

ASSEMBLEE NATIONALE

24 octobre 2005

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006 - (n° 2575)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENTN° 233 (3^{ème} rect.)présenté par
le Gouvernement-----
ARTICLE ADDITIONNEL**APRES L'ARTICLE 36, insérer l'article suivant :**

I. – Dans l'intitulé du titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale, les mots : « de santé » sont supprimés.

II. – Le II de l'article 57 de la loi n° 2004–810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Toutefois, entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2006 :

« 1° Les dispositions concernant la prise en charge des prestations liées à la prévention visées au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les dispositions prévues au I du présent article pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire de branche. »

III. – L'article 6–1 de la loi n° 89–1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, si la prise en charge de certaines de ces prestations n'est pas conforme aux règles définies en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, la prolongation d'adhésion ou de contrat peut prévoir, pour la prise en charge de ces seules prestations, la mise en conformité avec ces règles, le cas échéant par dérogation au premier alinéa de l'article 6. »

IV. – Les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements comportant exclusivement des garanties prenant en charge les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation, doivent se mettre en conformité avec les dispositions prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale au plus tard le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, ces contrats, bulletins d'adhésion ou règlements

bénéficient des exonérations fiscales et sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Pour garantir la bonne mise en œuvre du parcours de soins instauré par la loi du 13 août 2004, les contrats d'assurance complémentaire de santé sont incités, par le biais d'aides sociales ou fiscales, à ne pas prendre en charge, à compter du 1^{er} janvier 2006, certaines majorations de ticket modérateur et dépassements. À l'inverse, les organismes de protection complémentaire sont incités, par le même dispositif, à prendre en charge les prestations liées aux consultations et prescriptions du médecin traitant. Enfin, toujours pour bénéficier de ces aides, ils doivent prendre en charge des prestations liées à la prévention.

Toutefois, ce dispositif nécessite quelques aménagements.

I. – L'intitulé du titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale doit être modifié aux fins de supprimer le caractère redondant induit par les mots : « assurance maladie » d'une part et : « de santé » d'autre part.

II. – En ce qui concerne la prévention, le décret d'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale prévoit la prise en charge totale de deux prestations de prévention considérées comme prioritaires par rapport aux objectifs de santé publique choisies dans une liste prévue par arrêté interministériel établi après avis de la Haute autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Cette liste est en cours d'élaboration et ne pourra sans doute pas être publiée avant le 1^{er} janvier 2006.

Par ailleurs, si le délai de mise en conformité au 1^{er} janvier 2006 semble raisonnable pour la plupart des contrats et règlements d'assurance complémentaire, il apparaît insuffisant lorsque les modifications qui doivent y être apportées sont soumises préalablement à un accord entre les partenaires sociaux.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire de reporter l'entrée en vigueur des dispositions concernant la prévention, ainsi que l'entrée en vigueur de l'ensemble du dispositif pour les garanties en cours souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire au 1^{er} juillet 2006.

III. – Les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, instituée dans le cadre de la couverture maladie universelle, disposent d'une prolongation d'adhésion ou de contrat d'un an à l'expiration de leur droit, lorsque celui-ci était géré par un organisme de protection sociale complémentaire. Cette prolongation doit prévoir les mêmes prestations : l'interdiction de réduire les garanties souscrites est en effet posée par le premier alinéa de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques

Or, la protection complémentaire en matière de santé prend en charge la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, dans son intégralité, y compris la majoration applicable dans le cas de consultations sans prescription préalable du médecin traitant ou sans autorisation d'accès au dossier médical personnel. Inversement, les garanties d'assurance maladie complémentaire doivent ne pas prendre en charge ces majorations pour continuer à bénéficier d'aides fiscales ou sociales à compter du 1^{er} janvier 2006. Afin de ne pas les pénaliser, les organismes de protection sociale complémentaire seront autorisés à déroger à

- Amendement mis en distribution -

cette obligation de prise en charge en se conformant aux règles prévues à l'article L. 871-1 du même code pour le bénéfice de ces aides.