

EXTRAIT du rapport de la commission mixte paritaire à propos de l'article 22 de la loi dite « loi Fourcade ».

N° 3646

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 12 juillet 2011

N° 752

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 12 juillet 2011

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission mixte paritaire ⁽¹⁾ chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi 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,
Rapporteuse,
Députée.

par M. Alain Milon,
Rapporteur,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de :

- M. Pierre Méhaignerie, député, président ; Mme Muguet Dini, sénatrice, vice-présidente ; Mme Valérie Boyer, députée, M. Alain Milon, sénateur, rapporteurs.
- Membres titulaires : MM. Rémi Delatte, Jean-Pierre Door, Mme Catherine Lemorton et M. Jean Mallot, députés, MM. Yves Daudigny, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Jacky Le Menn et Jean-Louis Lorrain, sénateurs.
- Membres suppléants : MM. Jean-Pierre Dupont, Guy Malherbe, Jean-Luc Prétel et Jean-Marie Rolland, députés, M. Gilbert Barbier, Mmes Annie David, Catherine Deroche, MM. Jean-Marc Juillard, Ronan Kerdraon, Mmes Raymonde Le Texier et Catherine Procaccia, sénateurs.

Article 22

Modulation des prestations des mutuelles

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Mon amendement concerne un sujet sensible et, s'il était voté, j'ai bien conscience qu'il constituerait une véritable « bombe atomique ».

En lui-même, le conventionnement pratiqué par les organismes complémentaires, fondé sur la négociation de tarifs avec des professionnels de santé qui espèrent en contrepartie une augmentation de leur patientèle, n'impose nullement que les assurés ou adhérents soient sanctionnés par une réduction de prestations s'ils n'ont pas recours aux professionnels « agréés ».

Surtout, une telle incitation financière est inadmissible au regard du principe fondamental de la législation sanitaire du droit du malade au libre choix de son praticien ou de son établissement de santé.

Elle nuit aussi à la survie des services de santé de proximité, peu sollicités pour entrer dans les réseaux et dont les patients sont financièrement contraints de recourir à un professionnel agréé.

Elle n'est pas même efficace pour contenir l'augmentation des tarifs. Comme l'a récemment constaté l'Autorité de la concurrence, la pratique, dont elle est inspirée, des réseaux de garagistes agréés constitués par les assureurs n'a en rien freiné l'envolée des prix de la réparation automobile.

Il n'y a par conséquent aucune raison de légaliser de telles atteintes au libre choix du médecin.

Mon amendement a donc pour objet de les interdire à tous les organismes d'assurance maladie complémentaire (OCAM), ce qui permettra de rétablir entre eux l'égalité de concurrence et d'assurer le respect du principe du libre choix du médecin.

Plutôt que d'autoriser les mutuelles à opérer des remboursements différenciés, il propose d'interdire aux autres OCAM de continuer à le faire.

Mme Valérie Boyer, rapporteuse pour l'Assemblée nationale. Les articles 22 et 22 bis ainsi que les amendements s'y rapportant doivent être évoqués ensemble.

EXTRAIT du rapport de la commission mixte paritaire à propos de l'article 22 de la loi dite « loi Fourcade ».

Je ne suis pas favorable à l'amendement d'Alain Milon à l'article 22, car nous devons aborder le problème du reste à charge. L'assurance maladie permet déjà un remboursement différencié selon le parcours de soin, il semble normal que les complémentaires puissent en faire autant.

L'article 22 bis, voté par l'Assemblée nationale, modifié par l'amendement que je propose par ailleurs, me paraît une solution plus adéquate car il permet, en particulier, de traiter du problème des remboursements différenciés, tout en garantissant le libre choix du patient. La rédaction que je propose précise, en effet, que les réseaux de soins doivent être ouverts et ne pas comporter de *numerus clausus*, ce qui me semble de nature à rassurer les offreurs de services, tels que les opticiens ou les audioprothésistes. Cela permettrait une diminution des prix des mutuelles qui, pour l'heure, ne bénéficient pas de la possibilité de moduler leurs prestations, contrairement aux assureurs.

Je propose d'aller plus loin que l'Assemblée nationale en deuxième lecture et de prévoir qu'à partir de la publication de la présente loi, les nouveaux appels d'offres concernant les mutuelles ne comportent pas de *numerus clausus*. Ces mesures de bon sens rassureraient tant les professionnels de santé que les patients et permettraient de diminuer les restes à charge sans enfermer les praticiens dans des réseaux ni restreindre la liberté de choix des patients.

M. Jean-Marie Rolland, député. En tant que rapporteur de la loi HPST, si j'ai souligné la nécessité de réguler les installations, j'ai toujours défendu la liberté de choix des patients. Le dispositif proposé par les mutuelles me rappelle les pratiques de la grande distribution envers les producteurs. Les professionnels de santé sont inquiets car ce dispositif comporte un risque de drainage des patients vers les grands centres de soins et, par conséquent, de diminution de l'offre de soins en milieu rural.

Il existe déjà des réseaux de soins de cette nature sous l'égide de certains régimes spéciaux d'assurance maladie. Or ce type d'organisation n'a démontré ni son efficacité ni sa capacité à réduire les coûts. Nous devons, avant toute chose, évaluer ce qui existe. La loi HPST a créé des outils pour procéder à des expérimentations dans le cadre des régions, qui permettraient de définir des objectifs de qualité, de proximité et d'évaluation des coûts, en particulier en matière de reste à charge.

Il me semble que nous devons procéder à des expérimentations et évaluer les réseaux existants plutôt que de décider, en réunion de commission mixte paritaire, d'une réforme générale de l'organisation de l'offre de soins, alors que les deux assemblées n'ont pas trouvé d'accord à ce sujet. Nous outrepasserions notre mission.

M. Jean Mallot, député. Comme je l'indiquais hier en séance publique, ce débat sur les mutuelles aurait eu toute sa place dans le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale. Il est lié à l'évolution du rôle des régimes complémentaires dans le système de sécurité sociale. Aujourd'hui le régime obligatoire rembourse de plus en plus faiblement les prestations, à hauteur de 55 %, sauf pour les assurés souffrant d'affections de longue durée. Le reste à charge a donc augmenté. Dans certains secteurs tels que l'optique et les soins dentaires, la question du rôle des assurances complémentaires se pose avec acuité.

Comme nous l'avons exposé lors de l'examen de cette proposition de loi en commission et en séance publique, notre position repose sur deux principes : la liberté de choix des patients et l'ouverture des réseaux. Si ces deux conditions sont respectées, nous pourrions voter ce dispositif, en gardant à l'esprit qu'il faudra procéder à son évaluation dans quelques mois.

M. Jean-Pierre Fourcade, sénateur. Je pense également que ce débat sur les mutuelles aurait eu toute sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il existe aujourd'hui un terrain d'expérimentation possible : la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-c). Depuis deux ans, à la suite du désengagement de l'État, son financement est assuré par les mutuelles, les assureurs et les institutions de prévoyance. Si nous expérimentions le dispositif proposé dans le cadre de la CMU-c, qui concerne les plus démunis, nous pourrions nous rendre compte du sérieux ou non de cette solution et voir si ces trois acteurs sont capables de constituer des réseaux de soins ouverts. L'article 22 permettrait la création de sortes de *Health maintenance organizations* (HMO) à l'américaine. Or en Californie, par exemple, ce système n'a pas fonctionné car il était trop lié aux grandes entreprises.

Si l'expérimentation du dispositif au niveau de la CMU-c ne vous convainc pas, je propose que nous fusionnions les articles 22 et 22 bis. Le nouvel article pourrait alors comprendre le renvoi à un décret, le caractère ouvert des réseaux, une évaluation de l'Autorité de la concurrence, ainsi que la possibilité

EXTRAIT du rapport de la commission mixte paritaire à propos de l'article 22 de la loi dite « loi Fourcade ».

offerte à titre expérimental aux mutuelles de différencier leurs prestations entre leurs adhérents selon qu'ils ont recours ou non aux professionnels d'un réseau.

Mme Catherine Lemorton, députée. On assiste au transfert de la solvabilité de nos concitoyens vers le privé. Je rappelle que 8 % des Français et 14 % des retraités ne possèdent pas de couverture complémentaire, car ils ne peuvent pas l'assumer financièrement. Aujourd'hui, différentes pathologies sont sorties du dispositif des affections de longue durée telles que l'hypertension artérielle sévère. De même, au bout de cinq ans, une personne qui a eu un cancer n'appartient plus au dispositif des affections de longue durée.

Or une personne souffrant d'hypertension artérielle sévère ou ayant eu un cancer il y a cinq ans ne paiera pas le même tarif qu'une autre pour un contrat de couverture complémentaire. Le présent article 22, en cherchant à résoudre le problème du reste à charge, risque d'alourdir celui-ci dans les faits. Tant que subsisteront les contrats responsables, les franchises devront être réglées et assumées par les patients, car les mutuelles ne peuvent pas les rembourser. Enfin, je partage les craintes de Jean-Marie Rolland et Jean Mallot sur l'augmentation des déserts médicaux si cet article était voté en l'état.

Nous voterons l'article 22 ou le 22 *bis* dans le texte de l'Assemblée, par souci de cohérence, mais nous demeurerons très vigilants sur les évolutions dans ce domaine au cours des prochains mois.

M. Jean-Pierre Door, député. On ne peut pas demander aux complémentaires de jouer un rôle dans l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et auprès de l'assurance maladie obligatoire, tout en les laissant dans une situation de payeurs aveugles. Il existe une différence importante entre, d'un côté, les assureurs et les organismes de prévoyance et, de l'autre, les mutuelles, que la Cour de cassation a entérinée au détriment de ces dernières. Il faut que les mutuelles puissent jouer le rôle tant de payeurs que d'offres de soins.

Si l'article 22 soulève de nombreuses questions et craintes, il me semble que l'article 22 *bis* permettrait d'avancer, avec transparence, en optant pour des réseaux ouverts et ne comportant pas de *numerus clausus*. Ainsi aucun praticien ne serait obligé d'adhérer à un réseau et les mutuelles pourraient assurer leur rôle d'offres de soins. Il existe déjà aujourd'hui des centres mutualistes optiques ou dentaires, on ne peut mettre fin à ces pratiques de terrain que nous devons, en revanche, évaluer.

M. Guy Fischer, sénateur. Pour ma part, je pense que ces deux articles n'auraient pas dû venir en commission mixte paritaire ; ils auraient dû être au cœur du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. C'est le principe de l'égalité de l'accès aux soins qui est en jeu, dans un contexte où l'assurance maladie obligatoire rencontre de plus en plus de difficultés pour satisfaire les assurés sociaux. C'est l'assurance universelle qui, d'une manière ou d'une autre, est remise en cause. Maintenant, on veut faire jouer un tout autre rôle aux organismes complémentaires, notamment aux mutuelles ; ceci me paraît mériter réflexion, compte tenu des enjeux. La Mutualité française est, me semble-t-il, le troisième offreur de soins, après l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris et les Hospices civils de Lyon.

In fine, ce que l'on constate, c'est le problème des restes à charge qui ne font qu'augmenter. Il faudra que l'on revienne sur cette question.

Par ailleurs, comme je l'ai dit, je suis très réticent à engager ce débat dans le cadre d'une commission mixte paritaire.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. On n'a pas attendu la commission mixte paritaire pour engager ce débat, mais c'est dans ce cadre qu'on essaie de résoudre un problème majeur qui n'a pas été réglé auparavant. C'est vrai que, dans le parcours de soins, il y a un remboursement différencié. Mais le parcours de soins laisse le libre choix du médecin, ce qui n'est pas le cas dans le cadre des réseaux. Dans cette dernière hypothèse, si on veut un remboursement plus intéressant, on doit aller dans les réseaux de la mutuelle à laquelle on adhère, ce qui me semble être quand même une atteinte à la liberté de choix.

Cela dit, j'avais bien conscience que mon amendement sur l'article 22 allait provoquer des réactions, ce qui n'a pas manqué. Le but était de prolonger la discussion. Je vais donc retirer mon amendement qui, s'il était adopté, risquerait de tout faire « exploser ». Cela étant, je ne suis pas sûr que, si l'on adopte l'article 22 tel qu'il est actuellement rédigé, on ne fera pas tout « exploser » aussi.

EXTRAIT du rapport de la commission mixte paritaire à propos de l'article 22 de la loi dite « loi Fourcade ».

À mon sens, on pourrait essayer de trouver une rédaction à partir de l'article 22 bis et des propositions de notre collègue Jean-Pierre Fourcade. Cette rédaction devrait nous permettre d'avoir une expérimentation, un décret, des réseaux et des patients qui soient satisfaits.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Une suspension de séance me semble nécessaire. Moi-même, je suis perplexe sur un certain nombre d'éléments, tels que la liberté, le reste à charge et puis aussi l'offre de soins en milieu rural qu'il ne faut pas négliger. Il faudrait donc tenter de trouver une synthèse.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je voudrais souligner que l'article 22, tel qu'il est rédigé, ne permet pas la création de HMO. Si l'article 22 a été distingué de l'article 22 bis, c'est parce que le premier ne porte que sur le code de la mutualité.

Si j'ai proposé l'article 22 bis, c'est parce que, à mes yeux, il n'est pas question de rentrer dans des réseaux fermés, avec *numerus clausus* et un parcours impératif.

Je voudrais aussi rappeler que les assurances complémentaires peuvent aujourd'hui moduler les restes à charge. Si l'Assemblée nationale a introduit l'article 22, c'est parce que les mutuelles n'avaient pas, dans ce domaine, la même latitude d'action que les autres assurances complémentaires. Il s'agit donc de faire en sorte que les mutuelles, en tant qu'offreurs de soins, puissent s'inscrire dans une démarche similaire à celle des autres assureurs complémentaires.

L'article 22 bis devrait être de nature à rassurer tous les protagonistes, que ce soit les professionnels de santé ou les patients. Je fais référence notamment au réseau ouvert sans *numerus clausus* et à la surveillance par l'Autorité de la concurrence.

Par ailleurs, je rappelle que les réseaux fonctionnent par appels d'offres. Avec mon amendement, une mutuelle, dotée aujourd'hui d'un réseau fermé, au moment de renouveler son appel d'offres, postérieurement à la promulgation du texte, fera un appel d'offres ouvert et sans *numerus clausus*. Comme cela, tout le monde sera sur un pied d'égalité. On n'aura pas de problème de captation des patients ou des professionnels de santé.

La séance est suspendue puis reprise.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Cet amendement de compromis propose une nouvelle rédaction de l'article 22, qui engloberait les actuels articles 22 et 22 bis. Le premier alinéa renvoie à un décret le soin de fixer les règles des conventionnements souscrits entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé et tous les organismes complémentaires (mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance). Le deuxième alinéa confirme le caractère ouvert de tous les réseaux, actuels et futurs. Le troisième alinéa précise que l'Autorité de la concurrence remet tous les trois ans aux commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport relatif aux réseaux de soins. Enfin, un paragraphe II offre aux mutuelles à titre expérimental, pour une durée de trois ans, la possibilité de différencier leurs prestations entre leurs adhérents selon qu'ils ont recours ou non aux professionnels d'un réseau.

M. Alain Milon, rapporteur pour le Sénat. Cet amendement est un texte de compromis qui doit permettre d'aboutir à un accord de l'ensemble des parties.

M. Jean-Marie Rolland, député. Les professionnels de santé sont préoccupés par la mise en place de ce dispositif. En outre, il fait peser des risques sur la démographie médicale, notamment dans les zones sensibles. Je pense, par ailleurs, qu'une commission mixte paritaire n'est pas le lieu adapté pour mettre en place une véritable révolution de notre système de soins, alors même que la loi HPST permet d'expérimenter les propositions de la Mutualité.

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Je pense qu'il est utile de préciser, notamment pour rassurer les professionnels de santé, que le deuxième alinéa concerne aussi les réseaux existants. Les réseaux actuellement fermés seront donc ouverts.

M. Pierre Méhaignerie, député, président. Il serait utile de préciser que la durée de trois ans court à compter de la promulgation de la loi.

Mme Muguet Dini, sénatrice, vice-présidente. Je vous propose quelques modifications rédactionnelles pour éviter certaines répétitions dans le deuxième alinéa.

EXTRAIT du rapport de la commission mixte paritaire à propos de l'article 22 de la loi dite « loi Fourcade ».

Mme Valérie Boyer, rapporteure pour l'Assemblée nationale. Il serait aussi opportun d'ajouter que les conditions d'ouverture des réseaux sont fixées par le décret mentionné au premier alinéa du nouvel article 22.

M. Jean Mallot, député. Je prends acte des efforts faits par la majorité pour tenir compte de nos préoccupations. Je note le caractère ouvert des réseaux, la garantie du libre choix du praticien et le caractère expérimental de cette démarche. Nous serons particulièrement attentifs à l'évaluation de ce dispositif.

M. Guy Fischer, sénateur. Je m'abstiendrai sur cet amendement. En effet, je note le maintien du libre choix du praticien et le caractère ouvert des réseaux. En revanche, je crains que les patients supportent des restes à charge importants. Je pense que nous devons compléter cette réforme lors du prochain débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Yves Daudigny, sénateur. Les modifications vont dans le bon sens et permettent un compromis satisfaisant. Il est notamment important que ce dispositif soit expérimental.

M. Jacky Le Menn, sénateur. Certains éléments me semblent intéressants, d'autres moins. Ce dispositif a néanmoins le mérite de constituer un bon compromis entre les différentes positions.

La commission mixte paritaire adopte l'amendement et l'article 22 est ainsi rédigé.

Article 22 bis

Encadrement du conventionnement entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, services et établissements de santé ou avec leurs gestionnaires de réseaux - Information du Parlement sur les réseaux de soins

La commission mixte paritaire supprime l'article 22 bis.

Nouvelle rédaction, proposée par la CMP adoptée par l'Assemblée le 13 juillet 2011 :

PROPOSITION DE LOI

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,

TEXTE ÉLABORÉ PAR

LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Voir les numéros :

Sénat : 65 rect., 294, 295, 543, 667, 668 et T.A. 80 (2010-2011) et 156 (2010-2011).

Assemblée nationale : 3238, 3293, 3616, 3623 et T.A. 665 et 712.

Article 22

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. – 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.

II. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, les mutuelles ou unions peuvent instaurer, par dérogation au premier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité, 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.