



## 14ème législature

<b>Question N° :</b> <b>39218</b>	De <b>Mme Sophie Errante</b> ( Socialiste, républicain et citoyen - Loire-Atlantique )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Affaires sociales et santé		<b>Ministère attributaire</b> > Affaires sociales, santé et droits des femmes
<b>Rubrique</b> > économie sociale	<b>Tête d'analyse</b> > mutuelles	<b>Analyse</b> > réseaux de prestataires. partenariats. conséquences.
Question publiée au JO le : <b>08/10/2013</b> Réponse publiée au JO le : <b>07/07/2015</b> page : <b>5175</b> Date de changement d'attribution : <b>27/08/2014</b>		

### Texte de la question

Mme Sophie Errante attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur les inquiétudes des infirmiers au sujet de la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles. Les infirmiers estiment, en effet, que ce texte est en contradiction avec la convention nationale qu'ils ont signée avec l'Assurance Maladie et qui précise que cette dernière rembourse les frais de l'infirmier qui se rend auprès d'un patient sur la base des frais engendrés par l'infirmier situé au plus près du patient. Or, si cet infirmier n'est pas agréé par la mutuelle du patient, ce dernier verrait une partie de ses frais non remboursés par sa mutuelle. Si ce même patient fait appel à un infirmier agréé par sa mutuelle et que son cabinet n'est pas le plus proche de son domicile, c'est l'Assurance Maladie qui ne prendra pas en charge la totalité des frais de déplacement. De plus, ils soulignent que ce texte 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. Elle lui demande donc quelles sont les solutions proposées par le Gouvernement pour répondre aux inquiétudes des infirmiers.

### 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.