



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

mutuelles

Question écrite n° 39217

Texte de la question

M. Alain Marty attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur l'inquiétude que suscite parmi les infirmières la proposition de loi visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins, prochainement discutée en deuxième lecture à l'Assemblée nationale. En effet, l'article 1er de ce texte permet aux mutuelles de moduler le niveau de leurs remboursements, pour un même acte de soin, selon que les assurés s'adressent à des professionnels de santé conventionnés ou non par les mutuelles. Selon les infirmières, cet article est en contradiction avec l'article L. 710-1 du code de la santé publique, qui institue le droit du malade au libre choix de son praticien comme un principe fondamental de la législation sanitaire. Elles considèrent également que cette loi est en contradiction avec la convention nationale qu'elles ont signée avec l'assurance maladie, dans laquelle il est précisé que l'assurance maladie rembourse le déplacement de l'infirmière qui se rend auprès d'un patient, sur la base des frais engendrés par l'infirmière située au plus près du patient. Or si cette dernière n'est pas agréée par la mutuelle du patient, il verra une partie de ses frais non remboursée par sa mutuelle. Dans le cas contraire, c'est l'assurance maladie qui ne prendra pas en charge la totalité des frais de déplacement. Enfin, cette loi risque de remettre en cause le principe du tiers payant puisque les professionnels de santé ne prendront pas le risque de voir une partie de leurs honoraires non réglée. Pour toutes ces raisons, les infirmières souhaitent que soient exclues de ce texte les professions de santé conventionnées. C'est pourquoi, au regard de ces éléments, il lui demande de bien vouloir lui faire part de sa position sur l'inquiétude des infirmières et des professionnels de santé.

Texte de la réponse

La loi du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, résulte d'une proposition de loi déposée par le député Bruno Le Roux au nom des membres du groupe socialiste, républicain et citoyen. Elle permet aux mutuelles de disposer des outils identiques à ceux dont disposaient déjà les autres organismes complémentaires (institutions de prévoyance et sociétés d'assurance). Le Gouvernement a jugé nécessaire que les réseaux de soins soient encadrés et qu'en soient exclus les médecins libéraux. Le dernier alinéa de l'article L. 863-8-I du code de la sécurité sociale, qui encadre ainsi les conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé, précise ainsi que « ces 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 et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins ». L'article 2 impose également que les réseaux respectent certains principes : le libre choix du professionnel de santé, l'adhésion des professionnels de santé selon des critères transparents et non discriminatoires et une information suffisante des assurés. Il convient également de rappeler que les professionnels de santé resteront libres d'adhérer ou non aux réseaux de soins. L'article 2 interdit également toute clause d'exclusivité. Dès lors cette loi ne remet pas en cause le libre choix du professionnel de santé par le patient. En outre, ce texte n'est pas en contradiction avec la convention nationale signée entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie. En

effet le remboursement par l'assurance maladie du déplacement de l'infirmier n'est pas remis en cause par ces dispositions. La loi a restreint le champ des professionnels de santé pour lesquelles les réseaux de soins peuvent comporter des encadrements tarifaires. Enfin, s'agissant des conséquences de ces dispositions, l'article 3 prévoit la remise d'un rapport annuel, pendant une période de trois ans, portant sur le bilan des conventions souscrites et notamment sur les garanties et prestations qu'elles comportent et leur bénéfice pour les patients, notamment en termes de reste à charge et d'accès aux soins, et leur impact sur les tarifs et prix négociés avec les professionnels, établissements et services de santé.

Données clés

Auteur : [M. Alain Marty](#)

Circonscription : Moselle (4^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 39217

Rubrique : Économie sociale

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales, santé et droits des femmes

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [8 octobre 2013](#), page 10427

Réponse publiée au JO le : [7 juillet 2015](#), page 5175