

Rapport

**Réseau de soins conventionnés
Pourquoi il faut les supprimer**

Frédéric Bizard

Septembre 2015

SOMMAIRE

Synthèse.....	6
Introduction.....	10

Partie I

Réseaux de soins conventionnés : contexte et mécanismes

1. Le système de financement des dépenses de santé en France.....	12
▪ Une accessibilité financière fondée sur un mécanisme à deux étages aux principes de solidarité différents	
▪ Les performances de notre système de financement se dégradent	
▪ Une concentration croissante de notre assurance maladie obligatoire sur les affections de longue durée (ALD)	
▪ Des dépenses de santé encore trop hospitalo-centrées	
2. Le système de financement par les complémentaires santé.....	17
▪ Un système de financement très coûteux en dépenses administratives	
▪ Des remboursements disséminés sur plusieurs postes de santé	
▪ Un système devenu inefficace et inégalitaire	
▪ Les mesures récentes des pouvoirs publics vont encore davantage dégrader le système	
▪ Un manque de régulation sanitaire et commerciale	
3. Description des mécanismes des réseaux de soins conventionnés.....	24
▪ Historique et description des réseaux conventionnés	
▪ Une logique évoluant vers une gestion du risque centrée sur le professionnel de santé	
▪ Une logique d'intégration de la fonction d'assureur et de prestataire de soins	
▪ Différents types de réseaux conventionnés	
▪ Ne pas confondre les réseaux conventionnés de professionnels de santé avec les réseaux de santé	
4. La situation des réseaux de soins en France.....	29

Partie II

L'expérience des réseaux aux Etats-Unis plaide pour leur suppression

1. Les réseaux structurent l'offre sanitaire aux Etats-Unis.....	32
▪ Les <i>Health Maintenance Organizations</i> (HMO)	
▪ Les <i>Preferred Provider Organizations</i> (PPO)	
2. La médecine la plus coûteuse et inégalitaire au monde.....	33
▪ Un système coûteux	
▪ Les réseaux de soins génèrent des surcoûts administratifs importants	

▪ Des résultats sanitaires médiocres aux Etats-Unis	
▪ Un échec du système américain dans le maintien en bonne santé de sa population	
▪ Une qualité dégradée de l'accès aux soins	
3. Une course au gigantisme des assureurs américains.....	38
4. Les cinq leçons à tirer de l'expérience américaine.....	40
▪ Un concept gagnant pour les assureurs santé américains	
▪ Une maîtrise des dépenses de santé non durable	
▪ Les réseaux ont généré une perte de liberté de choix pour le patient et de liberté thérapeutique pour les soignants	
▪ Un échec social et sanitaire et une aubaine pour les industriels	
▪ Un échec politique	
5. Un modèle rejeté par les autres pays européens.....	42

Partie III

Une évolution de l'environnement législatif qui doit conduire à la disparition des réseaux

1. Le parcours juridique laborieux des réseaux mutualistes : Loi Le Roux.....	44
▪ Des valeurs mutualistes incompatibles avec les réseaux de soins	
▪ Un parcours chaotique de la loi rythmé par le lobbying mutualiste	
▪ Un pouvoir législatif peu soucieux de sauver les apparences de défense de l'intérêt général	
▪ Une loi préparatrice à la généralisation des réseaux	
▪ Un suicide à terme pour les vraies mutuelles	
2. Des dispositions législatives récentes qui doivent conduire à la disparition des réseaux.....	50
▪ Refonte des contrats responsables	
▪ Généralisation de la complémentaire santé (accord ANI)	

Partie IV

L'expérience des réseaux en France et notre modèle de santé justifient la suppression des réseaux

1. Une stratégie inadaptée de gestion du risque santé.....	54
▪ La gestion du risque santé	
▪ Les réseaux : une logique avant tout financière centrée sur le coût des soins inadaptée à la gestion du risque santé du XXI ^{ème} siècle	
▪ Un système de régulation par la qualité non crédible	
▪ Peut-on concilier baisse des prix et maintien de la qualité des soins en santé ?	
▪ Des contraintes supérieures aux bénéfiques	
2. L'expérience française des réseaux est globalement un échec	62
▪ Une faible notoriété des réseaux	
▪ Une relation fortement dégradée avec les professionnels de santé	
▪ Un renoncement aux soins en hausse qui signe l'échec du système	

3. Une logique contraire aux principes fondamentaux de notre système de santé.....66

- Une remise en cause de la liberté de choix pour les patients
- Une remise en cause de la solidarité du système
- Une remise en cause de l'égalité de prise en charge des assurés

Conclusion.....67

RAPPORT

Synthèse

I. Réseaux de soins conventionnés : contexte et mécanismes

Comment expliquer qu'avec un taux de couverture des complémentaires santé passé de 70% à 96% de la population ces trente dernières années, le renoncement aux soins pour raisons financières ait sensiblement augmenté sur cette période et ceci principalement pour les soins d'optique et dentaire dont les premiers financeurs sont les organismes d'assurance privés (OAP) ? Comment expliquer qu'avec un tel taux de couverture, les primes des OAP aient augmenté tous les ans depuis 15 ans ? Comment justifier que les Français les plus à risque et les plus défavorisés, comme les chômeurs et les retraités à bas revenus, soient les moins bien protégés par les complémentaires santé ? Comment expliquer que ce système inégalitaire soit subventionné par des aides publiques à hauteur de plus de 3,5 milliards euros par an ? Comment expliquer que l'essentiel du remboursement des complémentaires santé serve à prendre en charge les tickets modérateurs, censés être payés par l'usager pour modérer les dépenses, au détriment du « vrai » reste à charge ?

La France présente, selon l'IRDES, un taux de renoncement aux soins pour des raisons financières de 15,4% de la population et est le deuxième pays européen au taux de renoncement le plus élevé. La combinaison en l'état des deux systèmes de financement (Assurance maladie obligatoire (AMO) et OAP) n'est manifestement plus très efficace.

En effet, le système de complémentaire santé est très coûteux en dépenses administratives (22% des cotisations) et les Français ont versé près de 33 milliards d'euros à leur complémentaire santé en 2013, principalement pour couvrir les secteurs où l'AMO s'est largement retirée : notamment l'optique et le dentaire.

Initiés dans les années 1990, les réseaux conventionnés sont aujourd'hui en plein développement dans les secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse. Ils reposent sur des logiques de mutualisation entre plusieurs opérateurs qui ont conduit à déléguer leur gestion à des sociétés tierces. Ces sociétés de services accueillent aujourd'hui d'autres clients que les OAP fondateurs, élargissant ainsi leur surface en termes d'assurés et leur capacité de négociation face aux professionnels. Elles sont en liaison avec les plateformes de tiers payant qui permettent un contrôle *a priori* des actes. Elles assurent une fonction de conseil sur les devis. Les huit principaux réseaux cumulent 38 millions d'assurés et associent en moyenne 13% des opticiens, 9% des dentistes et 41% des audioprothésistes.

Une caractéristique des réseaux de soins est l'existence de conventions entre les professionnels de santé et le gestionnaire du réseau. Elles reposent sur la combinaison d'engagements réciproques des professionnels de santé et des OAP sur quatre points principaux : le contrôle de la qualité des services rendus aux assurés, la mise en place du tiers payant, les actions de modération tarifaire et enfin l'orientation des assurés de l'OAP concernés vers les professionnels de santé membres du réseau. Les opérateurs de ces réseaux contractent avec les professionnels de santé pour diminuer les coûts des prestations en contrepartie d'un apport de clientèle : c'est un accord prix-volume-qualité.

Les réseaux sont utilisés par les OAP comme un outil de gestion du risque centré sur les seuls professionnels de santé. La logique du réseau consiste à intégrer les fonctions d'assureur et de producteur de soins. Les réseaux ouverts sont les plus fréquents. Ils intègrent indifféremment tout professionnel de santé du secteur sous réserve que ce dernier respecte le cahier des charges du réseau. Ils concernent les pharmacies, les chirurgiens dentistes, les laboratoires d'analyses médicales

et s'étendent aujourd'hui aux audioprothésistes, à la chirurgie réfractive ou à des professionnels non conventionnés avec la Sécurité sociale (diététiciens...). Quant aux réseaux fermés, leur accès est limité à un nombre donné de professionnels par zone géographique, sélectionnés selon des critères qualitatifs et tarifaires et ils n'existent que dans le secteur de l'optique.

On estime le nombre cumulé d'assurés concernés par au moins un de ces réseaux conventionnés à une quarantaine de millions, sachant qu'une part importante de ces assurés l'ignore. Il faut prendre ces chiffres avec beaucoup de prudence car la course à la taille critique est un enjeu majeur pour ces plateformes afin de maximiser leur pouvoir de négociation.

II. L'expérience des réseaux aux Etats-Unis plaide pour leur suppression

Pays pionnier des réseaux de soins, les Etats-Unis ont bien démontré les dangers et les travers des ces réseaux. Ont progressivement été installés dans tout le pays deux principaux types de réseaux : les HMO et les PPO.

Censés réduire les dépenses de santé, les réseaux de soins ont en réalité entretenu une croissance des dépenses deux fois plus forte aux Etats-Unis (+5,3 points de PIB de 1990 à 2010) que dans la moyenne des pays de l'OCDE (+2,4 points de PIB). Les réseaux ont sensiblement renchéri les coûts de la santé sur le plan des coûts administratifs et des dépenses de soins. Cela s'est traduit par une hausse régulière des primes, excluant du marché jusqu'à 50 millions d'Américains, issus de la classe moyenne pour la plupart (des individus aux revenus supérieurs au seuil maximum pour être couverts par Medicaid). Sur le plan de l'accès aux soins, les Etats-Unis sont le pays développé qui compte le plus de renoncements aux soins pour raison financière. Malgré une dépense sanitaire quasiment deux fois plus élevée (près de 18% du PIB) que la moyenne de l'OCDE (9,5% du PIB), l'espérance de vie est une des plus faibles (78 ans) et la mortalité prématurée (avant 65 ans) y est une des plus fortes.

En se focalisant sur le seul remboursement des soins, les réseaux sont un outil de gestion du risque parfaitement inadapté au monde des pathologies chroniques. Parce qu'ils n'agissent pas en amont des maladies (du risque) ni sur les comportements des patients, les réseaux se traduisent par une hausse de la consommation des soins et des médicaments, ainsi que sur l'aggravation de la morbidité. C'est donc un cercle vicieux qui s'installe pour les assurés et un cercle vertueux pour les industriels du médicament, de l'industrie agroalimentaire et de l'assurance.

Les assureurs ont donc été les grands gagnants de la mise en place des réseaux et ont constitué de véritables empires. Les trois premiers opérateurs cumulent un chiffre d'affaires de plus de 250 milliards de USD. Une course au gigantisme chez les assureurs a aussi eu lieu pour disposer du plus grand nombre d'assurés possible et augmenter leur rapport de force vis-à-vis des offreurs de soins. On commence à observer ce phénomène en France, comme le démontre la fusion entre MGEN et Harmonie Mutuelle.

On peut tirer cinq leçons de l'expérience américaine : les réseaux sont un fort levier d'enrichissement pour les assureurs ; la maîtrise des dépenses n'est pas durable et leur effet est fortement inflationniste sur le long terme ; ils entraînent une perte de liberté de choix de médecin pour les patients et de liberté thérapeutique pour les soignants ; c'est un échec social (médecine à plusieurs vitesses, creusement des inégalités) et sanitaire (qualité des soins inégale, hausse de la morbidité) à terme ; c'est enfin un échec politique.

Face à un tel tableau, aucun pays européen autre que la France n'a repris le modèle des réseaux américains. Par ailleurs, dans un pays qui dispose d'un système de financement privé très développé comme la Suisse, 72% des citoyens ont rejeté les réseaux de soins lors du référendum de juin 2012.

III. Une évolution de l'environnement législatif qui doit conduire à la disparition des réseaux

Le mouvement mutualiste repose sur une charte de valeurs qui promeut la solidarité, la liberté, la démocratie et la responsabilité. La solidarité est la valeur fondamentale et originelle ; elle suppose l'égalité entre les adhérents. Toute différence de traitement entre les adhérents d'une mutuelle qui n'est pas justifiée par les cotisations payées ou une différence de situation de famille, constitue une discrimination interdite (article L 112-1 du code de la mutualité). Le principe fondamental et originel du mutualisme proscrit donc les réseaux de soins. En outre, le Code de la Santé publique prévoit que : « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire* » (art. L. 1110-8). Le libre choix du praticien est donc un droit prévu par la loi, qui s'impose aux normes règlementaires et déontologiques. Pourtant, en pratiquant des remboursements différenciés, les réseaux de soins vont à l'encontre même de ces deux principes.

Face au feu judiciaire qui menaçait certaines mutuelles qui avaient illégalement recours à ces réseaux, la Mutualité française a donc fini par sacrifier son principe fondamental et demandé aux pouvoirs publics de légaliser les réseaux. La loi Le Roux, dont le parcours législatif est loin d'être un modèle de démocratie, modifie le code de la mutualité en ce sens tout en tentant de prévenir les dérives par des mesures qui relèvent plus de la bonne conscience que de la régulation efficace.

En remettant en cause le pilier fondateur solidaire des mutuelles, la loi Le Roux affaiblira à terme le mouvement mutualiste. Elle va provoquer un basculement du marché vers une logique 100% assurantielle où les vrais professionnels de cette logique seront les mieux à même de prospérer.

Les autres évolutions législatives en 2013 et 2014 vont par ailleurs à l'encontre du développement des réseaux de soins en France : les nouveaux contrats responsables définis par décret en novembre 2014 plafonnent le remboursement de certains soins (lunettes, honoraires médicaux), sans aucune contrepartie pour les usagers. La nécessité de mettre en place des réseaux de soins pour limiter les remboursements et les restes à charge disparaît donc puisque ces nouveaux contrats responsables vont autoritairement limiter les prix. En revanche, ces dispositions, comme l'existence de réseaux, tendent vers la dégradation de la qualité des soins alors que ce sont l'augmentation des volumes et la faiblesse de la prévention qui sont le plus souvent à l'origine de l'inflation des dépenses de santé, comme aux Etats-Unis.

Enfin, la généralisation des complémentaires santé, prévue dans la loi de sécurisation de l'emploi de juin 2013, encadre également le remboursement des contrats collectifs (panier ANI) et réduit ainsi les possibilités de différenciation entre les contrats. C'est une généralisation par le bas pour quatre millions d'assurés qui vont se retrouver avec des contrats ANI bas de gamme et une dégradation de la qualité de la couverture complémentaire pour les contrats individuels.

IV. L'expérience des réseaux en France et notre modèle santé justifient la suppression des réseaux

Le rôle de gestion du risque dans notre système de santé est historiquement dévolu à l'Assurance maladie, en association avec l'Etat depuis 2009. Les mesures législatives de ces deux dernières années ont considérablement réduit le risque géré par les OAP, sachant que le vrai risque santé est géré par l'Assurance maladie.

Le système de gestion du risque par les réseaux est à l'opposé du sens de l'histoire qui va vers un basculement de la gestion du risque de l'aval de la maladie vers l'amont, tout au long de la vie de l'assuré. Cela va aussi à l'encontre du cœur de métier des deux familles d'OAP qui représentent plus de 70% du marché : les mutuelles et les instituts de prévoyance, qui se positionnent en théorie sur un partage du risque et une logique solidaire forte.

Alors que ces réseaux existent depuis les années 1990, l'expérience française montre qu'ils sont globalement en échec. Leur notoriété est restée faible et le renoncement aux soins dans les deux secteurs où les réseaux se sont le plus développés n'a cessé d'augmenter. La majorité des professionnels de santé s'opposent d'ailleurs à la mise en place de réseaux. Par ailleurs, le collectif des associations de patients (CISS), pourtant connu pour son opposition farouche aux dépassements d'honoraires, n'est pas convaincu par les réseaux. Le CISS estime que « *s'il y a urgence, c'est plutôt à faire réaliser une étude d'impact sur les réseaux existants, estimant que la preuve n'est pas encore faite qu'ils ont bien permis de faire baisser les prix* ».

Les réseaux insistent sur le maintien de la qualité des biens et services médicaux dans les réseaux mais n'apportent aucune preuve tangible de cette qualité. L'analyse de leurs ressources, organisation et pratiques met surtout en valeur leur choix stratégique pour la seule baisse des prix, aux dépens de la qualité si nécessaire et en l'absence de toute politique globale de prévention. La preuve en est l'absence d'expertise médicale crédible et reconnue pour définir un cahier des charges des soins à délivrer ou de mise en place de systèmes efficaces et crédibles de mesure de la qualité thérapeutique.

En optique par exemple, le réseau va se contenter de limiter l'offre de produits disponibles, soit en obligeant l'opticien à ne référencer qu'une partie de l'offre, soit en plafonnant les tarifs des produits ce qui va exclure de facto une partie de l'offre - la plus qualitative. Si on ajoute à cela que les réseaux ne remettent pas à jour ce référencement produits et/ou les tarifs plafonds régulièrement, on peut en tirer la conclusion que la disponibilité de l'innovation produits n'est pas garantie pour un assuré qui fréquente un réseau. Autre exemple, en orthodontie, les spécialistes voient leur activité concurrencée par des chirurgiens dentistes non spécialisés. La logique du réseau bénéficie donc surtout aux omnipraticiens conventionnés qui pratiquent l'orthodontie avec des honoraires plus faibles et dont les consultations peuvent même être paradoxalement mieux remboursées que celles d'un spécialiste en dehors du réseau. Dans les deux cas, c'est donc bien un préjudice pour l'assuré qui ne disposera pas du produit ou du traitement de meilleure qualité pour sa santé, à la discrétion de son assureur.

L'analyse de l'expérience française conduit donc à recommander la suppression des réseaux qui sont contraires aux trois valeurs fondamentales de notre système de santé, choisies par les Français en 1945 – liberté, égalité, solidarité. Il n'est en tout cas pas contestable que ces réseaux de soins doivent faire l'objet d'un grand débat public.



N^o

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir le droit du citoyen à la liberté de choix des professionnels de soins et la qualité des prestations de santé,

présentée par Mesdames et Messieurs

Daniel FASQUELLE,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Initiés dans les années 1990, les réseaux des soins conventionnés sont en plein développement, notamment mais pas exclusivement dans les secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse. Ces réseaux reposent sur des conventions avec les professionnels de santé concernés. Les opérateurs de ces réseaux contractent périodiquement avec ces derniers pour diminuer les coûts des prestations en contrepartie d'un apport de clientèle: c'est un accord prix-volume-qualité. Les huit principaux réseaux cumulent aujourd'hui 38 millions d'assurés et associent en moyenne 13% des opticiens, 9% des dentistes et 41% des audioprothésistes. Les assurés doivent consulter des professionnels de santé affiliés à leur réseau pour bénéficier du taux de remboursement garanti par leur contrat. Les réseaux sont portés par des plateformes commerciales au sein desquelles se regroupent plusieurs organismes complémentaires. Le modèle économique, purement financier, consiste en un système d'abonnement annuel payé par les complémentaires santé (et donc les assurés) en fonction des services utilisés. Ces réseaux reposent sur le modèle du « managed care » américain et de la volonté des organismes d'assurance privés de devenir des acheteurs de soins, négociant des conditions tarifaires avantageuses pour leurs assurés.

Malgré le développement de ces réseaux dont le but était de limiter les restes à charge financiers pour les assurés sociaux, la France présente, selon l'IRDES, un taux de renoncement aux soins pour des raisons financières de 15,4% de la population; elle est le deuxième pays européen au taux de renoncement le plus élevé, principalement pour les soins d'optique et dentaire. Incontestablement, cette technique de gestion du risque santé que représente le réseau de soins conventionné n'a pas permis de résorber l'accès aux soins dans les secteurs où elle est en place depuis près de deux décennies. Elle n'a pas non plus permis de limiter la hausse des primes ou cotisations des contrats de complémentaire santé qui n'ont cessé de croître chaque année depuis les années 2000. L'expérience américaine, où les réseaux sont en place depuis les années 30 a largement démontré que les réseaux (HMO et PPO dans le système américain) conduisent à une forte hausse des coûts de gestion du financement et à terme des dépenses de santé. En concentrant la gestion du risque uniquement sur les soins, le modèle américain a démontré les limites du modèle avec un état sanitaire de la population parmi les plus dégradés des pays de l'OCDE. En confiant la gouvernance de l'offre de soins aux organismes d'assurance privés, près de 50 millions d'Américains se sont retrouvés dans les années 2000 sans aucune couverture santé et l'accès aux soins est largement dépendant de la capacité financière de l'assuré.

En France, les réseaux de soins affaiblissent des principes fondamentaux de notre système de santé. Ils rentrent en conflit avec un des grands principes de la couverture santé telle que définie et pratiquée en France depuis l'instauration de la Sécurité sociale à la Libération et rappelée dans le Code de la Santé publique qui prévoit que : « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire » (art. L. 1110-8). Le libre choix du praticien est donc un droit prévu par la loi, qui s'impose aux normes règlementaires et déontologiques. Pourtant, en pratiquant des remboursements différenciés, les réseaux de soins vont à l'encontre même de ce principe en orientant avec une incitation financière forte les assurés vers les professionnels conventionnés. On fait des patients une « clientèle captive » de certains professionnels de santé, entraînant une certaine marchandisation du soin.

L'instauration des réseaux de soins conventionnés instaure de fait une médecine à deux vitesses : la médecine des réseaux et la médecine hors réseau. Le maintien de la même qualité de soins dans les réseaux est impossible à plusieurs titres. La seule variable cardinale des réseaux est en réalité le prix. Les plateformes commerciales n'ont ni les ressources humaines, ni les compétences médicales pour

établir et même contrôler la qualité de la prise en charge. La lourdeur et la périodicité des appels d'offres lancés auprès des professionnels de santé sont des freins à la prise en compte permanente de l'innovation dans les réseaux.

Les modalités de fonctionnement des réseaux vont à l'encontre de l'indépendance professionnelle des professionnels de santé. En lui garantissant un volume de patients, le réseau est défavorable à la recherche permanente du professionnel de santé d'améliorer la qualité de son service et d'optimiser la satisfaction de ses patients. C'est aussi un frein à la liberté entrepreneuriale dans le cadre de l'exercice libéral puisque le professionnel de santé qui n'est pas dans un réseau peut à terme souffrir d'un manque de patients.

En conclusion, les réseaux de soins conventionnés entraînant des remboursements différenciés entre les assurés affaiblissent des principes fondamentaux de notre système de santé, dont la liberté de choix des patients et l'indépendance professionnelle des professionnels de santé. Ils représentent une technique de gestion du risque qui institutionnalise une médecine à deux vitesses, contraire aux valeurs de la République. La présente proposition de Loi propose donc de prohiber les remboursements différenciés pour revenir au principe fondamental de la liberté de choix.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

Au premier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la Mutualité les mots après « les intéressés » sont supprimés.

Article 2

L'article L1110-8 du code de la Santé publique est rédigé comme suit :

« Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. »

« Il est interdit à tout système d'assurance santé exerçant auprès d'affiliés à l'assurance maladie obligatoire, tels que les compagnies d'assurances, les mutuelles, les organismes de prévoyance ou la Sécurité sociale elle-même, de pratiquer ou de proposer des remboursements différenciés pour un soin, une prestation ou un dispositif identique. »