

Compte rendu de la rencontre débat du mardi 2 avril 2024

Les Mutuelles en question

animée par **Christophe LAPIERRE,**

Directeur des Systèmes d'information de Santé de la Mutualité Française,

Les Mutuelles assurent les Français sur leur risque santé en plus de la Sécurité sociale. Ce système à deux financeurs est une particularité française, régulièrement questionné en termes de coût-efficacité : chaque année en effet, la hausse des cotisations des mutuelles est pointée du doigt. Afin de situer les enjeux du débat, trois points seront abordés : comment sont fixées nos dépenses de santé, et quels sont les mécanismes de financement respectifs de la Sécurité Sociale et des Mutuelles, l'évolution et la soutenabilité et de ces dépenses en France, les réformes actuelles (le 100% Santé) et celles qui nous attendent (et notamment la question de la prise en charge de la dépendance).

Christophe Lapierre est Directeur des Systèmes d'information de Santé de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, qui regroupe près de 400 mutuelles couvrant plus de 38 millions de personnes. Il accompagne les mutuelles dans les grandes transformations numériques de la protection sociale en France : dématérialisation des échanges avec les professionnels de santé (facturation hospitalière, tiers payant) et avec les entreprises (déclarations sociales électroniques), expérimentations e-Santé (télémédecine). Il a initié la création d'un cadre d'interopérabilité commun à tous les acteurs de l'assurance Santé en France pour favoriser le développement des services en ligne au bénéfice des assurés et des professionnels de santé. Auparavant, il a piloté au sein du Ministère de la Santé le volet système d'information de l'une des principales réformes administratives de ces dernières années, la création des ARS (Agences Régionales de Santé).

Le Diaporama très complet et explicite de Christophe Lapierre sert de compte-rendu. La discussion très fournie qui a suivi a permis de mettre en évidence les questions essentielles qui ont été exposées. Elle peut servir en quelque sorte de résumé. C'est la raison pour laquelle, contrairement à l'habitude cette discussion est mise en tête.

Discussion :

1) Coût de fonctionnement comparé des mutuelles et de la Sécu

R. Comme indiqué dans l'exposé c'est un débat éminemment politique car tout dépend la prise en compte ou non de certains postes de dépenses par la Sécu. Dans ce débat hautement politique en effet, les chiffres avancés ne couvrent pas des périmètres comparables. La seule comparaison un peu crédible évalue les frais à respectivement 3 % pour la Sécu et 4% pour les mutuelles. Mais pour ces dernières où un effort considérable de concentration a été fait (passage 4000 mutuelles à 400) des optimisations sont encore possibles. En tout état de cause, il est clair que les 7 Mds que l'on économiserait théoriquement en fusionnant les mutuelles avec la Sécu seraient réduits à 2 Mds du fait de la perte des 5 Mds que versent les mutuelles et assurances au titre de la TSA (taxe de solidarité additionnelle, équivalent de la TVA). De plus cela se ferait au dépend des couvertures santé personnalisées (audio, dentaire, etc.) et des actions d'innovations apportées par les mutuelles, téléconsultation, ostéopathie, dépenses psy (certaines de ces innovations ayant été intégrées aux remboursements de la Sécurité sociale sous la pression des mutuelles).

2) Problème de la soutenabilité à long terme

Q. Quels sont les causes de l'augmentation des coûts qui vont menacer la soutenabilité

R1. La première cause est le vieillissement de la population (30% de plus de 65 ans en 2070 contre 20% en 2020) ce qui accroît automatiquement le coût des soins

R2. Ensuite les progrès technologiques : appareillage plus cher

R3 Les risques épidémiologiques, ceux liées au changement climatique (catastrophe naturelles), pollution

R4 La couverture des risques non ou mal pris en compte actuellement : l'assurance dépendance et le soutien aux aidants, la santé mentale et au travail. Les mutuelles couvrent certains de ces risques à la demande de leurs adhérents et des entreprises (dans le cadre des contrats collectifs).

En 20 ans, les dépenses de santé ont doublé en France toutes causes confondues. En tendance, les dépenses de santé en France augmentent d'environ 3% / an.

3) Comment choisir sa complémentaire santé ?

R1 Pour les salariés, depuis 2007 obligation de cotiser à celle de l'employeur sauf à prouver que celle du conjoint offre une meilleure couverture. En revanche, le choix est ouvert pour les retraités. Le premier critère est la couverture des risques les plus lourds financièrement, ceux d'hospitalisation ensuite le choix dépend des risques propres à chaque individu : plutôt le dentaire, l'optique, l'audio etc.

R2 Quid des sur-mutuelles (aussi appelées « sur-complémentaires ») qui couvrent par la partie non remboursée par les mutuelles comme les dépassements d'honoraire. Il n'y a pas de réponse univoque, cela dépend du mode de consommation de soins de chaque personne. Dans le cas des couples on peut aussi jouer sur les 2 mutuelles si les personnes ont deux mutuelles différentes, l'un remboursant ce l'autre n'a pas remboursé, ce qui est parfaitement

légal. D'une façon générale on ne voit de tendance actuelle à l'augmentation des sur-mutuelles.

- 4) Y-a-t'il des différences de taux d'augmentation des mutuelles et des assurances santé sachant que les secondes doivent rémunérer leurs actionnaires ?

R1. Les différences ne sont pas énormes, elles dépendent essentiellement de la structure du portefeuille (le profil des assurés couverts : plus il y a de retraités ou de profils à risque lourd dans le portefeuille d'une mutuelle, plus cela coûte cher). Sur le long terme l'augmentation moyenne est de 8% mais il peut y avoir des augmentations beaucoup plus fortes une année si la mutuelle par exemple n'a pas fait d'augmentation depuis plusieurs années.

Un élément important dans les coûts d'un portefeuille est la proportion de retraités. De ce point de vue, les mutuelles sont moins sélectives que les assurances privées ; elles font moins de « sélection du risque » en décourageant les retraités ou certains profils par des cotisations élevées, ce qui peut expliquer qu'elles ne sont guère plus coûteuses (mais leur résultat économique s'en ressent). C'est aussi une raison pour laquelle les mutuelles étaient contre la généralisation et l'obligation de recours aux assurances d'entreprise qui couvrent spécifiquement des classes de population. En découplant les populations (actifs / non actifs) et les types de contrats (individuels / collectifs), on crée des dynamiques qui sont de fait à l'encontre de la mutualisation des risques, principe cardinal de la solidarité entre toutes les couches de la population. On tendrait ainsi vers les systèmes anglosaxons où cet aspect est ignoré.

R2 Les excédents servent à la rémunération des actionnaires des sociétés d'assurance privées. Les mutuelles peuvent faire des bénéfices, mais elles sont régies par les principes de l'économie sociale et solidaire et par une non lucrativité de leurs activités. Leurs excédents éventuels sont investis dans des actions sociales, la création de centres de soins à tarifs maîtrisés et ouverts à tous, à des actions de prévention etc..

Diaporama présenté par Christophe LAPIERRE

Evolution de la protection sociale en France

- **Début XXe siècle** : 15 000 sociétés de secours mutuel couvrent 2,6 millions d'adhérents.
- **1930** : loi sur les assurances sociales : tous les salariés sous un certain seuil de revenu doivent s'affilier à une caisse d'assurance sociale (gestion administrative par les mutuelles) - création du TM (ticket modérateur)
 - 8 millions de mutualistes avant 1945
- **4 & 19 octobre 1945** : ordonnances de création du système de sécurité sociale en France
 - Travail, Assurance maladie, vieillesse / retraite, maternité
 - Principe : « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins »
- **Années 1960** : Assurance chômage, retraite complémentaire,
 - Seule 30% de la population est couverte par une mutuelle
- **1967** : séparation de la Sécurité sociale en « branche »
 - Maladie (Assurance Maladie)
 - Famille (CNAF) / AT/MP (CNAM) / Retraite (CNAV)

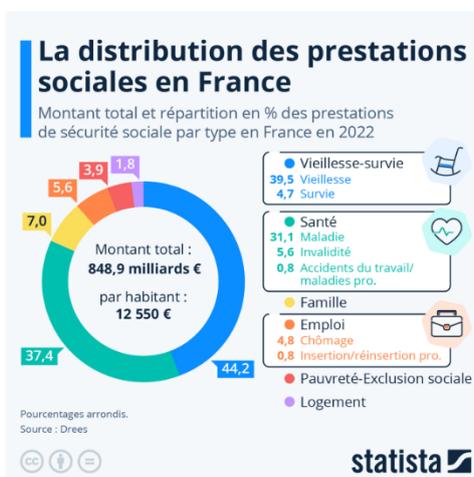
Evolution de la protection sociale en France

→ Le poids des dépenses a plus que doublé entre 1959 et 2022

→ De **14,5%** du PIB en 1959 à **32,2%** du PIB en 2022 (849 milliards d'€)

→ Pour la branche maladie, les dépenses sont passées de 3,1% du PIB en 1959 à 9,2% du PIB en 2016

→ Retraites : de 5,1% à 14,6%



26/05/2024

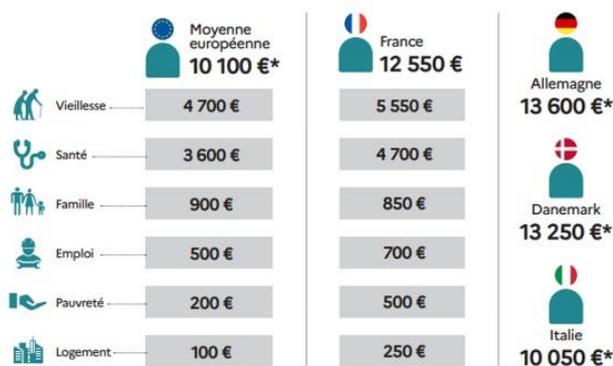
Comité Inter AMC

5

Un « pognon de dingue ? »

Données 2022

12 550 euros de prestations sociales par an en moyenne par habitant en France



* En parité de pouvoir d'achat sur une base France
Lecture : en 2022, en France, le montant moyen des prestations sociales par habitant s'élève à 12 550 euros, dont 5 550 au titre du risque vieillesse-survie.

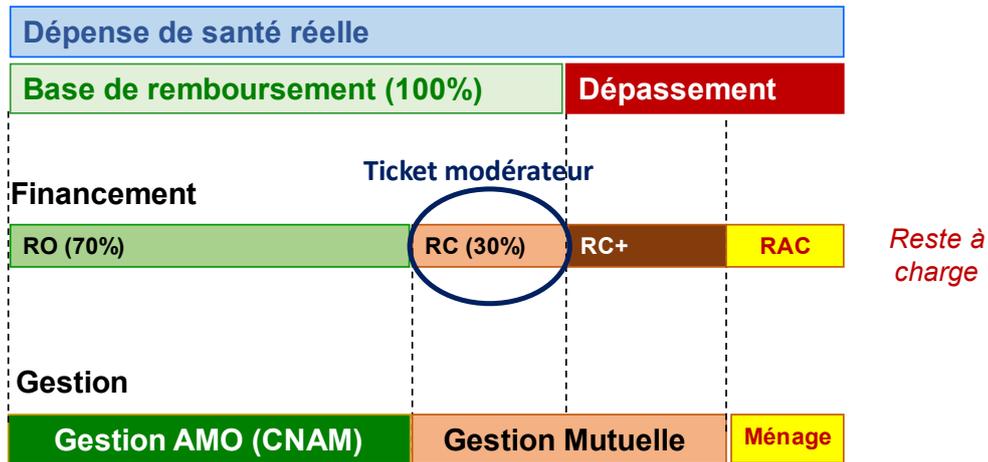
Comprendre- 2 avril 2024

6

A quoi servent les mutuelles ?

→ Des contrats d'assurance Santé en complément du régime obligatoire de l'Assurance-Maladie (AMO)

Prestations à rembourser



« Mutuelles » ou complémentaires santé ?



malakoff médéric
humanis

- CA : 6,4 Mds € 2022
- 10 millions de PP



- CA : 7,1 Mds € en 2022



- CA : 2 Mds € en 2022
- 2,7 millions de PP



- CA : 7,8 Mds € en 2022



- CA : 10 Mds € dont 8,5 Mds en assurance
- 10 millions de PP
- 1 000 établissements de soins et de services



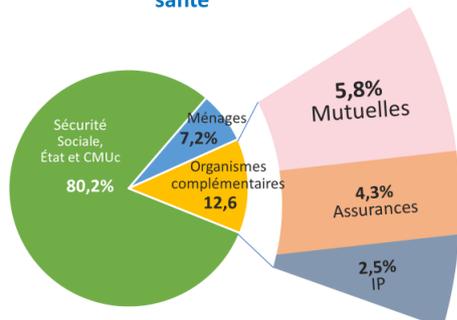
- CA : 1 Mds € en 2018 (Santé & Prévoyance, 6 Mds au total)
- 1,9 millions de PP en Santé



- CA : 7,3 Mds €
- 3,6 millions de PP en santé

Les complémentaires santé financeurs des dépenses de santé

Prise en charge de la dépense de santé

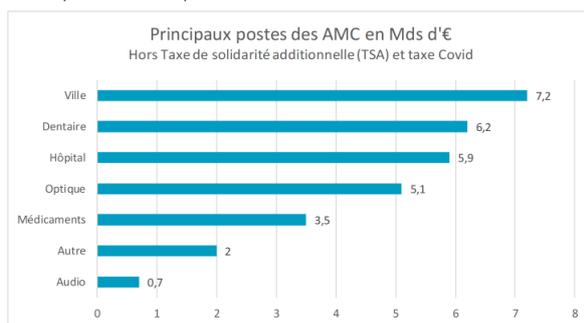


Reste à charge des ménages en 2022 :
250 € / habitant - (17 milliards d'€)

- **96%** de la population couverte
- Collectivement, les complémentaires prennent en charge **13% de la dépense totale de santé**, avec de fortes disparités
 - **32,8 Mds d'€** en 2022
- 35% de ces dépenses sur le 100% Santé
 - Optique
 - Audio
 - Prothèses dentaires
- Elles ont versé 1,5 Mds de contribution Covid en 2020 & 2021
- **Elles financent la CSS** (3,2 Mds) via une taxe (la TSA : 5,3 Mds collectés en 2021)

Les complémentaires santé Un poids variable dans les dépenses

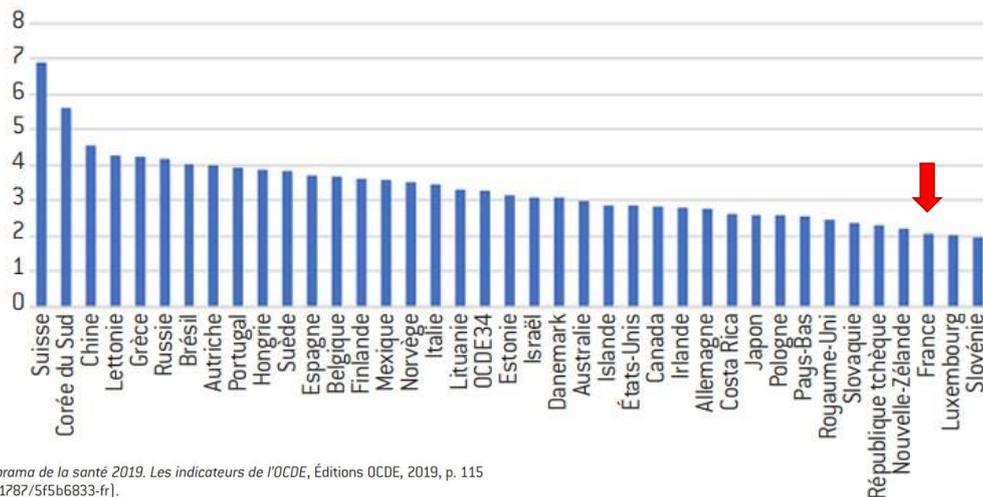
- Les complémentaires santé remboursent :
 - **71%** des dépenses optique, **45%** des dépenses dentaires et **37%** des dépenses d'audiologie
 - **22%** des dépenses de ville (médecins, auxiliaires, labos)
 - **11,4%** des dépenses de médicament
 - **4,3%** des dépenses hospitalières



Pourquoi les cotisations augmentent ? L'impact des complémentaires

→ L'un des plus faibles « reste à charge » en Europe

Graphique 1 : Dépenses à la charge des patients (en % de la consommation finale des ménages), en 2017 (ou année la plus proche)



Source : OCDE, *Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, 2019, p. 115 (<https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>).

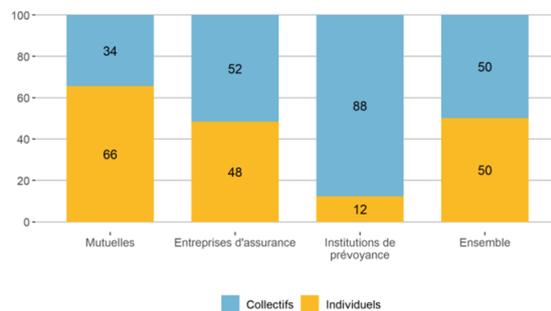
Contrats individuels ou collectifs ?

→ La complémentaire santé n'est pas obligatoire en France

→ Les Français sont assurés soit par leur employeur, soit par choix d'un contrat « individuel »

Graphique 1.8 – Part des contrats individuels et collectifs dans l'ensemble des cotisations collectées en santé par les différents types d'organismes en 2022

En % des cotisations collectées



Source: Rapport DREES 2023, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. »

Une couverture large et une activité fortement encadrée

- Plus de 96% de la population couverte aujourd'hui par les complémentaires santé
 - 50% en individuel
 - Plus de 90% des contrats sont « responsables »
- Des niveaux de dépenses fixées par la puissance publique
 - PLFSS / Négociations conventionnelles PS / tarification AMO
- Une activité assurantielle fortement encadrée
 - Contrôles de l'**ACPR** (Autorité de Contrôle Prudentiel)
 - Vigilance de la **CNIL** sur l'utilisation des données de santé par les mutuelles

Les spécificités des mutuelles Mutuelles vs Assureurs



→ Actrices de l'**Economie sociale et solidaire**

→ Un code spécifique « Code de la Mutualité »

- Gouvernance spécifique : un homme une voix
- Impossible de tarifer selon le risque santé

→ Financeurs de soins, offreurs de services et acteurs de prévention

- Présence sur la **prévoyance** vie (assurance vie, assurance décès, retraite supplémentaire) et non vie (incapacité, invalidité)
- Présence forte sur l'**assurance dépendance**, avec 4,1 millions de personnes couvertes



Complémentaire santé



Prévoyance, dépendance, décès et retraite



Prévention et promotion de la santé



Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes

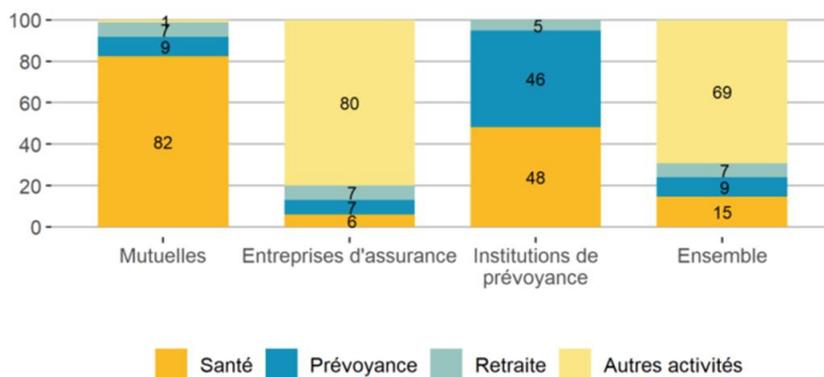


Action sociale

Les spécificités des mutuelles

Focalisées sur la santé

En % des cotisations collectées



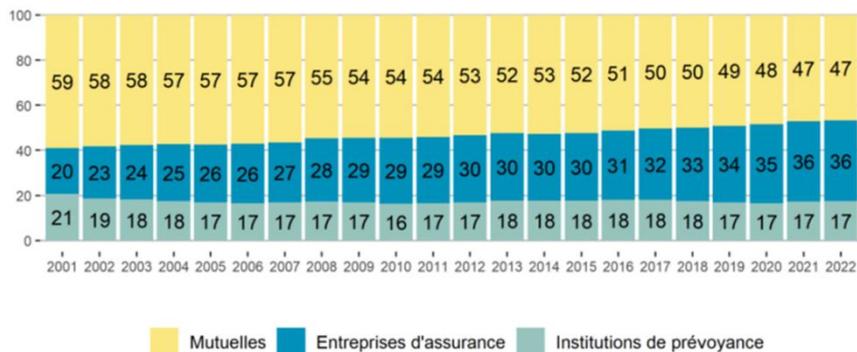
Données 2021
Source : Rapport DREES 2023 sur la situation financière des complémentaires santé

Les spécificités des mutuelles

Un CA stable mais un recul sur le marché

Graphique 2.3 – Parts de marché en santé des trois catégories d'organismes

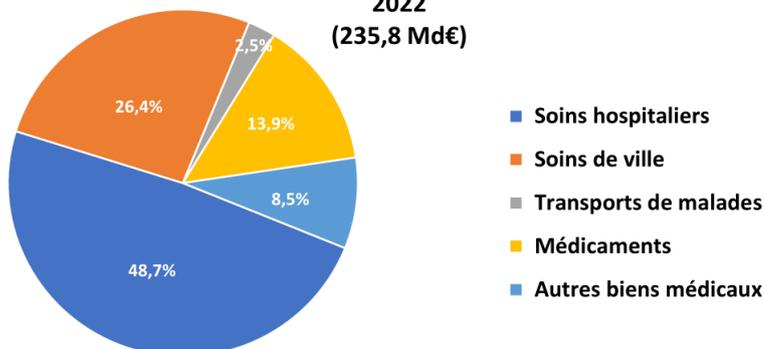
En % des cotisations collectées



Source : Rapport DREES 2023 sur la situation financière des complémentaires santé

Comment sont consommés les soins en France ?

Structure de la Consommation de Soins et Biens Médicaux en 2022 (235,8 Md€)



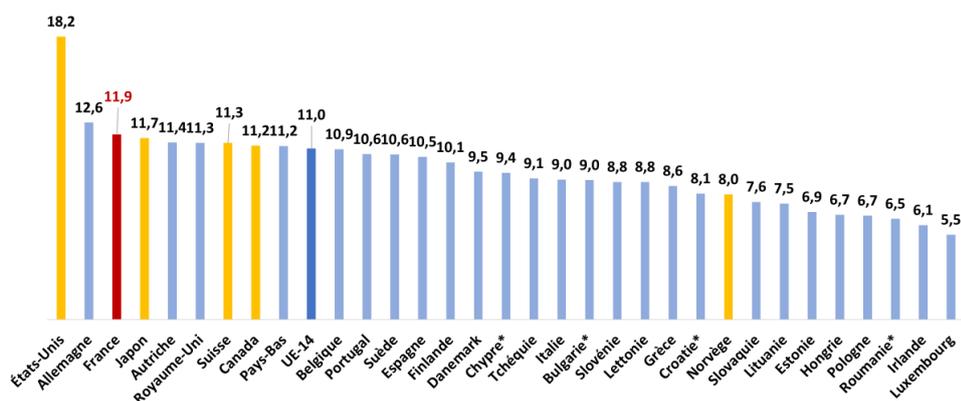
La CSBM en 2022 : + 3,9 % par rapport à 2021 et 8,9 % du PIB :

- 3 475 € par habitant ;
- Les complémentaires financent 439 € par habitant.

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023.

Dépense de santé en France Comparaison internationale

DCSi en pourcentage du PIB en 2022 (ou 2021 pour les pays avec *)



Source : OCDE

Comment évoluent les dépenses de santé ?

- Le PLFSS fixe chaque année les objectifs de dépenses
 - L'ONDAM : Objectif National de dépenses de l'Assurance Maladie
 - Les négociations conventionnelles
 - Réglementation Solvabilité 2
 - La gestion des mutuelles
- 
- Niveau des cotisations annuelles
 - Réserves obligatoires de solvabilité
 - 420€ / personne protégée en moyenne

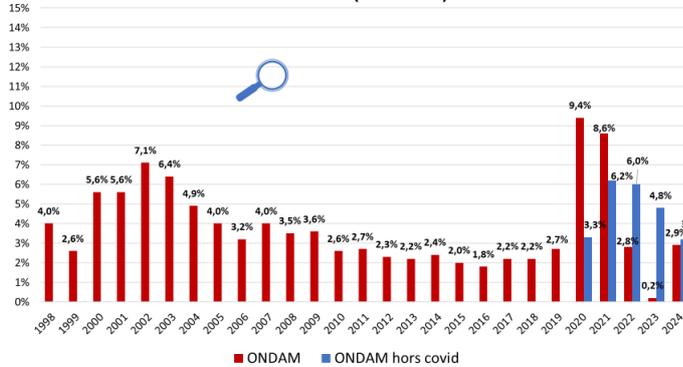
L'ONDAM 2024 de la dernière LFSS

Sous-objectif	Objectif 2023 initial	Objectif 2023 révisé	Objectif 2024
Ondam soins de ville	103,9 Md€	105 Md€	108,4 Md€
Ondam hospitalier	100,7 Md€	102,5 Md€	105,6 Md€
Contribution établissements et services pour personnes âgées	15,3 Md€	15,5 Md€	16,3 Md€
Contribution établissements et services personnes handicapées	14,6 Md€	14,7 Md€	15,2 Md€
Fonds d'intervention régional (FIR) et soutien à l'investissement	6,1 Md€	6,5 Md€	6,1 Md€
Autres prises en charge (soins à l'étranger, établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, notamment en matière d'addictologie)	3,4 Md€	3,4 Md€	3,3 Md€
Total	244,1 Md€	247,6 Md€	254,9 Md€

Evolution des dépenses de santé en France

Evolution des dépenses de l'ONDAM

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM (en %) (1998-2024)



En 2023, les dépenses dans le champ de l'ONDAM progressent de +0,2% les portant à 247,6Mds€, soit un dépassement de 2,8 Mds€ par rapport à l'objectif voté en loi de financement rectificative en avril 2023. La croissance est moins forte que celle observée en 2022 (+2,8%) en raison de la baisse des coûts liés au COVID.

Hors dépenses liées au COVID, les dépenses ONDAM en 2023 augmentent de +4,8%.

L'objectif pour 2024 est une hausse des dépenses de +2,9% par rapport à 2023. Les dépenses hors gestion de la crise COVID progresseraient de +3,2%.

Sources : Ministère de la santé et de la prévention, Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023 et projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024

Comprendre - 2 avril 2024



Santé & assurance : une logique de marché ?

Logique « classique » de marché

Prix défini en fonction des coûts + marge

La hausse de la demande fait baisser les prix

Consommation de masse = prix faibles

Economie de l'assurance santé

Prix fixé avant de connaître les coûts

- On estime la sinistralité (actuaire)
- On ajuste l'année d'après : augmentation des cotisations
- D'où nécessité des réserves

« Aléa moral » :

- Un assuré a tendance à augmenter son risque
- Un assuré exige davantage

Le patient n'est pas un consommateur éclairé

- Possibilité d'une « demande induite », créée artificiellement par le PS dans son propre intérêt.

Les grandes réformes

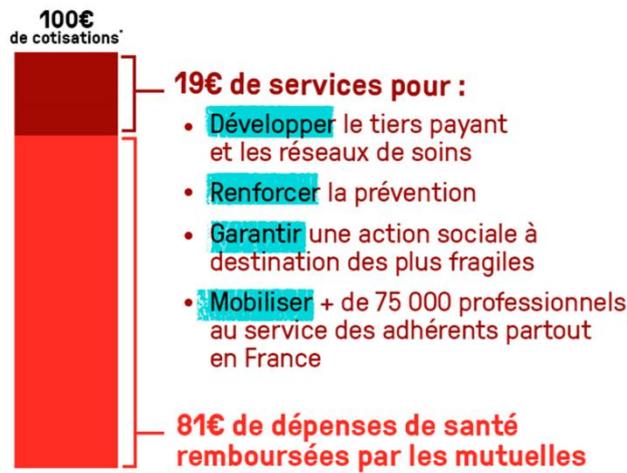
- 2004 : Parcours de soins coordonnés / médecin traitant
- 2004 : création des contrats responsables
 - Obligation de couverture du TM
 - Mais pas de prise en charge des participations forfaitaires ou franchises médicales
 - Plafonds sur certaines dépenses (OPTAM), limitations (lunettes)
 - TSA réduite : 13,27% du prix du contrat contre 20,27%
- 2016 ANI
 - Obligation pour un employeur privé de fournir une complémentaire santé aux salariés (au moins 50% des cotisations)
- 2019 : C2S (Complémentaire santé solidaire) financée par les complémentaires (2,6 Mds € via la TSA des complémentaires)
- 2017 : 100% Santé
- 2019 (mise en œuvre à venir) : Protection sociale des fonctionnaires (PSC)

Le débat sur les frais de gestion des mutuelles / complémentaires Santé

- Une obligation de transparence prévue par la loi ([arrêté du 6 mai 2020](#))
- Un ratio stable autour de 20% des cotisations pour les mutuelles
 - 21,6% pour les assureurs, 14,6% pour les IP
 - Frais d'acquisition (publicité) : 6,9% pour les mutuelles, 14,5% pour les assureurs
 - Les frais de gestion des mutuelles sont plus élevés que leurs concurrents (9,3% contre 5,7% pour les autres)
- L'évolution constante de la réglementation génère des coûts de gestion plus élevés pour les complémentaires, surtout les plus petites
 - **Surcoût annuel évalué** par les complémentaires **à 3% des cotisations**
 - Commission Européenne : jusqu'à 10 – 15% des coûts de fonctionnement pour certains organismes

Les spécificités des mutuelles

Les frais de gestion



*Cotisations HT ; les taxes s'élèvent à 13,3€, soit deux mois de cotisations

Une comparaison trompeuse avec la Sécu

	Charges	AMO (Assurance Maladie Obligatoire)	Complémentaires
Frais d'acquisition	Publicité	Pas nécessaire (régime obligatoire)	Marché concurrentiel depuis 2001
Gestion administrative	Recouvrement des cotisations	Hors périmètre (géré par l'Urssaf et l'Etat)	Dans les frais d'administration
	Affiliations / adhésions	Via les régimes (CNAM / CPAM, MSA)	Via activité commerciale + résiliation infra annuelle
	Gestion des garanties	Couverture universelle	Adaptation des garanties aux demandes (entreprises / clients)
Gestion des sinistres / prestations	Actions de Prévention / actions sociales	Dans un fonds dédié (Fonds National de Prévention)	Dans les frais d'administration
	Gestion du TP et des réseaux de soins	NA	Dans les frais de gestion des sinistres

Une comparaison trompeuse avec la Sécu

→ Les frais d'acquisition des complémentaires (publicité) : **3 Mds d'€**
(8% des recettes environ)

- Plus d'adhérents / clients = moins de reste à charge ?
- Amélioration de la couverture santé de la population ?

→ Tentative de comparaison des frais de gestion à périmètre comparable* (la gestion des prestations)

- Sans frais d'acquisition ni frais d'administration des contrats

Gestion des sinistres	Organismes complémentaires d'assurance maladie	Régimes de Sécurité sociale
Montant en 2018 (Mds€)	1,5	7,3
En % des recettes	4%	3%
Coût par bénéficiaire (€)	23	115

Sources : Drees, Direction de la Sécurité sociale

* Source : Institut Sapiens

Economiser 7 Mds d'€ par an en supprimant les complémentaires ? Une « Grande Sécu » ?

- Incapacité de l'AMO de proposer des couvertures santé « personnalisées » / adaptées aux demandes des entreprises et des individus
 - Développement immédiat d'un modèle assurantiel non mutualisé via les sur-complémentaires pour ceux qui en ont les moyens
- « Perte » de 5 Mds de TSA qu'il faudra prélever sur l'AMO
 - Dont 2,6 Mds qui financent la CS2
- Risques forts sur la maîtrise des dépenses majoritairement prises en charge par les complémentaires
 - Réseaux de soins Audio & dentaire notamment
- Reprendre les actions sociales / actions de prévention des mutuelles.
- Innovation / diversification
 - Téléconsultations
 - Dépenses spécifiques (ostéopathie)
 - Dépenses de PSY pendant le Covid 19 – reprise par l'AMO en 2022
 - Fonds d'innovation (Mutuelles Impact – 100 m€)

Les enjeux La question de la soutenabilité

- Vieillesse de la population (les personnes de 65 et plus représentaient 20,7% de la population en 2020
 - Projection à 28,7% en 207 (Insee)
- Progression des maladies chroniques
 - 10 millions de personnes touchées par une ALD en France
 - Cancers : +3% / an depuis 2015
- Mode de vie : sédentarité, alimentation (obésité)
- Allongement de l'espérance de vie
- Progrès technologiques
- Risques épidémiques (mondialisation des échanges, changement climatique)

Les enjeux Des mutations profondes

- Lutter contre le renoncement aux soins
 - **10,1 % des assurés sociaux** ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (versus 9,4 % en 2021).
- De nouveaux champs à couvrir
 - La santé mentale : un doublement de la prévalence des troubles de santé mentale avec la crise Covid
 - RAC trois fois plus élevé que pour les autres soins
 - La santé au travail
 - Qualité de vie au travail, santé mentale, aide aux aidants, pilotage du risque arrêt de travail
 - Thématiques émergentes : lutte contre les addictions, lutte contre la sédentarité (en lien avec le télétravail notamment), problèmes de santé au féminin (endométriose, ...)
- La dépendance