

HAUSSE DES COTISATIONS DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Historique des articles/interviews

France Assureurs, la Mutualité Française et le CTIP alertent sur la hausse des coûts liés à notre système de santé

16 octobre 2023

[France Assureurs, la Mutualité Française et le CTIP alertent sur la hausse des coûts liés à notre système de santé - La Mutualité Française \(mutualite.fr\)](#)

Les discussions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 s'ouvrent en ce moment même au Parlement. Alors que l'ONDAM est affiché à +3,2%, les trois fédérations de complémentaires santé (France Assureurs, la Mutualité Française et le CTIP) alertent sur la réalité de la hausse des coûts liés à notre système de santé et son impact inévitable sur les cotisations de tous les assurés dès 2024.

Sur le premier semestre 2023, les prestations versées par les organismes complémentaires santé ont augmenté de plus de 4 % et les remboursements par les complémentaires vont s'accélérer en 2024, en raison :

- de l'entrée en vigueur de mesures déjà actées comme le transfert de charges des dépenses dentaires vers les complémentaires santé ou encore des revalorisations tarifaires des professionnels médicaux et paramédicaux ;
- des décisions ou accords à venir, notamment dans le cadre de la renégociation de la convention médicale et des tarifs nationaux journaliers de prestation à l'hôpital pour faire face aux besoins de financement de notre système de santé ;
- de la croissance régulière des dépenses de santé et notamment de celles prises en charge par les complémentaires santé ;
- du maintien à un niveau élevé des dépenses liées au 100% santé notamment en dentaire

Au total, les organismes complémentaires vont d'ores et déjà devoir assumer au moins 1,5 milliards d'euros de dépenses supplémentaires pour maintenir et renforcer l'accès aux soins des Français.

Après plusieurs années de modération tarifaire et de résultats techniques tout juste à l'équilibre, comme en attestent les derniers rapports de la DREES^[1], les nouvelles dépenses appellent mécaniquement des ajustements des cotisations.

Les complémentaires santé sont conscientes de leur rôle majeur dans l'accès aux soins de tous les Français mais elles ne peuvent générer de déficit. C'est donc en responsabilité qu'elles veillent au juste équilibre des contrats d'assurance qu'elles leur proposent. Leur objectif est clair : éviter tout risque de renoncement aux soins. C'est pour ces raisons que les évolutions tarifaires sont décidées avec discernement, acteur par acteur.

Dans ce contexte d'aggravation des déficits publics et face aux responsabilités qui incombent à tous les acteurs de notre système de santé pour le pérenniser, les complémentaires santé s'étonnent aussi du manque de transparence et de visibilité sur les mesures d'économies envisagées dans le PLFSS pour 2024. Elles regrettent vivement de ne pas être associées et reconnues comme un partenaire essentiel du plan de lutte contre la fraude sociale menée par les pouvoirs publics, une démarche qui devrait pourtant être collective pour être pleinement efficace. Elles souhaitent également engager un dialogue de fond avec le ministère chargé de la Santé et de la Prévention à propos de la maîtrise des dépenses de santé et de la gestion du risque, en particulier au sujet de la pertinence des soins.

Selon **Florence Lustman, présidente de France Assureurs** : « Nous avons une responsabilité collective : pérenniser notre système de santé. L'examen du PLFSS pour 2024 est une opportunité supplémentaire d'échanger avec les pouvoirs publics, la CNAM et tous les acteurs du système, à qui nous voulons aujourd'hui réaffirmer notre disponibilité et notre volonté de dialogue pour participer au déploiement des réformes structurantes dont notre système de santé a tant besoin. »

Selon **Dominique Bertrand, président du CTIP** : « En responsabilité, les partenaires sociaux du CTIP rappellent que les institutions de prévoyance dont ils assurent la gouvernance, ne sont pas autorisées à être déficitaires. En conséquence, ils appellent à un dialogue renouvelé et constructif avec les pouvoirs publics afin de sauvegarder une protection sociale complémentaire de qualité pour les entreprises, les salariés et leurs familles »

Selon **Eric Chenut, président de la Mutualité Française** : « Le PLFSS doit se donner pour ambition d'être la première pierre d'une réforme structurelle désormais vitale pour notre système de protection sociale qui doit faire face à des défis démographiques, numériques et écologiques sans précédent. Nous appelons de nos vœux une approche globale, efficiente et partagée, seule recette réaliste pour une santé de qualité et accessible à tous, mais également pour répondre à l'impératif d'une soutenabilité économique à long terme pour les opérateurs comme pour les assurés sociaux. »

[1] Cf. notamment « le rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé » publié par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en décembre 2022

Aurélien ROUSSEAU, ministre de la Santé

3 décembre 2023

[Complémentaires santé : le ministre de la Santé dénonce des hausses de tarifs "pas tenables" \(francetvinfo.fr\)](https://www.francetvinfo.fr)

Complémentaires santé : le ministre de la Santé dénonce des hausses de tarifs "pas tenables"

Invité sur France 3, Aurélien Rousseau a plaidé pour une augmentation plus limitée, de "4 à 5%".

"Ce n'est pas tenable, je le dis aux mutuelles." Le ministre de la Santé, Aurélien Rousseau, a dénoncé la forte hausse attendue des tarifs des complémentaires santé. *"Elles ne peuvent pas aujourd'hui faire des patients la variable d'ajustement de leur modèle économique"*, a-t-il souligné, dimanche 3 décembre, sur France 3, plaidant pour une augmentation plus limitée de "4 à 5%". Il doit rencontrer leurs dirigeants *"dans les prochains jours"*. Confrontées à une forte hausse de leurs remboursements aux assurés, les complémentaires santé se sont inquiétées en octobre des augmentations de tarifs qu'elles vont devoir annoncer à leurs clients, dénonçant des transferts de charge de la Sécurité sociale à leurs dépens.

Des hausses de 8 à 12,5%

Le groupe paritaire AG2R La Mondiale augmentera ainsi ses cotisations de "8 à 9%" en 2024, selon des propos aux *Echos* de sa direction, fin novembre. Pour l'ensemble du secteur, les hausses devraient aller de 8 à 12,5%, selon les estimations il y a quelques semaines du spécialiste Addactis.

"Je ne pense qu'il soit acceptable d'avoir des augmentations de 8%", a souligné Aurélien Rousseau. *"Avec l'inflation, avec une partie des charges qu'on leur a demandé de prendre à charge, une augmentation de 4 à 5% serait logique. 8% ça n'a pas de sens, 10% a fortiori"*, a ajouté le ministre, plaidant pour que l'adaptation des tarifs ne fasse pas *"perdre du pouvoir d'achat"*. Interrogé sur l'éventualité de sanctions à l'encontre des mutuelles, il a temporisé : *"Je ne sais pas, on va d'abord avoir la discussion"* avec elles, a-t-il répondu.

Eric CHENUT, président de la Mutualité Française

10 décembre 2023

[Éric Chenut, président de la Mutualité française : « Nous n'avons pas de marges de manœuvre » \(latribune.fr\)](#)

[Inflation des tarifs : le président de la Mutualité française répond au ministre de la Santé \(argusdelassurance.com\)](#)

Éric Chenut, président de la Mutualité française : « Nous n'avons pas de marges de manœuvre » - La Tribune

ENTRETIEN - Il répond au ministre de la Santé, Aurélien Rousseau, et revient sur la loi de programmation sur le grand âge confirmée par Élisabeth Borne.

LA TRIBUNE DIMANCHE - Dimanche dernier, le ministre de la Santé, Aurélien Rousseau, a jugé que les augmentations de 8 % voire de 10 % des complémentaires santé n'étaient « pas tenables ». Que lui répondez-vous ?

ÉRIC CHENUT - J'ai été plus que surpris par les propos du ministre. L'augmentation des dépenses de santé est factuelle et montre la nécessité de mieux les répartir. Le transfert de dépenses de l'Assurance maladie aux complémentaires santé sur des soins dentaires est injuste, injustifié et inapproprié. Lorsque le gouvernement l'a annoncé en juin, nous avons aussitôt fait remonter une alerte sur la dynamique en hausse de dépenses de santé plus importantes qu'envisagé, tant sur les soins de ville qu'à l'hôpital, au premier semestre 2023. Entre les remboursements traditionnels et le rattrapage de la crise sanitaire, qui viennent s'ajouter à des dépenses nouvelles comme la revalorisation légitime et nécessaire de la consultation des médecins généralistes à 26,50 euros, et plus largement des autres médecins et paramédicaux, tout cela pèse sur la facture pour les complémentaires santé, comme pour l'Assurance maladie.

Dans ces conditions, qu'attendez-vous du comité de dialogue prévu le 15 décembre ?

Nous attendons un vrai dialogue entre les pouvoirs publics - la direction de la Sécurité sociale -, les financeurs - la Caisse nationale d'assurance maladie - et les complémentaires santé telles que la Mutualité française. Que ce soit sur la soutenabilité du financement de la protection sociale, l'évolution du système de santé pour garantir un accès effectif aux soins ou le tiers payant, nous devons travailler ensemble à cinq voire dix ans. Notre population vieillit, les pathologies chroniques se développent et l'ensemble doit être mieux appréhendé. Ce ne sont pas des sujets que nous pouvons traiter sur une seule année budgétaire.

Élisabeth Borne a déjà confirmé la présentation, l'examen et l'adoption d'une loi de programmation sur le grand âge au second semestre 2024...

Nous avons en effet besoin de regarder les choses à moyen et long termes. De la même façon, dans un système de répartition comme le nôtre, la confiance est essentielle. En ce sens, il est

dans notre intérêt de travailler collectivement sur la lutte contre toutes les fraudes : aux cotisations sociales, celles d'une extrême minorité de professionnels de santé ou celles d'assurés sociaux. Nous pouvons aussi gagner en efficacité, il faut orienter les personnes vers le bon soin au bon moment, éviter les soins redondants, inutiles... À cet égard, une meilleure utilisation des données pourrait nous permettre d'être plus performants dans un contexte de raréfaction du temps médical et d'engager une meilleure personnalisation du parcours patient.

Les mutuelles en trois chiffres

500 mutuelles représentées par la Mutualité française

2 900 services de soins et d'accompagnement revendiqués

35 millions de clients français

Le carnet de santé numérique ne jouera-t-il pas ce rôle ?

« Mon espace santé » est effectivement l'un des leviers très importants pour donner de l'information, mais il faut aussi renforcer l'alimentation en données, aujourd'hui trop partielle. Cela suppose de développer l'intelligence artificielle, notamment au travers des outils d'aide à la prescription, pour repérer les risques d'interactions médicamenteuses. Nous pourrions obtenir des gains importants.

N'avez-vous pas d'autres marges de manœuvre ?

J'insiste : entre les prestations versées par les mutuelles, dont le volume a déjà augmenté, et la revalorisation des consultations, nous n'avons pas de marges de manœuvre. Pour rappel, les mutuelles sont non lucratives et n'ont pas d'actionnaires à rémunérer. Notre rôle consiste à être le plus solidaires possible par la mutualisation des cotisations. Nous n'augmentons que du strict nécessaire pour être à l'équilibre.

N'y a-t-il vraiment pas de place pour une meilleure efficacité ?

Un point : dès que les revenus croissent, les cotisations sociales augmentent mécaniquement. Sur votre fiche de paie, la ligne des cotisations sociales a augmenté en euros en lien avec vos revenus, et ce sera encore le cas en 2024, mais vous ne le savez pas forcément. En revanche, les mutuelles envoient chaque année à leurs adhérents des appels de cotisation, pour les informer. Autre point majeur : à la différence de l'Assurance maladie, nous n'avons ni le droit d'être en déficit ni la possibilité de recourir à la dette, et donc de faire payer les dépenses de 2024 aux générations futures. Est-ce bien ou pas bien ? Cela relève d'un choix politique.

Faut-il le faire ?

Je pense préférable de veiller aux équilibres durables de notre protection sociale si nous voulons la pérenniser. Aussi, il nous faut planifier pour nous donner collectivement les moyens d'y parvenir. Assurance maladie et complémentaires santé doivent agir de concert pour mieux gérer le risque de manière proactive et partagée, pour accompagner le virage préventif. Le « 100 % santé », qui couvre l'optique, l'audiologie et le dentaire, évite de différer voire de renoncer aux soins, mais 77 % du coût de cette réforme est payé par les mutuelles. Comme l'a fait comprendre le président de la République, Emmanuel Macron, en 2018 lors de notre congrès, l'argent magique n'existe pas. Il faut rétablir un effort partagé.

Comment ?

Sans changement, il faudra augmenter les cotisations ou alors nous ne pourrons plus tout solvabiliser. Il faut donc agir comme je viens de le préciser. Il faut aussi questionner certaines dépenses dont les effets ne sont pas utiles médicalement sur la base des classifications scientifiques. Nous sommes prêts à mettre ce sujet sur la table. Cela fera débat, mais nous devons nous interroger sur au moins deux points : n'a-t-on pas une appétence trop forte à la molécule ? Quid des thérapies non médicamenteuses ? Travaillons plutôt ensemble pour améliorer la prévention.

Thomas FATOME, directeur de la CNAM

14 décembre 2023

[Complémentaire santé : l'assurance maladie contre-attaque après les critiques des assureurs \(argusdelassurance.com\)](https://argusdelassurance.com)

Complémentaire santé : l'assurance maladie contre-attaque après les critiques des assureurs

Le directeur général de l'assurance maladie n'a pas apprécié la dernière tribune publiée par des dirigeants d'organismes complémentaires maladie. La charge de Thomas Fatôme intervient la veille d'une réunion de concertation entre les financeurs des dépenses de santé.

La réunion du Comité de dialogue avec les organismes complémentaires (Cdoc), ce vendredi 15 décembre, s'annonce tendue. Le Centre technique des institutions de prévoyance (Ctip), France Assureurs et la Mutualité française réclament depuis plusieurs semaines la tenue de cet organisme de concertation avec l'Etat et l'assurance maladie. Mais après les critiques du ministre de la Santé, Aurélien Rousseau, sur les hausses de tarifs des contrats santé, c'est au tour du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnamts) de s'en prendre aux Ocam, organismes complémentaires d'assurance.

« Ignorer la contribution essentielle des assureurs santé n'est pas responsable »

Thomas Fatôme n'a visiblement pas digéré la récente publication d'une tribune dans *l'Opinion* par cinq dirigeants de grands organismes d'assurance exerçant une activité santé. Adrien Couret (Aéma), Thierry Derez (Covéa), Nicolas Gomart (Matmut), Tanguy Polet (Swiss Life) et Thomas Saunier (Malakoff Humanis) appellent dans ce texte à une *« gouvernance partagée »* : *« Le remboursement des dépenses de santé ne s'arrête donc pas aux portes de l'Assurance maladie. Ignorer la contribution essentielle des assureurs santé dans le système de santé n'est pas responsable. »*

« L'assureur qui porte le risque lourd, c'est l'assurance maladie »

« Parce que cette tribune et ces discours ne sont pas isolés, il est utile de rappeler les faits », estime le directeur général de la Cnam, avant d'ajouter : *« Entre 2021 et 2022, la part de l'assurance maladie obligatoire dans la consommation de soins et de biens médicaux est passée de 76% à 79,6%, tandis que celle des organismes complémentaires de 13,6 à 12,6%. Désengagement, vraiment ? »*

Le directeur général du régime maladie de la Sécurité sociale affirme le rôle croissant de l'assurance maladie dans la prise en charge des innovations, des soins coûteux et des patients chroniques, *« à 100%. Parce qu'on l'oublie trop souvent, mais dans notre système de santé, l'assureur qui porte le risque lourd, c'est l'Assurance Maladie »*. Et tout cela avec *« des frais de gestion particulièrement faibles (2,8% des prestations) »*, sous-entendu bien en deçà de ceux des Ocam.

« Les complémentaires santé ne peuvent-elles pas aussi déployer davantage de moyens pour lutter contre la fraude »

Thomas Fatôme dénonce une certaine duplicité des Ocam : « *Nous savons travailler ensemble, comme le montre la réussite collective du 100% santé [...]. Comme le montre aussi la signature conjointe, depuis plusieurs mois, d'accords majeurs avec les dentistes, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers... Encore faut-il que les dépenses portées par les complémentaires au travers de ces accords ne soient pas dénoncées ensuite comme des transferts imposés par l'Etat.* »

Et sur le même registre, le directeur général de la Cnam appelle les complémentaires à agir plus qu'à parler sur les sujets de la prévention ou de la lutte contre la fraude : « *Ainsi nous avons lancé un plan de lutte contre la fraude sur les audioprothèses. Les complémentaires ne peuvent-elles pas aussi déployer davantage de moyens pour lutter contre la fraude sur les segments où leur place est importante ?* »

Des propos qui devraient faire bondir les assureurs complémentaires. Le président de la Mutualité française, Éric Chenut, dénonçait virulemment, en octobre dernier à Reavie, un quelconque désengagement des Ocam : « *Je tiens les chiffres à votre disposition [...] la totalité des dépenses assumées par les adhérents des OCAM à travers leurs cotisations et les taxes représente 16,2 % des dépenses de santé, soit 1 point de plus qu'il y a 10 ans.* »

Les assureurs contestent régulièrement les chiffres de la Cnam sur les frais de gestion et ne manquent jamais de rappeler la rigueur de leur gestion qui, à la différence de la Sécurité sociale, n'a pas le droit au déficit.

Les complémentaires ont réglé l'essentiel de la facture du 100% santé

La « *réussite collective* » sur le 100% Santé devrait tout autant faire réagir des Ocam qui ont réglé l'essentiel de la facture sans être associés aux dernières annonces sur l'extension de la réforme.

Sur la prévention ou la lutte contre la fraude, les fédérations des organismes complémentaires réclament depuis des années l'accès aux données de santé afin de pouvoir développer leurs propres actions. La présidente de France Assureurs révélait également à Reavie : « *En 2022, la Cnam a détecté 316 M€ de fraude, soit 0,001 % de ses dépenses annuelles. Notre agence, l'Alfa, a détecté 120 M€ de fraude, dont 30 M€ sur la santé, soit 0,002 % de nos dépenses. Peut-être qu'on est deux fois plus efficaces !* ». Et Florence Lustman d'appeler alors à davantage de travail en commun avec la Cnam.

« *Le 15 décembre, le ministre de la Santé engagera de nouveaux travaux entre l'Etat, l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. Soyons à la hauteur des enjeux* », écrit Thomas Fatôme. « *Chiche* », pourraient bien lui répondre le 15 décembre les présidents des trois fédérations des organismes complémentaires santé...

Bruno LE MAIRE, ministre de l'Economie

15 décembre 2023

[Franchise médicale: Bruno Le Maire souhaite "que cette franchise puisse passer de 50 centimes à un euro" \(bfmtv.com\)](https://www.bfmtv.com/franchise-medical/bruno-le-maire-souhaite-que-cette-franchise-puisse-passer-de-50-centimes-a-un-euro)

Eric CHENUT, président de la Mutualité Française

15 décembre 2023

[La hausse des mutuelles en 2024 est "inévitabile" - France Bleu](#)

Entre 8 et 10% de hausse en 2024 annoncent certaines complémentaires santé. La hausse des mutuelles est-elle justifiée? Eric Chenut, président de la Fédération de la Mutualité Française répond sur France Bleu Paris.

Alors que le ministre de la santé convoque ce vendredi le secteur des mutuelles pour leur demander de ne pas trop augmenter les cotisations en 2024, **le porte-parole des 500 mutuelles à but non-lucratif estime que les hausses sont "inévitables"**.

Plusieurs raisons l'explique selon Eric Chenut: *"le vieillissement de la population, les nouvelles techniques médicales qui coûtent plus chères, et puis en 2024 il y a eu des augmentations légitimes de rémunérations de médecins, infirmiers, sages-femmes. Ce qui impacte aussi, ce sont les coûts des transferts de charges."* Eric Chenut prend l'exemple des soins dentaires, moins bien remboursés par la sécurité sociale, les mutuelles vont donc devoir prendre en charge 40% de coûts contre 30%.

Nos mutuelles vont augmenter du *"strict nécessaire"*, *"juste pour être à l'équilibre, pour ne pas être en déficit"*. **"Sur l'ensemble ce sera plus que 4/5% parce que les dépenses de santé ont augmenté de 6% en 2023"**. *"Les dépenses de santé augmentent plus vite que la richesse nationale."*

Renoncer aux soins ?

Face à ces augmentations, Marie, auditrice de France Bleu Paris, dit *"renoncer à certains soins"*, quand Hélène, autre francilienne, a carrément renoncé à prendre une mutuelle pour elle. Une situation qui *"inquiète et révolte"*, Eric Chenut. Pour améliorer le système et éviter ces situations, le président de la Fédération de la Mutualité Française demande au gouvernement une réforme structurelle en misant d'avantage sur la prévention, afin de réduire les dépenses de santé.

Quant au reste à charge des patients, il n'augmentera pas l'an prochain pour les adhérents des mutuelles de sa fédération. *"C'est un engagement fort que nous prenons"*.

Marie-Laure DREYFUSS (déléguée générale CTIP)

15 décembre 2023 sur LinkedIn

Nous attendions avec impatience que le ministre de la Santé et de la prévention, Aurélien Rousseau, réunisse le comité de dialogue (CDOC) entre l'Etat, l'assurance-maladie et les organismes complémentaires. Nous le lui avons formellement demandé en octobre.

En effet, organismes à but non lucratif, les IP-GPS sont responsables pour eux-mêmes, et ont toujours à cœur de proposer la meilleure couverture complète au juste coût dans le cadre de contrats collectifs au bénéfice des salariés et pris en charge pour moitié par l'employeur. Organismes paritaires, avec des représentants de leur clients dans leur gouvernance, ils ont en permanence, le souci du pouvoir d'achat et du coût du travail. Mais, ils doivent aussi gérer sérieusement leurs risques dans la durée. Soumis à des obligations prudentielles, ils n'ont pas le droit d'être en déficit. Or « Depuis 2011, les contrats collectifs sont globalement déficitaires, ce qui contraint les organismes à compenser ce déficit technique par des produits financiers afin de maintenir leur rentabilité globale » », note elle-même la [DREES – Ministères chargés de la Santé et des Solidarités](#) dans son Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

Aujourd'hui, il faudra donc que nous nous penchions vraiment sur l'évolution des dépenses de santé prévue en 2024, qui fait débat, et sur le partage de leur financement. Je rappelle que la création du 100% Santé a permis de déployer depuis 2021 une offre sans reste à charge en dentaire, audiologie et optique ...financée à hauteur de 70% par les complémentaires. Et que l'an prochain, les transferts financiers et les revalorisations décidées par les pouvoirs publics vont fortement charger la barque des différents organismes complémentaires (IP-GPS, mutuelles, assureurs).

Et face à la hausse structurelle des dépenses, il est temps de se poser pour rendre notre système de soins plus efficient, pour répondre aux attentes des Français en matière de santé et pour prendre le virage préventif. Des premiers pas concrets, par exemple sur le partage des données de santé, ont été proposés par les complémentaires. Ensemble, nous devons nous donner les moyens de sauvegarder notre protection sociale qui assure aux ménages l'un des plus faibles restes à charge de leurs dépenses de santé au monde !

[hashtag#AvenirCollectif](#)

15 décembre 2023 retour du CDOC

[Cotisations : Face à Aurélien Rousseau, les complémentaires se justifient \(newsassurancespro.com\)](https://newsassurancespro.com)

Cotisations : Face à Aurélien Rousseau, les complémentaires se justifient

Convoqués par Aurélien Rousseau dans le cadre du Comité de dialogue avec les organismes complémentaires (CDOC), les représentants des OCAM ont justifié les augmentations de cotisations pour 2024.

Le Comité de dialogue avec les organismes complémentaires (CDOC) se réunissait ce 15 décembre. C'était la première réunion avec Aurélien Rousseau. Et ce fut l'occasion pour le ministre de faire part de son étonnement sur les augmentations de cotisation des contrats de complémentaire santé pour 2024.

Le ministre [avait qualifié ces augmentations d'intenables](#) dans le cadre d'un entretien le 4 décembre dernier. Le sujet de l'augmentation des cotisations fut le seul point à l'ordre du jour de cette réunion du CDOC qui a duré 1h30. [La dernière réunion de cette instance date de mai 2023.](#)

“Un échange franc et direct”

Les présidents de la Mutualité Française, France Assureurs et du CTIP ont eu « *un échange franc, direct et utile* » avec le ministre, selon un membre présent à la réunion. Alors que de nombreux Français rencontrent des difficultés de pouvoir d'achat, Aurélien Rousseau a demandé des explications sur les évolutions de tarifs inédites. Elles oscilleront cette année entre 9 à 11% en assurance individuelle et entre 8 et 12,5% en assurance collective, [selon Addactis.](#)

Les fédérations ont justifié ces évolutions au regard de la [forte dynamique des dépenses de santé en 2023.](#) Ils ont expliqué que certains organismes n'ayant pas appliqué entièrement la dérive de la consommation ces dernières années ont dû faire des revalorisations plus importantes. Ceci pourrait expliquer les écarts d'évolution entre les différents organismes.

Les ocam attendent des réformes structurelles

Les ocam ont également rappelé que les revalorisations de professionnels de santé médicaux et paramédicaux vont peser sur leurs prestations l'année prochaine. Enfin, ils ont évoqué [l'augmentation du ticket modérateur](#) sur les soins dentaires. Elle se traduira par un transfert de charges de 500M d'euros en année pleine.

Au-delà de l'année 2024, les OCAM ont souligné que les évolutions des dépenses de santé progressent plus vite que la richesse nationale. Notamment en raison d'un contexte de vieillissement de la population. Les dépenses supplémentaires vont forcément se traduire sur des cotisations supplémentaires.

Les organismes complémentaires sont pressés d'engager des travaux avec les pouvoirs publics afin de lancer des réformes structurelles. La vocation du CDOC [créé en octobre 2022 par François Braun](#) était de travailler sur la prévention, la lutte contre la fraude, les données de santé. Or, *« à date, il n'y a pas de calendrier de travail sur ces évolutions systémiques et structurelles »*, regrette un dirigeant du secteur.

15 décembre 2023 tweet d'Aurélien ROUSSEAU

[Aurélien Rousseau sur X : "Quelques éléments après ma rencontre ce matin avec les organismes complémentaires de sécurité sociale. L'exigence de transparence s'impose face à une partie inexplicable de hausses de tarifs. https://t.co/M5r3O5zYYt" / X \(twitter.com\)](https://t.co/M5r3O5zYYt)

Réunion avec les fédérations des organismes complémentaires santé

J'ai rencontré ce matin les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie. J'ai souhaité évoquer sans détour le sujet des augmentations de tarifs importantes qu'ils ont annoncées à leurs clients.

Ces organismes, mutuelles, institutions de prévoyance, assurance, décident librement de leurs tarifs. Il y a des explications à une hausse à l'issue d'une année de forte inflation. Mais il faut être clair. Si l'on peut expliquer une hausse de 5 ou 7 %, ce qui est déjà important, les augmentations annoncées par certains organismes qui peuvent aller jusqu'à 12 % sont inacceptables.

Elles le sont d'autant plus qu'aucune explication sérieuse ne m'a été donnée pour les expliquer. J'ai redit à mes interlocuteurs que je n'acceptais pas les mises en cause de l'Etat. Certains acteurs en effet tentent de justifier ces augmentations en faisant peser la responsabilité sur l'Etat ou l'Assurance maladie. C'est tout simplement faux. Les chiffres sont indiscutables et je suis prêt à assumer la plus complète clarté sur tout cela.

Il serait bien trop facile de faire reposer la responsabilité sur l'assurance-maladie qui prend en charge l'essentiel des coûts de la santé dans notre pays et notamment les nouveaux traitements extrêmement onéreux.

Les organismes complémentaires qui ont décidé de ces augmentations de tarifs auront à s'en expliquer devant leurs clients et adhérents. Ils doivent à chacun la transparence. Ils doivent à chacun la vérité.

Certaines hausses ne sont pas justifiées et elles sont - de fait - injustifiables. Puisqu'ils revendiquent leur totale liberté dans la fixation de ces tarifs, chaque consommateur, comme chaque employeur, doit utiliser aussi la liberté qui lui est offerte par la loi de changer, en cours d'année s'il le souhaite, d'organisme complémentaire. Les assurés ne seront pas les variables d'ajustement et doivent totalement faire jouer les clauses de résiliation de contrat, s'ils estiment que les organismes complémentaires n'ont pas été en mesure de leur expliquer ces hausses.

Notre système d'assurance sociale prend en charge des risques de plus en plus nombreux, le vieillissement de la population et les maladies chroniques font peser chaque jour une charge plus lourde sur la sécurité sociale, qui assure 80 % de ces risques, et sur les organismes complémentaires. Ce sont des enjeux essentiels. Ils méritent mieux que des explications fallacieuses qui sous tendent en fait seulement des logiques d'optimisation économique.

Les Français ont le droit à la plus complète transparence sur ces éléments. Ce n'est pas un enjeu technocratique, mais une exigence démocratique.

Aurélien ROUSSEAU

Ministre de la Santé et de la Prévention

19 décembre : communiqué de presse de la FNMF

[+ 8,1% en moyenne pour les cotisations des mutuelles: une augmentation qui suit l'évolution globale des dépenses de santé - La Mutualité Française \(mutualite.fr\)](#)

+ 8,1% en moyenne pour les cotisations des mutuelles: une augmentation qui suit l'évolution globale des dépenses de santé

19 décembre 2023

Selon l'enquête de la Mutualité Française qui porte sur 38 mutuelles représentant 18,7 millions de personnes, les cotisations des mutuelles augmenteront en 2024 en moyenne de 8,1% pour couvrir les dépenses de santé en augmentation.

Les contrats individuels,1 souscrits en majorité par les personnes âgées, les jeunes, les agents publics et les professionnels indépendants verront leurs cotisations augmenter en moyenne de 7,3%.

Les cotisations des contrats collectifs obligatoires augmenteront en moyenne de 9,9% et celles des contrats collectifs facultatifs augmentent en moyenne de 7,7%.

Des dépenses de santé en augmentation en 2023 et la prise en charge de nouvelles dépenses

La hausse des dépenses de santé reste importante. Sur les 8 premiers mois de l'année 2023, les prestations versées par les mutuelles ont augmenté de +6% par rapport à la même période l'année précédente, soit nettement plus que l'augmentation qui était estimée.

Par ailleurs, de nouvelles dépenses ont été actées en 2023 : qu'il s'agisse de la nécessaire augmentation des rémunérations des professionnels de santé² ou encore du transfert de dépenses en dentaire se manifestant par la prise en charge à hauteur de 40 % des soins dentaires depuis début novembre³.

Ces nouvelles dépenses permettront de mieux soigner et de renforcer l'attractivité des métiers du soin. La prévention et notamment l'investissement dans la prévention bucco-dentaire et une meilleure coordination des parcours par exemple éviteront l'apparition de complications.

« Si nous augmentons les tarifs des mutuelles, c'est que nous n'avons pas le choix pour continuer à couvrir les dépenses de santé de nos adhérents en garantissant un reste à charge le plus faible d'Europe. Par ailleurs, les mutuelles ne peuvent générer des déficits continus et elles ne le souhaitent pas ! Nous refusons catégoriquement que le risque santé assuré par les mutuelles se finance sur les générations futures » rappelle Eric Chenut.

Pour absorber ces dépenses et assurer leur équilibre financier, les mutuelles sont obligées d'augmenter leurs cotisations. Conformément à la réglementation prudentielle, les mutuelles ne peuvent pas être déficitaires et des fonds propres sont indispensables pour exercer leur activité d'assurance. Ces exigences assurent aux assurés que leur mutuelle sera toujours en mesure de faire face à ses engagements en toute circonstance.

Des cotisations au service de la santé

Les mutuelles ont redistribué à leurs adhérents 81%⁴ de leurs cotisations en prestations santé. Les 19% restants, identifiés comme des "frais de gestion", financent en réalité des services tels que des accueils physiques sur tout le territoire et plateformes téléphoniques pour assurer une relation au plus proche avec les assurés, des dépenses de prévention⁵ et d'action sociale, des plateformes de téléconsultation, les systèmes d'information pour le tiers payant qui évite l'avance de frais quand on se fait soigner, des réseaux conventionnés pour réduire les coûts de certains soins ou équipements, etc.

Les taxes représentent deux mois de cotisations

Pour rappel, les contrats de complémentaire santé sont soumis à une Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) équivalente à 13,27% du montant des cotisations. Elle représente deux mois de cotisations pour les adhérents. Jusqu'en 2023, cette taxe finançait intégralement la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et le surplus était ensuite affecté au budget de la Sécurité sociale. A compter de 2024, l'intégralité du produit de la taxe sera affectée au financement de la Sécurité sociale. Cette taxe est injuste, opposée au principe de redistribution, et pèse particulièrement sur les contrats qui ne bénéficient d'aucune aide (prise en charge employeur ou aide fiscale).

« Comme je l'ai rappelé en CDOC⁶, il est urgent de faire évoluer notre système de santé et de protection sociale. Elaborer l'indispensable réforme structurelle nécessite un cadre de travail en confiance avec l'ensemble des acteurs (pouvoirs publics nationaux, collectivités territoriales, professionnels de santé, mutuelles, associations de patients et partenaires sociaux), intégrant le fonctionnement mais aussi les financements. Je l'ai récemment dit au ministre chargé de la Santé : nous y sommes prêts ! » conclut Eric Chenut, président de la Mutualité Française.

1. Ils concernent 64% de la population couverte

2. La revalorisation de la consultation des généralistes de 1,5€ a été estimée à 96 millions d'euros pour les organismes complémentaires. Par ailleurs, l'augmentation de différents actes médicaux/paramédicaux après déduction des mesures d'économies prévues, a été chiffrée à + 800 millions d'euros sur 6 ans pour les complémentaires.

3. Avant le 15 octobre 2023, la prise en charge des soins dentaires était de 30% pour les mutuelles et 70% pour l'Assurance Maladie. Ce transfert de dépenses de l'Assurance Maladie sur les soins dentaires a été chiffré à hauteur de 500 millions d'euros par an pour les complémentaires.

4. Chiffres issus du rapport DREES 2022

5. La Mutualité Française est le premier acteur privé de prévention. Ces initiatives visent à améliorer l'état de santé des adhérents et à retarder la survenance ou l'aggravation des maladies. En 2023, plus de 26 500 actions de prévention ont été réalisées.

6. Comité de dialogue avec les organismes complémentaires et le ministre de la Santé dont la dernière réunion s'est tenue le 15 décembre 2023

20 décembre 2023 : Aurélien ROUSSEAU, ministre de la Santé démissionne

[En direct, loi « immigration » : le texte transmis au Conseil constitutionnel dès ce soir ; Agnès Firmin Le Bodo assurera l'intérim au ministère de la santé \(lemonde.fr\)](#)

Le porte-parole du gouvernement confirme « la démission » d'Aurélien Rousseau

Olivier Véran a confirmé le départ du ministre de la santé qui était « *absent du conseil des ministres* ». L'intérim sera assuré par Agnès Firmin Le Bodo, qui était jusqu'ici ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé. Alors que certains ministres se sont retrouvés hier soir – Sylvie Retailleau (enseignement supérieur), Patrice Vergriete (logement), Roland Lescure (industrie) et Clément Beaune (transports) – pour parler « *d'initiatives politiques à prendre* » après l'adoption de la loi « immigration », Olivier Véran a affirmé qu'« *il n'y a pas de mouvement de fronde ministérielle* ».