N° 3623

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 juillet 2011.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, SUR LA PROPOSITION DE LOI, MODIFIÉE PAR LE SÉNAT, *modifiant certaines* **dispositions** *de la loi* **n° 2009-879** *du 21 juillet 2009 portant* **réforme** *de l'***hôpital** *et relative aux* **patients**, *à la* **santé** *et aux* **territoires**,

PAR Mme Valérie BOYER,
Députée.

Extrait des débats :

... Article 22

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

Modulation des prestations des mutuelles

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, a pour objet de permettre aux mutuelles de moduler leurs prestations en faveur de leurs adhérents ayant recours à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel elles ont conclu un contrat.

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, avait pour objet de permettre aux mutuelles de moduler leurs prestations en faveur de leurs adhérents ayant recours à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel elles ont conclu un contrat. Il a été supprimé par le Sénat.

1. Le texte adopté par l'Assemblée nationale

Cet article avait pour objet de modifier l'article L. 112-1 du code de la mutualité afin de permettre aux mutuelles de mieux rembourser leurs adhérents lorsque ceux-ci s'adressent à un professionnel, un établissement ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel elles ont contracté.

Dans sa rédaction en vigueur, le code de la mutualité interdit en effet cette modulation des prestations : les *« Principes mutualistes »* énoncés au chapitre II du livre 1er de la partie législative du code de la mutualité ne permettent aux mutuelles et à leurs unions de faire varier leurs prestations *« qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés »* (article L. 112-1, alinéa 3, du code de la mutualité).

La Cour de cassation a rappelé les mutuelles au respect de ce texte dans un arrêt du 18 mars 2010.

Estimant que cette règle, qui ne s'impose pas à d'autres organismes complémentaires d'assurance maladie, la place dans une situation défavorable pour développer des réseaux de soins destinés à mieux encadrer les tarifs et à améliorer la qualité des prestations, la Mutualité française a fait connaître son souci d'une modification en ce sens du code de la mutualité. Elle a du reste été soutenue dans cette démarche par les autres organismes complémentaires, sociétés d'assurance et instituts de prévoyance.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale tendait donc à compléter l'article L. 112-1 par un alinéa permettant l'instauration de 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 »*.

2. Le texte adopté par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a estimé que le débat à l'Assemblée nationale n'avait pas été assez approfondi sur un sujet aussi essentiel : « *Sa justification, ses conséquences possibles auraient mérité d'être plus largement analysées, et d'être éclairées, en particulier, par une information sur les « réseaux de soins », et plus généralement les conditions et le bilan du conventionnement entre organismes complémentaires et prestataires de soins, plus approfondie que les argumentaires diffusés à l'appui de la mesure proposée*. »

Pour la commission, si le conventionnement entre un organisme complémentaire et un professionnel de santé peut légitimement intervenir « *s'il permet aux premiers d'obtenir des tarifs plus avantageux au profit de leurs membres ou assurés et aux seconds d'étendre leur clientèle* », il ne peut en revanche prévoir de modulations des remboursements. Et, au-delà des mutuelles, la commission des affaires sociales du Sénat s'interroge sur la légalité de ces pratiques pour les autres organismes complémentaires.

Adoptant quatre amendements identiques de suppression présentés respectivement par son rapporteur, par M. Bruno Gilles, par M. Yves Détraigne, Mmes Anne-Marie Payet, Catherine Morin-Desailly, Roselle Cros, Jacqueline Gourault, M. Joseph Kergueris, Mme Valérie Létard et M. Jean-Claude Merceron, et par M. Alain Vasselle**,** la commission a donc supprimé cet article qui n'a pas été rétabli en séance publique par le Sénat.

*

Votre rapporteure ne partage pas du tout le scepticisme et les interrogations du Sénat : la pratique des réseaux de soins constitue incontestablement une méthode efficace pour réguler les prix, garantir la qualité des prestations et limiter le reste à charge. De même que l'assurance-maladie rembourse moins bien des soins reçus hors parcours de soins, il semble légitime pour les organismes complémentaires de pouvoir moduler le remboursement des prestations en fonction du parcours de l'assuré.

La question essentielle, au fond, est celle du caractère ouvert ou fermé des réseaux, à savoir la possibilité pour tout professionnel respectant les critères de prix et de qualité du gestionnaire de pouvoir rejoindre le réseau quand il le souhaite.

La commission des affaires sociales de votre assemblée a donc adopté des amendements MM. Bur, Préel et Paul rétablissant le texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La Commission examine les amendements identiques AS 32 de M. Yves Bur, AS 23 de M. Jean-Luc Préel et AS 41 de M. Christian Paul.

M. Yves Bur. Il s'agit de rétablir l'article 22 tel que l'Assemblée l'a adopté, visant à ce que les réseaux mutualistes puissent mieux rembourser leurs adhérents lorsqu'ils font appel à un offreur de soins conventionné. Ils seront ainsi sur un pied d'égalité avec les assureurs privés et les institutions de prévoyance. L'UNOCAM, qui fédère l'ensemble des familles de complémentaires, appuie une telle modification du code de la mutualité.

M. Claude Leteurtre. Alors que beaucoup d'actes sont surévalués, les mutuelles doivent disposer des moyens permettant d'éclairer les assurés.

Mme Catherine Lemorton. Que de tels amendements soient nécessaires montre que l'engagement du Président de la République visant par exemple à mieux rembourser les soins d'optique dans le cadre du régime obligatoire a été vain. Pourquoi les remboursements prévus dans le cadre de ce dernier ne sont-ils pas augmentés ?

M. Jean-Pierre Door. Les assurances privées et les institutions de prévoyance constituant en effet déjà des réseaux de ce type avec les professionnels de santé, il doit pouvoir en être de même pour toutes les assurances complémentaires, dans la plus totale liberté de choix.

M. Jean-Marie Rolland. Ces réseaux présentent plus d'inconvénients que d'avantages. Nous devons d'autant plus examiner le risque que nous prenons à organiser les prestations médicales et paramédicales, que leur qualité n'en a pas toujours été améliorée et que les coûts n'en ont pas été réduits.

Par ailleurs, qu'en sera-t-il de l'accès aux soins en milieu rural dès lors qu'une organisation en réseaux ne permettra pas de réunir sur l'ensemble de notre territoire des professionnels de santé agréés par les mutuelles ?

M. Guy Malherbe. Je suis dubitatif. J'ai été ébranlé par une émission télévisée comparant les coûts des prothèses dentaires chez un dentiste et une mutuelle. Si, dans ce dernier cas, ces dernières étaient moins chères, elles avaient été également fabriquées à l'étranger – en l'occurrence, au Maroc – et le client en avait été prévenu. Je ne suis pas favorable à un dispositif qui favoriserait ce type de réseaux.

M. Yves Bur. Le véritable problème n'est pas tant celui des réseaux, qui existent depuis longtemps, que celui constitué par la décision de la Cour de cassation autorisant les remboursements différentiels à la suite des réclamations d'un adhérent d'une mutuelle se plaignant de ne pas avoir bénéficié du même remboursement qu'un autre. Par ces amendements, nous autorisons simplement les mutuelles à s'aligner sur les assurances privées et les institutions de prévoyance, afin qu'elles puissent offrir à leurs clients des remboursements différentiés en fonction des critères de qualité de prise en charge ou de prix. Voulons-nous défendre les intérêts de certains professionnels ou donner des armes aux patients pour qu'ils soient pris en charge dans de bonnes conditions ?

M. Jean Mallot. Outre que la liberté de choix est préservée dès lors que chaque assuré demeure libre de faire appel à telle ou telle offre de soins, le réseau est ouvert et les professionnels peuvent y entrer ou en sortir. Ces amendements nous semblent donc opportuns.

Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission ***adopte*** *les trois amendements AS 23, AS 32 et AS 41.*

En conséquence, l'article 22 est ***ainsi rétabli****.*