

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale

NOR : AFSS1411758D

Publics concernés : assurés bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) ; entreprises d'assurance relevant du code des assurances, institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, mutuelles et unions relevant du code de la mutualité.

Objet : détermination de la procédure de mise en concurrence des contrats d'assurance complémentaire de santé éligibles à l'ACS.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit une procédure de mise en concurrence des organismes complémentaires proposant une couverture santé aux bénéficiaires de l'ACS, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination. Cette procédure vise à sélectionner des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels éligibles au bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Le présent décret fixe les conditions dans lesquelles l'Etat pourra sélectionner les contrats éligibles à l'aide. Il prévoit notamment la publication d'un avis d'appel à la concurrence qui précisera les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures ainsi que d'un cahier des charges fixant les prestations attendues et les critères d'évaluation des offres. Le décret introduit également des règles visant à assurer l'égalité de traitement des candidats tout au long de la procédure et l'impartialité lors du choix des offres, notamment en prohibant les situations de conflits d'intérêt. Le décret facilite enfin l'utilisation de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé en permettant aux bénéficiaires de garder le bénéfice du droit en cas d'utilisation incomplète de son aide pour souscrire un nouveau contrat avec le bénéfice de celle-ci jusqu'à son terme initial.

Références : les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code des assurances ;

Vu le code de la mutualité ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 863-6 ;

Vu la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, notamment son article 56 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 26 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 3 juillet 2014 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 3 juillet 2014 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 8 juillet 2014 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa de l'article R. 863-1, les mots : « Sauf dans le cas prévu à l'article R. 863-4, » sont supprimés ;

2° L'article R. 863-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 863-4. – Si le contrat prend fin au cours de la période définie au premier alinéa de l'article R. 863-3, l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit remet au bénéficiaire l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 et une attestation indiquant la période pendant laquelle il a exercé son droit à déduction. Le bénéficiaire remet ces attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat. » ;

3° L'article R. 863-5 est ainsi modifié :

a) Le 2° est abrogé ;

b) Au quatrième alinéa :

– le 3° devient le 2° ;

– les mots : « à sa demande, l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 et une attestation indiquant la durée pendant laquelle elle a exercé son droit à déduction. » sont remplacés par les mots : « les attestations prévues par l'article R. 863-4. » ;

4° Il est complété par neuf articles ainsi rédigés :

« Art. R. 863-8. – Pour la sélection des contrats prévue à l'article L. 863-6, il est procédé à une mise en concurrence préalable des organismes candidats.

« Le ministre chargé de la sécurité sociale est responsable de la procédure de mise en concurrence. A ce titre, il veille à la mise en œuvre des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination entre les organismes candidats.

« Il met en place une commission de sélection chargée de la mise en œuvre et du contrôle de la procédure ainsi que du suivi du respect des engagements correspondant aux offres sélectionnées. Il en fixe la composition par arrêté.

« Ne peuvent pas être nommés comme membres de la commission de sélection des personnes ayant, au cours des trois dernières années, exercé une activité salariée ou des fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein d'un organisme complémentaire ou d'un groupement de ces organismes, ou ayant entretenu une relation professionnelle à but lucratif avec ces organismes ou groupements.

« Les membres de la commission de sélection ne peuvent prendre part aux travaux de la commission s'ils ont un lien d'intérêt, direct ou indirect, avec l'organisme ou le groupement d'organismes dont l'offre est examinée.

« Aucun membre de la commission de sélection ne peut, pendant trois ans à compter de la date à laquelle la liste des offres retenues a été publiée en application de l'article R. 863-12, exercer de fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein des organismes dont l'offre a été sélectionnée ou au sein du groupe dont ces organismes sont membres.

« Les membres de la commission sont tenus au secret et la discrétion professionnelle dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

« Art. R. 863-9. – La procédure de mise en concurrence est régie par les dispositions suivantes :

« 1° Les caractéristiques principales de l'offre souhaitée sont définies dans un avis d'appel à la concurrence auquel est joint le cahier des charges défini à l'article R. 863-11 ;

« 2° Sont recevables les candidatures déposées dans un délai défini dans l'avis d'appel à la concurrence, ne pouvant être inférieur à cinquante-deux jours à compter de la date la plus tardive des publications de l'avis prévues à l'article R. 863-9, et respectant les règles de présentation des offres fixées dans le cahier des charges ;

« 3° Sont éligibles les candidatures des mutuelles ou unions relevant du code de la mutualité, des entreprises régies par le code des assurances ou des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, disposant de l'agrément en branche 2 "maladie" mentionné à l'article R. 211-2 du code de la mutualité, à l'article R. 321-1 du code des assurances et à l'article R. 931-2-1 du code de la sécurité sociale et respectant l'ensemble des critères fixés par l'avis d'appel à la concurrence ainsi que les règles énoncées dans le cahier des charges.

« La candidature de plusieurs organismes assureurs sur une offre commune est éligible dans la mesure où sont respectées les conditions du présent alinéa ainsi que les dispositions du droit de la concurrence et la réglementation propre aux organismes d'assurance ;

« 4° Les critères d'évaluation des offres qui permettent d'établir leur notation reposent, de manière prépondérante, sur un critère de prix et, pour le reste, sur des critères relatifs à la qualité de service définis dans l'avis d'appel à la concurrence et portant sur les services proposés et sur les moyens mis en œuvre pour la diffusion de l'offre, selon une pondération déterminée dans l'avis d'appel à la concurrence ;

« 5° La sélection est opérée dans la limite d'un nombre d'offres mentionné dans l'avis d'appel à la concurrence et d'une note établie par référence à celle de l'offre la mieux notée, dans des conditions précisées dans le même avis. Le nombre minimum d'offres retenues ne peut être inférieur à trois.

« Art. R. 863-10. – L'avis d'appel à la concurrence mentionné à l'article R. 863-9 est publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel de l'Union européenne*.

« Art. R. 863-11. – I. – Le cahier des charges énonce les garanties demandées, notamment les services accessibles aux souscripteurs ainsi que les conditions relatives au bénéfice de la dispense d'avance de frais par les assurés, à l'encadrement des pratiques tarifaires et à l'interdiction de clauses contractuelles de nature à remettre en

cause l'objectif de solidarité et de mutualisation des risques poursuivi par la procédure de sélection, du fait de l'introduction de conditions particulières de remboursement, de souscription ou de cotisation.

« Il précise les obligations incombant aux organismes dont l'offre est sélectionnée, notamment en ce qui concerne l'information à délivrer aux assurés.

« Il prévoit que les contrats doivent comporter une clause de résiliation, à la demande de l'assuré, en cas de radiation de l'offre correspondant au contrat, de la liste établie en application de l'article R. 863-12. La clause précise qu'en cas de résiliation prononcée à ce titre l'organisme rembourse à l'assuré le montant des cotisations correspondant à la période courant de la date de résiliation à la date initiale d'échéance du contrat.

« Il détermine les conditions de suivi et de réexamen périodique des contrats sélectionnés.

« II. – Le cahier des charges précise les caractéristiques des trois contrats correspondant à des niveaux minima de prise en charge que doit comporter chaque offre.

« Ces trois contrats, dénommés A, B et C, garantissent, dans le respect des dispositions des articles R. 871-1 et R. 871-2, la couverture des frais engagés par l'assuré selon les modalités suivantes :

« 1° Prise en charge intégrale de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 10° et 14° de l'article R. 322-1. La prise en charge est majorée, pour certains frais, dans les conditions prévues au 3° du présent II ;

« 2° Prise en charge intégrale du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, sans limitation de durée ;

« 3° Prise en charge des frais exposés par l'assuré pour certains dispositifs médicaux à usage individuel soumis au remboursement et certains frais d'honoraires de praticiens, à hauteur de montants minima, comprenant la participation des assurés définie au 1°, dans les conditions suivantes :

« a) Pour les dispositifs d'optique médical :

« – par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00, à 100 euros pour le contrat B et à 150 euros pour le contrat C ;

« – par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 et à verres multifocaux ou progressifs, à 200 euros pour le contrat B et à 350 euros pour le contrat C ;

« – par équipement comportant un verre mentionné au deuxième alinéa du a) et un verre mentionné au troisième alinéa du a), à 150 euros pour le contrat B et à 250 euros pour le contrat C ;

« – pour les frais de lentilles, à 100 euros pour les contrats B et C ;

« b) Pour les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes, respectivement pour les contrats A, B et C, à 125 %, 225 % et 300 % du tarif de responsabilité pour les actes d'orthopédie dento-faciale et pour les prothèses dentaires ;

« c) Pour les prothèses auditives, à hauteur de 450 euros par prothèse pour le contrat C.

« Art. R. 863-12. – Seuls peuvent être ouverts, par la commission de sélection mentionnée à l'article R. 863-8, les plis qui ont été reçus au plus tard à la date d'expiration du délai de dépôt fixé conformément aux dispositions du 2° de l'article R. 863-9.

« Les candidatures qui n'ont pas été écartées en application des dispositions du premier alinéa et qui respectent les règles de présentation des offres fixées dans le cahier des charges sont examinées, par la commission de sélection, au regard des conditions d'éligibilité mentionnées au 3° de l'article R. 863-9.

« Les offres des candidats éligibles sont classées conformément aux règles résultant du 4° de l'article R. 863-9. Ce classement constitue l'avis rendu par la commission de sélection au ministre en charge de la sécurité sociale.

« La liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. L'inscription des contrats sur la liste est prononcée pour une durée de cinq ans.

« La liste des contrats sélectionnés est publiée au *Journal officiel* de la République française.

« Art. R. 863-13. – A chacune des étapes de la procédure de mise en concurrence définies aux deux premiers alinéas de l'article R. 863-12, la commission de sélection notifie, par une décision motivée, le rejet de leur offre aux organismes dont l'offre n'est pas recevable ou éligible, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception de la décision.

« Les candidats dont l'offre n'a pas été inscrite sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12 peuvent demander au ministre chargé de la sécurité sociale les raisons pour lesquelles leur offre n'a pas été retenue.

« Art. R. 863-14. – La procédure de mise en concurrence prévue par l'article R. 863-8 est renouvelée au plus tard neuf mois avant l'expiration du délai de cinq ans mentionné à l'article R. 863-12.

« Art. R. 863-15. – I. – S'il est constaté qu'un organisme ne respecte pas les engagements correspondant à l'offre sélectionnée, celle-ci peut être radiée par le ministre chargé de la sécurité sociale de la liste mentionnée à l'article R. 863-12, après le recueil, dans un délai de deux mois à compter de la notification de ce constat, des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales de l'organisme et après avis de la commission de sélection mentionnée à l'article R. 863-8. La décision de radiation prend effet quatre mois après la publication de l'arrêté la prononçant.

« II. – En cas de radiation de son offre, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de l'arrêté de radiation, les souscripteurs ou adhérents des conséquences de cette radiation au regard du bénéfice de l'aide

mentionnée à l'article L. 863-2 pour leur permettre de résilier leur contrat dans un délai de trois mois à compter de la date d'envoi de cette information, en application du troisième alinéa du I de l'article R. 863-11.

« III. – A compter de la date de publication de l'arrêté de radiation, les contrats correspondant à cette offre ne peuvent plus donner lieu à une souscription ou un renouvellement avec le bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L. 863-2.

« Art. R. 863-16. – Si le nombre d'offres figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12 est réduit à moins de trois au cours de la période de cinq ans prévue au même article et si la durée restant à courir est supérieure à douze mois, une procédure de mise en concurrence destinée à compléter la liste est ouverte. Les offres sont sélectionnées dans les conditions prévues à l'article R. 863-9 à l'exception de la règle fixée à la dernière phrase du 5° du même article et s'ajoutent à celles figurant sur la liste en vigueur, pour la période restant à courir avant l'expiration du délai prévu à l'article R. 863-12. »

Art. 2. – I. – Par dérogation aux dispositions des articles R. 863-12 et R. 863-14 du code de la sécurité sociale, les contrats retenus sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12 du même code au terme de la première procédure de mise en concurrence mise en œuvre en application des dispositions du présent décret sont inscrits pour une durée de trois ans. Le renouvellement de la procédure prévue à l'article R. 863-14 intervient au plus tard neuf mois avant l'expiration de cette période de trois ans.

II. – Les dispositions du présent décret s'appliquent aux contrats conclus à compter de la date mentionnée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Art. 3. – Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 8 octobre 2014.

MANUEL VALLS

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales,
de la santé
et des droits des femmes,*
MARISOL TOURAINE

*Le ministre des finances
et des comptes publics,*
MICHEL SAPIN

*Le secrétaire d'Etat
chargé du budget,*
CHRISTIAN ECKERT