

ASSEMBLÉE NATIONALE

14 octobre 2020

PLFSS POUR 2021 - (N° 3397)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N° 488

présenté par

Mme Firmin Le Bodo et M. Christophe

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 troisième 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 ne module pas, au-delà d'un seuil fixé par décret et au titre de ce contrat, le niveau de prise en charge des actes et prestations médicaux en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à tout professionnel de santé ayant conclu une convention visée à l'article L. 863-8. » ;

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin de lutter contre toutes les formes de reste à charge subies, le présent amendement vise à encadrer la pratique du remboursement différencié dans le cadre du contrat solidaire et responsable.

Cette pratique permet aux complémentaires de moins bien rembourser leurs assurés qui ne se rendraient pas chez un professionnel de santé affilié à leur réseau de soins, y compris lorsque celui-ci est leur professionnel de santé habituel.

Le niveau de remboursement des assurés peut varier du simple au double chez certaines complémentaires santé. Cela n'est donc pas sans conséquence pour les assurés, qui n'ont d'ailleurs pas nécessairement connaissance de cette pratique qui leur est imposée par les complémentaires.

Tandis que de nombreux territoires ne disposent pas (ou de très peu) de professionnels de santé affiliés à ces réseaux, le remboursement différencié peut également aggraver les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Par ailleurs, cette pratique va à l'encontre des objectifs fixés par le 100% Santé puisqu'elle complexifie la lisibilité des droits et garanties auxquels les assurés peuvent prétendre. 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, cette rédaction est problématique puisque ces « frais réels » sont en réalité encadrés par le plafond de prise en charge fixé dans le contrat responsable, ce que n'indique pas du tout le tableau de garanties.

Cette pratique s'apparente donc à un malus et rompt le caractère solidaire du contrat responsable.

C'est pourquoi il est proposé de conditionner les avantages fiscaux accordés aux complémentaires santé en limitant le niveau possible de différenciation des remboursements dans et hors réseau de soins.