

Les Français ont besoin de plus de solidarité, pas de plus de concurrence

Un projet de loi tendant à instaurer un droit de résiliation infra-annuelle des contrats d'assurance complémentaire santé doit être présenté prochainement à l'Assemblée nationale.

Ce projet précise qu'après une année d'adhésion à un contrat de complémentaire santé, la résiliation serait possible à tout moment.

La Mutualité Française considère qu'à l'heure où la question du pouvoir d'achat est au cœur de l'actualité depuis plusieurs semaines, cette mesure est contre-productive.

VOICI POURQUOI :



LES RAISONNEMENTS ASSIMILANT LA SANTÉ À UN MARCHÉ COMME UN AUTRE SONT INOPÉRANTS

Une caractéristique propre à la complémentaire santé est que les dépenses de santé évoluent **de façon très dynamique**, car elles sont une réponse aux besoins sanitaires de la population, mais aussi aux enjeux du vieillissement, de la chronicisation des maladies ou encore aux investissements dans l'innovation... Elles augmentent d'ailleurs bien plus vite que l'inflation.

- 1^{er} acteur du secteur de la complémentaire santé, les mutuelles représentent 52% de la part de marché (sources fonds Couverture Maladie Universelle)
- L'évolution des cotisations aux complémentaires santé est corrélée à celle des dépenses de santé. Entre 2006 et 2017 :

- Inflation : **+15%**
- Dépenses de santé : **+30%**
- Dépenses remboursées par les complémentaires santé : **+38% (de 20,7 à 28,4 Mds d'euros)**, soit une augmentation de 3% par an en moyenne, entraînant mécaniquement une hausse équivalente des cotisations (HT).

Par ailleurs, la complémentaire santé **n'est pas obligatoire** contrairement au marché de l'assurance auto, ou de l'assurance emprunteur. Le volume d'assurés varie donc plus fortement sur ce marché que sur les deux autres mentionnés précédemment. Le risque sur lequel la Mutualité Française ne cesse d'alerter les pouvoirs publics ne porte pas sur la pure logique actuarielle, mais sur **le renoncement à la souscription d'une complémentaire pour des raisons de coûts** et donc sur **le manque de couverture de publics déjà fragilisés**.



AUCUN LIEN LOGIQUE N'EXISTE ENTRE LE VOLUME ANNUEL DE COTISATIONS ET L'OBJECTIF D'ACCROISSEMENT DE LA CONCURRENCE

- La Mutualité Française rappelle que :

- l'évolution des cotisations est liée à l'évolution des prestations ;
- le poids des taxes se répercute également sur les tarifs ;
- la Taxe de Solidarité Additionnelle, qui pèse sur les contrats de complémentaire santé, est passée de **2,5% à 13,27%** entre 2008 et 2012 ;
- les mutuelles n'ont jamais demandé à endosser le rôle de collecteur d'impôts ; conséquence pratique d'un désengagement de l'État qui fait ainsi peser sur les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaires la responsabilité du financement de mécanismes de solidarité, tels que le fonds CMU.



LES ASSURÉS SERONT PERDANTS, CAR ILS SUBIRONT UNE INÉVITABLE HAUSSE DES FRAIS DE PUBLICITÉ ET DE GESTION ADMINISTRATIVE DE LEUR CONTRAT

Avec l'adoption de la **résiliation infra-annuelle** de la complémentaire santé, les acteurs du marché seront incités à **mobiliser des ressources supplémentaires** pour fidéliser leurs adhérents tentés par un départ et/ou aller conquérir des adhérents nouveaux déjà couverts.

Cette concurrence exacerbée entraînera rapidement des **augmentations des frais de publicité** pour tous les acteurs du marché. Parallèlement, une augmentation des entrées et des sorties dans les contrats est prévisible : la **gestion administrative** devrait être plus importante en volume et la complexité devrait **s'accroître**. Et cela devrait logiquement entraîner des **dépenses supplémentaires**.

Les complémentaires santé faisaient déjà face à des injonctions paradoxales de la part du gouvernement concernant leurs frais de gestion.

- On ne peut pas à la fois :

- Regretter un régime où la concurrence règne avec, pour conséquence, des frais de publicité jugés excessifs et, en même temps, mettre en place les conditions d'une concurrence totalement dérégulée ;

- S'octroyer un droit de regard sur ces frais, alors que **les mutuelles sont des structures privées non-lucratives** et qu'une partie de ces frais est directement imputables à l'entrée en vigueur de nouvelles règles de nature législative et réglementaire ;

- Dénoncer le niveau des frais de gestion des mutuelles, et en même temps passer sous silence l'activité de ces dernières pour améliorer l'accès aux soins et/ou limiter leurs restes à charge : **développement du tiers payant, des réseaux de soins et démarches contractuelles ; mise en œuvre de 7300 actions de prévention et d'éducation** à la santé par an déployées sur l'ensemble du territoire national qui améliorent l'état de santé et retardent la survenance ou l'aggravation des maladies.





A L'HEURE DU « MUTUELLE BASHING », RAPPELONS, UNE NOUVELLE FOIS :

- Que le niveau de frais de gestion des complémentaires n'est pas de 20% des primes collectées (HT) mais de 17% des primes payées (TTC) par l'adhérent dans la mesure où l'adhérent paye 13% de TSA. Le niveau des frais de gestion des mutuelles ressort même à **un niveau plus proche de 15%** après retraitement de l'ensemble des impôts et taxes payés par nos mutuelles.

- Que les frais de gestion des mutuelles et **ceux du secteur associatif sont identiques**, se situent dans la moyenne de ceux des autres activités assurantielles, semblables à ceux de l'assurance automobile, voire beaucoup plus bas que ceux dans l'activité multi-risques habitation (24%) ;

- Qu'en 2017, les mutuelles étaient les seuls opérateurs du secteur de la complémentaire santé à avoir **baissé leurs frais de gestion (environ -2%, source : DREES)**.

Leur ambition est bien de continuer sur cette dynamique d'économie. Pour autant, l'instauration d'un droit de résiliation infra-annuelle de la complémentaire santé les contraindra très probablement à **inverser cette dynamique**.



LES ASSURÉS LES PLUS FRAGILES SERONT LES PLUS GRANDS PERDANTS

Cette mesure fragilise le principe de mutualisation sur lequel le modèle économique des mutuelles est assis. Ce principe, fondé sur la solidarité entre les adhérents, est incompatible avec toute mesure qui encourage l'individualisation des risques et accentue la segmentation des populations. Face à cette fragilisation, **la réponse assurantielle** ne varie jamais : les organismes assureurs **adaptent le niveau de cotisation** pour se prémunir correctement contre les aléas.

Sous couvert de hausse du pouvoir d'achat, cette mesure méconnaît l'intérêt général. Les besoins de l'ensemble des assurés et l'exigence de protection sociale sont sacrifiés. **Les plus fragiles financièrement et socialement seront écartés de facto** de la liste des potentiels bénéficiaires, alors même que ce sont eux qui ont le plus besoin d'une complémentaire santé efficace et à un coût modéré. **Parmi eux, les seniors ont le plus à perdre** : ils sont les moins mobiles, les moins « avertis ». Couverts à 70 % par des mutuelles, ils bénéficient de mécanismes de solidarité intergénérationnelle permis par la mutualisation. Ils ne se verront pas proposer de contrats plus intéressants dans le cadre de cette réforme.

Acteurs solidaires pleinement impliqués dans le système de santé et attachés à notre modèle de protection sociale, **nous devons continuellement rappeler** que tout renchérissement du prix des complémentaires santé **comporte également le risque d'éloigner les personnes en situation de fragilité** de l'accès à une complémentaire santé.

Par ailleurs, une partie limitée des assurés, c'est-à-dire les plus avertis et les plus « nomades » sont en effet susceptibles de bénéficier de ce droit nouveau et d'en attendre un gain de pouvoir d'achat. **Le profil des bénéficiaires est aisément identifiable : jeune, actif, bien portant.**





Les Français ont besoin de plus de solidarité, pas de plus de concurrence

- Par ailleurs, les souscripteurs d'une complémentaire santé peuvent déjà en changer :

Pour l'individuel : deux fois dans l'année :

- à la date d'anniversaire du contrat, avec un préavis de 2 mois ;
- en cas de réception tardive de l'avis d'appel de cotisation **pendant 20 jours à compter de la réception de cet avis, ce qui est la situation la plus courante dans le secteur assurantiel, ce qui s'explique par la volonté d'affiner un maximum l'évolution des cotisations de l'année suivante.**

Dans un contexte où les soins sont de plus en plus prévisibles ou programmés, les consommateurs les plus opportunistes pourront bénéficier, au détriment des autres assurés, **du cumul des dispositifs de la résiliation infra-annuelle et de la loi Chatel**. Ainsi, ils pourraient souscrire une assurance très protectrice en fin d'année pour bénéficier immédiatement des remboursements prévus au contrat, puis résilier cette assurance quelques semaines plus tard, suite à la réception tardive de leur appel de cotisation, pour l'année suivante.



LE DÉVELOPPEMENT DU TIERS PAYANT SERA AU MIEUX FREINÉ, AU PIRE REMIS EN CAUSE

La fin des droits annuels constituera **un frein au développement du tiers payant**. Sur le principe, les assureurs complémentaires santé étaient prêts à donner aux professionnels de santé des garanties de paiement, sur présentation d'une carte de tiers payant, en acceptant de considérer **que les droits étaient valides**. Avec la résiliation à tout moment, le risque d'indus devient considérable et les professionnels pourraient ainsi **être plus rétifs à mettre en œuvre le tiers payant**. Les plus fragiles vont pâtir de l'absence de généralisation du tiers payant.



LA RÉGULATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ SERA AFFAIBLIE

Chacun connaît l'ambiguïté de la question parfois posée par certains professionnels de santé à leurs patients : « **Avez-vous une bonne mutuelle ?** ». La résiliation à tout moment peut inciter quelques professionnels de santé à se transformer en quasi-**courtiers d'assurances**, pour encourager la souscription de contrats remboursant les actes et honoraires excessifs. Elle peut aussi encourager la survenance **de comportements opportunistes** pour couvrir un besoin ponctuel en santé quand il est programmable.

