L. 112-1 du code de la mutualité)

#### **Ouverture aux mutuelles du droit de constituer des réseaux de santé**

Le présent article vise à autoriser les mutuelles à pratiquer des modulations des prestations servies à leurs adhérents si ces derniers recourent à un professionnel, un service ou un établissement de santé membre d'un de leurs réseaux de soins.

Aujourd'hui, les mutuelles, comme les autres acteurs de la protection sociale complémentaire que sont les sociétés d'assurance et les institutions de



prévoyance, pratiquent avec les offreurs de soins (notamment avec les dentistes et les opticiens), un conventionnement fondé sur des critères de qualité et visant à mieux encadrer les tarifs.

Or, sur la requête d'un adhérent mutualiste qui, n'ayant pas recours à un dentiste conventionné par sa mutuelle, avait contesté le fait d'être moins bien remboursé, la Cour de cassation a, dans un arrêt du 18 mars 2010, remis en cause le principe même de ce conventionnement mutualiste, en interdisant à une mutuelle de pratiquer des modulations dans le niveau de prestations, selon que l'adhérent consulte, ou non, un praticien conventionné par cette mutuelle.

En effet, en l'état actuel du droit, l'article L. 112-1 du code de la mutualité prévoit que *« les mutuelles et les unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés »*.

Afin de garantir la sécurité juridique des réseaux de soins d'ores et déjà constitués et de rétablir l'égalité de traitement entre les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, l'article 1<sup>er</sup> de la présente proposition de loi vise à autoriser les organismes mutualistes à pratiquer des différences de remboursements pour les patients consultant des professionnels membres de leur réseau.

Il est proposé de compléter l'article L. 112-1 du code de la mutualité afin de prévoir que les mutuelles ou unions peuvent également instaurer des différences dans le niveau des prestations *« lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention »* visant à mettre en place un réseau de soins.

Œuvrer au développement encadré des réseaux de soins, c'est avant tout favoriser une meilleure prise en charge des patients, d'un point de vue financier et qualitatif, mais également une meilleure orientation et une meilleure information des usagers de notre système de soins.

C'est aussi rétablir une égalité de traitement entre les organismes complémentaires et mettre fin à l'insécurité juridique qui touche aujourd'hui les réseaux mutualistes.

C'est enfin, comme l'énonçait un communiqué du Collectif inter associatif sur la santé du 19 juillet 2012, reconnaître aux complémentaires *« un droit à agir pour soutenir un système qui, faute de pouvoir être régulé dans tous ses segments d'activité par l'assurance maladie obligatoire, refoule des millions d'usagers aux portes de l'accès à certains soins »*.

*La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS 5 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Selon le texte qui nous est soumis les mutuelles peuvent « *instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins.* »

En permettant d'imposer à un assuré tel ou tel professionnel ou établissement de santé, ce texte met gravement en péril le principe même de la liberté du choix du patient.

Par ailleurs, les réseaux captifs n'ont jamais démontré qu'ils étaient synonymes d'économies et de qualité. Voilà pourquoi mon amendement vise à supprimer l'article unique.

**M. Christian Paul.** Cette proposition de loi ne met nullement en cause la liberté de choix du patient. Celui-ci sera remboursé par sa mutuelle même si le professionnel de santé qu'il a consulté n'est pas membre d'un réseau de soins. L'objectif poursuivi ne se limite pas à une amélioration du remboursement : il s'agit avant tout de faire baisser des prix.

J'ajoute, monsieur Tian, que l'organisme que vous citez dans l'exposé sommaire de votre précédent amendement relève du code des assurances et non du code de la mutualité.

**M. Dominique Tian.** Je vous invite à lire les déclarations des mutuelles et celles de Mme Touraine parues ce matin dans la presse ! Le ministère de la santé a fait savoir qu'il s'opposerait dorénavant « *à un remboursement différencié, sauf pour l'optique et le dentaire* », alors que Marisol Touraine avait promis aux mutuelles, lors de leur congrès de Nice fin octobre, de leur accorder ce droit sans restriction !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Tian, ni les mutuelles ni la ministre ne font la loi ! Nous discutons d'un texte d'initiative parlementaire !

**M. Richard Ferrand.** Pour le conventionnement, un cahier des charges est publié auprès des professionnels de santé, qui restent libres d'y répondre ou non. Sur cette base, un accord tarifaire est créé. Cela permet à l'assuré qui consulte dans un établissement conventionné de supporter un reste à charge très réduit. Si l'assuré consulte un partenaire non conventionné, la prestation de la mutuelle est moindre. Tout cela existe déjà aujourd'hui. Nous pouvons espérer que le développement du conventionnement permettra de faire globalement baisser le reste à charge. C'est tout l'enjeu de cette proposition de loi.

**Mme la rapporteure.** Les réseaux de soins créés par les mutuelles existent en effet, pour certains, depuis la fin des années 90. Plusieurs types de conventionnement existent en fonction des réseaux, et nous pouvons en tirer des enseignements en termes de baisse des coûts et d'amélioration de la qualité des soins.

Je précise que des amendements visent à inscrire dans la loi le principe de liberté de choix du patient, qui n'est pas remis en cause par le fonctionnement des réseaux.

Ce texte n'instaure pas des réseaux de soins fermés, qui existent déjà essentiellement en matière d'optique. Les réseaux sont ouverts ou fermés en fonction du type de professionnels de santé, des territoires et de la démographie. En outre, selon l'Autorité de la concurrence, les réseaux fermés ne créent pas de distorsion de concurrence.

J'ajoute que les réseaux de soins n'ont pas d'impact sur l'implantation des professionnels de santé.

Enfin, votre demande d'évaluation sera satisfaite par un amendement prévoyant la remise au Parlement, par le Gouvernement, d'un rapport sur le bilan des conventions souscrites.

Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement AS 5.*

*Puis elle examine l'amendement AS 8 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement rédactionnel vise à supprimer le terme « *toutefois* » qui s'articule mal avec la rédaction actuelle de l'article L.112-1 du code de la mutualité. Il a aussi pour objet d'assurer une coordination avec l'article additionnel que nous vous proposerons tout à l'heure.

*La Commission adopte l'amendement AS 8.*

*L'article unique est ainsi rédigé.*

*En conséquence, les amendements AS 2 et AS 1 de M. Arnaud Richard, et l'amendement AS 6 de M. Dominique Tian deviennent sans objet.*

*Après l'article 1<sup>er</sup>*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 3 de Mme Véronique Massonneau.*

**Mme Véronique Massonneau.** Nous retravaillerons cet amendement pour le présenter en séance publique.

*L'amendement AS 3 est retiré.*

*Article 2 (nouveau)*

(art. L. 863-8 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

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

Cet article, introduit à l'initiative de votre rapporteure et plusieurs de ses collègues du groupe SRC, vise à préciser les grands principes que les réseaux de soins mis en œuvre par les organismes d'assurance maladie complémentaire, quel que soit leur statut juridique (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) doivent respecter, afin de renforcer les garanties offertes aux assurés en termes d'accès à la santé et aux professionnels et services de santé adhérents, en termes de liberté contractuelle.

L'article insère donc un nouvel article L. 863-8 dans le code de la sécurité sociale, qui prévoit tout d'abord que la convention souscrite, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, c'est-à-dire une plate-forme de gestion des réseaux de soins, 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, 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, respecte les principes suivants :

– la convention ne peut comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé ;

– l'adhésion à la convention par les 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.

En outre, il est prévu que l'organisme assureur « *garantit une information suffisante auprès de ses assurés ou adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits.* ».

À l'initiative de la présidente de la commission, il a été précisé que les conventions ne pourront porter que sur les tarifs pratiqués par les médecins pour les actes et prestations qui sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions médicales nationales.

Afin de préserver la liberté contractuelle des organismes complémentaires et des professionnels et services de santé concernés et ne pas remettre en cause les

réseaux de soins existants, le présent article précise que les principes énoncés par le nouvel article L. 863-8 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux conventions conclues ou renouvelées à compter de la date de promulgation de la présente loi.

\*

*La Commission examine l'amendement AS 9 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement vise à préciser les grands principes auxquels devront se conformer les réseaux de soins mis en œuvre par les organismes d'assurance maladie complémentaire, quel que soit leur statut juridique – mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance.

D'abord, le réseau ne pourra porter atteinte au libre choix du patient. Ensuite, il devra reposer sur des critères objectifs, transparents et non discriminatoires de sélection des professionnels.

L'amendement précise également que les organismes complémentaires devront garantir à leurs adhérents une information claire et complète tant sur les caractéristiques des réseaux de soins mis en place que sur l'impact de ceux-ci sur les garanties souscrites.

Afin de ne pas remettre en cause les réseaux de soins existants, il est prévu que les principes énoncés s'appliquent aux conventions conclues ou renouvelées à compter de la date de promulgation de la présente loi.

**M. Dominique Tian.** C'est presque la grande loi à venir ! C'est une véritable litanie de bonnes intentions !

**M. Christian Paul.** Dominique Tian reproche à cette proposition de loi de porter atteinte à la liberté de choix du praticien par le patient, et il conteste cet amendement qui vise à inscrire dans la loi des principes très simples, au premier rang desquels se trouve justement le libre choix des patients ! J'avoue ne pas très bien comprendre son raisonnement !

**Mme la rapporteure.** La question de la définition des contrats responsables et de la fiscalité des organismes complémentaires a été abordée tout à l'heure, mais cet amendement concerne les réseaux de soins.

Par ailleurs, la loi n'a pas vocation à être une déclaration de principes, et cet amendement n'en est pas une. La disposition selon laquelle « *l'adhésion à la convention ne peut comporter de clause d'exclusivité* » le prouve, car les conventions comportant de telles clauses pourront être considérées comme nulles.

**M. Gérard Sebaoun.** Madame la rapporteure, vous parlez de critères « *objectifs, transparents et non discriminatoires* » : ces termes sont-ils suffisamment précis en termes juridiques ?

**Mme la rapporteure.** Ce sont les termes utilisés par l’Autorité de la concurrence dans son avis de 2009 et qu’elle a repris lorsque nous l’avons auditionnée.

*La Commission est saisie d’un sous-amendement AS 10 de Mme Catherine Lemorton.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Ce sous-amendement vise à préciser que les conventions conclues avec les organismes complémentaires ne pourront porter sur le niveau des tarifs pratiqués par les médecins pour les actes et prestations qui sont remboursés par l’assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions médicales nationales. Cela devrait rassurer les médecins, et notamment les internes.

**M. Dominique Tian.** Je voterai ce sous-amendement, car il est de nature à rassurer les professionnels. Mais je ne comprends toujours pas pourquoi il faudrait une grande loi sur le même sujet au printemps. Ce texte serait-il à ce point peu satisfaisant qu’il faille y revenir plus tard ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Tian, notre système de soins est construit autour des médecins, qui sont les principaux prescripteurs. Ce sous-amendement a pour but de les rassurer. La PPL n’en sera que plus équilibrée !

**M. Olivier Véran.** Pourquoi cette proposition de loi ne concerne-t-elle pas d’autres prescripteurs comme les infirmiers, les kinésithérapeutes et les sages-femmes, qui pourraient, eux aussi, passer des conventionnements avec les complémentaires santé ?

Par ailleurs, ne pensez-vous pas que votre disposition qui exclut les médecins pourrait être attaquée devant les tribunaux ?

**M. Richard Ferrand.** La contractualisation implique un accord des parties.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Les professions que vous évoquez, monsieur Véran, ne sont pas concernées par les dépassements d’honoraires auxquels Mme la ministre a eu le mérite de s’attaquer. Elles n’ont donc pas exprimé leur inquiétude, contrairement aux médecins.

**Mme la rapporteure.** Je suis favorable au sous-amendement. Le périmètre des réseaux de soins a fait l’objet de nombreuses discussions durant les auditions. La logique n’est pas la même selon qu’il s’agit d’un médecin, d’un dentiste ou d’un opticien. Comme l’a dit la présidente, l’intérêt est de faire vivre ce texte. L’amendement sur l’évaluation que nous allons présenter va dans ce sens.

*La Commission adopte le sous-amendement AS 10.*

*Puis elle adopte l’amendement AS 9 sous-amendé.*

*Après l'article 2*

*La commission est ensuite saisie de l'amendement AS 7 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Il est défendu.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable.

Les deux premiers alinéas de cet amendement sont satisfaits par l'amendement AS 9 que nous venons d'adopter.

Pour ce qui est du troisième alinéa, la remise d'un rapport tous les trois ans par l'Autorité de la concurrence est inutile, car cette dernière peut être sollicitée à tout moment, ce qui a été le cas à plusieurs reprises sur la question des réseaux de soins. Nous préférons un rapport du Gouvernement, comme le prévoit l'amendement suivant.

*La Commission rejette l'amendement AS 7.*

*Article 3 (nouveau)*

**Évaluation des réseaux de soins**

Cet article, inséré à l'initiative de votre rapporteure et plusieurs de ses collègues du groupe SRC, propose d'établir une évaluation de la pratique des réseaux de soins.

Il prévoit un rapport du Gouvernement au Parlement à compter du 30 juin 2013, puis chaque année pour une période de trois ans, sur la base de données transmises par les organismes d'assurance maladie complémentaire, qui porte un bilan des conventions signées entre organismes complémentaires et professionnels, services et établissements de santé.

Ce rapport devra notamment 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.

\*

*La commission examine l'amendement AS 11 de Mme Catherine Lemorton.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Cet amendement prévoit qu'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, établit chaque année un rapport adressé au Parlement qui porte un bilan des conventions souscrites entre, d'une part, une mutuelle ou une union,

une entreprise d'assurance ou une institution de prévoyance, et, d'autre part, les professions, établissements et services de santé.

Ce rapport sera une aide très importante dans notre réflexion sur l'accès aux soins. Des réseaux de soins existent déjà et concernent d'autres professionnels de santé. Nous pourrions ainsi évaluer si la mise en concurrence loyale dans certains territoires permet de faire baisser les prix tout en permettant une offre de soins suffisante. Ce rapport constituera un grand rendez-vous dans la perspective d'autres lois.

**Mme la rapporteure.** Je soutiens cet amendement dont je suis également signataire.

*La Commission adopte l'amendement AS 11.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 12 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement vise à modifier le titre de la proposition de loi, qui comporte une ambiguïté. Il s'agit en effet non pas d'autoriser les réseaux de soins mutualistes, qui existent déjà, mais d'en sécuriser le fonctionnement en permettant aux mutuelles de pratiquer des modulations dans les prestations servies aux assurés. En outre, en adaptant des dispositions additionnelles, nous avons élargi son champ, ce qui justifie de compléter son titre.

Il est donc proposé de modifier le titre de la proposition de loi, afin qu'elle s'intitule : « *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* ».

**M. Jean-Patrick Gille.** Un titre aussi long sera anxiogène pour nos concitoyens ! Pourquoi ne pas simplement intituler ce texte : « *Proposition de loi relative aux réseaux de soins mis en place par les mutuelles* » ?

**Mme la rapporteure.** L'objectif est de mettre en évidence ce que la commission vient de faire.

**M. Dominique Tian.** C'est à l'image de l'amendement bizarre, qui parle de tout et de rien, adopté tout à l'heure ! Vous allez bientôt figurer au *Guinness des records* !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Tian, je vous rappelle que la loi « HPST » votée par votre majorité en 2009 faisait disparaître le terme « hôpital » du code de la santé publique alors qu'il figurait dans son intitulé ! Par conséquent, épargnez-nous vos remarques !

*La Commission adopte l'amendement AS 12.*

*Puis elle adopte l'ensemble de la proposition de loi modifiée.*



## TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte adopté par la commission
Code de la mutualité	<b>Proposition de loi visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins</b>	<b>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</b>
	<b>Article unique</b>	<b>Amendement AS 12</b>
	L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :	<b>Article premier</b>  <i>Le dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par les mots :</i>
Art. L. 112-1. – I. – Les mutuelles et les unions qui mènent des activités de prévention ou d'action sociale ou qui gèrent des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ne peuvent moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu ou de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.		
Les mutuelles et les unions exerçant une activité d'assurance sont soumises aux dispositions de l'alinéa précédent pour les opérations individuelles et collectives à adhésion facultative relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Pour ces opérations, les mutuelles et les unions ne peuvent en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de leurs membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.		
Les mutuelles et les unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.		Les mutuelles ...
		... intéressés ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte adopté par la commission
<p>Code de la sécurité sociale Livre VIII Allocations aux personnes âgées – Allocation aux adultes handicapés – Allocation de logement sociale – Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants – Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage – Protection complé- mentaire en matière de santé Titre VI Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé Chapitre III Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé</p>	<p>« Les mutuelles ou unions peuvent toutefois instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins. »</p>	<p>conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale.</p>
		<p><b>Alinéa supprimé</b></p>
		<p><b>Amendement AS 8</b></p>
		<p><b>Article 2</b></p>
		<p><i>I. – Après le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III bis ainsi rédigé :</i></p>
		<p>« Chapitre III bis</p>
		<p>« Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et 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 régie 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,</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte adopté par la commission**

*ainsi qu'aux tarifs ou aux prix, respectent les principes suivants :*

*« 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.*

**Amendement AS 9**

*« I bis. – 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 et les médecins ne peuvent comporter de stipulations relatives aux tarifs des actes et prestations médicaux mentionnés aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du présent code. »*

**Sous-amendement AS 10**

*« II. – L'organisme assureur garantit une information suffisante 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.*

**Amendement AS 9**

**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*

**Dispositions en vigueur**

**Texte de la proposition de loi**

**Texte adopté par la commission**

*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.*

**Amendement AS 11**

## AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

### **Amendement AS 1 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer**

#### *Article unique*

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 2 : « Les agences régionales de santé peuvent toutefois...  
(le reste sans changement) ».

### **Amendement AS 2 présenté par MM. Arnaud Richard et Francis Vercamer**

#### *Article unique*

Au début de l'alinéa 2, insérer les mots : « À titre expérimental, dans un territoire particulièrement touché par les inégalités d'accès aux soins et pour une durée de 5 ans, »

### **Amendement AS 3 présenté par Mme Véronique Massonneau, MM. Christophe Cavard et Jean-Louis Roumegas**

#### *Après l'article unique*

Insérer l'article suivant :

L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par six alinéas ainsi rédigés :

« Les mutuelles ou unions sont tenues à une obligation d'information auprès de leurs assurés, en leur délivrant une liste exhaustive des réseaux de soin avec lequel elles ont conclu un contrat.

« Cette liste doit être :

« a) délivrée lors de l'adhésion de l'assuré à une mutuelle ou union ;

« b) délivrée de manière semestrielle lors d'une modification du réseau concernant la zone géographique de l'assuré ;

« c) délivrée lorsque l'assuré ou toute autre personne physique ou morale en fait la demande et ce dans un délai maximal de sept jours ;

« d) accessible via les sites Internet des mutuelles ou unions. ».

### **Amendement AS 4 présenté par M. Dominique Tian**

#### *Avant l'article unique*

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 137-26 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Contribution sur les mutuelles et unions relevant du livre II du code de la mutualité sur leurs dépenses de marketing et sponsoring

« Art. L. 137-27. – Il est institué à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution sur les mutuelles et unions relevant du livre II du code de la mutualité.

« Elle est assise sur les dépenses engagées au cours de l'année civile précédente et ayant pour objet des opérations de marketing et sponsoring.

« Un décret précise les modalités d'application de cette contribution. ».

#### **Amendement AS 5 présenté par M. Dominique Tian**

*Article unique*

Supprimer cet article.

#### **Amendement AS 6 présenté par M. Dominique Tian**

*Article unique*

À l'alinéa 2, après le mot : « contrat », insérer les mots : « , négocié avec les organisations représentatives des professionnels et établissements de santé, ».

#### **Amendement AS 7 présenté par M. Dominique Tian**

*Après l'article unique*

Insérer l'article suivant :

Un décret fixe les règles de tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux.

Un réseau de soins constitué par un organisme d'assurance maladie complémentaire est ouvert au professionnel qui en fait la demande, dès lors que celui-ci respecte les conditions fixées par le gestionnaire du réseau, selon des modalités fixées par le décret mentionné au premier alinéa.

L'Autorité de la concurrence remet tous les trois ans aux commissions permanentes chargées des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport relatif aux réseaux de soins.

#### **Amendement AS 8 présenté par Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure**

*Article unique*

Rédiger ainsi cet article :

« Le dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par les mots : « ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale ».

**Amendement AS 9 présenté par Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure, MM. Denys Robiliard, Christian Paul, Mmes Joëlle Huillier, Laurence Dumont, Barbara Romagnan, Chantal Guittet, et M. Richard Ferrand**

*Après l'article unique*

Insérer l'article suivant :

I. – Après le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

« Chapitre III *bis*

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

« *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 régie 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 :

« 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. – L'organisme assureur garantit une information suffisante 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.

**Sous-amendement AS 10 présenté par Mme Catherine Lemorton, présidente, à l'amendement AS 9**

*Après l'article unique*

Après l'alinéa 6, insérer l'alinéa suivant :

« I *bis.* – 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 et les médecins ne peuvent comporter de stipulations relatives aux tarifs des actes et prestations médicaux mentionnés aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du présent code. ».

**Amendement AS 11 présenté par Mme Catherine Lemorton, présidente, Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure, MM. Denys Robiliard, Christian Paul, Mmes Joëlle Huillier, Laurence Dumont, Barbara Romagnan, Chantal Guittet, MM. Richard Ferrand et Gérard Sebaoun**

*Après l'article unique*

Insérer l'article suivant :

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.

**Amendement AS 12 présenté par Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure, MM. Denys Robiliard, Christian Paul, Mmes Joëlle Huillier, Laurence Dumont, Barbara Romagnan, Chantal Guittet, MM. Richard Ferrand et Gérard Sebaoun**

*Titre*

Substituer aux mots : « visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins », les mots : « 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 »



## ANNEXE

### LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

*(par ordre chronologique)*

- **Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD)** – Docteur Catherine Mojaïsky, présidente, et M. Christian Soletta, conseiller technique
- **Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes** – M. Christian Couzinou, président
- **Mutualité générale de l'éducation nationale** – M. Thierry Beaudet, président, M. Roland Berthilier, secrétaire général, et M. Bernard Jeannot, responsable du conventionnement
- **Harmonie mutualité** – M. Jean-Luc Guillotin, directeur général adjoint, et M. Stéphane Junique, membre du comité exécutif
- **Mutualité française** – M. Jean-Martin Cohen Solal, directeur général, Mme Agnès Bocognano, directrice santé, Mme Isabelle Millet-Caurier, directrice des affaires publiques, et M. Vincent Figureau, responsable du département des relations institutionnelles nationales
- **Fédération nationale opticiens de France (FNOF)** – M. Alain Gerbel, président, et M. Michel Long, administrateur et secrétaire
- **Syndicat des opticiens sous Enseigne (SYNOPE)** – M. Christian Romeas, président, Mme Alexandra Duvauchelle, déléguée générale, MM. Patrice Camacho et Thomas Levigoureux, administrateurs
- **Syndicat des centrales d'achat au service des opticiens indépendants (CASOPI)** – M. Jérôme Schertz, président, et Mme Stéphanie Dangre, vice-présidente.
- **Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)** – M. Eric Badonnel, secrétaire général administratif
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – M. Norbert Bontemps, président du comité maladie, M. Alain Rouché, directeur santé, Mme Véronique Cazals, conseillère du président, M. Jean-Paul Laborde, directeur des affaires parlementaires, et Mme Ludivine Azria, attachée parlementaire

- **Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)** – Mme Miriana Clerc, directrice des relations extérieures, Mme Evelyne Guillet, directrice santé, M. Stéphan Reuge, directeur institutionnel et stratégique prévoyance, santé et assurance (PROBTP), et M. Laurent Borella, directeur santé (Malakoff-Médéric)
- **Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM)** – M. Philippe Mixe, président, et Mme Aimée Weber Defrance, assistante
- **Syndicat national de l'optique mutualiste (SYNOM) – Syndicat national des centres audition mutualiste (SYNAM)**– M. Christian Py, président du SYNOM, M. Marc Greco, président du SYNAM, et M. Kulmie Samantar, directeur des relations institutionnelles Visaudio, délégué général
- **Autorité de la concurrence** – Mme Liza Bellulo, chef du service du président, et Mme Monique Rouzaud-Mouton, rapporteure