



# ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

## Fièvre tarifaire des complémentaires santé

Question écrite n° 41499

### Texte de la question

Mme Jacqueline Maquet attire l'attention de M. le ministre de l'économie, des finances et de la relance sur la fièvre tarifaire des complémentaires santé. Après une augmentation des prix de 4 à 5 % en 2019 et 2020, l'année 2021 est également marquée par une hausse de 4,3 % des tarifs des complémentaires santé. De 2019 à 2021, les prix des cotisations sur les complémentaires santé ont augmenté trois fois plus que le pouvoir d'achat des Français sur la même période. Cette augmentation cache néanmoins de fortes disparités : certaines mutuelles - comme Muta santé, Pro BTP, le MNH ou la Mutuelle Générale - ont vu leurs primes augmenter de moins de 3 %, tandis que les adhérents d'autres complémentaires santé - comme André Mutuelle, Klésia, Swiss Life ou encore Malakoff Humanis - ont subi une hausse de 7 % sur leurs primes. Face à cette fièvre tarifaire, les Français sont souvent démunis. En effet, les organismes ne présentent pas toujours de façon transparente la couverture santé qu'ils proposent à leurs clients, ni les dépenses de santé qui sont réellement prises en charge. Certaines complémentaires santé présentent par exemple les avantages accordés à leurs clients en pourcentage plutôt qu'en euros. Face à cette hétérogénéité, elle souhaite connaître la feuille de route du Gouvernement pour réglementer la comparabilité et la lisibilité des contrats de complémentaire santé.

### Texte de la réponse

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. Depuis le 1er décembre 2020, les assurés couverts par leur contrat de complémentaire santé depuis plus d'un an peuvent ainsi le résilier à tout moment et non plus uniquement dans le cadre du renouvellement annuel. Cette nouvelle disposition doit permettre d'augmenter la concurrence sur ce marché. Le Gouvernement est particulièrement attentif aux objectifs de clarté et de lisibilité de l'information des assurés. Ainsi 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 (OC) 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 (CNAM), de la direction de la sécurité sociale (DSS) et des représentants de l'Unocam, 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 (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) 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 doivent être mis en œuvre d'ici 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 :** [Mme Jacqueline Maquet](#)

**Circonscription :** Pas-de-Calais (2<sup>e</sup> circonscription) - La République en Marche

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 41499

**Rubrique :** Assurance complémentaire

**Ministère interrogé :** [Économie, finances et relance](#)

**Ministère attributaire :** [Économie, finances et relance](#)

## Date(s) clé(s)

**Question publiée au JO le :** [5 octobre 2021](#), page 7254

**Réponse publiée au JO le :** [28 décembre 2021](#), page 9216