

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mercredi
22 janvier 2025
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 34

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

**Présidence de
Mme Annie Vidal,
vice-présidente,
puis de M. Frédéric
Valletoux,
*président***

- Audition sur la place des organismes complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé avec Mme Evelyne Massé, secrétaire générale adjointe, et M. Jean Boissinot, directeur des études et de l'analyse des risques, de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), et M. Fabrice Lenglard, directeur, et Mme Rosalinda Solotareff, cheffe du bureau de l'assurance maladie et des études sur les dépenses de santé, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)2
- Audition sur la place des organismes complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé avec Mme Florence Lustman, présidente de France Assureurs, M. Éric Chenut, président de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), et M. Jacques Creyssel, président du Centre technique des institutions de prévoyance (Ctip)9
- Présences en réunion 15



Informations relatives à la commission

La réunion commence à quinze heures.

(Présidence de Mme Annie Vidal, vice-présidente)

La commission des affaires sociales auditionne, sur la place des organismes complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé, Mme Evelyne Massé, secrétaire générale adjointe, et M. Jean Boissinot, directeur des études et de l'analyse des risques, de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), et M. Fabrice Lenglard, directeur, et Mme Rosalinda Solotareff, cheffe du bureau de l'assurance maladie et des études sur les dépenses de santé, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Mme Annie Vidal, présidente. Mes chers collègues, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale présentera d'ici l'automne ses travaux sur la répartition de la prise en charge des dépenses entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire.

Cependant, un point sur la question semble d'ores et déjà utile. La commission reçoit donc Mme Evelyne Massé, secrétaire générale adjointe de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et M. Jean Boissinot, directeur des études et de l'analyse des risques. Nous accueillons également les représentants de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) : M. Fabrice Lenglard, son directeur, ainsi que Mme Rosalinda Solotareff, cheffe du bureau de l'assurance maladie et des études sur les dépenses de santé.

La Drees a publié le mois dernier son rapport annuel au Parlement pour l'année 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Quelques semaines plus tôt, le rapport annuel sur les dépenses de santé et sur les comptes de la santé était également rendu public.

M. Fabrice Lenglard, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le rapport publié chaque année par la Drees sur les assurances complémentaires santé, élaboré en grande partie à l'aide des données de l'ACPR, fournit une description du secteur composé à la fois d'entreprises d'assurance, d'institutions de prévoyance et de mutuelles. Ce secteur tend à se concentrer, particulièrement chez les mutuelles : les organismes qui s'acquittent de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance ne sont plus que 263 aujourd'hui, contre 1 700 en 2001. De plus, les cinquante groupes les plus importants possèdent aujourd'hui la moitié de ces 263 organismes et ils regroupent 86 % des cotisations ; les cinq groupes les plus importants représentent à eux seuls presque la moitié des cotisations. Le chiffre d'affaires du secteur se répartit de la manière suivante : près de la moitié pour les mutuelles, essentiellement présentes sur les contrats individuels, et plus d'un tiers pour les entreprises d'assurance, le solde étant dévolu aux institutions de prévoyance plus spécialisées dans les contrats collectifs.

Depuis une vingtaine d'années, la Drees mène également tous les deux ans une enquête auprès des organismes complémentaires, qui vise à produire des statistiques sur les montants de primes payées pour des assurés type. Cette enquête consiste à interroger les institutions sur leurs principaux contrats types individuels et collectifs, le nombre de bénéficiaires et les cotisations collectées. Ces données permettent de connaître le détail des

contrats en matière de remboursement par type de dépense, de produire des statistiques sur la tarification par type d'organisme, par contrat, par niveau de garantie et par âge des bénéficiaires.

La Drees utilise également des outils dits de micro-simulation, qui cherchent à décrire la répartition de l'assurance complémentaire et de l'assurance obligatoire. Aujourd'hui, 4 % de la population française n'est pas couverte par une complémentaire quand plus de 10 % l'est par la complémentaire santé solidaire (C2S). Par ailleurs, le sous-indice des prix de l'Insee sur les services d'assurance complémentaire santé a fortement augmenté dans la période récente (+11 %).

Enfin, la Drees publie un agrégat des comptes de la santé, qui décrit les dépenses courantes de santé (estimées à 325 milliards d'euros) et qui couvre le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), les frais de gestion, les dépenses de prévention et les dépenses de soins de longue durée. Un sous-agrégat, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), porte sur les soins hospitaliers et ambulatoires. Il s'établit à peu près à 250 milliards d'euros aujourd'hui, soit 3 675 euros par habitant.

Ensuite, 80 % du financement des dépenses de santé au sens de la CSBM sont couverts par les administrations publiques, c'est-à-dire presque exclusivement par la sécurité sociale, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et la Mutualité sociale agricole (MSA). Les organismes complémentaires comptent pour 12,4 % de cet agrégat (456 euros par habitant) et le reste à charge s'établit aujourd'hui à 7,5 %, selon les données de l'année 2023. La part de 12,4 % est très légèrement déclinante sur une longue période.

La part de financement assurée par les organismes complémentaires est très différente selon les postes : ils remboursent une part très faible des dépenses hospitalières, une part non négligeable des soins de ville courants et les médicaments (entre 10 % et 15 %). Ces organismes sont aussi très présents en matière dentaire (plus de 50 % sur les prothèses dentaires), pour les audioprothèses et sur les dépenses d'optique (72 %).

Mme Évelyne Massé, secrétaire générale adjointe de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. L'ACPR est en charge de l'agrément et de la surveillance des organismes d'assurance pour garantir qu'ils sont et resteront en mesure d'honorer leurs engagements vis-à-vis des assurés. Elle veille également à leur respect des règles de protection de la clientèle. Elle supervise enfin les trois grandes familles d'organismes précédemment décrites par M. Lenglard.

En mettant de côté les entreprises étrangères qui interviennent sur le territoire français, on dénombre 393 organismes complémentaires agréés sur la branche d'assurance maladie (Ocam) dont 134 sociétés d'assurances, 227 mutuelles effectivement porteuses de risque et 32 institutions de prévoyance.

La grande majorité de ce segment de marché est assurée par des organismes à forme non capitalistique où les assurés participent directement ou indirectement à la gouvernance, y compris la fixation du tarif. La solvabilité moyenne des Ocam est satisfaisante : ils couvrent à peu près deux fois leur exigence réglementaire, ce qui permet d'en garantir le respect permanent.

Si le montant total de primes d'assurance complémentaire santé est en hausse, cette activité est très faiblement rentable, voire déficitaire. Après plusieurs années de

progression modérée, les prix ont augmenté de 3,5 % en 2022 et de 6,3 % en 2023, cette hausse se poursuivant en 2024 (+4,7 % à fin juin). Elle découle de deux phénomènes : un effet d'assiette et des augmentations tarifaires proprement dites (+8 % en juin dernier selon l'Insee). Cette augmentation constitue un effet de rattrapage après plusieurs années de progression inférieure à l'inflation (+1,6 % en moyenne annuelle sur 2019-2023 contre une inflation moyenne de 3 %). De fait, le résultat technique des Ocam est devenu négatif en 2023. Depuis 2016, la comparaison entre la somme des frais de gestion et des prestations, d'une part, et les frais d'assurance, d'autre part, montre que l'équilibre est à peine atteint. Ce ratio est même supérieur à 100 % pour 63 % des mutuelles en 2023.

Ce phénomène est d'abord lié à la structure des frais de gestion, notamment à la lumière des évolutions du secteur des Ocam. Si les taux de frais de gestion en santé (19 %) ont plutôt baissé par rapport à la période 2015-2020, ces frais sont néanmoins très variables d'un organisme à l'autre : ils représentent moins de 12 % des primes pour un quart des organismes, mais plus de 15 % des primes pour la moitié d'entre eux. Cette hétérogénéité est liée à la taille des organismes, qui joue notamment sur le taux de frais d'administration des contrats et de gestion des prestations. Le secteur a ainsi connu un fort mouvement de concentration, évoqué précédemment. Cependant, dans le même temps, l'assurance santé s'est transformée et numérisée, nécessitant des investissements et des coûts de maintenance importants. Au total, nous observons une légère diminution (11 %) du taux de frais de gestion.

Par ailleurs, la structure du marché a évolué, au détriment des contrats individuels et au profit de contrats collectifs obligatoires, sur des produits davantage standardisés. Outre une accentuation du phénomène de massification, la distribution des contrats repose désormais davantage sur des intermédiaires rémunérés. Des coûts importants ont été par ailleurs déployés pour « ré-enrôler » les assurés. Les frais d'acquisition constituent ainsi le premier poste de frais, à 8 % des primes, et restent stables depuis 2016.

En résumé, la hausse de la charge de prestations assumée par les Ocam explique pour l'essentiel l'augmentation du tarif. Deux facteurs doivent être distingués ici.

Le premier facteur est lié au partage des rôles et des frais de soins entre les Ocam et la sécurité sociale. En dix ans, la part financée par les assureurs privés est certes relativement modeste, mais stable, entre 12 % et 13 %. Ensuite, les contrats santé s'inscrivent tous en complément du régime obligatoire, d'où un jeu de vases communicants qui se répercute sur les tarifs. Enfin, la généralisation de la complémentaire santé obligatoire pour la plupart des actifs concentre davantage les contrats individuels sur les retraités, réduisant potentiellement la solidarité intergénérationnelle.

Le deuxième facteur, plus décisif, concerne la hausse globale des dépenses de santé. L'assurance complémentaire santé peut fournir des leviers pour mieux gérer et maîtriser ces dépenses. Premièrement, elle peut inclure certaines incitations financières et des mécanismes de lutte contre les phénomènes de sélection adverse, d'aléa moral et de fraude. Deuxièmement, l'assurance n'est pas qu'un outil financier ; c'est également une offre de services et de conseil, qui peut inclure des outils de prévention ou des dispositifs permettant une baisse des coûts unitaires. Troisièmement, la tarification repose sur la collecte de données pertinentes et une analyse actuarielle.

En conclusion, je ne peux qu'encourager les pouvoirs publics à dialoguer avec les Ocam pour explorer ces leviers.

Mme Sophie Delorme Duret (EPR). En 2022, la part de marché des vingt plus grands organismes atteignait 90 %, en augmentation de 14 points depuis 2011. En plus de vingt ans, le nombre de mutuelles a pratiquement été divisé par six. Quelle influence cette concentration a-t-elle sur les pratiques de ces organismes vis-à-vis de leurs clients adhérents ? Se poursuivra-t-elle à l'avenir ?

La Drees relève qu'en 2022, les Ocam ont reversé 81 % de leurs cotisations hors taxes sous forme de prestations et charges de prestations, tandis que les charges de gestion représentent 20 % des cotisations hors taxes. Que pensez-vous de cette répartition ? Quelles pistes d'amélioration discernez-vous ?

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Selon la Drees, le poids des frais de gestion dans les cotisations collectées a diminué de 0,3 point en 2023 pour les contrats individuels et collectifs. Il reste encore élevé aujourd'hui. Pourrait-il être réduit ? De quelle manière ?

M. Hendrik Davi (EcoS). Dans la version initiale du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le gouvernement prévoyait d'augmenter le ticket modérateur sur les consultations médicales et sur les médicaments. En faisant passer le reste à charge de 30 % à 40 % sur les consultations médicales, il souhaitait économiser 1 milliard d'euros sur le dos des Français.

En 2024, les mutuelles ont augmenté leurs tarifs de 8,1 % et, selon le dernier sondage de la Mutualité française, ils devraient encore augmenter de 6 %. La baisse des cotisations sociales pour les employeurs, à hauteur de 80 milliards d'euros d'exonérations, revient à faire payer les salariés à travers les dépenses de mutuelle ou par le reste à charge. De plus, les tarifs des mutuelles sont plus élevés pour les plus âgés. Nous assistons à une réelle individualisation des risques, qui nous éloigne du principe initial de sécurité sociale. Heureusement, cette politique de dégradation de la protection sociale a été censurée. Cependant, il reste question de taxer les complémentaires au motif qu'elles auraient anticipé la hausse du ticket modérateur et augmenté leurs tarifs. Quelle est votre opinion à ce sujet ?

Ensuite, la proposition du gouvernement, qui consiste à asseoir cette taxe sur le prix que paient les Français, est-elle la bonne solution ? Ne faudrait-il pas se pencher sur les bénéficiaires des mutuelles ? Enfin, en dépit des chiffres présentés dans le rapport de la Drees, il est difficile de discerner la part des profits des grandes compagnies provenant de la partie complémentaire santé.

M. Fabrice Lenglard. Le mouvement de concentration du secteur est indéniable, même s'il s'est ralenti au cours des dernières années et s'il est plus faible que dans d'autres pays européens.

Le poids respectif des prestations et des dépenses de gestion dans le montant des primes versées est globalement stable sur moyenne période, mais il a légèrement décliné récemment. En revanche, sur dix ans, les dépenses de gestion ont augmenté plus rapidement du côté de l'assurance maladie complémentaire que de la Cnam. Les dépenses de gestion du système de santé représentaient 16,1 milliards d'euros en 2023, en hausse de 1,3 milliard d'euros en dix ans. Celles des organismes complémentaires ont crû de 1,9 milliard d'euros sur la même période pour atteindre 8,3 milliards d'euros, quand celles de la sécurité sociale ont diminué de 700 millions d'euros. Enfin, les dépenses de gouvernance représentent 5 % du total des dépenses courantes de santé en France, plaçant notre pays en deuxième position derrière les États-Unis (8 %).

Il est exact de dire que, si les pouvoirs publics décident d'augmenter le ticket modérateur, par construction, une grande partie de cette hausse sera remboursée par les assurances complémentaires, entraînant une incidence sur les primes. En revanche, il est difficile de mesurer précisément dans quelle mesure les complémentaires auraient anticipé à la hausse une augmentation potentielle du ticket modérateur.

Par ailleurs, vous avez souligné à juste titre que les tarifs des complémentaires diffèrent selon les individus. Les contrats collectifs varient assez peu en fonction de l'âge, mais il en va autrement des contrats individuels. En revanche, la réglementation interdit toute distinction de tarifs selon l'état de santé des personnes et leur sexe. Vous trouverez de plus amples détails dans l'ouvrage de la Drees paru il y a six mois, « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties ». Ainsi, la prime à l'âge est cinq fois plus onéreuse pour une personne de 85 ans (146 euros par mois) par rapport à une personne de 20 ans (33 euros par mois). Cependant, une très grande partie des dépenses de santé est consommée par les personnes âgées. Notre système permet de fortement atténuer cette différence par le mécanisme des affections de longue durée (ALD), remboursées à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

Mme Évelyne Massé. Mme Delorme Duret demande si le mouvement de concentration affecte les pratiques des organismes vis-à-vis de leurs clients. En réalité, le lien de causalité est plutôt inverse : c'est parce que les pratiques organisationnelles ont évolué, notamment avec la numérisation, que les organismes ont besoin d'atteindre une taille critique.

Ensuite, pour répondre à Mme Dubré-Chirat, l'optimisation peut être poursuivie et qu'elle constitue un sujet de discussion pertinent avec les Ocam.

Monsieur Davi, votre remarque sur les bénéfices des organismes provenant de la partie complémentaire santé comporte une interrogation sur d'éventuelles subventions croisées selon les différentes activités. Ce segment de marché est très disputé, très concurrentiel, la complémentaire santé constituant en quelque sorte un produit d'appel. Cependant, les effets de subventions croisées paraissent limités, l'agressivité tarifaire sur un segment se faisant au détriment de la compétitivité sur d'autres activités.

Enfin, s'agissant des questionnements sur l'anticipation de la hausse du ticket modérateur, les modèles actuariels des organismes d'assurance santé reposent nécessairement sur des hypothèses, des projections. En général, ils ont plutôt misé sur une augmentation de la charge des prestations, mais ce choix est intervenu bien en amont des annonces gouvernementales de septembre dernier.

La séance est suspendue pour une durée de quinze minutes.

Mme Josiane Corneloup (DR). La hausse des tarifs des complémentaires santé a fortement pénalisé les retraités : en cinq ans, leur coût est passé de 120 euros à 150 euros par mois ; il représente plus de 10 % du revenu disponible de certains retraités. Pensez-vous que la création d'une « C2S senior » soit envisageable ?

De nombreux patients consultent leur médecin au sujet de maux bénins pour obtenir une ordonnance sans laquelle le remboursement des médicaments n'est pas possible. Ces consultations encombrant les cabinets médicaux au détriment d'autres malades. Les complémentaires santé ne pourraient-elles pas proposer à leurs adhérents un panier de soins

forfaitaire qui inclurait, en option et moyennant sans doute un supplément, la prise en charge de ces maux bénins ?

M. René Lioret (RN). Madame Massé, vous avez indiqué que le taux de frais de gestion était inférieur à 12 % pour un quart des organismes, mais supérieur à 15 % pour la moitié d'entre eux. La moyenne générale s'établissant à 19 %, cela semble signifier qu'ils doivent parfois atteindre 25 % à 30 %. Le confirmez-vous ?

Pourquoi cette moyenne s'élève-t-elle à 19 % pour les mutuelles quand elle n'est que de 3 % pour la Cnam ?

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI-NFP). L'APCR a-t-elle pris des mesures significatives de contrôle, voire de sanction, pour inciter les organismes à revoir leurs tarifs outre-mer afin de prendre en compte les particularités locales et les enjeux de santé publique propres à ces territoires ? Quelles actions recommanderiez-vous pour corriger les disparités actuelles ? À La Réunion, comme ailleurs outre-mer, le montant des cotisations est plus onéreux pour des garanties moins attrayantes qu'en Europe.

M. Michel Lauzzana (EPR). Les ratios prudentiels élevés des mutuelles sont-ils justifiés selon vous ?

M. Fabien Di Filippo (DR). Dans quelle mesure l'évolution de la fiscalité ces dernières années a-t-elle impacté les tarifs des complémentaires ?

Vous avez évoqué les tarifs différenciés selon les âges. Aujourd'hui, chaque génération arrive-t-elle à couvrir ses propres besoins ? La solidarité intergénérationnelle demeure-t-elle nécessaire ? Compte tenu du vieillissement de la population, comment prévoir les pressions qui s'exerceront sur le prix des complémentaires ?

M. Jérôme Guedj (SOC). Le rapport de la Drees sur les dépenses de santé indique que 63 % des cotisations sont le fait des organismes non lucratifs, contre 37 % pour les entreprises d'assurance, alors qu'ils s'établissaient respectivement à 80 % et 20 % il y a vingt ans. Cette évolution était-elle prévisible en 2001 ? Quelle tendance envisagez-vous pour les années à venir ?

Les Ocam, qui versent 30 milliards d'euros de prestations, ont des frais de gestion de 8,3 milliards d'euros contre 6,7 milliards d'euros pour les organismes de sécurité sociale, qui versent 230 milliards d'euros de prestations. Avez-vous réfléchi aux économies potentiellement générées par un renforcement du panier de soins de la sécurité sociale au détriment du remboursement des Ocam ? Quel serait l'impact sur l'emploi dans les Ocam d'un « 100 % Sécu » ?

M. Jean-Philippe Nilor (LFI-NFP). Pourquoi des prestations moindres s'accompagnent-elles de tarifs plus élevés dans les outre-mer ? L'accès aux soins y est objectivement plus difficile, les personnes âgées en étant les premières victimes. Que préconisez-vous pour mettre fin à cette injustice flagrante et durable ?

M. Fabrice Lenglard. Madame Corneloup, il est exact que les retraités sont contraints d'émarger à une complémentaire individuelle, dont les cotisations augmentent avec l'âge. Par ailleurs, une étude de la Drees de septembre 2022 relative à la dépense publique d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé montre que celle-ci est concentrée sur les plus modestes et sur les plus aisés. Il y a là matière à réflexion pour votre commission.

La part des frais de gestion est plus faible pour la Cnam que pour les Ocam en raison de l'effet de taille critique : la Cnam verse près de huit fois plus de prestations que les complémentaires, qui doivent en outre dépenser pour attirer de nouveaux clients.

Monsieur Guedj, l'évolution sur le long terme de la répartition des cotisations entre organismes non lucratifs et compagnies d'assurance est à la fois liée au dynamisme des entreprises d'assurance pour capter des parts de marché et à la montée en puissance des contrats collectifs, sur lesquels les mutuelles sont historiquement moins présentes. S'agissant de votre dernière question sur un « 100% Sécu », je vous recommande le rapport que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a produit il y a quelques années.

Mme Rosalinda Solotareff, cheffe du bureau de l'assurance maladie et des études sur les dépenses de santé à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les départements et régions d'outre-mer (Drom) sont bien inclus dans le champ de l'enquête. Mais nous ne pouvons à ce stade dégager des chiffres spécifiques.

M. Fabrice Lenglard. Il convient cependant de produire un effort pour améliorer l'information statistique sur ce sujet.

Mme Évelyne Massé. Madame Corneloup, le sujet du panier forfaitaire constitue effectivement un bon sujet de discussion avec les Ocam, en étant cependant conscient du risque d'aléa moral.

Monsieur Lioret, il existe encore un nombre important d'organismes d'assurance de taille vraiment modeste, qui font face à des coûts de structure incompressibles, occasionnant des taux de frais de gestion plus élevés. De plus, les frais d'acquisition de nouveaux assurés représentent le premier poste des frais de gestion. La gestion des prestations proprement dite s'établit quant à elle autour de 4 %.

S'agissant de l'outre-mer, nous ne pouvons apporter plus de précisions que nos collègues la Drees, j'en suis désolée. Néanmoins, certains organismes, plus présents dans ces territoires, nous confirment les problématiques d'inflation et d'offre que vous avez mentionnées. Je prends note de vos remarques, que je transmettrai à mes collègues qui veillent aux bonnes pratiques commerciales. Je précise cependant que, les tarifs étant libres, l'ACPR ne peut émettre de directive particulière à ce sujet. En revanche, nous nous efforçons d'identifier le partage de la valeur entre les différents acteurs. Sur l'assurance santé, la part de la charge de prestation demeure malgré tout assez conséquente par rapport à d'autres activités d'assurance.

La montée en puissance des contrats collectifs a déjà été mentionnée comme facteur explicatif de la progression des compagnies d'assurance, auquel il convient d'ajouter le rôle du courtage, plus naturel pour les entreprises à forme capitalistique. Au-delà, le facteur clef est la taille critique, couplé avec les contraintes de Solvabilité 2 auxquelles les structures importantes sont plus à même de se confronter.

Monsieur Lauzzana, une grande partie des Ocam ne peuvent faire appel au marché. Ils doivent donc compter sur leurs fonds propres prudentiels, patiemment constitués par l'accumulation d'excédents. Ce matelas de sécurité est important pour faire face à un coup dur, qu'il s'agisse de l'évolution du cadre applicable, de chocs sur les marchés financiers, d'erreurs en matière de tarification, de risques opérationnels ou informatiques. Je rappelle à ce

titre que les Ocam manipulent des données personnelles extrêmement sensibles. Enfin, certains organismes connaissent des situations nettement moins confortables que la moyenne du secteur.

M. Jean Boissinot, directeur des études et de l'analyse des risques de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Sur une longue période, la taxation des contrats de santé est passée de moins de 2 % avant 2008 à 6 % ensuite pendant deux années, pour atteindre 12 % et 14 % maintenant.

M. Fabrice Lengart. La part de la taxation a évolué entre 13 % et 14 % des cotisations hors taxes entre 2011 et 2022, en sachant qu'une taxe exceptionnelle a été perçue en 2020 au titre du covid-19. La situation est relativement stable depuis une dizaine d'années.

Mme Annie Vidal, présidente. Je vous remercie pour votre disponibilité et la qualité de vos réponses.

La commission auditionne ensuite, sur la place des organismes complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé, Mme Florence Lustman, présidente de France Assureurs, M. Éric Chenut, président de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), et M. Jacques Creyssel, président du Centre technique des institutions de prévoyance (Ctip).

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

M. le président Frédéric Valletoux. La question de la place des organismes complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé, notamment en raison de l'éventualité d'une hausse du ticket modérateur, a fait l'objet de débats lors de l'examen en première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale s'est saisie du sujet. Elle présentera d'ici l'automne prochain les conclusions d'une évaluation sur la répartition de la prise en charge des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Nous accueillons Mme Florence Lustman, présidente de France Assureurs, M. Éric Chenut, président de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) et M. Jacques Creyssel, président du Centre technique des institutions de prévoyance (Ctip). Alors que nous entamerons dès lundi prochain l'examen en nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ces auditions éclaireront nos futurs travaux.

M. Éric Chenut, président de la Fédération nationale de la Mutualité française. Les organismes complémentaires sont prêts à prendre leur part dans la couverture de nos concitoyens pour permettre un accès effectif aux soins. Ainsi, le niveau extrêmement élevé de déficit de l'assurance maladie n'est pas lié à une déformation de la dépense entre les assurances obligatoire et complémentaire, mais il s'explique par deux décisions : les mesures de revalorisation des métiers de l'hôpital et la non-compensation des exonérations au nom de la compétitivité économique, occasionnant un delta d'un peu plus de 14 milliards d'euros.

Ensuite, nous observons ces dernières années une sur-exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). De ce point de vue, les annonces gouvernementales sur le passage de l'Ondam de 2,8 % à 3,3 % nous semblent réalistes. Je rappelle qu'en 2022, l'Ondam avait été annoncé à 3,8 % pour finir à 6 % ; en 2023, il a été annoncé à 3,4 % pour terminer à 4,8 %.

Aujourd'hui, la dépense de santé augmente plus vite que la richesse nationale. Dès lors, l'enjeu essentiel concerne la soutenabilité, qui nécessite de travailler sur l'efficacité des prescriptions, la lutte contre la fraude et la financiarisation d'un certain nombre de niches dans le système de santé, sur la base notamment des préconisations de la Haute autorité de santé (HAS).

Je tiens également à souligner la gouvernance démocratique des mutuelles, dont les adhérents s'engagent au nom de ceux qu'ils représentent, à la fois soucieux du pouvoir d'achat et conscients de la nécessité d'équilibres durables. En 2023, la hausse moyenne des cotisations des mutuelles s'établissait à 4,7 %, mais la dépense a augmenté de 6,4 %. De fait, 36 % des mutuelles étaient alors en déséquilibre technique ; elles étaient même 46 % en 2022.

Mme Florence Lustman, présidente de France Assureurs. Je vous remercie de cette occasion d'échanger sur ce sujet de la santé, prioritaire pour les Français, auprès desquels nous sommes engagés. Aujourd'hui, 96 % de nos concitoyens sont couverts par une complémentaire santé. Le cœur du sujet porte sur l'augmentation exponentielle de la consommation de frais de soins : par rapport à une base 100 en 2013, l'inflation se situe aujourd'hui à 120, l'Ondam réalisé à 140 et les prestations versées par les assureurs complémentaires s'établissent à 160.

De plus, la structure des prestations que nous remboursons n'est pas strictement semblable à celle de l'Ondam. Nous sommes les premiers financeurs sur le dentaire (44 %), les audioprothèses (48 %) et l'optique (66 %). En outre, nous représentons 21 % sur les soins ambulatoires et 11 % sur les médicaments.

En 2023, nos cotisations étaient en hausse de 6 %, mais les prestations versées par les organismes complémentaires ont augmenté de 6,4 %, soit 20 % de plus que la consommation des soins et biens médicaux (+5,2 %). En conséquence, en 2023, nous avons globalement affiché un déficit de près de 200 millions d'euros.

Dès lors, l'enjeu global porte sur la maîtrise des dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et des complémentaires. Au-delà, les Français sont attachés à l'accès aux soins, à la lisibilité et à la fluidité des parcours de prise en charge, à la prévention. Ce sont trois axes sur lesquels nous souhaiterions aller beaucoup plus loin.

En conclusion, je tiens à souligner le défi collectif que représente la fraude, qui impose que nous réagissions rapidement. Malheureusement, nous ne pouvons pas échanger des données avec la Cnam pour combattre ces fraudeurs parfois organisés dans de véritables réseaux opérant de l'étranger. La Cnam évalue cette fraude entre 3 % et 5 % des prestations des assureurs complémentaires, soit entre 1 milliard d'euros et 1,75 milliard d'euros. Nous vous demandons instamment de nous donner les moyens de lutter contre ce fléau.

M. Jacques Creyssel, président du Centre technique des institutions de prévoyance. Les institutions de prévoyance sont d'abord des partenaires sociaux établissant des contrats collectifs, élément essentiel du dialogue social, avec les entreprises – qui paient en moyenne 60 % de la charge liée à ces contrats – ou les branches. Ensuite, nous avons besoin collectivement de bâtir une nouvelle méthode de travail avec les pouvoirs publics et l'assurance maladie, pour une dépense la plus utile et la plus efficace possible. Je regrette que cela ne soit pas le cas actuellement : nous apprenons régulièrement des changements, voire des projets gouvernementaux par voie de presse, sans la moindre concertation préalable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La mission sénatoriale menée en 2024 par Xavier Iacovelli et par Marie-Claire Carrère-Gée sur les complémentaires santé proposait de contraindre les Ocam à présenter les garanties en euros plutôt qu'en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale. Selon vous, cela contribuerait-il à la lisibilité des offres souscrites ?

J'alerte sur les prescriptions de psychotropes pour les jeunes, parfois totalement inadaptées et renouvelées sans être questionnées.

M. Hendrik Davi (EcoS). Le gouvernement souhaite taxer les complémentaires au motif qu'elles auraient anticipé la hausse du ticket modérateur. Quelle est votre position ?

Je voudrais ensuite vous interroger sur le fonctionnement des complémentaires santé, à mon avis inutilement complexe et inégalitaire. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) constate notamment une nette augmentation des montants moyens des cotisations mensuelles entre 2019 et 2021, notamment à partir de 60 ans, quand nombre de retraités vivent avec de faibles moyens. Au-delà, ce fonctionnement n'est pas vraiment efficace : près de 400 organismes d'assurance santé traitent une seconde fois un dossier qui l'est déjà par la sécurité sociale. Cette source de complexité représente un coût de gestion estimé à près de 20 % pour les Ocam, contre 3 % pour la sécurité sociale. En cette période de disette, est-ce bien raisonnable ?

Je m'inquiète de possibles dérives de financiarisation de ce système dans la mesure où la part de marché des mutuelles est passée de 59 % à 46 % entre 2002 et 2022, quand les assurances ont vu la leur augmenter de 20 % à 34 %. Dans un secteur de plus en plus concentré, il est très difficile de discerner la part des profits des grandes compagnies provenant de la partie complémentaire santé. Le programme du Nouveau Front populaire propose l'instauration d'une sécurité sociale à 100 %, qui prendrait en charge l'intégralité des soins prescrits. Permettrait-elle à la fois de générer des économies et de lutter contre le renoncement aux soins ?

M. Michel Lauzzana (EPR). Les dépenses pour les soins visuels ont fortement augmenté, suscitant des suspicions de fraude. Qu'attendez-vous du législateur dans ce domaine ?

Face au refus de certains acteurs de ne pas proposer le 100 % santé, les pouvoirs publics ont réaffirmé cette obligation. Cette action porte-t-elle ses fruits ?

Les frais d'acquisition de nouveaux assurés représentent le premier poste des frais de gestion pour les mutuelles. Quelles actions envisagez-vous en la matière ?

Mme Florence Lustman. Les trois fédérations que nous représentons relèvent des mêmes directives européennes, sont contrôlées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et sont soumises aux mêmes tendances. Il ne me semble donc pas pertinent de les opposer.

Les frais d'acquisitions constituent la contrepartie d'un devoir de conseil spécifique au domaine des assurances. Vous avez également évoqué la tarification et je souhaite fournir un certain nombre d'éclaircissements. Les tarifs sont établis entre juin et juillet de l'année précédente. En juin 2024, les informations dont disposaient les assureurs étaient les suivantes : un chiffre de 2,9 % pour l'Ondam, des prestations en nette

augmentation au premier semestre 2024, la revalorisation du tarif de la consultation médicale à 30 euros et des dépenses nouvelles comme le nouveau programme de prévention bucco-dentaire, le dispositif « Mon soutien psy » et le vaccin contre la bronchiolite. Enfin, réglementairement, nous devons informer nos assurés en assurance individuelle deux mois avant l'échéance de leurs tarifs et trois mois auparavant en assurances collectives.

M. Éric Chenut. Une partie des coûts d'administration est liée à la réglementation, notamment des dispositifs voulus par le législateur, qui ne sont pas imposés à l'assurance maladie. Il n'est donc pas possible de comparer les périmètres.

L'idée de la « grande sécu » est un serpent de mer, qui ne me semble guère finançable sauf à accepter une augmentation significative des prélèvements obligatoires. Le « 100 % santé » était une belle idée, financé d'ailleurs à 75 % par les complémentaires santé, mais il a induit sur un certain nombre de dépenses de santé une forme de consumérisme qui n'est satisfaisante pour personne. Au contraire, les pouvoirs publics devraient nous donner plus de latitude pour gérer le risque. Notre système de protection doit couvrir les besoins, notamment les besoins essentiels, mais il ne peut répondre à toutes les attentes : certaines ne sont plus raisonnables.

Des avancées réelles sont intervenues en matière de lisibilité des contrats de complémentaires, ainsi que l'a constaté le comité consultatif des services financiers (CCSF).

La financiarisation du système de santé coûte cher à l'assurance maladie, comme le soulignent le rapport annuel « Charges et Produits » de la Cnam de juin 2023 et le rapport sénatorial de juillet 2024 que vous avez cité. Les principaux problèmes concernent l'hospitalisation privée, mais également les soi-disant centres de santé dentaires ou ophtalmologiques dont les optimisations de cotation relèvent largement de la fraude. Nous devons y travailler ensemble, en compagnie des ministres concernés et de la Cnam. Il existe ici des gisements d'économies essentiels, dans l'intérêt de nos concitoyens.

J'ai signé à titre personnel une tribune en 2020, en compagnie de psychiatres et de directeurs d'hôpitaux, pour demander que les médecins généralistes n'aient plus la possibilité de prescrire des psychotropes et des anxiolytiques sans que leurs patients n'aient consulté des psychiatres.

Afin d'assurer l'égalité de prise en charge sur tout le territoire, mieux dépenser et mieux soigner, nous aurions intérêt à nous appuyer sur les préconisations de la HAS. Pour réduire les inégalités, il faut davantage prévenir, à travers une approche personnalisée. Cela nécessite un changement du cadre réglementaire.

M. Jacques Creyssel. En matière de contrat collectif, l'accès à l'information ne suscite pas de difficultés.

S'agissant de la taxation, je rejoins les propos de Florence Lustman. Aucune augmentation n'est intervenue au titre des annonces faites pendant ou après les négociations. Cette rumeur relative au ticket modérateur ne repose sur rien et, si elle devait perdurer, nous comptons sur vous pour la remettre en cause.

Nos coûts de gestion diminuent chaque année, ne serait-ce que parce que nos clients le demandent. Nous cherchons à être les plus efficaces et nous souhaitons que cette démarche soit étendue à d'autres parties des dépenses de santé.

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI-NFP). Les territoires d'outre-mer sont confrontés à des problématiques spécifiques en matière de santé, notamment en raison de la cherté de la vie, des inégalités d'accès aux soins et du coût élevé des compléments santé. Encouragez-vous vos mutuelles à modérer leurs tarifs dans ces régions pour les aligner davantage sur la moyenne nationale ? Menez-vous une réflexion sur les mécanismes de solidarité nationale, telle une caisse de péréquation, pour réduire les écarts tarifaires entre territoires ?

Mme Océane Godard (SOC). J'ai récemment été interpellée par un collectif concernant la « sécurité sociale de la mort », qui est marquée de fortes inégalités. Quel rôle les mutuelles pourraient-elles jouer dans la prise en charge des frais liés aux décès ? Quels ajustements pourrait-on envisager pour compléter la couverture sociale tout en respectant vos engagements de solidarité et d'accessibilité financière ?

Mme Josiane Corneloup (DR). En dépit de nombreux contrôles des Caisses primaire d'assurance maladie inutilement virulents à l'encontre des professionnels de santé, la lutte contre la fraude est essentielle. Je pense aux deux millions de cartes Vitale indûment en circulation aujourd'hui, soit un enjeu de 9 milliards d'euros, mais également aux ordonnances frauduleuses facilement disponibles sur différents sites, qui permettent d'obtenir des médicaments très onéreux souvent revendus à l'étranger.

Un autre enjeu concerne la délivrance des médicaments sous piluliers, qui permettrait d'éviter de nombreux coûts et de mésusages médicamenteux, dans une société marquée par le vieillissement de sa population.

M. le président Frédéric Valletoux. Il est parfois suggéré de spécifier l'apport du financement complémentaire à la prévention, qui offrirait une meilleure visibilité au système. Quelle est votre opinion à ce sujet ?

Vous nous avez sollicités pour vous donner les moyens de mieux lutter contre la fraude. À quels types d'outils pensez-vous ?

M. Éric Chenut. Les mutuelles de la mutualité française présentent la spécificité de gérer également des réalisations sanitaires et sociales, afin de peser sur l'offre et les tarifs à l'échelle des territoires et de montrer que des dispositifs de qualité peuvent se faire à tarif opposable ou à charge limitée. S'inspirant d'une initiative des mutualistes réunionnais, le groupe mutualiste VYV a ainsi commencé la constitution d'un réseau, La Maison des Obsèques, pour répondre à la problématique du coût des décès.

Madame Corneloup, vous avez mentionné la surconsommation de médicaments. Nous sommes favorables à une campagne de santé publique pour prévenir la iatrogénie, un enjeu clef dans notre pays. Il n'est pas normal que 90 % des consultations conduisent à des ordonnances médicamenteuses, qui mêlent fréquemment plusieurs molécules dont les effets des interactions demeurent en grande partie inconnus.

S'agissant des cartes Vitale surnuméraires, à travers l'association Inter-AMC, les organismes complémentaires portent une expérimentation de cartes Vitale dématérialisées dans vingt-trois départements.

Monsieur le président, nous avons effectivement un rôle à jouer en matière de prévention. Je continue à ce titre de regretter le refus du gouvernement, il y a trois ans, de

nous associer sur les rendez-vous de prévention aux âges clefs de la vie, car nous sommes prêts pour optimiser un certain nombre de programmes et réduire un certain nombre de risques. Malheureusement, la prévention ne fait pas partie aujourd'hui des actions liées à l'exécution du contrat. Nous demandons l'évolution du décret correspondant depuis plusieurs années et nous comptons à ce titre sur votre soutien.

Enfin, nous sollicitons une grande loi de lutte contre toutes les fraudes, qui sont estimées entre 3 % et 5 % des prestations versées : les fraudes de cotisation, les fraudes des professionnels de santé, les fraudes d'assuré social. Il faut signer un pacte de confiance dans le partage des informations.

Mme Florence Lustman. En matière de fraude, nous aurions besoin que notre rôle soit reconnu réglementairement pour pouvoir échanger des données, en particulier avec la Cnam. Sans doute serait-il pertinent d'interrompre le dispositif de tiers payant dès l'instant où il existe une suspicion raisonnable de fraude, dans l'intérêt de l'ensemble des assurés.

M. Jacques Creyssel. Très concrètement, nous souhaiterions que vous puissiez amender le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour autoriser l'échange de données. En l'espèce, il s'agit de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale.

Enfin, je rappelle que le principe de la prévoyance a précisément pour objet de verser des aides en cas d'accident ou de décès. Ce principe fait l'objet de contrats collectifs dans toutes les entreprises.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vous remercie. Vos réponses ont permis d'éclairer le débat et d'esquisser quelques pistes pour l'avenir.

La réunion s'achève à dix-sept heures quarante.

Présences en réunion

Présents. – Mme Anchya Bamana, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Sandra Delannoy, Mme Sophie Delorme Duret, M. Fabien Di Filippo, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Océane Godard, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, M. Michel Lauzzana, M. René Lioret, Mme Christine Loir, Mme Joëlle Mélin, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Angélique Ranc, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Annie Vidal

Excusés. – Mme Karine Lebon, M. Laurent Panifous, M. Frédéric Valletoux