VOTRE SANTÉ, NOTRE ENGAGEMENT QUOTIDIEN

Nos partenaires : GROUPE VYV, MUTUALITÉ FRANÇAISE, Kalixia, Synergie Mutuelles, viamedis



TRANSFERTS DE CHARGES : POURQUOI CELA AURA UN IMPACT SUR VOS COTISATIONS ?

ÉDITO

Une solidarité qui nous engage tous.

Notre mutuelle est avant tout une histoire de **solidarité**. Chaque mois, chacun d'entre nous contribue, par sa **cotisation**, à un système qui permet à tous d'être mieux protégés face aux **dépenses de santé**, lorsque nous en avons besoin.

C'est cette **solidarité** qui fait la force du modèle **mutualiste**. Elle nous permet d'être là les uns pour les autres, dans les moments où la **santé** devient une préoccupation, et de bénéficier d'une **protection collective** qui nous accompagne tout au long de notre vie.

Mais cette **solidarité** est aussi un équilibre qu'il nous appartient de préserver.

Les dépenses de santé évoluent, les tarifs des professionnels et des établissements augmentent, de nouvelles dépenses sont transférées vers les complémentaires santé et les taxes qui leur sont appliquées pèsent également de plus en plus lourdement. Dans ce contexte, maintenir une bonne maîtrise de nos dépenses de santé est devenu un véritable enjeu pour toutes les mutuelles.

Bien entendu, il ne s'agit pas de renoncer aux soins dont nous avons besoin. Il ne s'agit pas non plus de porter un jugement sur les choix de chacun. Il s'agit simplement de prendre conscience que, derrière chaque remboursement, il y a une dépense qui est financée collectivement.

Lorsque nous adoptons les bons réflexes, lorsque nous privilégions la prévention, lorsque nous suivons le parcours de soins ou lorsque nous nous interrogeons, avec notre professionnel de santé, sur la pertinence d'un examen, d'un traitement ou d'un équipement, **nous contribuons tous, à notre manière, à préserver notre système de protection.**

C'est une démarche qui doit rester simple et naturelle : prendre soin de soi, tout en prenant soin de ce qui nous protège collectivement.

Notre mutuelle a la volonté de continuer à proposer une couverture de qualité, au juste niveau, **tout en veillant à préserver l'équilibre financier nécessaire à sa pérennité.** La maîtrise des dépenses de santé est l'un des leviers qui nous permettent d'y contribuer et, autant que possible, de contenir l'évolution des cotisations.

Car derrière les chiffres et les comptes, il y a avant tout des femmes et des hommes, des familles et des parcours de vie. C'est pour eux que notre mutuelle existe.

Préserver notre mutuelle, c'est donc préserver notre capacité à rester solidaires demain. Et cette responsabilité, nous pouvons la partager sereinement, chacun à notre niveau, dans un esprit de confiance et de solidarité.

C'est aussi cela, faire vivre le mutualisme.



SOMMAIRE :

- Edito
- Mot du Président
- Que deviennent les cotisations versées à votre mutuelle ?
- Notre contrat est « responsable » : qu'est-ce que cela signifie ?
- Mais alors, qui paie ?
- Pourquoi cela peut-il avoir une conséquence sur nos cotisations ?
- Et le PLFSS 2027 ?
- Une autre mesure importante : la contribution de 2,05 %
- Ce qu'il faut retenir
- Préserver notre mutuelle, c'est préserver notre protection

MOT DU PRÉSIDENT





Christophe LEMOINE
Président de la
Mutuelle d'Entreprise
Keolis Rennes Métropole

Chères Adhérentes, Chers Adhérents,

Quand l'Assurance Maladie transfère des dépenses : ce que cela change pour notre mutuelle et pour nos adhérents.

Santé : comprendre les transferts de charges et leurs conséquences pour notre mutuelle
Pourquoi parle-t-on de « transferts de charges » ?

Le système de santé français repose sur plusieurs financeurs. Lorsqu'un assuré se soigne, une partie de la dépense est prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, et une autre peut être prise en charge par sa complémentaire santé, selon son contrat.

Depuis plusieurs mois, le Gouvernement a décidé de modifier progressivement cette répartition.
L'idée est simple : lorsque l'Assurance Maladie rembourse moins, ce n'est pas pour autant que le soin coûte moins cher. La dépense reste la même : elle est simplement davantage prise en charge par les complémentaires santé et, selon les situations, par les assurés eux-mêmes.

C'est ce que l'on appelle un transfert de charges.

Pour notre mutuelle, cela signifie concrètement davantage de prestations à financer avec les cotisations de nos adhérents.

Ce qui est déjà décidé : les quatre décrets du 21 août 2026

Quatre décrets ont été publiés au Journal officiel le 22 août 2026. Ils modifient, à compter principalement du 1er janvier 2027, la répartition de la prise en charge de plusieurs dépenses de santé.

- **1. Les soins dentaires**

Pour certains honoraires et actes de soins dentaires, la part restant à la charge de l'assuré après intervention de l'Assurance Maladie va augmenter. Le ticket modérateur pourra ainsi passer d'une fourchette de 35-45 % à 50-60 %. Autrement dit, l'Assurance Maladie obligatoire prendra moins en charge et les complémentaires devront davantage intervenir pour les contrats qui couvrent ce ticket modérateur.

- **2. Certains dispositifs médicaux**

Les règles évoluent également pour certains dispositifs médicaux.
La part pouvant être laissée à la charge des organismes complémentaires augmente, avec une entrée en vigueur au 1er janvier 2027. Le décret prévoit toutefois le maintien de certaines prises en charge intégrales, notamment pour les dispositifs médicaux essentiels et pour les personnes bénéficiant de certaines protections spécifiques.

- **3. Certains médicaments**

Le troisième décret concerne les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible ou modéré. L'objectif affiché est notamment de dégager des marges de financement pour les médicaments et traitements les plus innovants.

- **4. Les transports sanitaires**

Enfin, la prise en charge des transports sanitaires évolue également. Une première modification est entrée en vigueur dès le 1er octobre 2026 concernant certaines situations liées aux affections de longue durée. Le reste de la réforme s'appliquera principalement au 1er janvier 2027.

1,5 milliard d'euros : une charge supplémentaire pour les complémentaires
La Mutualité Française estime que ces quatre mesures représentent environ 1,5 milliard d'euros de dépenses supplémentaires pour les organismes complémentaires. Poste de santéTransfert estimé vers les complémentaires :

- Soins dentaires : 510 M€
- Dispositifs médicaux : 490 M€
- Certains médicaments 300 M€
- Transports sanitaires 200 M€
- **Total ≈ 1,5 Md€**

À retenir :

1,5 milliard d'euros ne correspond pas à une baisse du coût des soins.

C'est principalement 1,5 milliard d'euros de dépenses qui ne seront plus financées de la même façon par l'Assurance Maladie obligatoire et qui devront davantage l'être par les complémentaires santé.

QUE DEVIENNENT LES COTISATIONS VERSÉES À VOTRE MUTUELLE ?

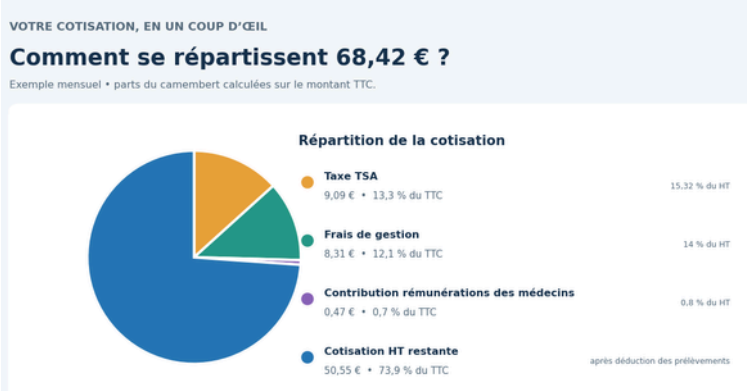
Cette question est importante, car notre mutuelle est une mutuelle d'entreprise : elle fonctionne dans un objectif de protection collective de ses adhérents, et non dans une logique de recherche de profit.

Les cotisations versées par les adhérents et l'employeur ont une vocation très concrète : elles permettent principalement de financer les remboursements des prestations de santé, mais aussi les frais nécessaires au fonctionnement et à la gestion de la mutuelle, ainsi que les taxes et contributions auxquelles les organismes complémentaires sont soumis.

Autrement dit, une cotisation n'est pas une somme qui reste disponible une fois les prestations payées.
Elle sert à financer notre système de protection collective.
Un équilibre à préserver
Chaque année, notre mutuelle doit donc trouver le juste équilibre entre :

- les cotisations collectées
- les prestations de santé remboursées aux adhérents
- + les frais de gestion nécessaires au fonctionnement de la mutuelle
- + les taxes et contributions réglementaires

C'est cet équilibre qui permet à la mutuelle de continuer à rembourser les soins aujourd'hui, mais aussi de disposer des moyens nécessaires pour le faire demain.
Lorsque les dépenses de santé augmentent ou que de nouvelles charges sont transférées vers les complémentaires, la mutuelle doit donc trouver les ressources correspondantes.



NOTRE CONTRAT EST « RESPONSABLE » : QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE ?

Notre mutuelle propose un contrat responsable et solidaire. Ce terme peut sembler technique, mais son principe est assez simple.
Un contrat responsable et solidaire est un contrat qui respecte un cahier des charges fixé par la réglementation. Il définit notamment les règles de prise en charge de certaines dépenses de santé et encourage les assurés à respecter le parcours de soins coordonnés.

En contrepartie du respect de ces règles, le contrat bénéficie notamment d'un cadre fiscal et social spécifique.

Pourquoi est-ce important dans le contexte actuel ?

Parce qu'une mutuelle qui propose **un contrat responsable et solidaire** ne peut pas simplement décider de compenser sans limite toutes les baisses de remboursement décidées par l'Assurance Maladie.

Les règles du **contrat responsable et solidaire** encadrent les niveaux de prise en charge de certaines dépenses et peuvent prévoir, à l'inverse, des situations dans lesquelles certaines sommes ne peuvent pas être prises en charge par la complémentaire.

Cela signifie que lorsque les pouvoirs publics modifient la répartition des remboursements entre l'Assurance Maladie et les complémentaires, **notre mutuelle doit à la fois financer les prestations supplémentaires qui lui reviennent et respecter les règles applicables à notre contrat responsable et solidaire.**

C'est une contrainte réglementaire importante à prendre en compte dans l'équilibre global de notre régime de santé.

MAIS ALORS, QUI PAIE ?

Prenons un exemple très simple.

Avant le transfert :

- Pour un soin d'une valeur de 100 € :
- Assurance Maladie : 60 €
- Mutuelle : 40 €

Reste à charge de l'adhérent : 0 €, si son contrat prend intégralement en charge le ticket modérateur.

Après le transfert : Si l'Assurance Maladie ne prend plus en charge que 50 €

- Assurance Maladie : 50 €
- Mutuelle : 50 €

Reste à charge de l'adhérent : 0 €, si le contrat continue à prendre en charge la totalité du ticket modérateur.

Le soin n'a pourtant pas coûté moins cher.

La dépense de 100 € existe toujours. Elle a simplement changé de financeur.
Et lorsque la mutuelle rembourse davantage, cela augmente mécaniquement le montant des prestations qu'elle doit financer.

POURQUOI CELA PEUT-IL AVOIR UNE CONSÉQUENCE SUR NOS COTISATIONS ?

C'est ici que le mécanisme est important à comprendre.

Si l'Assurance Maladie obligatoire réduit sa participation et que notre contrat continue à garantir le même niveau de remboursement, la part prise en charge par la mutuelle augmente.

Cette dépense supplémentaire doit nécessairement être financée.

Une mutuelle ne peut pas créer durablement des ressources supplémentaires pour payer des prestations supplémentaires. Elle doit donc préserver un équilibre entre les cotisations reçues, les prestations versées, ses frais de gestion et les taxes et contributions qui lui sont imposées.

Si les dépenses augmentent durablement, les cotisations doivent nécessairement évoluer à un moment donné pour maintenir cet équilibre.

Ce n'est donc pas une décision prise pour augmenter les cotisations : c'est une conséquence mécanique de l'évolution des dépenses que la mutuelle doit financer.

ET LE PLFSS 2027 ?

À ces mesures déjà décidées s'ajoutent désormais celles prévues dans **le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2027.**

Attention : au 6 octobre 2026, il s'agit encore d'un projet de loi. Les débats parlementaires peuvent donc encore faire évoluer certaines dispositions.

Le projet prévoit notamment environ 700 millions d'euros d'économies provenant de baisses de taux de remboursement et de transferts vers les assurances maladie complémentaires.

Cela signifie que le mouvement engagé avec les décrets de l'été pourrait être poursuivi en 2027.
Autrement dit : les quatre décrets constituent une première étape ; le PLFSS 2027 prévoit d'autres mesures susceptibles d'accroître encore la part financée par les complémentaires.

UNE AUTRE MESURE IMPORTANTE : LA CONTRIBUTION DE 2,05 %

Il faut également rappeler une mesure adoptée dans le cadre du PLFSS 2026.

Une contribution exceptionnelle de **2,05 %** a été instaurée en 2026 sur les organismes complémentaires santé.

Pour notre mutuelle, cette contribution a été intégralement prise en charge en 2026, sans être répercutée sur les cotisations de nos adhérents au titre de cette mesure.

C'est un effort important que nous avons souhaité réaliser afin de préserver, autant que possible, nos adhérents de cette charge supplémentaire.

Mais cette contribution avait été présentée comme exceptionnelle pour 2026.

Or, le PLFSS 2027 prévoit désormais sa reconduction au même taux de 2,05 % pour l'année 2027.

Ce que cela pourrait signifier pour 2027

Si cette contribution est définitivement reconduite, et si aucune mesure de compensation n'intervient, notre mutuelle ne pourra pas durablement absorber seule cette charge supplémentaire sans conséquence sur son équilibre financier.

Elle devra donc être prise en compte dans la construction des cotisations 2027.
Notre objectif n'est pas d'augmenter les cotisations. Notre objectif est de pouvoir continuer à assurer durablement les remboursements et le niveau de protection de nos adhérents.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Les transferts de charges ne font pas disparaître la dépense. Lorsqu'une partie du remboursement est transférée de l'Assurance Maladie vers **les complémentaires**, le soin ne coûte pas moins cher. La dépense reste la même : **c'est son financeur qui change.**

Les cotisations servent à financer la protection collective. Les cotisations permettent principalement de financer les prestations remboursées aux adhérents, les frais de gestion nécessaires au fonctionnement de la mutuelle et les taxes et contributions applicables.. Notre contrat responsable encadre également les remboursements

Notre mutuelle doit respecter les règles du contrat responsable, ce qui encadre certaines prises en charge et ne permet pas de compenser librement toutes les évolutions de l'Assurance Maladie.

Les mesures déjà actées auront un impact, **les quatre décrets du 21 août 2026** entraînent des transferts de dépenses vers les complémentaires à partir de 2027, **le PLFSS 2027** pourrait accentuer ce mouvement. **D'autres mesures** sont actuellement proposées dans le PLFSS 2027. Elles ne sont pas encore définitivement adoptées à la date de rédaction de cet article. **La contribution de 2,05 %** est un enjeu supplémentaire. Notre mutuelle a fait le choix de prendre intégralement en charge cette contribution en 2026, sans la répercuter sur les cotisations des adhérents. **Si elle est reconduite en 2027,** elle devra être intégrée dans l'équilibre financier de la mutuelle.

PRÉSERVER NOTRE MUTUELLE, C'EST PRÉSERVER NOTRE PROTECTION

Notre mutuelle n'a pas pour objectif de faire payer davantage ses adhérents.

Au contraire, son rôle est de protéger au mieux ses adhérents tout en garantissant sa pérennité.
Mais cette protection collective repose sur un équilibre financier réel : lorsque les pouvoirs publics transfèrent de nouvelles dépenses vers les complémentaires ou créent de nouvelles contributions, ces dépenses doivent être financées.

Si ces évolutions se confirment et se poursuivent, une augmentation des cotisations pourra donc devenir nécessaire.

Cette évolution ne serait pas liée à une volonté de la mutuelle d'augmenter ses tarifs, mais à la nécessité de disposer des ressources suffisantes pour continuer à financer les prestations, à assurer le fonctionnement de la mutuelle et à respecter les obligations réglementaires.

Parce qu'au fond, une mutuelle d'entreprise, c'est un collectif : les cotisations de chacun permettent de financer la protection de tous.
Notre **responsabilité** est de préserver cet équilibre avec transparence, avec sérieux et avec une attention constante portée aux adhérents.

02 99 36 09 03 contactadherent@mutuellekeolisrennes.fr Rue Jean-Marie HUCHET 35000 Rennes