

ASSEMBLÉE NATIONALE

18 octobre 2013

PLFSS 2014 - (N° 1412)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N° 686

présenté par
M. Door, Mme Poletti et M. Tian

ARTICLE 45

I. – Supprimer l’alinéa 6.

II. – En conséquence, substituer aux alinéas 7 à 10 les deux alinéas suivants :

« b) L’article L. 863-6 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 863-6.* – Le bénéfice du crédit d’impôt mentionné à l’article L. 863-1 est réservé aux contrats d’assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l’article L. 871-1. ».

III. – En conséquence, rédiger ainsi les alinéas 11 et 12 :

« c) Après la deuxième phrase de l’article L. 863-7, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Cette convention doit être conclue six mois au plus tard après l’entrée en vigueur de la loi n° du de financement la sécurité sociale pour 2014.

IV. – En conséquence, après l’alinéa 12, insérer les cinq alinéas suivants :

« d) Il est complété par deux articles L. 863-8 et L. 863-9 ainsi rédigés :

« *Art. L. 863-8.* – À défaut de conclusion de la convention visée à l’article L. 863-7, les contrats ouvrant droit au bénéfice du crédit d’impôt mentionné à l’article L. 863-1 devront être sélectionnés à l’issue d’une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues à l’article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d’État dans le respect des principes de transparence, d’objectivité et de non-discrimination.

« Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

« La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé. ».

« *Art L. 863-9.* – À l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L. 863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 45 I A 2° prévoit une modification de l'article L863 -7 qui consiste à supprimer le label ACS (créé par la LFSS pour 2012) et à organiser un dispositif de mise en concurrence à compter du 1^{er} janvier 2015 visant à sélectionner des contrats qui seuls donneraient droit à l'utilisation de l'aide à la complémentaire santé. Il crée par ailleurs un dispositif de sortie des contrats ainsi sélectionnés, à l'échéance des droits à l'ACS.

Les contrats sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence sont ceux proposés par les organismes de complémentaire santé (mutuelles, institutions de prévoyance ou sociétés d'assurance).

Globalement, le constat est celui d'une « restriction » de la logique de droit commun qui prévalait jusque là pour l'ACS avec un nombre limité de contrats éligibles, une ACS utilisable uniquement pour ces contrats, une limitation de fait du nombre d'organismes gérant des bénéficiaires ACS, un encadrement fort en terme de contenu et de prix et une forte incertitude sur les modalités de mise en œuvre du dispositif de mise en concurrence et du contenu référencé.

Ce nouveau dispositif soulève, à terme, la question d'une possible spécialisation de certains organismes sur des populations ACS, avec des caractéristiques plus ou moins lourdes à assumer dans la durée et donc un risque de non pérennité faute de pouvoir mutualiser plus largement le risque.

Ce dispositif viendrait de plus se substituer au dispositif de labellisation déjà prévu par les textes et auquel le temps de mise en place n'a pas été accordé.

La création du label ACS par la LFSS 2012 qui prévoyait à l'article L863-7 qu'une convention déterminerait les modalités de cette labellisation, permet de répondre à l'objectif de développement de l'accès à la complémentaire santé pour la population ACS par un meilleur repérage de l'offre.

Les opérateurs se sont mobilisés pour travailler sur une amélioration de la lisibilité de leurs offres en lien avec les associations d'usagers. Certains ont ensuite abouti sur la conception d'offres adaptées aux besoins des populations ciblées en lien avec des associations en charge de publics précarisés.

Ainsi, et notamment en 2013, plusieurs opérateurs ont mis en place des contrats destinés aux bénéficiaires ACS gardant une préoccupation de mutualisation intergénérationnelle, en logique labellisation, et ce, bien que le processus prévu par la loi de 2012 reste à mettre en œuvre.

Pour l'ensemble des raisons précitées, il est donc proposé de ne pas supprimer le dispositif de labellisation prévu par l'article L 863-7 mais d'en différer la suppression. Le remplacement du label ACS par le dispositif de mise en concurrence -prévu à l'article 45 I A 2° du PLFSS 2014 interviendrait uniquement si le constat était fait de l'absence de mise en œuvre du label à l'échéance d'un délai de 6 mois suivant la parution au JO de la LFSS pour 2014 et au plus tard au 1^{er} septembre 2014.