



ASSEMBLÉE NATIONALE

16ème législature

Augmentation des mutuelles

Question écrite n° 1473

Texte de la question

M. Jean-Luc Bourgeaux appelle l'attention de M. le ministre de la santé et de la prévention sur les tarifs pratiqués par les mutuelles de santé. Force est de constater que la crise sanitaire de la covid-19 a permis aux organismes de complémentaires santé d'économiser plus de 2 milliards d'euros sur les remboursements accordés à leurs clients du fait de la baisse des soins de ville et la prise en charge à 100 % des téléconsultations et des tests de dépistage. Or les tarifs des complémentaires n'ont cessé d'augmenter depuis 2019. Cette situation a été dénoncée en son temps par l'UFC-Que choisir. L'inflation constatée de 4, 3 % portait alors sur plus de 600 contrats individuels émanant de 123 organismes complémentaires. Cette hausse tarifaire est intolérable au moment où les ménages sont dans la peine, notamment les seniors. Au total, le surcoût annuel médian pourrait s'élever à près de 80 euros par assuré et même de 200 euros pour plus de 20 % des contrats. Il lui demande de lui indiquer les mesures que le Gouvernement entend prendre pour rendre illégale toute augmentation des cotisations non fondée sur l'évolution d'index reconnus et imposés et geler les augmentations des tarifs complémentaire santé pour 2021 et 2022.

Texte de la réponse

Si les primes ont connu une augmentation ces dernières années, d'après les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, les cotisations et les primes des organismes complémentaires (OC) auraient évolué de manière stable autour de 2 % en 2018 et 2019. En revanche, en 2020, les charges comme les produits étaient en légère baisse respective de -0,3 % et -0,8 % en raison de la crise sanitaire. A ce titre, le Gouvernement a estimé qu'il apparaissait légitime que les organismes participent aux dépenses exceptionnelles auxquelles l'assurance maladie a dû faire face dans le cadre de la gestion de l'épidémie Covid-19. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a créé une « contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 » assise sur les cotisations de complémentaire santé à la charge de l'ensemble des OC. Cette participation a été fixée pour deux années, soit 1 Md€ en 2020 et 500 M€ en 2021, de manière à prendre en compte l'impact durable de la crise sur la prise en charge respective par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire des dépenses d'assurance maladie. Le Gouvernement s'est également attaché à faciliter l'accès à la complémentaire santé, en limitant le coût pour de nombreux assurés. En premier lieu, la participation des employeurs au financement de la couverture complémentaire santé a été étendue (pour les salariés du secteur privé depuis l'Accord National Interprofessionnel de 2013 et au plus tard en 2026 pour tous les employeurs publics des trois versants de la fonction publique en application de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique). De plus, pour les populations aux revenus plus faibles, la complémentaire santé solidaire prend en charge la part complémentaire des dépenses de santé des personnes à faibles revenus, soit gratuitement pour les personnes seules disposant de ressources inférieures à 798 € par mois, soit en contrepartie d'une participation réduite, fixée en fonction de l'âge, s'élevant au maximum à 30 euros par mois. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a facilité les démarches d'accès à la Complémentaire santé solidaire en l'attribuant automatiquement depuis le 1er janvier 2022 aux bénéficiaires du revenu de solidarité active et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, afin de faciliter les démarches de ces assurés et leur garantir un meilleur accès aux soins, à moindre

coût. En parallèle, la résiliation des contrats santé a été facilitée et la lisibilité de ces contrats accrue pour permettre aux assurés de se séparer plus aisément de contrats onéreux et/ou inadaptés à leurs besoins. Le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 relatif au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé a précisé les conditions d'entrée en application du droit pour les assurés de résilier à tout moment leur contrat de complémentaire santé prévue par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019. Ainsi, depuis le 1er décembre 2020, les assurés couverts par leur contrat de complémentaire santé depuis plus d'un an peuvent le résilier à tout moment et non plus uniquement dans le cadre du renouvellement annuel. Pour éclairer le choix d'un nouveau contrat, la mise en œuvre de la résiliation infra-annuelle pour les contrats de complémentaire santé s'est accompagnée de travaux visant à améliorer la lisibilité et la comparabilité des contrats, dans le cadre de la réforme « 100 % santé ». Au début de l'année 2019, les organismes complémentaires se sont ainsi engagés à améliorer la lisibilité des contrats : (i) en prévoyant une dizaine de grands postes de remboursement, aux libellés harmonisés et clairement définis (hospitalisation, soins courants, optique, dentaire et audioprothèse) ; (ii) en instituant une liste unique d'exemples de remboursement exprimés en euros pour une douzaine de prestations parmi les plus courantes ; (iii) en développant progressivement des simulateurs de remboursement, notamment en ligne sur les sites internet des organismes. Conformément aux termes de la lettre de mission du ministre de l'économie, des finances et de la relance à la présidente du comité consultatif du secteur financier, le comité a poursuivi en 2021 ses travaux sur la lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé. Le groupe de travail, réunissant l'assurance maladie, de la direction de la sécurité sociale et des représentants de l'Union nationale des complémentaires santé, a élaboré un nouveau tableau des exemples de remboursement offrant, outre les exemples chiffrés de remboursement d'actes, une explication détaillée des pourcentages effectivement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire par rapport à la base de remboursement affichée dans les tableaux de garanties. Les professionnels se sont en outre engagés à faciliter l'accessibilité de ce tableau d'exemples ainsi que des tableaux de garanties qui s'y rattachent pour les contrats standards : le tableau des exemples de remboursement des contrats standards devra être en accès rapide, sous format téléchargeable, sur les pages dédiées à la santé des sites internet des organismes. Les professionnels se sont par ailleurs engagés à privilégier l'expression des garanties en euros lorsque cela est dans l'intérêt du consommateur, notamment pour les garanties optique, dentaire et les aides auditives. Ces engagements sont entrés en vigueur depuis mai 2022. Le comité consultatif du secteur financier établira un bilan concerté de la bonne application de ces engagements, un an après leur mise en place effective. Le Gouvernement sera particulièrement attentif à cette évaluation.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Luc Bourgeaux](#)

Circonscription : Ille-et-Vilaine (7^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 1473

Rubrique : Assurance complémentaire

Ministère interrogé : Santé et prévention

Ministère attributaire : Santé et prévention

Date(s) clée(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 5 décembre 2022

Question publiée au JO le : [27 septembre 2022](#), page 4210

Réponse publiée au JO le : [20 décembre 2022](#), page 6501