

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2020

PLFSS POUR 2021 - (N° 3397)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N° 2417

présenté par

Mme Degois, M. Raphan, M. Potterie, M. Batut, M. Rudigoz, M. Haury, M. Roseren,
Mme Vanceunebrock et M. Testé

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 3, insérer l'article suivant:**

Le II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion obligatoire ou facultative, sous réserve que l'organisme propose un mécanisme de tiers payant intégral, ticket modérateur et forfait, aux bénéficiaires de ce contrat sur les produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1. » ;

2° Au quatrième alinéa, les mots : « ou troisième » sont remplacés par les mots : « , troisième ou quatrième ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à encadrer la pratique du remboursement différencié dans le cadre des contrats solidaires et responsables. Les contrats prévoyant des remboursements différenciés entre les assurés se rendant chez des professionnels membres ou non d'un réseau de soin ne seraient alors pas éligibles au taux réduit de taxe de solidarité supplémentaire applicable aux contrats responsables et solidaires.

Les contrats de complémentaire santé responsables et solidaires respectent un plafond de remboursement fixé par la réglementation et encouragent le respect du parcours de soin coordonné

tout en ne fixant pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus. En contrepartie les organismes complémentaires bénéficient d'un taux réduit de taxe de solidarité additionnelle.

Aujourd'hui, force est de constater que malgré les garanties mises en place par la réforme du reste à charge 0, la pratique du remboursement différencié permet aux complémentaires santé de moins bien rembourser leurs assurés qui ne se rendraient pas chez un professionnel de santé affilié à leur réseau de soin. En effet, certains contrats d'assurance complémentaire santé indiquent une prise en charge à « frais réels » dans le réseau de soins et une prise en charge fixée en euros hors réseau de soins. Or, la modulation permise par cette rédaction crée une inégalité de prise en charge entre les assurés, à cotisations égales. Cette difficulté est d'autant plus importante dans certains territoires qui ne disposent pas ou peu de professionnels de santé affiliés aux réseaux de soin alors même qu'en 2017 déjà, l'Inspection générale des affaires sociales soulignait les déséquilibres créés par ces réseaux. Cette pratique est également lourde de conséquences pour les professionnels de santé, et notamment les opticiens lunetiers indépendants, puisque les assurés sont incités par leurs organismes complémentaires à s'orienter vers des opticiens affiliés à un réseau de soin en leur accordant un remboursement préférentiel auprès de ces enseignes pouvant aller jusqu'à 40 % de différence pour les verres et 20 % pour les montures.