



15ème législature

Question N° : 18775	De M. Boris Vallaud (Socialistes et apparentés - Landes)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique >assurance complémentaire	Tête d'analyse >Organisation des contrats de santé et de prévoyance	Analyse > Organisation des contrats de santé et de prévoyance.
Question publiée au JO le : 16/04/2019 Réponse publiée au JO le : 23/07/2019 page : 6940		

Texte de la question

M. Boris Vallaud attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la proposition de résiliation infra annuelle des contrats de santé et de prévoyance dans le cadre de l'organisation du système de protection sociale. La présomption de couverture lors de la présentation d'une carte d'adhérent à une complémentaire santé, reste un des fondements du financement des actes médicaux et des frais de santé en France. La supprimer conduirait les professionnels et les établissements de santé à vérifier systématiquement les droits complémentaires des assurés, et les mutuelles à garantir aux professionnels de santé, et en premier lieu aux pharmaciens, que le porteur d'une carte est toujours assuré par la mutuelle, entraînant ainsi de risques d'indus, de conflits avec les organismes complémentaires et la fin de dispositifs de tiers payants. Faire baisser les prix, en incitant la concurrence entre opérateurs et complémentaires apparaît comme la motivation première de cette réforme 100 % santé, au détriment des mécanismes de solidarité et de mutualisation des risques. Outre des conséquences possibles sur la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnement des assurés en prévention ou en action sociale, cette concurrence pourrait engendrer une hausse des frais d'acquisition et de communication. Dans un contexte de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, il lui demande quelles sont les mesures envisagées par le Gouvernement liées à l'amélioration de l'accès aux soins pour les assurés sociaux disposant d'un contrat de complémentaire santé responsable.

Texte de la réponse

Une proposition de loi déposée le 6 février 2019 par M. Gilles Le Gendre, député de Paris, sur la résiliation infra-annuelle de la complémentaire santé a été adoptée par les deux assemblées. Cette proposition de loi vise à donner la possibilité aux assurés, particuliers pour les contrats individuels et entreprises pour les contrats collectifs, de résilier sans frais et à tout moment après la première année de souscription, des contrats de complémentaire santé. Cette mesure de simplification donnera plus de liberté aux assurés et leur permettra de bénéficier d'une concurrence accentuée en matière de couverture complémentaire santé. Elle répond à l'objectif de faciliter les démarches des administrés et d'agir pour leur pouvoir d'achat. Cette possibilité est attendue par nos concitoyens, qui souhaitent obtenir davantage de souplesse et ainsi pouvoir résilier leur contrat de complémentaire santé sans frais et à tout moment au terme de la première année de souscription. Cette proposition de loi ne va pas augmenter le coût des primes. Au contraire, le renforcement de la concurrence qu'elle permettra va inciter les complémentaires à les diminuer, notamment en réduisant leurs frais de fonctionnement, afin d'attirer ou de garder des assurés. C'est la raison pour laquelle, selon un récent sondage mené par l'Institut français d'opinion publique, les Français se

prononcent très clairement pour cette mesure : au total, les avis favorables avoisinent les 94 %. D'ailleurs, la mise en œuvre de mesures similaires dans d'autres secteurs de l'assurance ne s'est pas traduite par des hausses de primes, au contraire. Par exemple, la mise en œuvre de la résiliation annuelle des contrats d'assurance emprunteur depuis le 1er janvier 2018 a conduit certains organismes à diminuer leurs primes de 30 %. Ensuite, cette mesure ne va pas favoriser les comportements opportunistes. En effet, elle ne permet de résilier un contrat d'assurance complémentaire santé qu'au terme d'un délai d'un an. Un assuré qui souhaiterait souscrire une complémentaire santé avant un acte médical programmé, puis s'en défaire après cet acte, ne pourrait donc pas le faire. De surcroît, cette mesure ne va pas déstabiliser le marché. Elle favorisera la mobilité des assurés qui souhaitent changer de complémentaire santé. Néanmoins, d'un point de vue global, elle ne modifiera pas drastiquement la situation actuelle, car une résiliation annuelle est déjà possible. Enfin, cette mesure ne va pas entraîner une démutualisation des risques au détriment des personnes âgées. Les garanties en termes de mutualisation seront inchangées, y compris en faveur des plus vulnérables : les mutuelles et les autres organismes proposant des contrats responsables, qui constituent la quasi-totalité des contrats, ne peuvent recueillir d'informations médicales auprès de leurs membres, ni fixer de cotisations en fonction de l'état de santé des assurés. Ainsi, cette mesure sera favorable à tous les assurés et en particulier aux personnes âgées, pour qui les conditions actuelles de résiliation, du fait de leur nature restrictive, sont très défavorables. Ce sont elles qui sont le plus soumises aux augmentations brusques de cotisations des contrats individuels. Et, pour les personnes âgées, qui sont rarement familiarisées aux nouvelles technologies, il peut être difficile de trouver un nouveau contrat dans le délai de vingt jours impartis. Enfin, cette proposition de loi ne traduit pas la moindre défiance quant au rôle des complémentaires santé dans notre système de santé. Le travail mené en commun avec les organismes complémentaires a donné lieu à des avancées majeures, comme la réforme du 100 % santé, qui a été construite en lien étroit avec l'ensemble des acteurs, et en particulier avec les fédérations d'organismes complémentaires.