



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Encadrement des tarifs en cas de maintien couverture santé des anciens salariés

Question écrite n° 13444

Texte de la question

M. André Chassaigne interroge Mme la ministre des solidarités et de la santé sur l'encadrement des tarifs applicables en cas de maintien de la couverture santé des anciens salariés. L'article 1 du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 encadre les tarifs applicables en cas de maintien de la couverture santé pour les trois premières années d'inactivité. Il instaure une progressivité du plafonnement de ces tarifs. Ainsi, la première année, les tarifs proposés ne pourront être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Pour la deuxième année, ils ne pourront être supérieurs de plus de 25 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Pour la troisième année, le pourcentage passe de 25 à 50 %. Ce décret a certes pour objectif de permettre aux salariés inactifs de maintenir une couverture santé avec des appels de cotisations encadrés. Néanmoins, il ne prévoit absolument aucune disposition pour les années qui suivent le troisième anniversaire de leur inactivité. Cette absence de disposition est parfaitement connue des assureurs et peut engendrer une hausse des cotisations au titre de la complémentaire santé. Ainsi, certains assurés inactifs se voient contraints de minorer les garanties apportées dans ce cadre. Ceci n'est pas sans conséquence dans l'accès aux soins, également fragilisé par les déserts médicaux. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes âgées ne pouvant plus bénéficier de soins dentaires, auditifs ou oculaires au motif de la faiblesse de leur remboursement. Certes, la hauteur des remboursements effectués par la sécurité sociale est également responsable de cet état de fait. Aussi, il lui demande que soit complété le décret n° 2017-372 afin d'encadrer les tarifs applicables en cas de maintien de la couverture santé des anciens salariés pour les périodes postérieures à la date du troisième anniversaire.

Texte de la réponse

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Évin », prévoit que les contrats collectifs et obligatoires doivent fixer les modalités selon lesquelles l'organisme assureur s'engage à maintenir la couverture santé au profit des anciens salariés. Peuvent bénéficier du maintien de la couverture : - Les anciens salariés garantis collectivement pour le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident qui sont bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement lorsqu'ils sont privés d'emploi ; - Les personnes garanties du chef d'un assuré décédé. Le financement de la couverture est intégralement assuré par les bénéficiaires. Les tarifs de ces contrats sont encadrés par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 précitée, afin de limiter la hausse des tarifs pour ces anciens salariés. Ce décret met ainsi en place une hausse progressive, sur trois ans, des plafonds applicables aux tarifs des contrats de remboursements de frais de soins de santé après la fin du contrat de travail : la première année, aucune augmentation des tarifs globaux applicables aux salariés actifs ne peut être appliquée ; la deuxième année, le tarif du contrat ne peut être supérieur à 125 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs ; la troisième année, le tarif du contrat ne peut dépasser 150 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Au-delà de ces trois années, les plafonds précités ne sont pas applicables, l'évolution des tarifs devant toutefois respecter les dispositions de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989 précitée, qui visent à protéger les assurés contre des hausses de tarifs sur le seul fondement

de leur état de santé. Cet article interdit en effet aux organismes assureurs d'augmenter les tarifs d'un assuré ou d'un adhérent, notamment au titre d'un contrat individuel, en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier. Néanmoins, de manière globale, afin de garantir l'équilibre économique des contrats, il ne peut être interdit aux organismes assureurs de procéder à des pratiques tarifaires différenciées en fonction de la population d'assurés concernée, dès lors que les mêmes tarifs sont appliqués pour une même garantie à l'ensemble des assurés précités (3ème alinéa de l'article 6 de la « loi Evin »).

Données clés

Auteur : [M. André Chassaigne](#)

Circonscription : Puy-de-Dôme (5^e circonscription) - Gauche démocrate et républicaine

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 13444

Rubrique : Assurance complémentaire

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [23 octobre 2018](#), page 9509

Réponse publiée au JO le : [13 novembre 2018](#), page 10296