MUTUALITÉ FRANÇAISE

PLFSS POUR 2027

Propositions d'amendements

SOMMAIRE

Proposition n° 1 : Suppression de la prorogation, en 2027, de la contribution exceptionnelle sur les organismes complémentaires d'assurance maladie 2

Proposition n° 2 : Rendre davantage accessible la complémentaire santé en diminuant la fiscalité pesant sur les contrats 3

Proposition n°3 : Rendre opposable la signature de l'UNOCAM pour les accords, conventions, avenants pour lesquelles la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est minoritaire 4

Proposition n°4 : Renforcer le rôle des organismes complémentaires dans le parcours d'accompagnement préventif pré-ALD 5

Proposition n°5 : Adapter la réforme des services autonomie à domicile pour assurer la continuité des parcours personnes âgées / personnes en situation de handicap 8

Proposition n° 1 : Suppression de la prorogation, en 2027, de la contribution exceptionnelle sur les organismes complémentaires d'assurance maladie

Amendement proposé par la Fédération des institutions paritaires de protection sociale, France Assureurs et la Mutualité Française

Article 12

Supprimer cet article.

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à **supprimer la nouvelle contribution mise à la charge des complémentaires santé**, qui vient s'ajouter à celle déjà instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Reconduite de nouveau à **2,05 % des cotisations santé**, cette nouvelle contribution représenterait un prélèvement supplémentaire de **1,1 milliard d'euros**. Elle intervient alors même que les complémentaires santé **ont déjà supporté en 2026 une contribution de plus d'un milliard d'euros et qu'elles sont parallèlement appelées à prendre en charge des dépenses croissantes, notamment sous l'effet** des revalorisations tarifaires des soins, de l'élargissement des prises en charge et **du transfert inédit de dépenses décidé par le Gouvernement cet été pour un montant de plus de 1,4 milliard d'euros.**

Cette nouvelle contribution interviendrait dans un contexte où **la fiscalité pesant sur les contrats de complémentaire santé est déjà particulièrement élevée**. Comme l'a récemment souligné la MECSS, les prélèvements spécifiques applicables à ces contrats représentent plus de **6,3 milliards d'euros par an**. Avec l'instauration de la contribution exceptionnelle de 2026, ils correspondent ainsi à **16,12 % des cotisations santé**.

L'ajout d'un nouveau prélèvement est susceptible de **peser sur le coût de la couverture complémentaire santé**, alors que celle-ci joue un rôle essentiel dans l'accès aux soins. Cet effet peut concerner aussi bien les assurés individuels, notamment les seniors, que les salariés couverts par des contrats collectifs et les entreprises qui participent à leur financement, avec des conséquences potentielles sur le pouvoir d'achat et le coût de la protection sociale complémentaire.

Surtout, **l'accumulation de prélèvements supplémentaires sur les complémentaires santé ne permet pas de maîtriser la dynamique des dépenses de santé**. Une telle contribution ne réduit ni les volumes de soins, ni les prescriptions inadaptées, ni la fraude. Elle constitue une recette supplémentaire pour la Sécurité sociale, sans agir sur les causes structurelles de son déficit.

Le redressement des comptes sociaux doit reposer sur **des mesures permettant de réduire durablement la dépense**, notamment par une meilleure pertinence des prescriptions, la prévention, la lutte contre la fraude et la maîtrise des postes de dépenses les plus dynamiques, plutôt que sur l'accumulation de nouvelles taxes sur les acteurs qui remboursent les soins.

La suppression de cette nouvelle contribution évite de faire des complémentaires santé une variable d'ajustement récurrente du déficit de la Sécurité sociale et préserve les cotisations versées par les assurés et les entreprises pour leur finalité première : financer leur couverture santé.

Proposition n° 2 : Rendre davantage accessible la complémentaire santé en diminuant la fiscalité pesant sur les contrats

Amendement proposé par la Mutualité Française et la Fédération des Institutions Paritaires de Protection Sociale

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 12, insérer l'article suivant :

I. - Le II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° au premier alinéa le taux « 13,27 % » est remplacé par « 5,5 % »

2° au quatrième alinéa, après le mot taux, la phrase est modifiée comme suit « est fixé à 20,27 % »

II. - Le troisième alinéa du II bis de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est supprimé.

III. La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Exposé des motifs

Cet amendement vise à renforcer l'accès à la complémentaire santé en fixant le taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) des contrats responsables à 5,5% (au lieu de 13,27%) et donc à reconnaître que la santé fait partie des biens et services essentiels.

La santé n'est pas un produit de luxe. Pour autant, en 2026, les contrats de complémentaires santé sont taxés à 16,12%. Cette fiscalité, utilisée pour pallier le besoin croissant de recettes de l'assurance maladie, n'a cessé d'augmenter depuis 25 ans : elle est passée de 300 M€ en 2020 à 7 Mds€ en 2025. Elle explique 22% des hausses de cotisations acquittées par les assurés sociaux.

L'amendement propose une baisse significative de la TSA pesant sur les contrats de complémentaire santé responsables afin de la rapprocher de celle applicable aux biens et services essentiels, avec un taux à 5,5%.

Pour les contrats non responsables, le taux de TSA est maintenu à son taux actuel, 20,27 %.

Il n'y a pas de remise en cause des recettes de la sécurité sociale et de sa capacité à financer la Complémentaire Santé Solidaire.

Proposition n°3 : Rendre opposable la signature de l'UNOCAM pour les accords, conventions, avenants pour lesquelles la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est minoritaire

Amendement proposé par la Mutualité Française, la Fédération des Institutions Paritaires de Protection Sociale, France Assureurs et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 32, insérer l'article suivant :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« En cas de refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure un accord, une convention ou un avenant, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fait part aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un accord, d'une convention ou d'un avenant mentionnés au deuxième alinéa, le refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure un accord, une convention ou un avenant fait obstacle à son entrée en vigueur. »

Exposé des motifs

Les organismes complémentaires d'assurance maladie occupent une place croissante dans le financement de certains postes de soins. En effet, les transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires santé intervenus ces dernières années augmentent mécaniquement la part supportée par les complémentaires santé. Sur certains postes tels que les soins et prothèses dentaires, les complémentaires santé sont ainsi devenues les financeurs majoritaires.

L'UNOCAM participe à la négociation et à la signature des conventions nationales conclues avec l'Assurance maladie obligatoire et les professionnels de santé. Afin de garantir un véritable équilibre entre les parties prenantes, il apparaît nécessaire de renforcer son pouvoir de négociation afin que celui-ci reflète réellement le poids des complémentaires santé dans la prise en charge des dépenses de santé concernées.
Les décisions ayant un impact financier pour les organismes complémentaires doivent en effet être prises dans un cadre pleinement partenarial, associant ainsi l'Assurance maladie, les professionnels de santé et l'assurance maladie complémentaire. A cette fin, le poids de chacune des familles d'organismes d'assurance devrait être actualisé au sein de l'UNOCAM.
Pour ce faire, l'amendement pose une obligation de signature par l'UNOCAM pour les accords, conventions, avenants pour lesquels la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est minoritaire.

Proposition n°4 : Renforcer le rôle des organismes complémentaires dans le parcours d'accompagnement préventif pré-ALD

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 29, insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 162-63 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 couvrant les assurés concernés peuvent dans le cadre du parcours d'accompagnement préventif recevoir et traiter les données strictement nécessaires à l'identification de l'éligibilité de l'assuré à ce parcours, à son orientation, à la proposition de prestations ou services personnalisés, à leur prise en charge, à leur suivi et à l'évaluation du dispositif. Ces données ne peuvent être utilisées à des fins de sélection du risque, de tarification individuelle, d'exclusion de garantie, de résiliation, de modulation des cotisations ou de prospection commerciale. »

2° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Ce décret précise également, après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés, de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, les catégories de données pouvant être transmises ou traitées, les modalités d'information et de recueil de l'accord de l'assuré ainsi que les modalités d'exercice de droits conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) et dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les conditions d'habilitation des personnes pouvant y accéder, ainsi que les règles de sécurité, de traçabilité, les durées de conservation et d'effacement des données applicables. »

II. – Après le premier alinéa de l'article L. 211-19 du code de la mutualité, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique et pour les seuls besoins de la mise en œuvre effective du parcours d'accompagnement préventif mentionné à l'article L. 162-63 du code de la sécurité sociale faisant l'objet d'un accord express de la personne concernée, les professionnels de santé, établissements de santé, services de santé, organismes d'assurance maladie obligatoire et organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code peuvent échanger les informations strictement nécessaires à l'orientation, à la coordination, au financement, au suivi et à l'évaluation de ce parcours.

Ces échanges sont limités aux informations strictement nécessaires à la mise en œuvre effective du parcours et interviennent dans des conditions garantissant la protection des données personnelles de santé, le libre choix de la personne et l'absence de toute utilisation à des fins de sélection du risque, de tarification individuelle, d'exclusion ou de modulation des garanties. »

III. - L'article L. 211-16 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :
« Elles sont également autorisées à traiter les données strictement nécessaires à l'identification de l'éligibilité de l'assuré au parcours, à son orientation, à la proposition de prestations ou services personnalisés, à leur prise en charge, à leur suivi et à l'évaluation du dispositif mentionné à l'article L. 162-63 du code de la sécurité sociale. »

IV. – Après le 3° de l'article L. 211-17 du code de la mutualité est inséré un alinéa ainsi rédigé :
4° à l'instauration du parcours d'accompagnement préventif mentionné à l'article L.162-63 du Code de la sécurité sociale.

V. - Le dernier alinéa de l'article L .211-18 du Code de la mutualité est ainsi modifié :
Le personnel de la mutuelle ou de l'union est soumis au secret professionnel pour toutes les données à caractère personnel relatives à la santé, à l'instauration du parcours d'accompagnement préventif mentionné à l'article L162-63 du Code de la sécurité sociale ou pour toutes les données d'identification et de factures mentionnées au même article L. 211-16

VI. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article.

Exposé des motifs

L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 a créé, à l'article L. 162-63 du code de la sécurité sociale, un parcours d'accompagnement préventif à destination des assurés souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée (ALD). Cette mesure constitue une avancée structurelle pour mieux prévenir l'aggravation des maladies chroniques et intervenir plus précocement dans les trajectoires de soins.

Au-delà de leur rôle de cofinanceur aux côtés de l'assurance-maladie, les mutuelles doivent pouvoir se mobiliser pour renforcer ce parcours et en faire un levier structurant pour renforcer la prévention secondaire, améliorer l'accompagnement des assurés à risque d'entrée en ALD. Le député Cyrille Isaac-Sibille dans le rapport qu'il a remis au Premier ministre le 16 septembre « Construire un système national de prévention primordiale » recommande d'ailleurs une implication renforcée des complémentaires santé, dans un cadre national davantage fondé sur le partage de données, l'évaluation et les parcours ciblés. De même, le rapport remis ce 23 septembre au Gouvernement « *Refonder l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé au service de la transformation du système de santé* » vient également confirmer la nécessité de mieux associer les organismes complémentaires aux politiques de prévention et recommande ainsi une meilleure coordination entre les acteurs et ainsi de tirer parti de la complémentarité des actions menées.

L'amendement proposé permet ainsi aux mutuelles de proposer à leurs adhérents des prestations et services personnalisés de prévention ou d'accompagnement. Cette personnalisation est indispensable pour passer d'une logique de prévention générale à une logique d'accompagnement adaptée à la situation de l'adhérent : activité physique adaptée, accompagnement nutritionnel, éducation thérapeutique, soutien psychologique, orientation vers des structures ou professionnels référencés, suivi motivationnel ou accompagnement dans la durée.

Pour que cette personnalisation soit effective, l'amendement prévoit une base juridique strictement encadrée permettant l'échange et le traitement des seules données nécessaires à l'identification de l'éligibilité de l'assuré, à son orientation, à la proposition de services personnalisés, à la prise en charge, au suivi et à l'évaluation du parcours. Cette ouverture est assortie de garanties substantielles : accord exprès de l'adhérent, limitation aux données strictement nécessaires, habilitation des personnes autorisées à y accéder, sécurité et traçabilité des traitements, durée de conservation limitée, effacement des données et interdiction de toute utilisation à des fins de sélection du risque, de tarification individuelle, d'exclusion, de résiliation, de modulation des cotisations ou de prospection commerciale.

Le présent amendement adapte également le cadre des conventions conclues entre organismes complémentaires et professionnels, établissements ou services de santé. Il s'agit de sécuriser la possibilité pour les mutuelles de mobiliser des offreurs de prévention et d'accompagnement répondant à des critères de qualité, de pertinence, de coordination, de suivi et d'évaluation. Cette évolution doit intervenir sans remettre en cause les garanties posées par le droit existant : libre choix du patient, critères objectifs, transparents et non discriminatoires, absence de clause d'exclusivité.

Cet amendement contribue à construire un cadre protecteur pour les assurés, juridiquement sécurisé et compatible avec les exigences relatives au secret professionnel, à la protection des données de santé, au libre choix du patient.

Proposition n°5 : Adapter la réforme des services autonomie à domicile pour assurer la continuité des parcours personnes âgées / personnes en situation de handicap

Proposition commune à la Mutualité Française et la FEHAP.

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 39, insérer l'article suivant :

Le C du II de l'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

I - Au troisième alinéa, supprimer les mots : « et pour une durée maximale de cinq ans » ainsi que « dans la perspective de constituer, à l'issue de cette période, un service autonomie à domicile relevant du 1° de l'article L. 313-1-3 du même code doté d'une entité juridique unique » ;

II - Au septième alinéa :

1° Supprimer les mots « l'autorisation devient caduque en l'absence de constitution du service autonomie à domicile doté d'une entité juridique unique. ».

2° Après les mots :

« ou de la date de renouvellement de celle-ci. »

insérer une phrase ainsi rédigée :

« Les services de soins infirmiers à domicile ayant conclu la convention ou constitué le groupement avec les services autonomie à domicile en application du même 1° sont considérés comme autorisés pour l'activité de soins infirmiers à domicile pour laquelle ils étaient autorisés avant la conclusion de ladite convention ou la constitution dudit groupement, pour la durée restant à courir à compter de la date d'autorisation initiale ou de la date de renouvellement de celle-ci, sous réserve de déléguer, dans un délai de six mois, par voie de convention ou dans le cadre d'un groupement mentionné au 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile à un service autonomie à domicile déjà autorisé pour cette activité. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à sécuriser le déploiement de la réforme des Services Autonomie à Domicile (SAD) sur les territoires afin de garantir la continuité des parcours des personnes accompagnées.

La réforme des SAD, issue de l'article 44 de Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, vise à améliorer la coordination entre l'aide et le soin afin de simplifier le parcours des personnes âgées et en situation de handicap. Si cet objectif est largement partagé, l'obligation pour les services de soins infirmiers à domicile de constituer une entité juridique unique avec un service d'aide à domicile,

apparaît comme un frein à la transformation du secteur. En effet, dans un rapport remis au Sénat en juillet 2026, la Cour des comptes souligne que cette exigence se heurte à la diversité des statuts juridiques, des conventions collectives, des modes de financement et des réalités territoriales. Elle soulève également les risques économiques liés au rapprochement de structures dont les situations financières peuvent être très divergentes.

Dans un contexte de croissance des besoins d'accompagnement et de soins à domicile, il apparaît préférable de privilégier une logique fondée sur la coordination effective entre les acteurs et la qualité de l'accompagnement des personnes plutôt que sur une forme unique d'organisation juridique. Et ce, tout en permettant des formes souples de coopération entre opérateurs. Cette évolution permettrait d'éviter le risque de disparition des SSIAD et ainsi de préserver la continuité des parcours des usagers et l'accès aux soins et ce dans un contexte de désertification médicale.

Le présent amendement vise ainsi à permettre aux services autonomie à domicile d'atteindre les objectifs fixés par la réforme au travers de modalités organisationnelles adaptées aux réalités des territoires, tout en préservant l'offre existante et en sécurisant les parcours des personnes accompagnées.