

Rapport 2020

Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

RAPPORT 2020

Sur la situation financière des organismes
complémentaires assurant une couverture santé

Sommaire

Avant-propos	5
Principaux enseignements	6
Chapitre 1 - Mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années	9
La baisse du nombre d'organismes d'assurances s'inscrit comme une tendance de long terme .	9
Sur le marché de l'assurance santé, un nombre de mutuelles divisé par cinq depuis 2001	10
Le poids de la santé diffère dans le portefeuille des différents types d'organismes	12
Rareté des petits organismes parmi les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance	16
La hausse de la part des contrats collectifs dans l'activité des sociétés d'assurances se poursuit	17
Chapitre 2 - Le marché du collectif continue de croître, à un rythme plus modéré	21
L'augmentation des cotisations en collectif ralentit en 2019 par rapport à 2018	22
Les sociétés d'assurances se distinguent par une croissance forte de leurs cotisations	24
Chapitre 3 - La croissance des prestations dépasse légèrement celle des cotisations pour la deuxième année consécutive	27
La part des prestations versées par les organismes complémentaires sur le champ des soins et biens médicaux reste stable en 2019, première année du « 100 % santé »	27
Les contrats collectifs reversent aux assurés une plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations	28
Un retour sur cotisations stable depuis 2014.....	30
Contrats collectifs : plus de remboursements en optique et en dentaire, moins en hospitalisation et en médicaments	31
Chapitre 4 - Le poids des charges de gestion dans les cotisations collectées est stable depuis 2015 à 20 %.....	36
Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs	36
Des frais d'acquisition relativement plus élevés pour les sociétés d'assurances, en individuel comme en collectif	38
Des frais d'administration plus élevés pour les mutuelles	39
Des charges de gestion en baisse pour les mutuelles et les institutions de prévoyance	39
Chapitre 5 - Les excédents en santé se maintiennent en 2019 malgré l'augmentation du marché en collectif, structurellement déficitaire.....	44
L'écart de rentabilité se creuse entre contrats individuels et contrats collectifs.....	44
Les mutuelles améliorent leur rentabilité tandis que le déficit des institutions de prévoyance se creuse.....	45
Chapitre 6 - Des organismes solvables	49
Un résultat net proche de l'équilibre pour les institutions de prévoyance et positif pour les mutuelles et les sociétés d'assurances en 2019	49
Des différences de structure de bilan entre organismes principalement liées à leur spécialisation « Vie » ou « Non vie »	53

Un bilan comptable global en hausse	57
Les règles prudentielles du régime Solvabilité 2 sont respectées par les organismes.....	58
Pour en savoir plus	64
Annexes.....	65
Annexe 1 - Le champ du rapport et les redressements opérés sur les données.....	66
Annexe 2 – Compte de résultat technique en santé en 2018 et 2019	69
Glossaire	70
 Liste des encadrés	
E1 Les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	13
E2 Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique.....	15
E3 La réforme des contrats responsables, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et la réforme « 100 % santé »	19
E4 Analyser les évolutions et les mouvements de champ	26
E5 Les taxes payées par les assurés sur les contrats de complémentaire santé	33
E6 Zoom sur la gestion de la CMU-C, de l'ACS et de la CSS par les organismes complémentaires	35
E7 Zoom sur les charges de gestion	41
E8 Quid des organismes encore soumis au régime Solvabilité 1 ?	62

Rédacteur : Raphaële Adjera

Remerciements : La DREES tient à remercier :

- L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, direction des ressources humaines et des moyens, direction des études et de l'analyse du risque et directions du contrôle) pour la collecte des états statistiques, la livraison des données et son appui technique ;
- Les organismes complémentaires qui fournissent la grande majorité des données nécessaires à la rédaction de ce rapport ;
- Le Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire (Fonds CSS) dont les données et l'expertise sont également indispensables ;
- Les personnes des organismes publics ou privés qui améliorent ce document grâce à leur relecture et tout particulièrement les fédérations Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) et Fédération française de l'assurance (FFA) pour leur collaboration et leur concours.

Avant-propos

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (article 12 modifiant l'article L.862-7 du Code de la Sécurité sociale), le Gouvernement a été chargé d'établir, chaque année, à destination du Parlement et de rendre public un rapport présentant la situation financière des organismes d'assurance complémentaire en santé qui ont acquitté la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (TSA) auprès du Fonds CSS.

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour l'année 2019 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'ACPR et par le Fonds CSS. Ce rapport se concentre en particulier sur l'activité santé (« frais de soins ») des organismes d'assurances.

Ce rapport comprend six chapitres. Le premier présente les organismes du marché de l'assurance complémentaire santé et leur démographie. Les quatre suivants analysent tour à tour les principaux aspects de l'activité d'assurance santé : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Enfin, le dernier chapitre analyse, pour les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé, leur solvabilité financière globale et leur respect des règles prudentielles.

Dans ce rapport, les données sont figées à la date du 25 août 2020.

Principaux enseignements

La concentration du marché de la complémentaire santé se confirme : les vingt plus grands organismes ont gagné 10 points de parts de marché depuis 2011

En 2019, d'après le Fonds CSS, 439 organismes (310 mutuelles, y compris mutuelles substituées, 103 sociétés d'assurances et 26 institutions de prévoyance) exercent une activité de complémentaire santé.

En 2019, le marché de la complémentaire santé compte 16 organismes de moins qu'en 2018, toujours d'après le Fonds CSS. Le nombre de mutuelles a été divisé par cinq depuis 2001 et celui des institutions de prévoyance par deux. En revanche, le nombre de sociétés d'assurances a peu baissé durant cette période.

Cette diminution du nombre d'organismes assurant une activité de complémentaire santé rejoint plus généralement la baisse de celui des organismes exerçant une activité d'assurance. D'après les données de l'ACPR, le nombre d'organismes d'assurances qu'elle contrôle a été divisé par deux depuis 2006. La baisse la plus marquée concerne les mutuelles.

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, intervenue au 1^{er} janvier 2016, ne semble pas avoir particulièrement accentué la concentration du secteur, en ce qui concerne le nombre d'acteurs sur le marché, dans la mesure où la baisse du nombre d'organismes s'inscrit comme une tendance de long terme.

En 2019, les vingt plus grands organismes concentrent, à eux seuls, plus de la moitié du marché en matière de cotisations collectées et les cent plus grands (soit plus d'un cinquième des organismes) en détiennent 91 %. Les vingt plus grands organismes ont gagné 10 points de parts de marché depuis 2011. Une part de mutuelles de petite taille subsiste néanmoins.

Le poids de l'activité de complémentaire santé diffère en fonction de la nature de l'organisme. En 2018, dernière année disponible pour ces données, la santé représente 85 % de l'activité des mutuelles et 49 % de celle des institutions de prévoyance, mais seulement 6 % de celle des sociétés d'assurances.

L'augmentation des cotisations des contrats collectifs, qui ont gagné 4,1 points de parts de marché depuis la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, ralentit en 2019

Entre 2018 et 2019, la masse totale des cotisations collectées en santé (hors taxe) a augmenté de 723 millions d'euros, soit une hausse de 1,9 %, d'après les données de l'ACPR. Comme pour les deux années précédentes, cette dynamique s'explique en premier lieu par l'augmentation des cotisations collectées pour les contrats collectifs (529 millions d'euros en 2019, soit une hausse de 2,9 % par rapport à 2018). Les cotisations collectées pour les contrats individuels enregistrent également une augmentation mais qui est plus modérée (194 millions d'euros, soit une hausse de 1,0 %).

En 2019, les contrats collectifs représentent 48 % des cotisations collectées en santé, comme en 2018, contre 46 % en 2016. Ainsi, depuis 2015, dernière année avant la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les contrats collectifs ont gagné 4,1 points de parts de marché. L'augmentation de la part des contrats collectifs ralentit depuis 2016, année où elle avait enregistré la plus forte hausse (+0,5 point en 2019, +0,8 point en 2018 et +1,0 point en 2017 après +1,8 point en 2016). Il convient néanmoins de souligner que les contrats collectifs gagnaient déjà du terrain sur les contrats individuels avant la généralisation. En 2011, les contrats collectifs représentaient 41 % des cotisations collectées.

Les mutuelles sont davantage positionnées sur les contrats santé individuels alors que les institutions de prévoyance le sont davantage sur les contrats santé collectifs. Les sociétés d'assurances occupent une position intermédiaire.

En 2019, les sociétés d'assurances se démarquent par la croissance de leur activité à la fois en collectif et en individuel. Les institutions de prévoyance ont vu leur activité se réduire pour les contrats collectifs. A l'inverse, les mutuelles ont accru leur activité en collectif, tandis que leur activité en individuel est restée

relativement stable. Les sociétés d'assurances enregistrent le plus fort taux de croissance de leurs cotisations depuis 2011.

D'après les données du Fonds CSS, les mutuelles restent prédominantes sur le marché de l'assurance santé (50 % des cotisations collectées en 2019) même si leurs parts de marché diminuent depuis 2001 au profit des sociétés d'assurances.

En 2019, première année de la mise en place progressive de la réforme du « 100 % santé », la croissance des prestations dépasse celle des cotisations pour la deuxième année consécutive

Les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres versées par les organismes complémentaires s'élèvent à 30,3 milliards d'euros en 2019 après 29,6 milliards d'euros en 2018. L'augmentation des prestations est plus élevée que lors des quatre années précédentes (+2,4 % en 2019 après 2,1 % en 2018 et 1,1 % en 2017). Cette hausse s'explique principalement par celle des prestations en collectif (+682 millions d'euros). Comme les prestations ont crû à une vitesse similaire à celle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), la part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM est constante en 2019: elle atteint 13,4 % comme en 2018 (après 13,1 % en 2017).

L'année 2019 marque la première étape de la réforme « 100 % santé » qui propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : soins prothétiques dentaires, aides auditives et optique (montures et verres de lunettes). À terme en 2021, les paniers « 100 % santé » regrouperont des soins intégralement remboursés par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. La réforme est mise en place progressivement, à compter de janvier 2019, avec un calendrier propre à chacun des trois postes (encadré 3). En 2019, les premiers effets de cette réforme peuvent s'observer. En audiologie la réforme « 100 % santé » stimulerait la participation des complémentaires au poste plus global des prothèses, orthèses, etc. Les prestations sur ce poste sont en hausse de 8,5 % en 2019 (après +4,6 % en 2018). Elles baissent en revanche pour les soins dentaires et, en 2019, les organismes complémentaires financent 40,3 % des soins dentaires, en repli de 1,6 point en un an. Cette baisse pourrait s'expliquer par le plafonnement de certains actes prothétiques mis en œuvre dès avril 2019 selon la nouvelle convention dentaire. En effet, les prothèses constituent la majorité des prestations des organismes complémentaires en soins dentaires. Les effets du « 100 % santé » ne sont pas tous observés en 2019 et certains effets peuvent être transitoires étant donnée la montée en charge progressive de la réforme. En optique, la réforme « 100 % santé » n'est effective que depuis 2020.

79 % des cotisations sont reversées en prestations et 20 % des cotisations couvrent les charges de gestion des organismes

En 2019, comme en 2018, les organismes reversent aux assurés 79 % de leurs cotisations (hors taxe) sous forme de prestations (charges de prestations hors frais de gestion des sinistres). Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisations (87 %) que les contrats individuels (72 %). Ce sont les institutions de prévoyance qui offrent le meilleur retour sur cotisations (89 %), devant les mutuelles (79 %) et les sociétés d'assurances (75 %). Cette hiérarchie entre les trois familles d'organismes s'explique en partie par le poids que représentent les contrats collectifs dans leur activité. Par ailleurs, le ratio qui rapporte les prestations aux cotisations n'inclut pas la taxe de solidarité additionnelle sur les cotisations de complémentaire santé, qui s'élève à 13,27% des cotisations dans le cas général. Si on se place du point de vue des ménages, qui s'acquittent de la TSA, ce ratio est donc inférieur (encadré 5).

En 2019, les charges de gestion représentent 20 % des cotisations hors taxe des organismes d'assurances. Les charges de gestion sont plus faibles en collectif (18 %) qu'en individuel (21 %). Les institutions de prévoyance affichent les charges les plus faibles (16 %), devant les mutuelles (19 %) et les sociétés d'assurances (22 %). Si l'on se place du point de vue des ménages, qui s'acquittent de la TSA, le ratio des charges de gestion aux cotisations est inférieur.

Ces différences entre familles d'organismes s'expliquent en partie, là aussi, par le poids que représentent les contrats collectifs dans leur activité. Les mutuelles se caractérisent également par des frais liés à la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations plus élevés tandis que les sociétés

d'assurances se distinguent par des frais plus importants liés à la publicité, au marketing et à la rémunération des intermédiaires.

Les charges de gestion des organismes en pourcentage des cotisations collectées sont stables et représentent 20 % des cotisations depuis 2015. En niveau, les charges de gestion ont donc augmenté. En 2019, cette évolution varie selon le type d'organisme : les charges de gestion des sociétés d'assurances ont augmenté tandis que celles des institutions de prévoyance et des mutuelles ont baissé.

L'assurance santé est globalement excédentaire comme lors des deux années précédentes, malgré l'augmentation des contrats collectifs, structurellement déficitaires

En 2019, les organismes complémentaires ont dans leur ensemble dégagé des excédents sur leur activité santé (résultat technique global positif). Ces excédents représentent au total 462 millions d'euros, soit 1,2 % des cotisations collectées hors taxe en 2019. Les excédents de 2019 sont comparables à ceux des années précédentes (436 millions d'euros en 2018 et 482 millions d'euros en 2017). Pour les mutuelles et les sociétés d'assurances, le résultat technique en santé est excédentaire en 2019 (respectivement 2 % et 3 %) comme en 2018. En ce qui concerne les institutions de prévoyance, leur déficit se creuse en 2019 : le déficit s'élève à 231 millions d'euros en 2019 contre 158 millions d'euros en 2018.

L'écart de rentabilité entre type d'organismes complémentaires s'explique notamment par des répartitions différentes entre les contrats individuels et les contrats collectifs selon les organismes. En 2019, l'écart entre la rentabilité des contrats collectifs et individuels augmente : les contrats individuels ont dégagé 6,1 % d'excédent en pourcentage des cotisations collectées hors taxe tandis que les contrats collectifs ont enregistré 4,0 % de déficit.

Des organismes solvables au vu de l'ensemble de leur activité dans un environnement de taux durablement bas

Les excédents ou déficits de l'activité d'assurance santé peuvent être contrebalancés par les résultats des autres activités d'assurances exercées par l'organisme. Sur la totalité de leur activité, en 2019, les organismes exerçant une activité d'assurance santé ont dégagé des excédents représentant en moyenne 3,4 % de l'ensemble des cotisations collectées hors taxe. En 2019, les institutions de prévoyance, déficitaires en santé, sont proches de l'équilibre sur l'intégralité de leur activité (leur résultat net est de - 0,1 % des cotisations collectées hors taxe). Toutefois, le contexte de taux durablement bas entraîne une augmentation des provisions des organismes et pourrait amener à des restructurations du marché.

En 2016, le régime Solvabilité 2 a succédé au régime Solvabilité 1 pour la majorité des organismes. Ce régime repose notamment sur des indicateurs quantitatifs de solidité financière : le minimum de capital requis (*Minimum Capital Requirement*, « MCR ») et le capital de solvabilité requis (*Solvability Capital Requirement*, « SCR ») qui permettent d'évaluer si un organisme dispose de suffisamment de fonds propres pour exercer son activité d'assurance dans la durée.

Les organismes qui exercent une activité d'assurance santé sont financièrement solides. Les fonds propres dont ils disposent, et qui sont supposés leur permettre d'honorer leurs engagements vis-à-vis des assurés même en cas de pertes imprévues, couvrent en effet largement le MCR (578 %) et le SCR (254 %). La très grande majorité de ces fonds propres sont de plus de la meilleure qualité (fonds propres dits « de niveau 1 »).

Chapitre 1 - Mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années

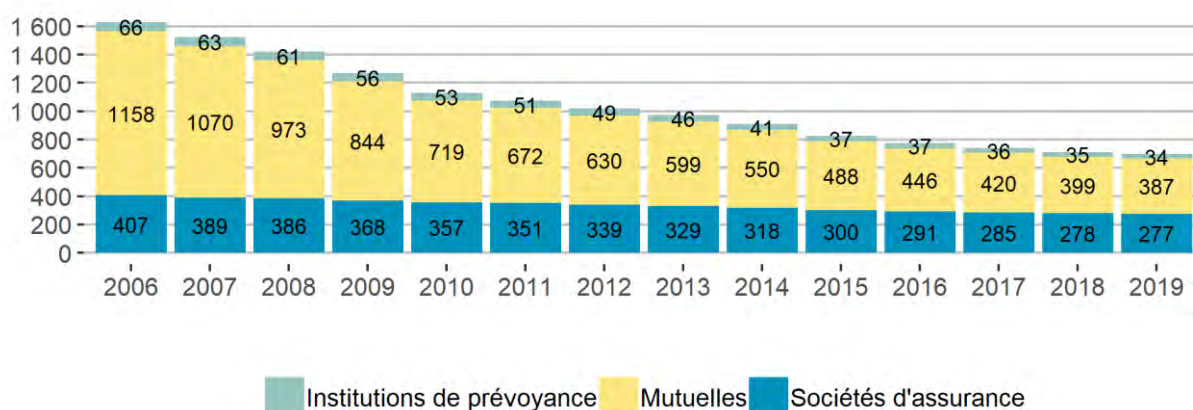
En France, trois familles d'organismes exercent une activité d'assurance : les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Ces organismes sont en particulier présents sur le marché de l'assurance santé, dénommée assurance « frais de soins » dans la profession (remboursements de dépenses de santé en nature qui viennent compléter la prise en charge des dépenses de santé après intervention de l'Assurance maladie).

La baisse du nombre d'organismes d'assurances s'inscrit comme une tendance de long terme

En 2019, 698 organismes pratiquent des activités d'assurance de toute nature selon l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, encadré 1) : 387 mutuelles régies par le Code de la mutualité, 277 sociétés d'assurances ou de réassurance régies par le Code des assurances et 34 institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale (graphique 1.1).

Le nombre d'organismes habilités par l'ACPR à pratiquer de telles opérations diminue depuis le milieu des années 1990. La transposition aux mutuelles des directives européennes relatives aux assurances en 2002 (afin de mettre en place un marché unique européen, concurrentiel, de l'assurance privée), puis le relèvement en 2007 et 2008 du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour toute mutuelle exerçant une activité d'assurance, ont contraint les mutuelles à se restructurer pour atteindre une taille critique. Le nombre d'organismes a ainsi fortement reculé : il a baissé de 67 % chez les mutuelles, de 48 % chez les institutions de prévoyance et de 32 % chez les sociétés d'assurances entre 2006 et 2019 selon l'ACPR, principalement par effet de concentration. Cette concentration s'est légèrement accélérée depuis 2013, possiblement du fait de l'approche du nouveau régime prudentiel Solvabilité 2, plus contraignant que le régime précédent, et peut-être aussi de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016 (encadré 3). La recherche d'alliances ou de partenariats sur le marché du collectif a aussi pu déboucher sur des fusions d'organismes. L'année 2019 confirme la baisse du nombre d'organismes d'assurances comme une tendance de long terme.

Graphique 1.1 - Nombre d'organismes d'assurance contrôlés par l'ACPR au 31 décembre



Champ : Organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année. Parmi les 387 mutuelles contrôlées en 2019, 98 sont substituées. Les effectifs peuvent très légèrement différer des effectifs de ceux de l'ACPR car des corrections mineures peuvent être apportées par l'ACPR après la transmission des données à la DREES en avril-mai.

Source : Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR.

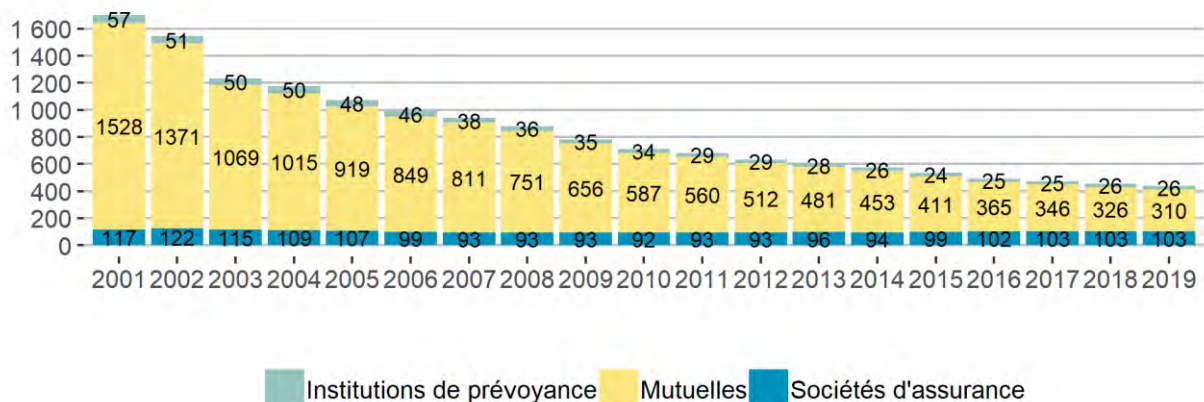
Sur le marché de l'assurance santé, un nombre de mutuelles divisé par cinq depuis 2001

L'ensemble des organismes exerçant sur le marché de la complémentaire santé sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA). Cette taxe est perçue pour partie au profit du Fonds CSS afin de financer la Complémentaire Santé Solidaire, dispositif d'aide à la complémentaire santé, qui remplace la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS) depuis le 1^{er} novembre 2019. Le solde de la taxe est attribué à la branche maladie du régime général.

En 2019, 439 organismes exercent une activité de complémentaire santé sur le territoire français : 310 mutuelles, 103 sociétés d'assurance et 26 institutions de prévoyance d'après le Fonds CSS (graphique 1.2). Ainsi, environ 80 % des mutuelles et 80 % des institutions de prévoyance pratiquent une activité santé, contre seulement 40 % des sociétés d'assurances¹.

Depuis 2001, le nombre d'organismes présents sur le marché français de la complémentaire santé a été divisé par quatre. En particulier, le nombre de mutuelles contribuant au Fonds CSS a été divisé par cinq depuis cette date et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Le nombre de sociétés d'assurances exerçant en santé a en revanche peu diminué depuis 2001 et s'est même mis à augmenter de nouveau depuis 2010. Le nombre d'organismes exerçant en santé a continué à reculer en 2019, à un rythme comparable à celui des deux années précédentes, après la mise en place du régime Solvabilité 2 et la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Ces deux réformes ont pu contribuer à la concentration du marché dès leur annonce et avant même leur mise en œuvre en 2016 et leurs effets vont probablement s'étaler sur quelques années encore. Par rapport à ses voisins européens, la France se caractérise par un nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé qui reste très élevé (Lafon, Montaut, 2017). Aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni par exemple, une trentaine d'organismes seulement exercent ce type d'activité.

Graphique 1.2 – Nombre d'organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du Fonds CSS entre 2001 et 2019



Champ : Organismes ayant versé au Fonds CSS une contribution (période 2001-2010) ou une taxe (période 2011-2019) au cours de l'année. Cette définition aboutit à des effectifs différents du dénombrement en fin d'année utilisé par l'ACPR.

Source : Fonds CSS.

¹ Toutefois, les deux dénombrements d'organismes (de l'ACPR et du Fonds CSS) ne sont pas parfaitement comparables. En effet, les organismes contrôlés par l'ACPR sont les organismes référencés en France et toujours actifs en fin d'année, tandis que le Fonds CSS comptabilise des organismes étrangers mais exerçant une activité d'assurance santé en France et des organismes ayant cessé leur activité en cours d'année.

Les vingt plus grands organismes en santé ont gagné 10 points de parts de marché depuis 2011

En 2019, les organismes d'assurances ont collecté 37,5 milliards d'euros de cotisations hors taxe (ou « primes² ») au titre de leur activité d'assurance santé d'après le Fonds CSS, et 38,3 milliards d'euros d'après les données de l'ACPR. L'écart entre ces deux sources de données s'explique notamment par des différences de champ, celui de l'ACPR étant plus large car il correspond à l'ensemble de l'activité d'assurance santé, tandis que celui du Fonds CSS se limite aux activités de complémentaire et de surcomplémentaire santé (encadré 1). Le montant du Fonds CSS cité ci-dessus exclut les contrats au premier euro et les contrats indemnités journalières. Sauf exception³, la suite de ce rapport s'appuie sur les données de source ACPR, qui sont les plus détaillées (distinction entre contrats individuels et collectifs, prestations versées en regard des cotisations, charges de fonctionnement des organismes, solidité financière, etc.). Enfin, les cotisations collectées par les organismes sont assimilées dans ce rapport à leur chiffre d'affaires en santé.

Par rapport aux mondes des assurances et des institutions de prévoyance, celui des mutuelles est plus morcelé : même si elles ont tendance à se regrouper et à grossir, les mutuelles restent nombreuses et il existe toujours une frange de petites mutuelles. 310 mutuelles gèrent 18,7 milliards d'euros de cotisations santé en 2019, d'après le Fonds CSS, soit en moyenne 60 millions d'euros de cotisations santé par mutuelle. En comparaison, une société d'assurance qui a une activité santé gère en moyenne 120 millions d'euros de cotisations santé et une institution de prévoyance 248 millions d'euros. Les organismes considérés ici sont ceux dont l'assiette de taxe de solidarité additionnelle sur les contrats de complémentaire santé est non nulle. Les 20 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (8 mutuelles, 9 sociétés d'assurances et 3 institutions de prévoyance) représentent à eux seuls plus de la moitié du marché français (tableau 1.3). En 2011, les 20 organismes qui dominaient le marché ne concentraient que 45 % de celui-ci. De plus, les 100 plus importants en matière de cotisations collectées, soit un cinquième des organismes, représentent à eux seuls 91 % du marché en 2019 contre 84 % en 2011.

Tableau 1.3 – Part de marché des plus grands acteurs de la complémentaire santé en 2019 (en % des cotisations collectées)

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Parts de marché 2019 (en %)	Parts de marché 2011 (en %)
Top 10	3	4	3	38	29
Top 20	8	9	3	55	45
Top 50	24	18	8	77	69
Top 100	51	34	15	91	84

Lecture : Les 10 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (3 mutuelles, 3 institutions de prévoyance et 4 sociétés d'assurances en 2019, soit 2,3 % de l'ensemble des organismes) représentent 38 % des cotisations collectées en 2019. En 2011, les 10 plus grands organismes concentraient 29 % des cotisations collectées.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR.

² Dans ce rapport, les cotisations sont celles collectées au cours de l'année, même si une fraction de ces cotisations collectées, notamment dans le cas où elles sont payées annuellement, peut couvrir le risque sur l'année suivante (par exemple pour un contrat dont la cotisation annuelle est payée au 1^{er} mai 2019, l'ensemble des cotisations collectées sont ici attribuées à l'année 2019, même si en réalité, une fraction d'entre elles couvre l'assuré pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 30 avril 2020). En assurance, il est ainsi fait référence à la notion de « primes nettes » par opposition aux « primes de l'exercice ».

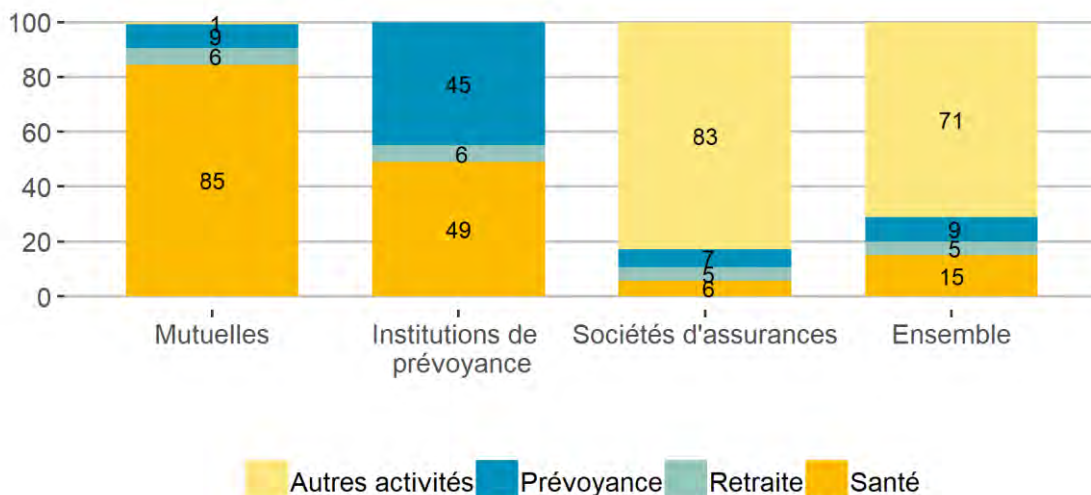
³ Les données du Fonds CSS ne fournissent que le montant annuel total de cotisations santé collectées par chaque organisme, mais elles peuvent être ponctuellement mobilisées car elles offrent une plus grande profondeur historique que les données ACPR (elles sont en effet disponibles depuis 2001, tandis que les données ACPR à disposition remontent, dans le meilleur des cas, à 2007).

Le poids de la santé diffère dans le portefeuille des différents types d'organismes

Les risques sociaux sont des événements qui affectent les conditions de vie des ménages en augmentant leurs besoins ou en diminuant leurs revenus (maladie, handicap, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse, survie, famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion sociale). Ces risques sont d'abord pris en charge par les pouvoirs publics (sécurité sociale, assurance chômage, État ou collectivités locales). Les organismes d'assurances peuvent intervenir en proposant une couverture de second niveau. En 2018, dernière année disponible pour ces données, la couverture des risques sociaux représente 29 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurances (pour l'ensemble des organismes, et pas seulement ceux exerçant une activité santé). La santé en est l'activité principale, représentant 15 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2018 (graphique 1.3). Le poids de la santé dans l'ensemble de l'activité d'assurance a légèrement augmenté entre 2009 et 2013 (de 13 % à 15 % des cotisations collectées) et est stable depuis. La couverture des autres risques sociaux, à savoir la prévoyance (assurance incapacité de travail, invalidité, dépendance et décès) et l'assurance retraite représentent quant à elles respectivement 9 % et 5 % de l'activité des organismes d'assurances.

Les mutuelles sont spécialisées sur la couverture des risques sociaux. L'assurance santé représente 85 % de leur chiffre d'affaires, devant la prévoyance (9 %) et la retraite (6 %). Le Code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer d'autres activités telles que la caution, la protection juridique ou l'assistance (encadré 2), mais celles-ci restent marginales. La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance (49 % des cotisations collectées) avec la prévoyance (45 %), loin devant la retraite (retraite supplémentaire, préretraite et indemnités de fin de carrière qui représentent 6 %). Ces chiffres n'intègrent pas l'activité de gestion des régimes ARRCO-AGIRC qui sont des régimes obligatoires de retraite. Le Code de la Sécurité sociale auquel sont soumises les institutions de prévoyance ne leur permet pas d'exercer d'autres activités. Enfin, l'activité de couverture des risques sociaux est plus minoritaire pour les sociétés d'assurances (17 % de leur activité en 2018, dont 6 % pour la santé). Toutefois, la part de la santé dans l'activité des sociétés d'assurances a augmenté d'un point depuis 2016. Le Code des assurances les autorise à exercer une grande variété d'activités d'assurance qui dépasse largement le cadre des risques sociaux : assurance automobile, habitation, responsabilité civile, assurance vie, etc.

Graphique 1.3 – Répartition de l'activité par type d'organisme en 2018 (En % des cotisations collectées)



Lecture : Pour les mutuelles, les cotisations collectées en santé représentent 85 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2018.

Champ : Ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2018, hors sociétés de réassurance. Affaires directes. Il s'agit de la dernière année disponible pour ces données.

Chapitre 1 - Mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années

Note : Les autres activités incluent les contrats emprunteurs, les activités de capitalisation, et les autres activités non-vie (automobile, dommages aux biens, etc.).

Source : ACPR, calculs DREES.

La réglementation impose enfin aux mutuelles et sociétés d'assurances de se spécialiser (encadré 2), soit dans les activités d'assurance dites « Vie » (assurance vie, retraite, décès, capitalisation) soit dans les autres activités d'assurances, dites « Non vie » (santé, invalidité, automobile, habitation, caution, etc.).

Encadré 1

Les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance. Autorité administrative indépendante, elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des organismes soumis à son contrôle.

Afin d'assurer sa mission, l'ACPR collecte chaque année auprès des organismes d'assurances divers éléments comptables et financiers, appelés états comptables et prudentiels. L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, quatre états supplémentaires, appelés « états statistiques », qui permettent d'alimenter le présent rapport ainsi que les comptes nationaux de la santé et ceux de la protection sociale, dont la DREES a la charge.

Les principaux états utilisés pour réaliser ce rapport sont les suivants :

- bilans (FR0201 et S0201) : actifs et passifs du bilan des organismes ;
- comptes de résultat technique (FR0301, FR0302 et FR0303) : produits, charges et résultat technique ;
- comptes de résultat technique par type de contrats (états FR1301, FR1302 et FR1303) : produits, charges et résultat technique, par type de contrats ;
- états Solvabilité 2 (S2301) pour les organismes soumis à Solvabilité 2, engagements réglementés et marge de solvabilité (états C5 et C6) pour ceux qui restent soumis à Solvabilité 1 ;
- nombre de personnes assurées, couvertes et de bénéficiaires par type de garanties (état FR1401) ;
- primes et prestations par type de garantie (état FR1402) ;
- prestations santé par type de soins (état FR1403) ;
- frais de gestion des organismes complémentaires (état FR1404).

Le champ du rapport est celui de la complémentaire santé en France. Il est défini par l'ensemble des organismes assujettis en 2019 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA). Sur ce champ (annexe 1), 37,5 milliards d'euros de cotisations ont été collectées sur le marché de la complémentaire santé en 2019 d'après les données du Fonds CSS (hors contrats au premier euro et contrats indemnités journalières), contre 38,3 milliards d'après les données des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR (tableau).

Si l'on prend en compte les contrats au « premier euro » pour les résidents français, les cotisations collectées s'élèvent à 37,6 milliards d'euros d'après le Fonds CSS. Dans ce cas, l'écart entre les deux sources, faible pour les mutuelles et les institutions de prévoyance (0,7 à 0,9 %), est plus important pour les sociétés d'assurances (4,3 %). Il s'explique notamment par des différences dans la définition du chiffre d'affaires en santé entre ces deux sources. En effet, la fraction de la taxe TSA reversée au Fonds CSS en 2019 est calculée sur les activités de complémentaire et de surcomplémentaire santé. Quant aux données de l'ACPR, elles correspondent à l'ensemble du risque « santé », et incluent donc aussi, par rapport au Fonds CSS, l'ensemble des contrats dits au « premier euro » à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie. Les données du Fonds CSS incluent seulement les contrats dits au « premier euro » pour les personnes résidant en France. En outre, les données ACPR excluent les garanties surcomplémentaires santé accessoires à un contrat autre que dommages corporels ou vie (automobile par exemple). Les écarts entre ces deux sources peuvent

Chapitre 1 - Mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années

aussi s'expliquer par des décalages comptables d'enregistrement (la taxe est liquidée chaque trimestre, et au plus tard un mois après la fin de celui-ci). Enfin, dans certains groupes de protection sociale, d'assurance ou unions de mutuelles, une ou plusieurs sociétés peuvent s'acquitter de la taxe TSA au titre d'autres organismes du groupe, alors que les comptes sont envoyés pour chaque organisme à l'ACPR.

Tableau – Montant de cotisations collectées en santé en 2019 (En milliards d'euros)

	Données du Fonds CSS	Données des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	Écart ACPR par rapport au Fonds CSS (en %)
Mutuelles	18,7	18,8	+0,7
Sociétés d'assurances	12,4	13,0	+4,3
Institutions de prévoyance	6,5	6,5	+0,9
Ensemble	37,6	38,3	+1,9

Note: Les cotisations des données ACPR sont les primes nettes. Les cotisations du Fonds CSS sont les cotisations déclarées au Fonds CSS (assiette de la TSA) incluant les contrats au premier euro.

Source : Fonds CSS, ACPR, calculs DREES.

Encadré 2

Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique

Les acteurs du marché de l'assurance

En France, trois types d'acteurs peuvent exercer des activités d'assurance. Les mutuelles, régies par le Code de la mutualité, sont des organismes à but non lucratif, c'est-à-dire qu'elles appartiennent à leurs assurés et que les bénéfices qu'elles peuvent réaliser sont réinvestis à leur profit. Le Code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer essentiellement sur le champ des risques sociaux (santé, incapacité, invalidité, dépendance, décès, retraite, emploi, famille). Elles peuvent exercer quelques activités hors de ce champ (caution, assistance, protection juridique et capitalisation) mais celles-ci restent très marginales. Les institutions de prévoyance, à but non lucratif également, c'est-à-dire appartenant à leurs adhérents et participants et réinvestissant à leur profit les bénéfices qu'elles peuvent réaliser, sont soumises au Code de la Sécurité sociale, qui ne leur permet d'exercer que des activités sur le champ des risques sociaux. Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des entreprises ou des branches professionnelles (contrats collectifs) et sont des organismes dits « paritaires » : leurs conseils d'administration comportent, à égalité, des représentants des salariés et des employeurs des entreprises adhérentes. Enfin, les sociétés d'assurance sont régies par le Code des assurances, qui leur permet d'exercer une plus grande variété d'activités d'assurance (assurance automobile, habitation, responsabilité civile, catastrophes naturelles, dommages aux biens, capitalisation et assurance vie, etc.). Au sein des sociétés d'assurance, il faut distinguer les mutuelles d'assurance (ou sociétés d'assurance mutuelle) et les compagnies d'assurances. Les mutuelles d'assurances sont des organismes à but non lucratif qui appartiennent à leurs adhérents, nommés « sociétaires », et ont ainsi un fonctionnement proche de celui des mutuelles. Les compagnies d'assurances sont des entreprises à but lucratif, qui appartiennent à leurs actionnaires.

Certains organismes d'assurances sont spécialisés sur des segments de marchés, qui peuvent être professionnels (spécialisés sur une entreprise, une administration, un secteur d'activité ou une profession) ou géographiques (une région, un département, etc.). D'autres organismes sont dits « généralistes » car ils s'adressent au grand public, c'est-à-dire à l'ensemble des particuliers ou à l'ensemble des entreprises (Montaut A., 2018a).

La double spécialisation juridique

Sur le plan juridique, il existe 26 branches, qui recensent toutes les opérations pouvant être exercées par des organismes assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, autres dommages aux biens, vie-décès, etc. Pour pratiquer une activité dans une branche donnée, l'organisme assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée « agrément », de la part de l'ACPR.

Un organisme d'assurances qui pratique des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance dite « Vie » : retraite, décès, capitalisation et épargne) ne peut exercer simultanément les autres opérations d'assurance, dites « Non vie » (assurance de dommages corporels dont la santé, habitation, automobile, etc.), afin que « les promesses de longue durée faites aux assurés vie ne puissent être compromises par la survenance de sinistres incendie ou automobile » (Tosetti, 2011). Une exception : un organisme d'assurance Vie, qui est appelé alors organisme Mixte, peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels (santé, incapacité, invalidité, dépendance et accidents) afin de pouvoir proposer à ses clients toute la panoplie des assurances de personnes. « La plupart des grandes sociétés d'assurance européennes comportent à la fois une société Vie (ou Mixte) et une société Non vie, dont les patrimoines et les garanties de solvabilité sont distincts » (Tosetti, 2011). La faillite éventuelle de la filiale Vie par exemple ne doit ainsi pas pouvoir entraîner la faillite de la filiale Non vie, et réciproquement. En 2019, sur les 84 sociétés d'assurances exerçant en santé et ayant renvoyé leurs comptes à l'ACPR (annexe 1), il y a 24 sociétés d'assurances Vie/Mixtes (exerçant une activité d'assurance Vie d'après le compte de résultat technique Vie FR0301) et 60 sociétés d'assurances Non vie. Parmi les 194 mutuelles ayant renvoyé leurs comptes, il y a 74 mutuelles Vie (lesquelles représentent environ 15 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles, ce sont donc plutôt de grandes

mutuelles) et 120 mutuelles Non vie (en moyenne plus petites, représentant 85 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles). Quant aux 25 institutions de prévoyance exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes, elles exercent aussi une activité Vie et sont donc considérées ici comme des organismes Vie.

Enfin, au-delà de cette spécialisation Vie/Non vie, un organisme d'assurances ne peut exercer aucune autre activité hors du champ de l'assurance. Les mutuelles exerçant une activité d'assurance (appelées « mutuelles du Livre II » du Code de la mutualité) ne peuvent donc par exemple pas gérer des réalisations sociales ou sanitaires (mutuelles du Livre III du Code de la mutualité : centres de santé, cliniques, magasins d'optique, etc.), sauf si ces dernières sont accessoires (L. 111-1 du Code de la mutualité).

Rareté des petits organismes parmi les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance

La moitié des organismes qui exercent une activité santé ont un chiffre d'affaires total, *i.e.* toutes activités confondues, inférieur à 53 millions d'euros. Ces organismes sont ici conventionnellement qualifiés de « petits organismes d'assurance », tandis que ceux dont le chiffre d'affaires total est supérieur à 53 millions d'euros sont qualifiés de « grands ». De même, la moitié des organismes ont un chiffre d'affaires en santé inférieur à 25 millions d'euros, et sont ici qualifiés de « petits acteurs en santé », tandis que l'autre moitié, dont le chiffre d'affaires en santé est supérieur à ce seuil, sont qualifiés de « grands acteurs en santé ». Il convient de noter que cette approche est relative : les montants mentionnés évoluent dans le temps. En 2018, ils étaient respectivement de 37 millions et 18 millions d'euros.

Selon cette grille de lecture et cette approche relative, les institutions de prévoyance sont quasiment toutes de grands organismes d'assurance et de grands acteurs en santé (tableau 1.5). Les sociétés d'assurances sont généralement des organismes de grande taille, mais la moitié d'entre elles peuvent néanmoins être considérées comme de petits acteurs en santé. Enfin, les mutuelles sont une catégorie hétérogène, comportant de très grandes et de très petites structures.

Tableau 1.5 – Répartition des organismes exerçant une activité santé selon leur chiffre d'affaires total et en santé en 2019

Chiffre d'affaires total	Chiffre d'affaires en santé	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurances	Ensemble
Grand	Grand	61	17	44	122
Grand	Petit	1	2	26	29
Petit	Grand	29	0	1	30
Petit	Petit	103	6	13	122
Ensemble		194	25	84	303

Note : « Grand » chiffre d'affaires total = supérieur à 53 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires total = inférieur à 53 millions d'euros. « Grand » chiffre d'affaires en santé = supérieur à 25 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires en santé = inférieur à 25 millions d'euros.

Lecture : Sur les 194 mutuelles assujetties à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlées par l'ACPR au 31/12/2019, 61 peuvent être qualifiées d'organismes de grande taille en matière de chiffre d'affaires total et de grands acteurs en santé.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019. Contrairement aux analyses présentées dans le reste du rapport, cette répartition des organismes est non pondérée et calculée uniquement sur les 303 organismes exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes.

Sources : ACPR et Fonds CSS.

La hausse de la part des contrats collectifs dans l'activité des sociétés d'assurances se poursuit

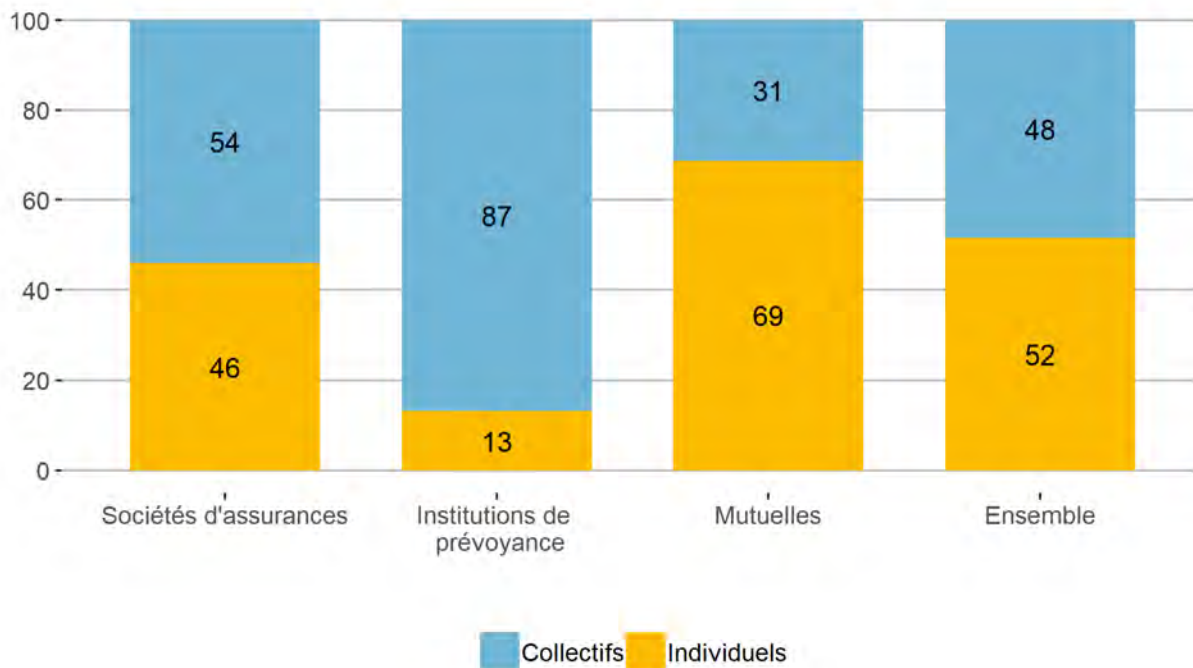
Les contrats individuels sont souscrits par des particuliers, tandis que les contrats collectifs sont souscrits dans la plupart des cas par des employeurs, au profit d'un ou plusieurs salariés⁴. Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur les contrats santé collectifs, lesquels représentent 87 % des cotisations qu'elles ont collectées en 2019 (leurs contrats individuels sont spécifiques puisque destinés aux anciens salariés chômeurs et surtout retraités des entreprises couvertes en collectif, et éventuellement à leurs ayants droit). Les mutuelles sont quant à elles largement positionnées sur les contrats santé individuels (69 % de leur activité). Les sociétés d'assurances sont dans une position intermédiaire, avec 54 % des cotisations collectées au titre de contrats collectifs (graphique 1.4). La part des contrats collectifs dans l'activité des sociétés d'assurances poursuit sa hausse (+1 point en 2019) tandis que la répartition de l'activité des institutions de prévoyance reste stable.

Les contrats individuels et collectifs se distinguent aussi en termes de niveaux de garanties. À cet égard, les contrats d'assurance complémentaire peuvent se différencier sur certains aspects : le panier de soins qu'ils prennent en charge, les niveaux de garantie qu'ils proposent, les prestations annexes (accès à des réseaux avec des tarifs négociés, plateformes téléphoniques de conseils, etc.). Afin de classer les contrats, la DREES a construit un indice synthétique pour refléter le niveau de prise en charge d'un patient moyen, en privilégiant les postes de soins sur lesquels les contrats se distinguent le plus (Barlet et al. 2019). Les contrats sont classés en trois groupes, selon leur niveau moyen de prise en charge : les moins couvrants ou de classe 1, les milieux de gamme ou de classe 2, et les plus couvrants ou de classe 3. Selon cet indice, les bénéficiaires de contrats collectifs sont en général mieux couverts que les bénéficiaires de contrats individuels. En effet, en 2016, 72 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont souscrit un contrat de classe 3, les plus couvrants, contre 11 % des bénéficiaires de contrats individuels. Depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises sont tenues de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire collective (« généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », encadré 3). Néanmoins, cette meilleure couverture par les contrats collectifs était déjà observée avant la généralisation qui a aussi introduit un panier de soins minimal pour les contrats collectifs, plus large que celui des contrats responsables. Entre 2011 et 2016, la répartition des bénéficiaires entre les trois classes de contrats était restée relativement stable pour les contrats collectifs, tandis que celle des contrats individuels avait évolué en faveur des contrats de qualité supérieure.

⁴ Un contrat de complémentaire santé individuel est souscrit directement par un particulier, tandis qu'un contrat collectif est souscrit par une personne morale au profit d'un groupe de personnes physiques (à l'exception des contrats collectifs pour les indépendants souscrits par des personnes physiques).

Graphique 1.4 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations collectées en santé par les différents types d'organismes en 2019

En % des cotisations collectées



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 3

La réforme des contrats responsables, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et la réforme « 100 % santé »

La réforme des contrats responsables (1^{er} avril 2015)

La réforme des contrats responsables est entrée en vigueur en avril 2015. D'après le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, les contrats responsables doivent couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier. Le décret fixe également des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée – OPTAM - et l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique - OPTAM-CO – depuis la convention médicale du 25 août 2016) est limitée à 100 % du tarif de la Sécurité sociale et doit nécessairement être au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ces dispositifs. Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction visuelle nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction, cas dans lesquels un équipement peut être remboursé tous les ans.

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (1^{er} janvier 2016)

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'article 1^{er} de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. La loi de sécurisation de l'emploi nécessaire à sa mise en œuvre a été promulguée le 14 juin 2013. Depuis 2016, date d'entrée en vigueur de la généralisation, l'employeur est tenu de garantir un panier de soins minimal à ses salariés (décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014). Il peut proposer des garanties plus couvrantes que les garanties minimales. Il participe au financement de la couverture collective mise en place à hauteur d'au moins 50 % de la cotisation (article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale). Lorsque la négociation se tenait au niveau d'une branche professionnelle, la loi prévoyait jusqu'en 2013 la possibilité d'instituer une clause de désignation (obligation pour toutes les entreprises de la branche de souscrire le contrat auprès de l'organisme assureur désigné par celle-ci, avec ou sans clause de migration). Cependant, le Conseil constitutionnel a censuré les clauses de désignation dans sa décision du 13 juin 2013, les jugeant contraires à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre. Désormais, la loi prévoit que les accords de branche peuvent recommander un ou plusieurs organismes (article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale) si les garanties collectives présentent un haut degré de solidarité, le choix du ou des organismes recommandés devant également être précédé d'une procédure de mise en concurrence au niveau de la branche. L'entreprise demeure *in fine* libre de choisir l'organisme qui assurera la couverture de ses salariés. Certains salariés peuvent bénéficier de dispenses d'affiliation (afin de leur permettre de bénéficier de dispositifs sociaux ou d'éviter une double couverture). Par ailleurs, les partenaires sociaux peuvent choisir de substituer, pour certaines catégories de salariés à contrat court ou faible quotité travaillée, un « versement santé » destiné au financement d'une couverture individuelle, en remplacement de l'adhésion au contrat collectif d'entreprise.

La réforme « 100 % santé » (2019-2021)

La réforme « 100 % santé », instaurée par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 « visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires », propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes de soins : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire

(prothèses dentaires). La réforme prévoit qu'à terme, en 2021, des regroupements de soins et d'équipements soient intégralement remboursés par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires (OC). Cette réforme se déploie progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019 avec un calendrier de mise en œuvre à horizon 2021 propre à chaque poste.

La réforme « 100 % santé » identifie deux paniers d'aides auditives : un panier dit « Catégorie I », qui contient les équipements du « 100 % santé » et qui, à terme, sera intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et les OC, et un panier dit « Catégorie II », qui contient les équipements autres que le « 100 % santé ». Les équipements du panier « Catégorie I » ont des prix plafonnés et seront intégralement couverts par les contrats responsables à compter de 2021. Les équipements du panier « Catégorie II » ont une base de remboursement par la Sécurité sociale identique à celle du panier « 100 % santé », des tarifs libres et une prise en charge limitée par les organismes complémentaires. En 2019, la réforme instaure un plafonnement du prix des audioprothèses du panier « Catégorie I » accompagnée d'une augmentation de la base de remboursement par la Sécurité Sociale.

Le « 100 % santé » en optique distingue les équipements du panier « 100 % santé » (classe A) des autres équipements (classe B). Les équipements « 100 % santé » sont mis à disposition par les opticiens depuis le 1^{er} janvier 2020. Les équipements de la classe A ont des prix plafonnés, des bases de remboursement par la Sécurité Sociale revalorisées et sont intégralement couverts par les contrats responsables à compter du 1^{er} janvier 2020. Les équipements de la classe B ont des tarifs libres et une prise en charge limitée par les OC.

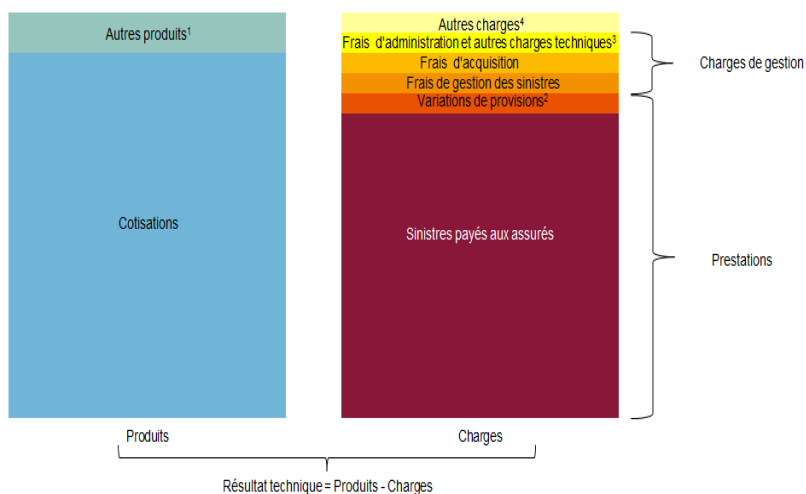
La nouvelle convention dentaire d'avril 2019 qui accompagne le « 100 % santé » instaure une revalorisation des tarifs des soins conservateurs et un plafonnement du prix de certaines prothèses dentaires. La réforme en dentaire distingue trois paniers de soins prothétiques : le panier « 100 % santé », intégralement remboursé, le panier à tarifs maîtrisés et le panier à tarifs libres. Le panier à tarifs maîtrisés comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés et le panier aux tarifs libres contient des équipements sans plafonnement de tarif. Dès le 1^{er} janvier 2020, certains soins prothétiques dentaires entrent dans le panier « 100 % santé », qui sera complété au 1^{er} janvier 2021.

Chapitre 2 - Le marché du collectif continue de croître, à un rythme plus modéré

Les produits de l'activité assurantielle correspondent principalement aux cotisations collectées hors taxe (graphique 2.1). Dans ce rapport, le point de vue est celui des organismes d'assurances. L'objectif est d'évaluer leur situation financière. Les cotisations et les différents ratios (prestations, charges, résultat technique rapportés aux cotisations) sont systématiquement présentés hors taxe, car c'est sur ces cotisations hors taxe que les organismes exercent leur métier d'assureur, engagent des frais de gestion, reversent des prestations, réalisent le cas échéant des profits, etc.

Les charges comprennent les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres, dénommées par la suite prestations, c'est-à-dire la somme des sinistres payés aux assurés (remboursement des frais de soins) et des variations des provisions pour sinistres à payer (l'organisme assureur provisionne pour régler les sinistres futurs dont il n'a pas encore connaissance mais statistiquement prévisibles, ceux déclarés mais non encore indemnisés, etc.). Les charges comprennent aussi l'ensemble des charges de gestion des organismes, qui comprennent les frais de gestion des sinistres (traitement des feuilles de soins, des contentieux, etc.), les frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseaux, de publicité, etc.), les frais d'administration, liés à la gestion des contrats (modifications dans les contrats des assurés, gestion des réseaux de soins, etc.), et enfin les autres charges techniques (évolution des systèmes d'informations, des exigences réglementaires, etc.). En 2019, les charges recouvrent également la contribution à la prise en charge des rémunérations forfaitaires des médecins (anciennement forfait médecin traitant); l'assiette de cette contribution est alignée sur celle de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (TSA). Enfin, le résultat technique en santé représente la différence entre l'ensemble des produits et l'ensemble des charges liées à l'activité santé pour une année donnée. Un résultat technique positif est donc synonyme d'excédents pour l'activité santé.

Graphique 2.1 – Représentation simplifiée des produits et des charges techniques



Note : Les proportions présentées dans ce schéma ne correspondent pas à la réalité. Cotisations hors taxe. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres. En 2019, les prestations et les charges de gestion représentent respectivement 79 % et 20 % des cotisations collectées.

1 : Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations ou primes non acquises, subventions d'exploitation ;

2 : Variations de provisions = variations des provisions techniques (pour sinistres à payer, recours à encaisser et autres), et participation aux excédents ou résultats incorporée dans l'exercice ;

3 : Frais d'administration et autres charges techniques nets des autres produits techniques ;

4 : Autres charges = participation aux excédents, charges de réassurance nettes des produits de réassurance

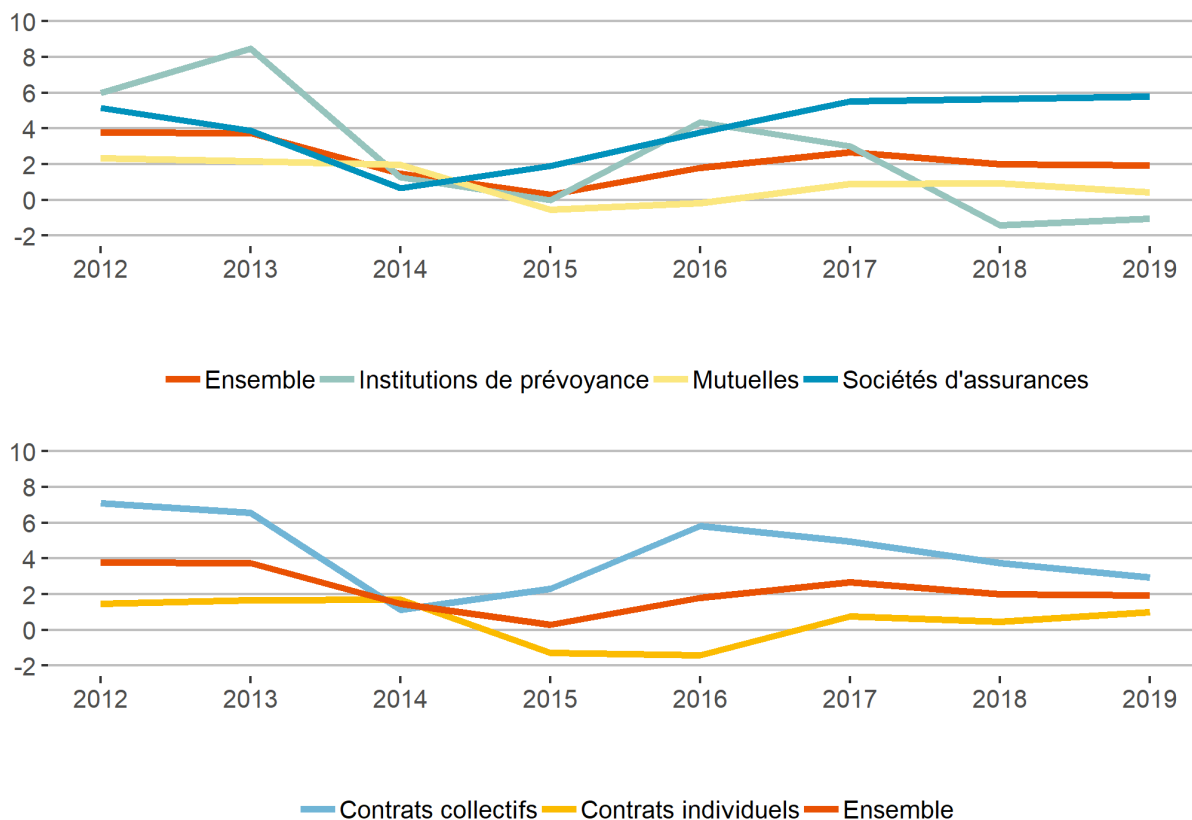
Source : DREES.

L'augmentation des cotisations en collectif ralentit en 2019 par rapport à 2018

Depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises sont tenues de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire collective en santé. La masse totale des cotisations collectées en santé, hors taxe, a augmenté de 723 millions d'euros entre 2018 et 2019, soit +1,9 % d'après les données de l'ACPR (graphique 2.2). Les cotisations considérées sont les primes nettes. En collectif, la masse des cotisations collectées en santé a augmenté de 529 millions d'euros en 2019, soit une hausse de +2,9 %. Cette augmentation confirme la progression des contrats collectifs par rapport aux contrats individuels, mouvement de fond antérieur à la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Bien qu'à un rythme inférieur, il convient de noter que la masse des cotisations augmente aussi en individuel depuis 2017 (et de 194 millions entre 2018 et 2019, soit +1,0 %).

Les variations, en individuel comme en collectif, peuvent résulter des évolutions du nombre de personnes couvertes mais aussi de revalorisations tarifaires ou de changement dans les niveaux de garanties des contrats souscrits.

Graphique 2.2 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2012 et 2019 (en %)



Lecture : Entre 2018 et 2019, les cotisations collectées par les sociétés d'assurance ont augmenté de 5,8 %.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

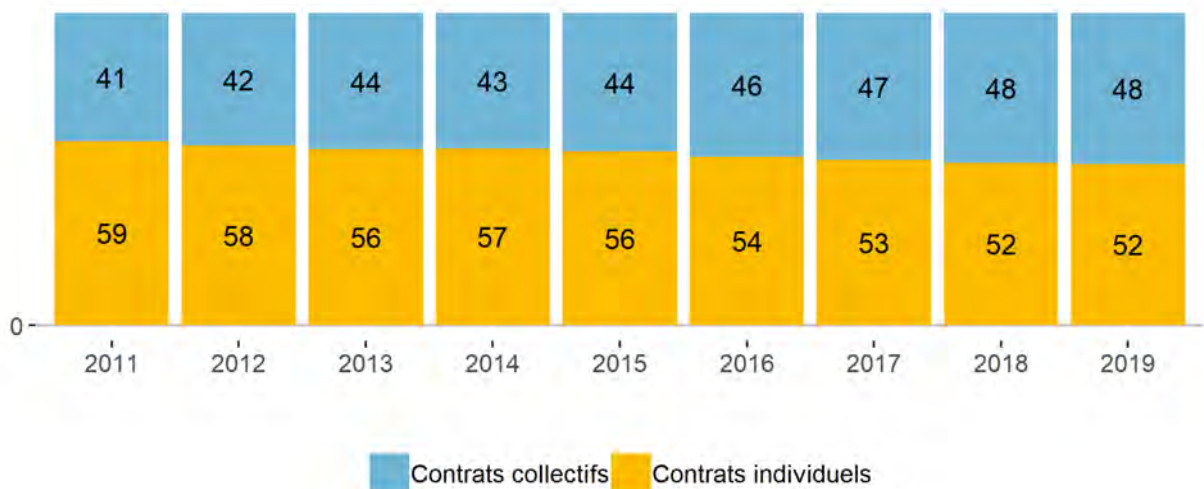
En 2019, les contrats collectifs représentent 48 % des cotisations collectées en santé, contre 44 % en 2015 (graphique 2.3). Ainsi, depuis 2015, dernière année avant la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les contrats collectifs ont gagné 4,1 points de parts de marché. Cette hausse de la part des contrats collectifs est relativement régulière depuis 2016, où elle avait enregistré une plus forte hausse (de l'ordre de +0,8 point par an après un pic à +1,8 point en 2016). En favorisant le dynamisme de l'activité en collectif, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise aurait donc

contribué à la hausse de la part des contrats collectifs. Cette tendance à la hausse de la part des contrats collectifs est cependant visible depuis au moins 2011. Ainsi, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne semble pas avoir généré une transformation brutale du marché, mais plutôt l'avoir accentuée. En effet, de nombreuses entreprises couvraient déjà leurs salariés *via* des contrats collectifs avant 2016 : d'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, 51 % des établissements couvrant 74 % des salariés proposaient déjà une complémentaire santé avant que cela ne devienne obligatoire. En 2017, 84 % des établissements, employant 96 % des salariés, proposent désormais un contrat de complémentaire santé. La quasi-totalité des salariés (97 %) bénéficiaient d'une complémentaire santé, individuelle ou collective, avant 2016. La réforme a donc conduit à accroître la part de salariés couverts par une complémentaire collective, en partie du fait de salariés nouvellement couverts, mais principalement via un transfert de salariés couverts par une couverture complémentaire individuelle vers une complémentaire collective.

En outre, des dispenses d'adhésion aux contrats collectifs sont permises par la loi (bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, salariés ou conjoints déjà couverts à titre collectif, travailleurs en contrats courts). À la suite de la généralisation, en 2017, 14 % des salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion parmi les 17 % qui déclarent ne pas être couverts via la complémentaire santé de leur entreprise (Barlet et al., 2019). En outre, les salariés préalablement couverts par un contrat individuel avaient aussi la possibilité d'attendre l'échéance de ce dernier avant de basculer sur le contrat collectif de leur employeur, afin de ne pas être contraints de financer une double couverture.

Graphique 2.3 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations en « frais de soins » entre 2011 et 2019

En % des cotisations collectées



Champ : Organismes assujettis à la contribution ou à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

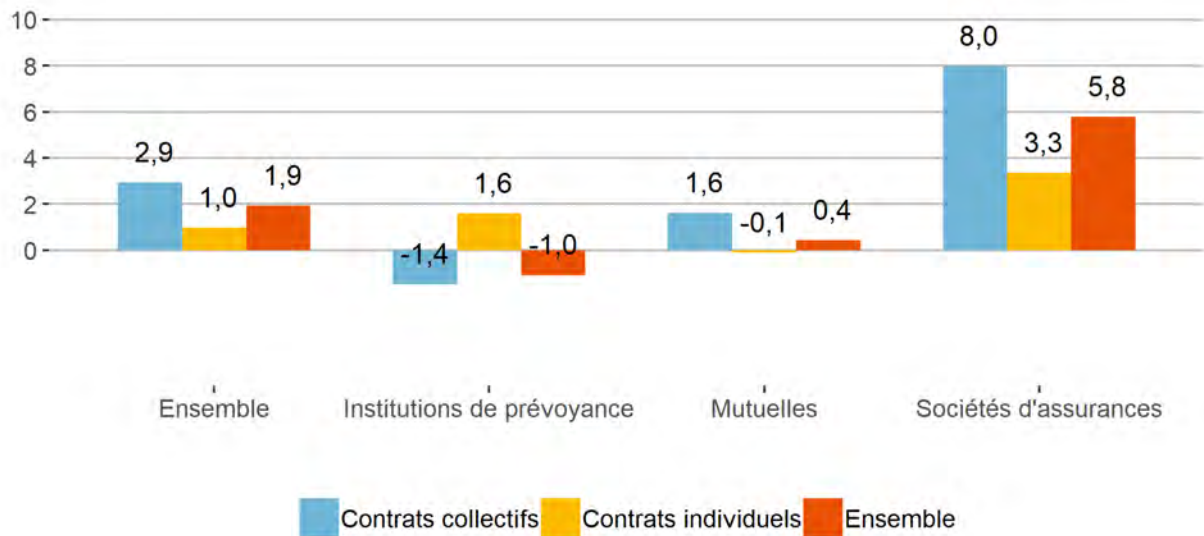
Source : ACPR, calculs DREES.

Les sociétés d'assurances se distinguent par une croissance forte de leurs cotisations

Les cotisations collectées par les sociétés d'assurances se sont accrues de 5,8 %, (soit +711 millions d'euros, hors taxe) (graphique 2.4). Les cotisations des mutuelles enregistrent une plus faible hausse (0,4 %, soit +81 millions d'euros). Pour les institutions de prévoyance, les cotisations continuent de diminuer en 2019 comme en 2018 (à hauteur de -69 millions d'euros, soit une baisse de 1,0 %).

Graphique 2.4 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2018 et 2019

Évolution entre 2018 et 2019 en %



Lecture : Entre 2018 et 2019, la masse des cotisations collectées par les sociétés d'assurances a augmenté de 5,8 %.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Au global, les mutuelles restent majoritaires et détiennent 50 % du marché (tableau 2.5), contre 33 % pour les sociétés d'assurances et 17 % pour les institutions de prévoyance d'après le Fonds CSS. La part de marché des sociétés d'assurances s'est accrue en 2019 comme au cours des années précédentes. En effet, depuis 2001, les sociétés d'assurances gagnent des parts de marché, notamment sur les mutuelles.

Tableau 2.5 – Parts de marché en santé des trois catégories d'organismes entre 2001 et 2019

En % des cotisations collectées

	2001	2006	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mutuelles	60	59	55	54	53	53	52	51	51	50
Sociétés d'assurances	19	24	27	28	28	29	30	31	32	33
Institutions de prévoyance	21	17	18	18	19	18	18	18	17	17

Note : Les parts de marché présentées ici, de source Fonds CSS, peuvent légèrement différer de celles qui peuvent se déduire du tableau 5.3, de source ACPR. La source Fonds CSS est ici privilégiée pour sa plus grande profondeur historique.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (à partir de 2011) ou à la contribution CMU (avant 2011) perçue au profit du Fonds CSS. Parts de marché en matière de cotisations collectées.

Source : Fonds CSS.

Chaque année, des organismes entrent ou sortent du périmètre de surveillance de l'ACPR (transfert à l'étranger, etc.) ou sont transférés d'une catégorie d'organismes à une autre (encadré 4). Ces mouvements de champ peuvent expliquer une partie des évolutions des cotisations et des parts de marché des trois catégories. Toutefois, ils ont été très faibles en 2019 comme en 2018. Les évolutions des cotisations collectées s'expliquent donc principalement par celles des organismes présents à la fois en 2018 et en 2019 et dénommés « pérennes », les entrées et sorties n'ayant eu qu'un effet négligeable.

Encadré 4

Analyser les évolutions et les mouvements de champ

Chaque année, des sociétés entrent ou sortent du champ du secteur de la complémentaire santé ou sont transférées d'un secteur à l'autre :

- certaines sociétés entrent sur le marché de la complémentaire santé, ou absorbent tout ou partie du portefeuille d'un organisme d'un autre secteur ;
- certaines sociétés interrompent ou cèdent tout ou partie de leur activité santé ;
- d'autres sociétés peuvent être rachetées ou cédées par une société étrangère qui ne fournit donc pas ses comptes à l'ACPR.

Ces mouvements de champ peuvent expliquer une partie des évolutions, au niveau le plus agrégé ou par famille d'organisme (mutuelles, sociétés d'assurance ou institutions de prévoyance). L'évolution des indicateurs financiers entre 2018 et 2019 peut alors s'exprimer comme la somme de trois contributions : la contribution des organismes présents à la fois en 2018 et 2019 (organismes dits « pérennes »), celle des organismes qui entrent dans le champ ou le secteur en 2019 (« entrées »), et celle des organismes qui en sortent en 2018 (« sorties »).

Ainsi, l'agrégat en 2019 se calcule comme la somme de cet agrégat en 2019 sur les organismes pérennes et sur les entrants. L'agrégat en 2018 se calcule comme la somme de cet agrégat en 2018 pour les organismes pérennes et sur les sortants. Par exemple, le montant total des cotisations en 2018 et en 2019 peut s'exprimer ainsi :

$$Cotis(2018) = Cotis^{peren.}(2018) + Cotis^{sort.}(2018)$$

$$Cotis(2019) = Cotis^{peren.}(2019) + Cotis^{entr.}(2019)$$

L'évolution du montant total des cotisations entre 2018 et en 2019 s'exprime comme la somme de trois facteurs :

$$\frac{Cotis(2019)}{Cotis(2018)} - 1 = \frac{Cotis^{entr.}(2019)}{Cotis(2018)} - \frac{Cotis^{sort.}(2018)}{Cotis(2018)} + \frac{Cotis^{entr.}(2019)}{Cotis(2018)} \times \left(\frac{Cotis^{peren.}(2019)}{Cotis^{peren.}(2018)} - 1 \right)$$

En 2011, la taxe de solidarité additionnelle a remplacé la contribution CMU. Jusqu'en 2010, les cotisations déclarées dans les états incluait la contribution tandis que, depuis 2011, elles l'excluent. En pratique, la transition de la contribution CMU vers la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du Fonds CSS s'est quasiment achevée dès 2011 (moins de 5 % des cotisations étaient encore concernées par la contribution en 2011). Les données de 2011 sont exprimées ici hors taxe, de manière à pouvoir être comparées à celles des années suivantes. Ce rapport présente ainsi systématiquement des séries de l'année 2011 à l'année en cours. En revanche, comme l'année 2010 et les années antérieures nécessiteraient des retraitements plus lourds pour être comparables aux années post-2011, il a été décidé de ne pas les présenter dans ce rapport.

Chapitre 3 - La croissance des prestations dépasse légèrement celle des cotisations pour la deuxième année consécutive

La part des prestations versées par les organismes complémentaires sur le champ des soins et biens médicaux reste stable en 2019, première année du « 100 % santé »

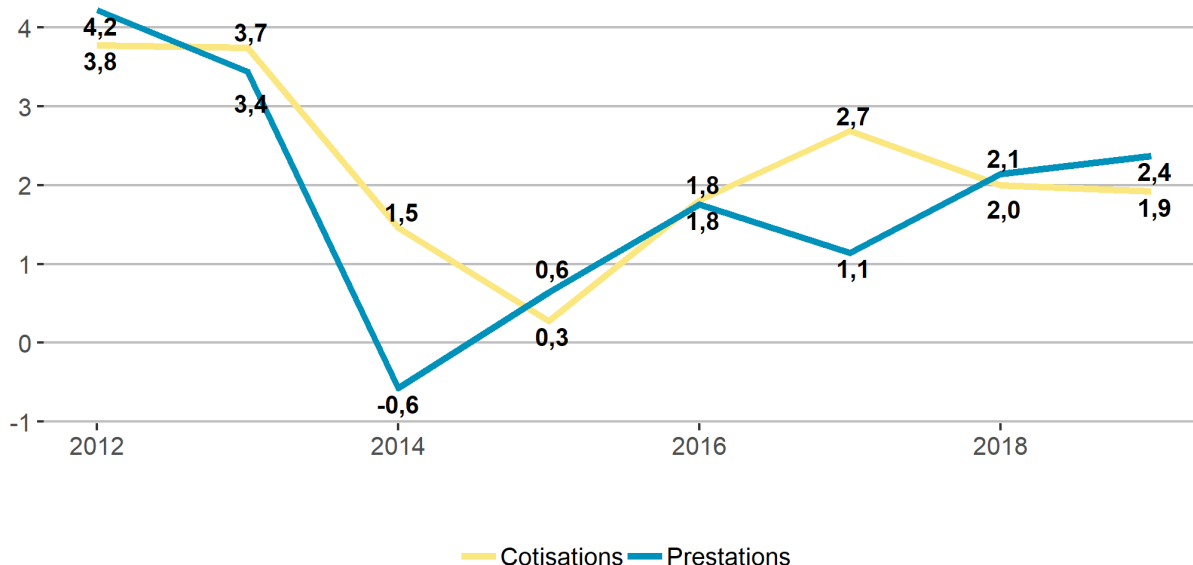
Entre 2018 et 2019, les charges de prestations (hors frais de gestion des sinistres) ont augmenté de 2,4 %, un rythme supérieur à celui des cotisations (1,9 %) pour la deuxième année consécutive (graphique 3.1). Il s'agit des charges liées à l'indemnisation des assurés (sinistres payés et variations de provisions), dénommées ci-après prestations.

Les prestations en soins et biens médicaux des organismes complémentaires ont crû à une vitesse très proche de celle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) entre 2018 et 2019 (de 2,2 % contre 2,1 % pour la CSBM). Ainsi, la part des OC dans le financement de la CSBM reste stable en 2019 à 13,4 %, comme en 2018, après 13,1 % en 2017 (Marc C. et al., 2020). Les organismes complémentaires jouent un rôle important dans le financement des postes du « 100 % santé ». En 2019, ils financent 72,7 % de la dépense en optique, 40,3 % des soins dentaires et 16,4 % en prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques et petit matériel et pansements, poste qui inclut les aides auditives.

En 2019, la part des organismes complémentaires dans le financement du poste dentaire est en repli de 1,6 point par rapport à l'année précédente. La nouvelle convention dentaire d'avril 2019 qui accompagne le « 100 % santé » instaure une revalorisation des tarifs des soins conservateurs et un plafonnement du prix de certaines prothèses dentaires. Or, les prothèses dentaires constituent la majorité des prestations des organismes complémentaires en soins dentaires (Marc et al (2020)). En revanche, concernant les aides auditives, la réforme « 100 % santé » stimulerait la participation des organismes complémentaires au poste des prothèses, orthèses, etc. qui les inclut. En effet, dès 2019, la réforme instaure un plafonnement du prix des audioprothèses du panier « Catégorie I » accompagnée d'une augmentation de la base de remboursement par la Sécurité Sociale (Marc et al (2020)). Les effets du « 100 % santé » ne sont pas tous observés en 2019 et certains effets peuvent être transitoires étant donnée la montée en charge progressive de la réforme. En optique, la réforme « 100 % santé » n'est effective qu'à partir de 2020.

De 2014 à 2017, les prestations ont crû à un rythme inférieur à celui des deux années précédentes. Cela s'explique par le fait que certains organismes complémentaires ont mis en place des actions depuis plusieurs années afin de modérer leurs dépenses, notamment en optique : limitation des garanties les plus élevées, réseaux de soins aux tarifs négociés, remboursements « bonus » en cas de non-consommation sur les deux ou trois dernières années, etc. La réforme des contrats responsables entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015 (encadré 3) avait accompagné ce mouvement, en limitant la prise en charge des lunettes par les organismes complémentaires à une année sur deux sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs, en plafonnant les remboursements en optique et la prise en charge des dépassements d'honoraires (*a contrario*, elle impose toutefois désormais la prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limite de durée). Depuis 2018, la croissance des prestations est légèrement supérieure à celle des cotisations. Cela pourrait s'expliquer en partie par l'augmentation de la part de marché des contrats collectifs, qui reversent plus de prestations en pourcentage des cotisations que les contrats individuels. Ainsi, en 2019, 47 % des prestations servies par les OC sur le champ de la CSBM l'ont été au titre de contrats individuels et 53 %, au titre de contrats collectifs après respectivement 48 % et 52 % en 2018.

Graphique 3.1 – Évolution des cotisations et prestations en santé entre 2012 et 2019



Lecture : Les prestations ont augmenté de 2,4 % entre 2018 et 2019. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les contrats collectifs reversent aux assurés une plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations

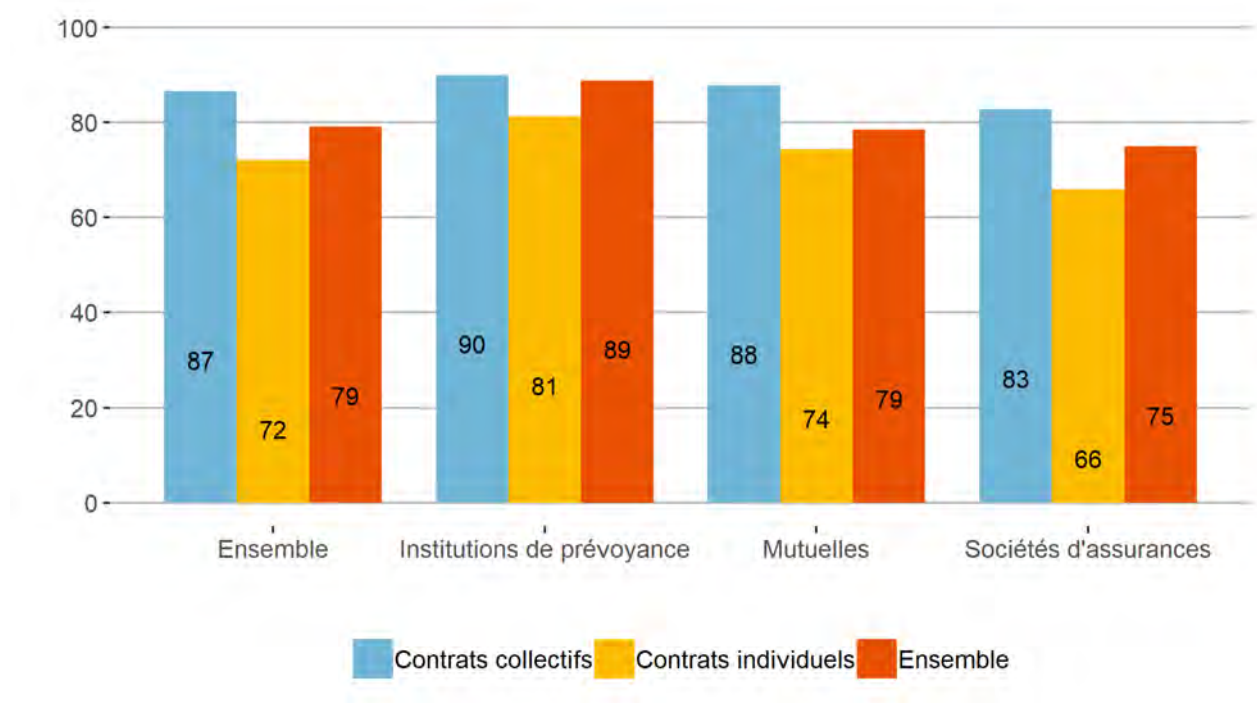
Les organismes reversent aux assurés 79 % de leurs cotisations hors taxe sous forme de prestations. Les contrats collectifs apparaissent toutefois plus avantageux pour les assurés (87 % des cotisations reversées en prestations en 2019 contre 72 % en individuel, graphique 3.2). Cet écart s'explique d'abord par des contrats collectifs déficitaires (chapitre 5). Les entreprises, qui souscrivent ces contrats collectifs au profit de leurs salariés, sont en effet davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que des particuliers dans le cas des contrats individuels. De plus, les charges de gestion sont plus faibles en collectif (chapitre 4), en raison d'économies d'échelles.

En 2019, les institutions de prévoyance reversent la part la plus élevée de cotisations sous forme de prestations (89 %), devant les mutuelles (79 %) et les sociétés d'assurance (75 %). Cette hiérarchie entre les trois familles s'explique en partie par le poids du collectif au sein de leur activité, mais aussi par la spécialisation de certaines mutuelles et institutions de prévoyance sur des professions ou des branches professionnelles. En 2017, en individuel, ce sont les mutuelles d'entreprises ou corporatistes qui offrent le meilleur retour sur cotisations aux assurés et en collectif, ce sont les institutions de prévoyance (Leduc A., Montaut A., 2017). Cela peut s'expliquer notamment par le fait que certaines mutuelles et institutions de prévoyance bénéficient de populations cibles plus ou moins « captives » et bénéficient donc de charges plus faibles (chapitre 4). Toutefois, certains segments du marché ont subi des changements à cet égard, comme celui des mutuelles de fonctionnaires. En effet, la deuxième vague de référencement dans la fonction publique d'État (2016-2018) a abouti à des multiréférencements dans certains ministères.

Les ratios rapportant les prestations aux cotisations sont ici présentés hors taxe. En raison de la TSA sur les contrats d'assurance santé, les ratios rapportant les prestations aux cotisations sont inférieurs du point de vue des assurés (encadré 5).

Graphique 3.2 – Prestations sur cotisations par type d'organisme et de contrat en 2019

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2019, les sociétés d'assurance reversent 75 % des cotisations sous forme de prestations aux assurés. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

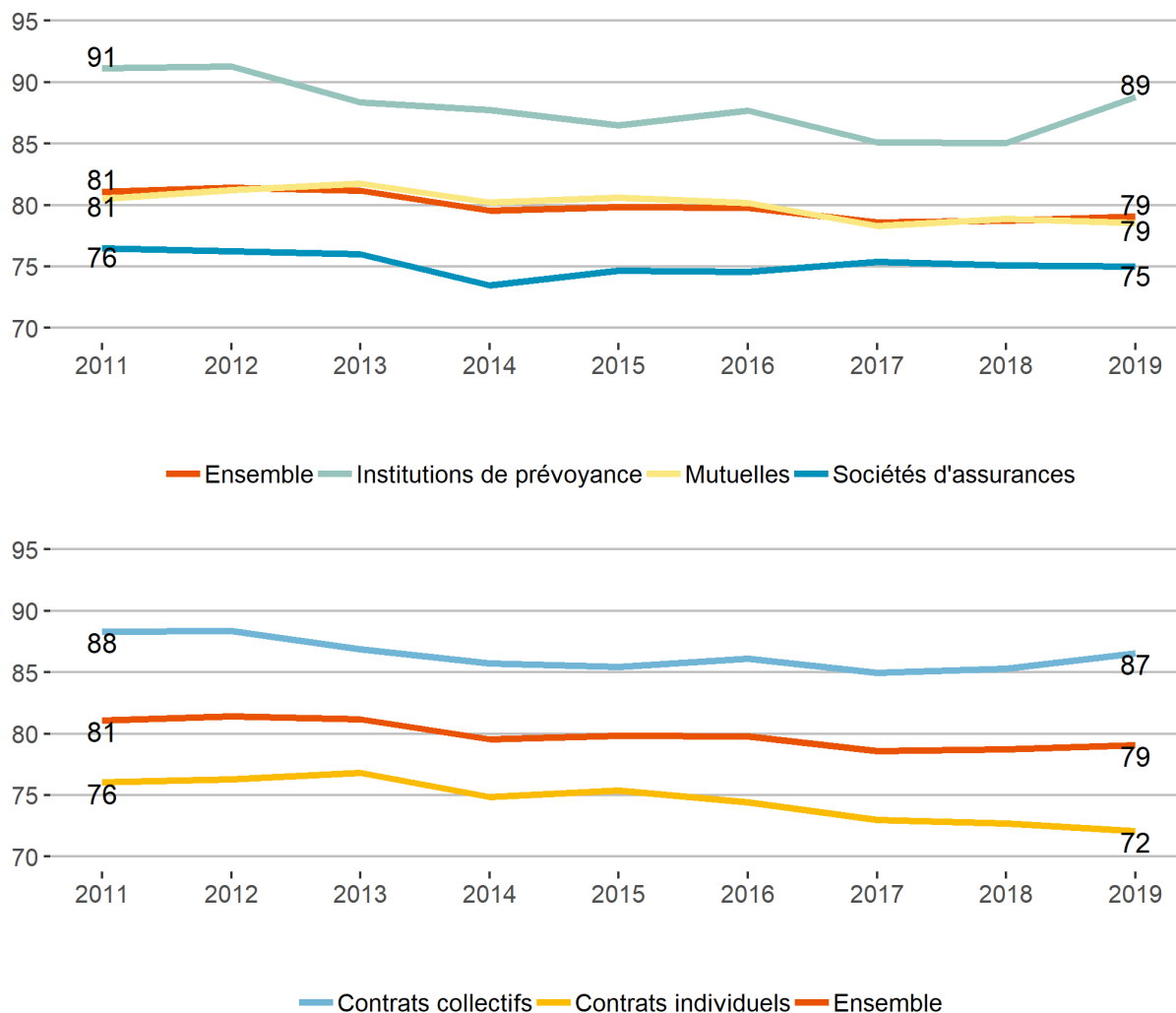
Source : ACPR, calculs DREES.

Un retour sur cotisations stable depuis 2014

Le retour sur cotisations (hors taxe) de l'assurance santé a peu évolué en 2019 par rapport à 2018, conséquence de l'évolution positive à des rythmes proches des prestations et des cotisations (graphique 3.3). Sur une plus longue période, il a légèrement reculé, passant de 81 % entre 2011 et 2013 à 80 % de 2014 à 2016 et 79 % depuis.

Graphique 3.3 – Prestations sur cotisations entre 2011 et 2019

En % des cotisations



Lecture : En 2019, les contrats individuels reversent aux assurés 72 % de leurs cotisations sous forme de prestations. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

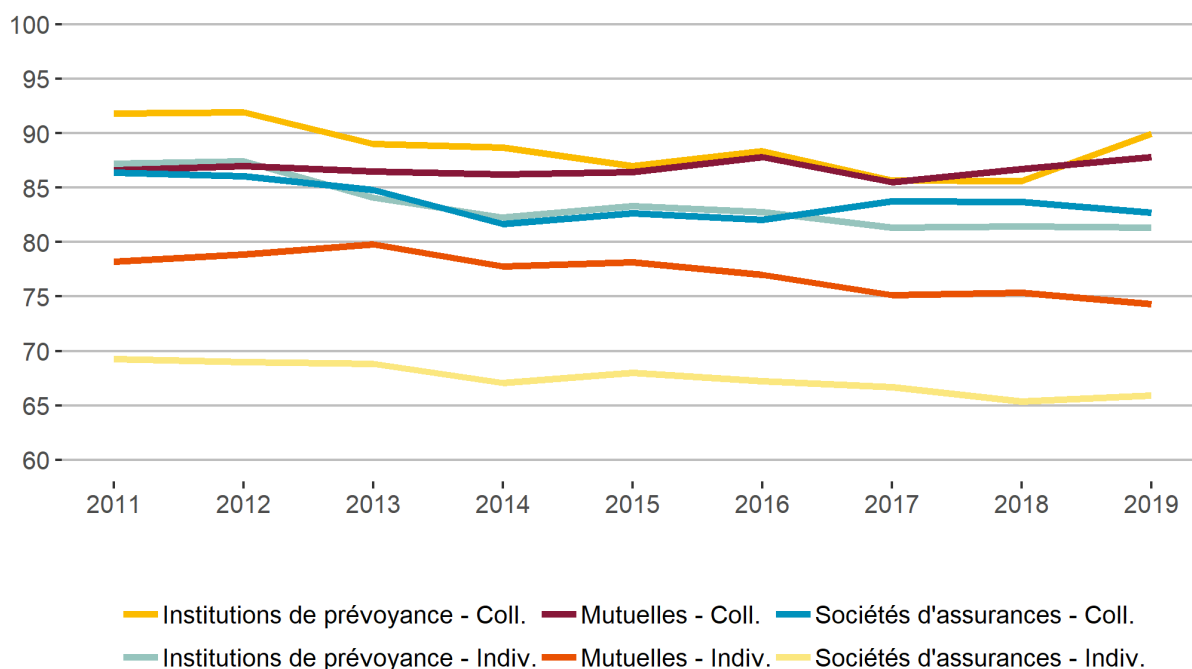
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les évolutions sont assez similaires jusqu'en 2018 pour les trois types d'organismes, en individuel comme en collectif (graphique 3.4). En 2019, le ratio des prestations sur cotisations des institutions de prévoyance augmente pour atteindre 89 % en raison d'une augmentation des prestations et d'une baisse des cotisations en collectif.

Graphique 3.4 – Prestations sur cotisations par type d'organisme et de contrat entre 2011 et 2019

En % des cotisations



Lecture : En 2019, les contrats individuels des mutuelles reversent aux assurés 74 % de leurs cotisations sous forme de prestations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

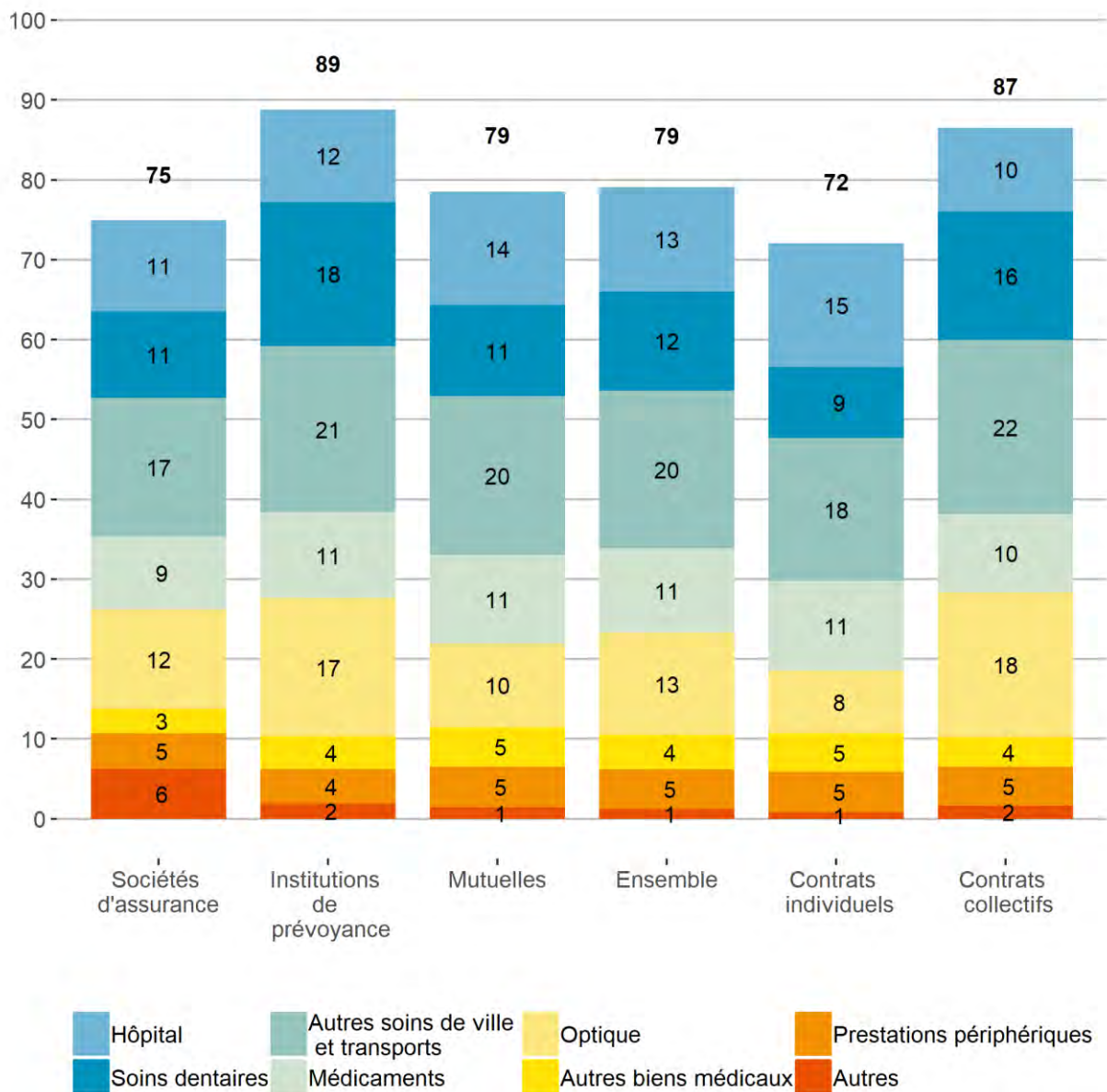
Source : ACPR, calculs DREES.

Contrats collectifs : plus de remboursements en optique et en dentaire, moins en hospitalisation et en médicaments

Les institutions de prévoyance se distinguent des mutuelles et des sociétés d'assurances car elles offrent une prise en charge proportionnellement plus élevée des soins dentaires et de l'optique. À titre d'exemple, pour 100 € de cotisations en 2019, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 17 € en optique contre 12 € pour les sociétés d'assurances et 10 € pour les mutuelles (graphique 3.5) et elles reversent 18 € en dentaire, contre 11 € pour les mutuelles et 11 € pour les sociétés d'assurances. Les institutions de prévoyance reversent en revanche proportionnellement moins de prestations en soins hospitaliers et en autres biens médicaux que les mutuelles.

Graphique 3.5 – Prestations par postes de soins en 2019

En % des cotisations



Note : Les « prestations périphériques » sont les prestations à la périphérie du système de soins. Elles comportent des prestations de médecine alternative (ostéopathe, psychologue, etc.), de prévention (patchs anti-tabac, vaccinations internationales, etc.), des prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.). Les prestations « Autres » comportent les variations de provisions pour sinistres restant à payer (qui ne peuvent être ventilées par poste de soins) ainsi que des prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

Source : ACPR, calculs DREES.

Ces hiérarchies entre types d'organismes s'expliquent surtout par la part des contrats collectifs dans leur portefeuille. En effet, pour l'optique et les soins dentaires, les contrats collectifs offrent en général des garanties plus avantageuses pour les assurés, ce qui explique leur plus forte part dans les prestations.

Pour les soins hospitaliers et les médicaments, les différences entre contrats individuels et contrats collectifs s'expliquent plutôt par les caractéristiques sociodémographiques des personnes couvertes. En effet, malgré des garanties généralement plus avantageuses, les bénéficiaires des contrats collectifs, couverts *via* leur entreprise, sont donc en moyenne plus jeunes et plus souvent en emploi, et consomment donc moins ces deux types de soins que les bénéficiaires des contrats individuels, plus fréquemment retraités ou sans emploi et dont l'état de santé est en moyenne moins bon (Barlet et al., (2019)).

Encadré 5

Les taxes payées par les assurés sur les contrats de complémentaire santé

Les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé paient, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite de solidarité additionnelle (TSA), qui s'élève en 2019, dans le cas général (contrats solidaires et responsables « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), à 13,27 % des cotisations collectées en santé. Une partie du produit de cette taxe permet de financer la Complémentaire Santé Solidaire, qui remplace la CMU-C et l'ACS depuis le 1^{er} novembre 2019, *via* le Fonds CSS (encadré 6). En 2017, le produit de la taxe de solidarité additionnelle prélevée sur les contrats de complémentaire santé est devenu l'unique source de financement du Fonds CSS. L'article 28 de la LFSS pour 2018 a modifié les modalités de financement du Fonds de sorte à équilibrer strictement ses dépenses. Le produit de la taxe concernant les garanties santé est attribué au Fonds à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits. Le montant de la TSA affecté au Fonds est donc déterminé *ex post*, et le solde est affecté à la CNAM. La TSA est prélevée par les organismes d'assurance et elle est ensuite intégralement reversée à l'URSSAF Ile-de-France. Le pilotage de la CSS sera modifié au 1^{er} janvier 2021 dans le cadre du PLFSS pour 2021, suite à la décision du Comité interministériel de la transformation publique (CITP) de novembre 2019 de suppression du Fonds CSS.

Dans ce rapport, le point de vue adopté est celui des organismes d'assurances dont on examine la situation financière. Les cotisations sont donc exprimées hors taxe, de façon à refléter le montant de cotisations sur lequel les organismes exercent leur métier d'assureur, engagent des frais de gestion, reversent des prestations aux assurés, réalisent d'éventuels profits, etc. De ce point de vue, en 2019, les organismes reversent ainsi aux assurés 79 % de leurs cotisations en santé sous forme de prestations.

Les assurés, en revanche, paient la taxe TSA. De leur point de vue, le rapport prestations sur cotisations TTC apparaît donc différent, dans un sens ou dans l'autre selon les cas.

→ Les assurés qui ont les moyens de payer eux-mêmes leur contrat de complémentaire santé ont un ratio prestations sur cotisations TTC moindre, qui avoisine environ 70 % en moyenne (79 € de prestations reçues pour 100 € de cotisations payés à l'organisme assureur, auxquels s'ajoutent 13,27 € de taxes environ).

→ Les assurés qui bénéficient de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont un rapport prestations sur cotisations TTC plus élevé, puisqu'ils bénéficient du chèque santé qui leur permet de réduire le coût de leur contrat. Ce chèque prendrait en charge en moyenne 62 % du prix du contrat de complémentaire santé en 2017 d'après le « Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide » (Fonds CSS, 2018).

→ Quant aux personnes couvertes par la CMU-C, elles reçoivent des prestations sans devoir régler de cotisations en contrepartie.

→ Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS), les contrats ACS en cours au moment de la réforme pouvant perdurer jusqu'au 31/10/2020. Les personnes pour lesquelles la CSS est gratuite se trouvent dans le même cas que les personnes anciennement couvertes par la CMU-C (les plafonds de ressources sont les mêmes). Quant aux personnes qui bénéficient de la Complémentaire santé solidaire (CSS) payante (même plafonds de ressources que l'ACS), le rapport prestations sur cotisations TTC dépend du montant de la participation financière pour la CSS, qui croît avec l'âge.

Au global, en 2019, les Français ont perçu 30,3 milliards d'euros de prestations (y compris bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C lorsque leur couverture est gérée par un organisme complémentaire) auxquels s'ajoutent 2,2 milliards de prestations avancées par les régimes d'assurance maladies obligatoires pour les personnes à la CMU-C ayant choisi leur régime de base comme gestionnaire (Rapport d'activité 2019 Fonds CSS, 2020). Les Français ont par ailleurs versé 38,3 milliards d'euros de cotisations hors taxe aux organismes complémentaires, auxquels s'ajoutent 5,1 milliards de taxe TSA (CCSS, juin 2020). Le ratio prestations sur cotisations de l'ensemble des Français s'élève donc, si l'on prend en compte la taxation, à 75 %, contre 79 % hors taxe en 2019. Ce ratio prenant en compte les taxes est en légère augmentation par rapport à 2018. Il convient de noter qu'une partie des cotisations est payée par l'employeur. En outre, ce ratio estimé ne peut se comparer avec un retour sur cotisations dans la mesure où les cotisations considérées ici incluent les taxes qui sont perçues par l'État et ne peuvent être redistribuées aux assurés directement par les organismes complémentaires.

Encadré 6

Zoom sur la gestion de la CMU-C, de l'ACS et de la CSS par les organismes complémentaires

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire Santé (ACS) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019). La suppression de l'ACS se fait progressivement à compter du 1^{er} novembre 2019, avec l'impossibilité de souscrire un contrat ACS après le 31 octobre 2019. Les contrats ACS en cours à cette date peuvent aller jusqu'à leur terme. La disparition totale de l'ACS est prévue au plus tard fin octobre 2020.

Avant novembre 2019, la CMU-C était une complémentaire santé individuelle gratuite accordée aux plus modestes. La CMU-C pouvait être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. En 2018, dernière année disponible pour ces données, 9 % des bénéficiaires de la CMU-C avaient choisi un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits d'après le Fonds CSS. À partir d'une fraction des produits de la taxe de solidarité additionnelle aux contrats d'assurance complémentaire santé (encadré 5), le Fonds CSS remboursait aux organismes les prestations qu'ils avaient versées aux bénéficiaires de la CMU-C, dans la limite d'un plafond indexé sur l'inflation (408 € par bénéficiaire pour l'année 2018). Ces remboursements de la part du Fonds CSS étaient nommés « participation légale » et pouvaient être interprétés, du point de vue des organismes assureurs, comme les « cotisations » des contrats CMU-C.

Avant novembre 2019, l'ACS était une aide qui s'adressait aux personnes dont les revenus se situaient entre le seuil d'attribution de la CMU-C et ce même seuil majoré de 35 %. Elle visait à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel. Le montant de cette aide par personne variait selon l'âge de l'assuré. En 2018, il variait de 100 € annuels pour les moins de 16 ans à 550 € pour les 60 ans ou plus (Rapport d'activité du Fonds CSS). Les montants d'ACS étaient attribués dans la limite de la cotisation à la complémentaire santé, et l'assuré s'acquittait du reste de la cotisation.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour pouvoir bénéficier de l'ACS, les contrats souscrits ou renouvelés devaient faire partie des 11 offres homologuées par les pouvoirs publics suite à un appel à concurrence. Depuis juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS étaient également exonérés du paiement des franchises médicales et des participations forfaitaires sur les consultations médicales et les actes de biologie, au même titre que ceux de la CMU-C.

Depuis le 1^{er} novembre 2019 et la mise en place de la CSS, les organismes complémentaires participant à la gestion de la CSS doivent prendre en charge les dépenses de santé des bénéficiaires dans le cadre du tiers payant. En outre, ils doivent s'inscrire sur la liste, publique, des organismes complémentaires participant à la gestion de la Complémentaire santé solidaire. Le Fonds CSS rembourse à l'OC gestionnaire les sommes correspondant à la prise en charge des dépenses de CSS. À compter du 1^{er} novembre 2019, le remboursement se fait au réel (et non pas au réel dans la limite d'un plafond forfaitaire, comme c'était le cas pour la CMU-C). Pour les bénéficiaires de la CSS avec participation financière, le Fonds CSS rembourse à l'OC les dépenses de CSS majorées d'un montant forfaitaire au titre des frais de gestion et minorées du montant des participations dues à l'OC par le bénéficiaire.

Chapitre 4 - Le poids des charges de gestion dans les cotisations collectées est stable depuis 2015 à 20 %

Les charges de gestion comprennent les frais de gestion des sinistres, les frais d'acquisition ainsi que les frais d'administration et autres charges techniques nettes, parfois nommés par la suite par souci de simplicité « frais d'administration » (cf. début du chapitre 2). Les charges de gestion ne comprennent pas les « autres charges » qui sont les participations aux excédents et les charges de réassurance nettes des produits de réassurance.

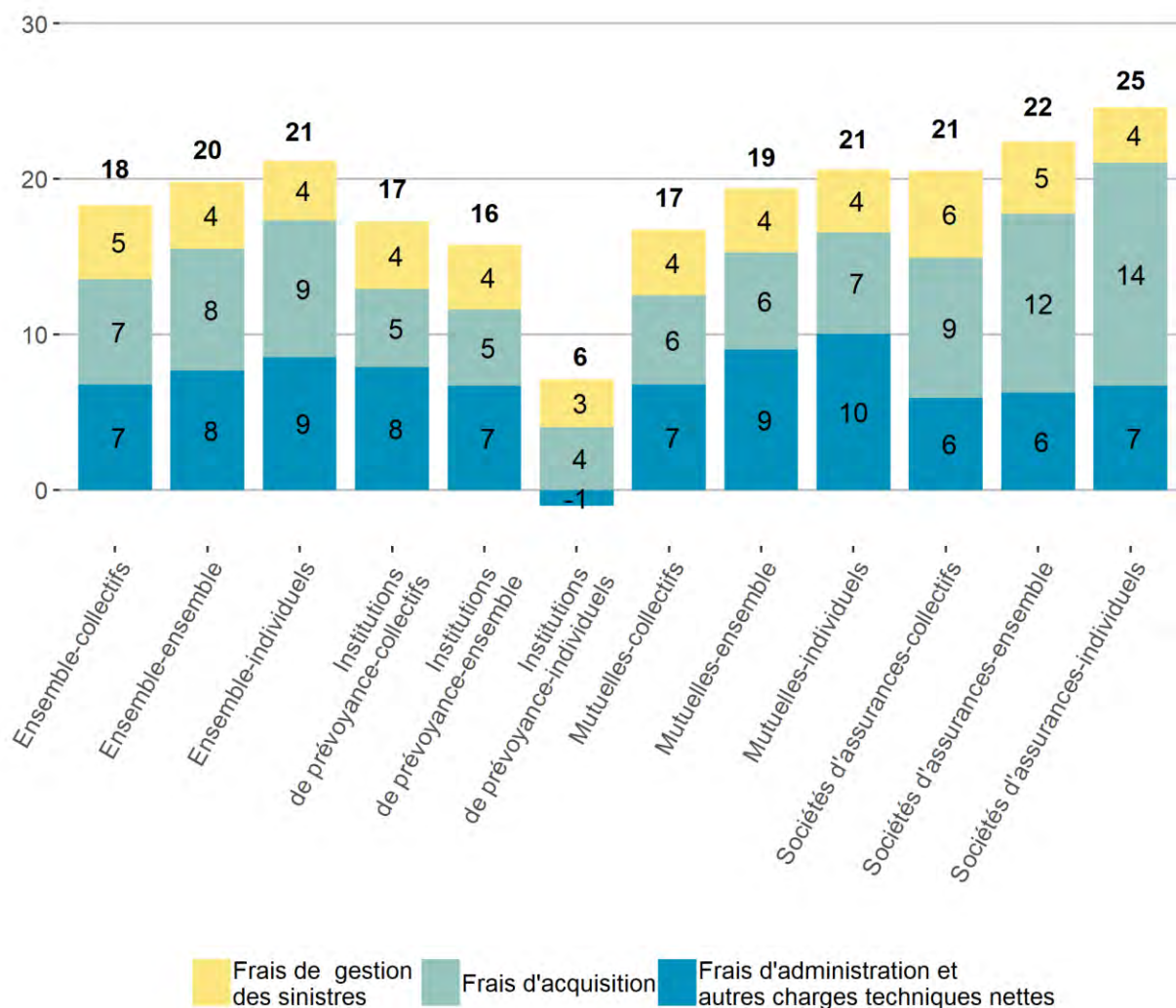
Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs

En 2019, l'ensemble des charges de gestion représente 20 % des cotisations collectées hors taxe (graphique 4.1). Les sociétés d'assurances ont les charges de gestion relatives les plus élevées (22 % des cotisations), devant les mutuelles (19 %) et les institutions de prévoyance (16 %).

Cette hiérarchie s'explique en partie par le poids du collectif dans le portefeuille des organismes. En effet, les charges de gestion des contrats collectifs sont en moyenne plus faibles que celles des contrats individuels (respectivement 18 % contre 21 %). Les frais d'acquisition sont plus faibles en collectif car faire de la publicité et vendre des contrats auprès des entreprises est moins coûteux qu'auprès du grand public (nombre d'interlocuteurs réduits), les dossiers sont par ailleurs ouverts en partenariat avec les ressources humaines de ces entreprises et non auprès de chaque individu couvert. De même, les frais d'administration sont un peu plus faibles en collectif car les cotisations peuvent être prélevées par les entreprises et reversées globalement aux organismes assureurs. Seules les institutions de prévoyance se caractérisent par des charges de gestion en individuel plus faibles qu'en collectif mais leurs contrats individuels sont destinés aux anciens salariés des entreprises couvertes en collectif (L. 932-14 du Code de la Sécurité sociale) et sont donc spécifiques. Enfin, les charges de gestion sont plus dispersées parmi les petits organismes (graphique 4.2).

Graphique 4.1 – Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en 2019

En % des cotisations collectées



Note : Les contrats individuels des institutions de prévoyance, principalement destinés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif, sont très spécifiques. Les frais d'administration et autres charges techniques nettes représentent la somme des frais d'administration et autres charges techniques nettes de produits techniques. La somme des autres charges nettes des produits techniques est négative en individuel pour les institutions de prévoyance et supérieure en valeur absolue aux frais d'administration, ce qui explique que le poste est négatif.

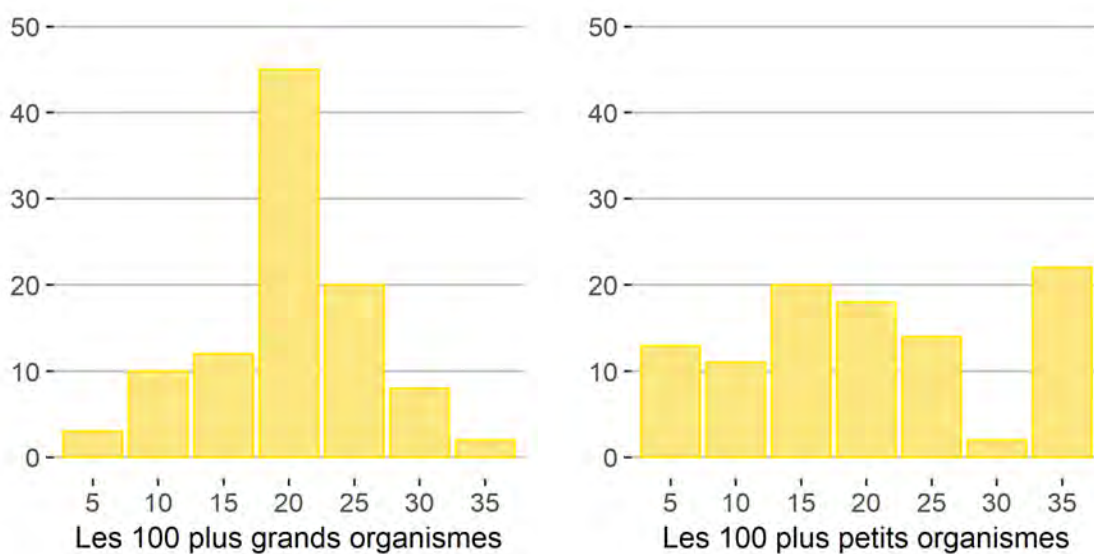
Lecture : Les charges de gestion des contrats collectifs des sociétés d'assurances représentent 21 % des cotisations collectées, dont 6 % au titre des frais de gestion des sinistres, 9 % pour les frais d'acquisition et 6 % pour les frais d'administration.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 4.2 – Dispersion des charges de gestion en santé selon la taille de l'organisme

Exprimées en % des cotisations en santé



Note : Il s'agit des 100 plus grands et des 100 plus petits organismes en matière de cotisations collectées en santé. Les bornes extrêmes regroupent les organismes dont les charges sont respectivement inférieures à 7,5 % et supérieures à 32,5 %.

Lecture : Parmi les 100 plus grands organismes, 45 % d'entre eux ont des charges de gestion qui représentent environ 20 % des cotisations en santé (entre 17,5 % et 22,5 % des cotisations).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

Source : ACPR, calculs DREES.

Des frais d'acquisition relativement plus élevés pour les sociétés d'assurances, en individuel comme en collectif

En individuel, les sociétés d'assurances présentent des frais d'acquisition plus élevés que les mutuelles. Tout d'abord, un grand nombre de mutuelles sont spécialisées sur certaines professions (mutuelles de fonctionnaires, mutuelles d'entreprises ou de régimes spéciaux). Ces mutuelles spécialisées engagent moins de frais pour attirer les clients car elles bénéficient de clientèles bien identifiées et plus ou moins captives (Leduc A., Montaut A., 2017). Cependant, les sociétés d'assurances présentent des frais d'acquisition plus élevés que les mutuelles non spécialisées, avec qui elles sont en concurrence auprès du grand public. Ces frais plus élevés s'expliquent en partie par un plus grand recours à des intermédiaires, agents d'assurance ou courtiers, rémunérés par des commissions. Ces intermédiaires peuvent gérer la relation avec les clients, ce qui permet aux sociétés d'assurances de bénéficier en contrepartie de frais d'administration réduits. Au global, en individuel, les charges des sociétés d'assurances sont aussi plus importantes que celles des mutuelles. Le recours à des intermédiaires représente un coût pour les assurés, mais qui pourrait aussi s'accompagner d'une meilleure qualité de service. Enfin, les contrats individuels des institutions de prévoyance sont spécifiques, comme déjà mentionné. Ils couvrent en grande majorité d'anciens salariés retraités des entreprises couvertes en collectif, qui basculent vers un contrat individuel lorsqu'ils partent à la retraite. Leurs frais d'acquisition sont donc difficilement comparables à ceux des autres organismes. En individuel, les frais d'acquisition, engagés pour attirer un client, sont aussi davantage amortis lorsque le prix du contrat qu'il souscrit est élevé (Leduc A., Montaut A., 2016). Les frais d'acquisition, rapportés aux cotisations, sont donc davantage amortis pour les organismes dont la clientèle est plus âgée ou a opté en moyenne pour des garanties plus couvrantes puisque les cotisations sont globalement plus élevées.

En collectif, les institutions de prévoyance présentent les frais d'acquisition les plus faibles. Comme en individuel, certains de ces organismes sont spécialisés (sur une entreprise, une profession, une branche) et bénéficient de populations bien identifiées et moins volatiles. En 2016, les « clauses de désignation »

ont disparu mais sans toutefois s'accompagner d'une hausse des frais d'acquisition pour les institutions de prévoyance en proportion de leurs cotisations. Enfin, par rapport aux mutuelles généralistes (non spécialisées sur une profession), les sociétés d'assurances affichent des frais d'acquisition plus élevés, mais compensés par des frais d'administration plus faibles, si bien qu'elles s'en distinguent finalement peu en matière de charges totales. D'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, les entreprises ayant mis en place une couverture ou souhaité la modifier à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise se sont davantage tournées vers les sociétés d'assurances et moins souvent vers des mutuelles que les entreprises qui étaient déjà couvertes et n'ont pas modifié leur contrat (Barlet et al., 2019).

Des frais d'administration plus élevés pour les mutuelles

De leur côté, les mutuelles se caractérisent par des frais d'administration et autres charges techniques plus élevés que les sociétés d'assurances, aussi bien en individuel qu'en collectif. Cela peut s'expliquer dans certains cas par la plus forte restructuration au sein du secteur mutualiste, qui engendre des coûts durant la phase de transition. Lorsqu'un organisme en absorbe un autre, il doit en effet intégrer le portefeuille de contrats de ce dernier dans son propre système d'information, ou garder deux systèmes d'information en parallèle.

En individuel, les organismes de grande taille ont tendance à réaliser des économies d'échelle sur l'administration des contrats. Ceux dont les assurés sont en moyenne plus âgés réalisent également des économies sur ces frais, probablement parce que les situations personnelles des personnes âgées sont moins changeantes que celles des plus jeunes (moins de changement de domicile, de compte bancaire, de régime obligatoire, etc.). Enfin, les frais de gestion des sinistres sont très homogènes d'un type d'organisme à l'autre. En 2019, ils représentent entre 4 % et 5 % des cotisations, quelle que soit la catégorie d'organisme et le type de contrat. Frais de gestion, d'administration et d'acquisition peuvent aussi être analysés en les rapportant au nombre d'assurés ou au nombre d'actes à traiter (encadré 7).

Des charges de gestion en baisse pour les mutuelles et les institutions de prévoyance

La part des charges de gestion dans les cotisations est en légère augmentation ces dernières années, passant de 19 % en 2011 à 20 % en 2019 (graphique 4.3) en dépit de la hausse des contrats collectifs dont les charges de gestion sont plus faibles. Toutefois, depuis 2015, le ratio des charges de gestion aux cotisations est stable à 20 % des cotisations. Les charges de gestion des institutions de prévoyance et des mutuelles ont baissé respectivement de -1,8 % et de -1,4 % en 2019 tandis qu'elles ont augmenté pour les sociétés d'assurances (7,0 %). Cette hausse pour les sociétés d'assurances s'explique par une augmentation des frais de gestion des sinistres et des frais d'administration, une conséquence possible de l'augmentation de leurs parts de marché. En effet, en pourcentage des cotisations collectées, les charges de gestion des sociétés d'assurances n'ont évolué que de 0,2 point.

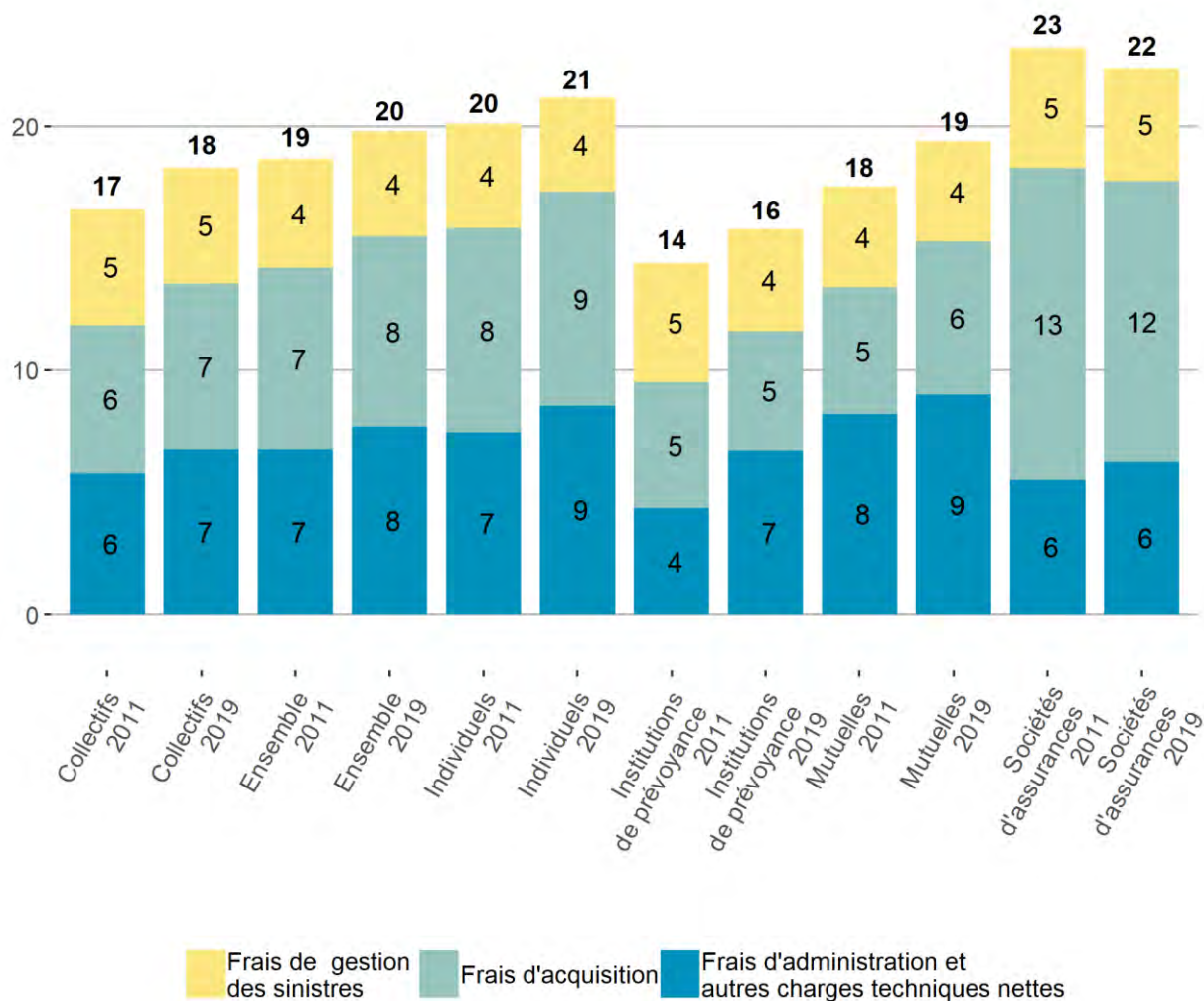
Les frais d'acquisition et d'administration ont légèrement augmenté en individuel comme en collectif en pourcentage des cotisations depuis 2011. Pour les frais d'acquisition, cela pourrait s'expliquer par le fait que le marché de l'assurance santé est un marché « mature ». En effet, la quasi-totalité de la population française est couverte depuis de nombreuses années (96 % des personnes auraient une complémentaire santé, Fouquet, 2020). Pour gagner des parts de marché, les organismes doivent donc en général attirer des clients déjà couverts par des concurrents. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pourrait expliquer aussi une partie de la hausse de ces frais.

La réforme « 100 % santé » qui a débuté en 2019, la réforme des contrats responsables en 2015 ainsi que les réformes réglementaires (Solvabilité 2 en 2016, mais aussi le règlement européen sur la protection des données personnelles ou la directive sur la distribution d'assurances, etc.) ont engendré des frais d'administration et autres charges techniques supplémentaires pour les organismes (modification des garanties et communication auprès des assurés pour le « 100 % santé » et pour les contrats responsables, évolution des systèmes d'informations et honoraires de conseils pour les réformes réglementaires, etc.). Le développement des réseaux de soins depuis plusieurs années (Durand N, et Emmanuelli J., 2017) explique aussi probablement une partie de la hausse de ces frais sur la période récente. La gestion de ces réseaux représente un coût pour les assurés en matière de frais

d'administration, mais ils pourraient aussi s'accompagner d'économies, *via* une baisse des prix négociés par les réseaux.

Graphique 4.3 – Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en 2011 et 2019

En % des cotisations collectées



Champ : Les frais d'administration et autres charges techniques nettes sont la somme des frais d'administration et des autres charges techniques nettes des produits techniques.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les frais de gestion des sinistres sont restés stables sur cette période.

Encadré 7

Zoom sur les charges de gestion

Les coûts de gestion des organismes complémentaires ne sont pas directement comparables aux coûts des régimes de base. Les activités de ces deux catégories sont en effet à la fois différentes et imbriquées (Gonzalez et al., 2019, fiche 36). Certaines activités ne relèvent que des régimes de base obligatoires (délivrer des attestations de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et de Complémentaire Santé Solidaire (CSS) par exemple). En revanche, les régimes de base obligatoires peuvent plus facilement réaliser des économies d'échelle ; le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux organismes complémentaires. Enfin, les organismes complémentaires interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, traitent des feuilles de soins papier en l'absence de signature de la convention d'échange NOEMIE, réalisent des actions ou offrent des services complémentaires au remboursement.

Les frais d'acquisition d'un organisme sont engagés pour attirer le souscripteur d'un contrat. Le coût d'acquisition est de 62 € par an et par assuré en individuel et de 55 € en collectif (tableau E1). La médiane des frais d'acquisition par assuré des contrats individuels des institutions de prévoyance est de nouveau la plus faible après une hausse en 2018. Ainsi, la hiérarchie entre les trois familles d'organismes est inchangée par rapport à celle présentée en chapitre 4, lorsque les frais d'acquisition sont rapportés aux cotisations. Dans cet encadré, les charges de gestion sont étudiées en médiane plutôt qu'en moyenne, en raison du nombre d'organismes qui n'ont pas renseigné tous les montants nécessaires aux estimations ou ont renseigné des valeurs atypiques (la médiane peut alors être plus robuste que la moyenne).

Tableau E1 – Médiane des frais d'acquisition par assuré pour les contrats individuels et collectifs en 2019

	Individuel	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en individuel	Collectif	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en collectif
Ensemble	62 €	217 sur 275	55 €	202 sur 255
Institutions de prévoyance	35 €	13 sur 16	34 €	23 sur 25
Mutuelles	54 €	143 sur 184	51 €	124 sur 162
Sociétés d'assurances	101 €	61 sur 75	80 €	55 sur 68

Lecture : Pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'acquisition par assuré se situe à 54 €, ce qui signifie que les frais d'acquisition par assuré sont inférieurs à 54 € pour la moitié des mutuelles et supérieurs à 54 € pour l'autre moitié. 143 sur 184 mutuelles exerçant en santé individuelle ont renseigné le nombre de personnes assurées en individuel en 2019, permettant d'estimer les frais d'acquisition par assuré pour les contrats individuels.

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les effectifs de personnes assurées et d'entreprises souscriptrices.

Source : ACPR, états FR1401, FR1404 et FR1303, calculs DREES.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019 et ayant renseigné les nombres de personnes assurées ou d'entreprises souscriptrices.

Les **frais d'administration** sont liés à la gestion courante des contrats et dépendent donc aussi du nombre d'assurés, ce qui reflète principalement le nombre de dossiers à gérer, en individuel comme en collectif. Ils sont légèrement inférieurs en collectif (tableau E2), probablement parce que les entreprises participent à la collecte des cotisations pour le compte de l'organisme assureur.

Certains organismes, comme les mutuelles de fonctionnaires, gèrent le régime obligatoire de certains groupes d'assurés en lieu et place de l'Assurance maladie. Cette gestion déléguée engendre des coûts pour les organismes en général supérieurs aux « remises de gestion » qu'ils se voient accorder en contrepartie de la part du régime général. Ainsi, 17 organismes ont renseigné les charges et les remises de la gestion déléguée de l'Assurance maladie obligatoire. Pour la moitié de ces organismes, les remises couvrent au moins 83 % des charges de cette gestion déléguée en 2019 et pour l'autre moitié, elles couvrent moins de 83 %. La différence entre charges de gestion déléguée de l'Assurance maladie obligatoire et remises de gestion viendrait donc augmenter les frais d'administration de ces organismes ; ces frais étant globalement supérieurs à ceux de l'Assurance maladie. En ce sens, la Cour des comptes⁵ a souligné « l'importance des efforts de productivité à accomplir [par les mutuelles de fonctionnaires], dès lors que les remises de gestion encore généreuses dont elles bénéficient ne pourront qu'évoluer très fortement à la baisse ». La Cour avait de même considéré que les coûts de gestion des mutuelles étudiantes étaient élevés. La loi « orientation et réussite des étudiants » (loi n° 2018-166 du 8 mars 2018) a mis fin à cette gestion de la Sécurité sociale des étudiants par les mutuelles étudiantes, en les rattachant au régime général.

Tableau E2 – Médiane des frais d'administration par assuré en 2019

	Individuel	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en individuel	Collectif	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en collectif
Ensemble	84 €	217 sur 275	68 €	197 sur 255
Institutions de prévoyance	98 €	12 sur 16	69 €	22 sur 25
Mutuelles	92 €	148 sur 184	73 €	120 sur 162
Sociétés d'assurances	60 €	57 sur 75	41 €	55 sur 68

Lecture : Pour les contrats collectifs des mutuelles, la médiane des frais d'administration par assuré s'élève à 73 €, ce qui signifie que pour la moitié des mutuelles, les frais d'administration par assuré sont inférieurs à 73 € et pour l'autre moitié ils sont supérieurs à 73 €. 120 sur 162 mutuelles exerçant en collectif ont renseigné les effectifs d'assurés permettant ces estimations.

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les effectifs de personnes assurées.

Source : ACPR, états FR1401, FR1404 et FR1303, calculs DREES.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019 et ayant renseigné les nombres de personnes assurées.

Enfin, les **frais de gestion des sinistres** d'un organisme peuvent dépendre du nombre de feuilles de soins qu'il doit traiter, du nombre d'actes de soins inscrits sur ces feuilles et des modalités de présentation au remboursement de ces feuilles de soins, dans un contexte de dématérialisation avancée. Les organismes complémentaires prennent aussi en charge certaines prestations à la périphérie du système de soins (médecines douces, etc.) pour lesquelles ils ne peuvent bénéficier de la dématérialisation par l'assurance maladie et doivent traiter des factures au format papier. Enfin, le traitement des demandes de devis, en dentaire par exemple, est aussi spécifique aux organismes complémentaires et génère des frais de gestion des sinistres.

En individuel, le coût de traitement d'une ligne d'acte par les organismes complémentaires se situe autour de 40 centimes d'euros en médiane (tableau E3), ce qui signifie que la moitié des organismes a un coût de traitement par ligne d'acte inférieur à ce seuil et l'autre moitié un coût supérieur. Ces résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les nombres de lignes d'actes traitées au cours de l'année. En collectif, cette médiane s'élève à 49 centimes d'euros. Ces

⁵ Rapport de septembre 2013 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Cinquième partie : la gestion de l'assurance maladie déléguée à des tiers).

estimations doivent cependant être interprétées avec prudence car 125 organismes sur 275 ont renseigné ces informations en individuel et 114 sur 255 en collectif. Le coût médian pour les contrats individuels est du même ordre de grandeur que celui pour les contrats collectifs, bien que légèrement inférieur, le traitement d'une ligne d'acte n'étant a priori pas différent entre ces deux types de contrats. Les résultats par famille ne peuvent être présentés en tableau 3 en raison d'effectifs trop faibles.

Tableau E3 – Médiane des frais de gestion des sinistres par ligne d'acte en 2019

	Individuel	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en individuel	Collectif	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en collectif
Ensemble	0,40 €	125 sur 275	0,49 €	114 sur 255

Lecture : Pour les contrats collectifs, la médiane des coûts de traitement par ligne d'acte se situe à 0,49 €, ce qui signifie que pour la moitié des organismes, le traitement d'une ligne d'acte coûte moins de 0,49 € et pour l'autre moitié il coûte plus de 0,49 €. 114 sur 255 organismes exerçant en collectif ont renseigné le nombre total de lignes d'actes traités en 2019, permettant d'estimer les frais de gestion des sinistres par ligne d'acte pour les contrats collectifs.

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les nombres de lignes d'actes traitées au cours de l'année.

Source : ACPR, états FR1401, FR1404 et FR1303, calculs DREES.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019 et ayant renseigné les nombres de lignes d'actes

Chapitre 5 - Les excédents en santé se maintiennent en 2019 malgré l'augmentation du marché en collectif, structurellement déficitaire

L'écart de rentabilité se creuse entre contrats individuels et contrats collectifs

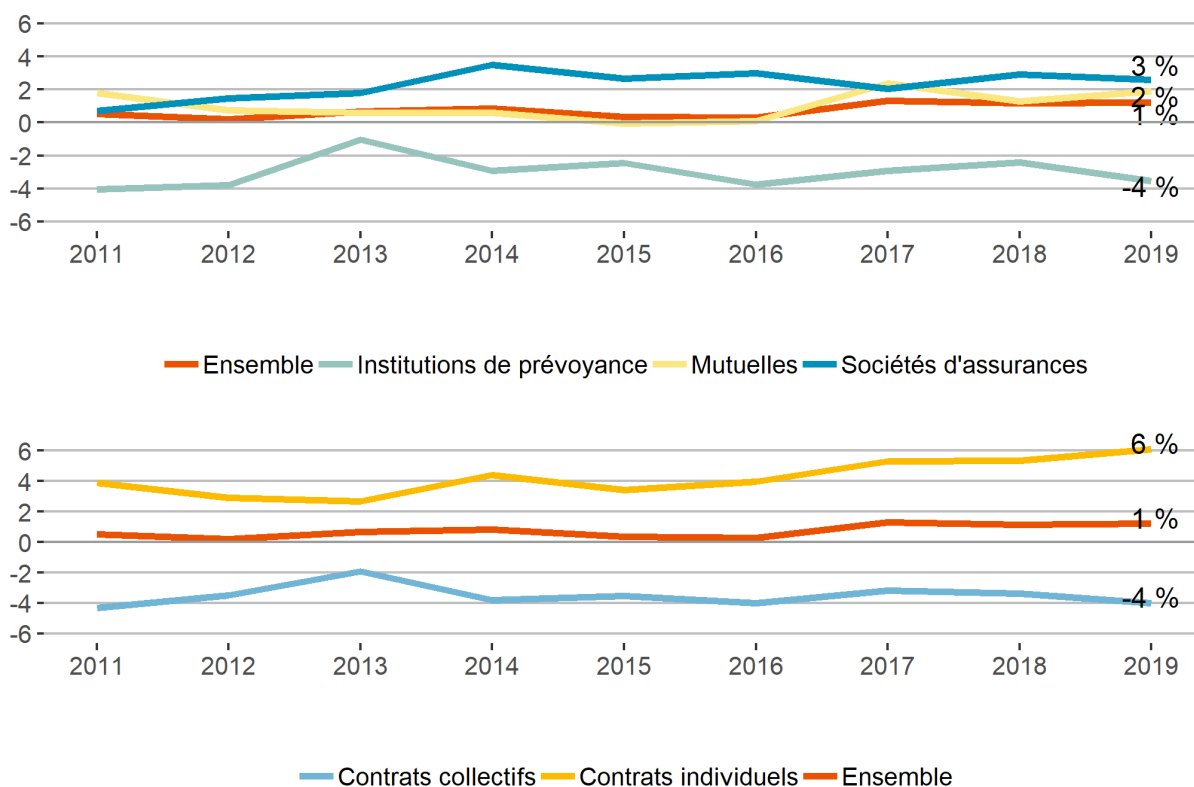
Le résultat technique en santé est au global excédentaire en 2019. Il s'élève à 462,4 millions d'euros, soit 1,2 % des cotisations collectées hors taxe (graphique 5.1, les cotisations considérées sont les primes nettes). En 2018 et 2017, il était également excédentaire (respectivement 1,2 % et 1,3 % des cotisations). À cet égard, les trois dernières années se démarquent par rapport aux années antérieures, où les montants étaient plus faibles: 103,9 millions d'euros en 2016 et 121,5 millions d'euros en 2015.

Depuis 2011, les contrats collectifs sont techniquement en moyenne déficitaires, « ce qui contraint les organismes à compenser ce déficit technique par des produits financiers afin de maintenir leur rentabilité globale » (ACPR, 2016). Toutefois, dans un contexte de taux bas prolongé, cette capacité à compenser le résultat technique par le résultat financier pourrait être remise en cause.

Les contrats collectifs présentent un déficit de l'ordre de 4 % des cotisations tandis qu'à l'inverse, les contrats individuels continuent à dégager en moyenne des excédents de l'ordre de 6 % des cotisations. En 2019, l'écart de rentabilité continue à se creuser entre ces deux types de contrats.

Graphique 5.1 – Résultat technique en santé entre 2011 et 2019

En pourcentage des cotisations collectées



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les mutuelles améliorent leur rentabilité tandis que le déficit des institutions de prévoyance se creuse

En 2019, les institutions de prévoyance sont déficitaires sur leur activité santé (leurs pertes sont de 231,4 millions d'euros, soit l'équivalent de 3,6 % des cotisations collectées hors taxe). Les institutions de prévoyance sont déficitaires depuis plusieurs années en raison de leur spécialisation sur l'activité collective. Si leur déficit technique se réduisait depuis deux ans (il était de 2,4 % en 2018 et de 2,9 % en 2017), l'année 2019 marque de nouveau une augmentation. En revanche, en 2019, leurs déficits en santé sont contrebalancés par des excédents sur d'autres activités d'assurances (chapitre 6).

Les mutuelles sont en excédent en 2019 (357,8 millions d'euros, soit 1,9 % des cotisations). Elles dégagent en 2019 des excédents supérieurs à ceux de 2018.

Enfin, les sociétés d'assurances sont excédentaires en 2019 (336,0 millions d'euros, soit 2,6 % des cotisations), comme c'est le cas depuis plusieurs années.

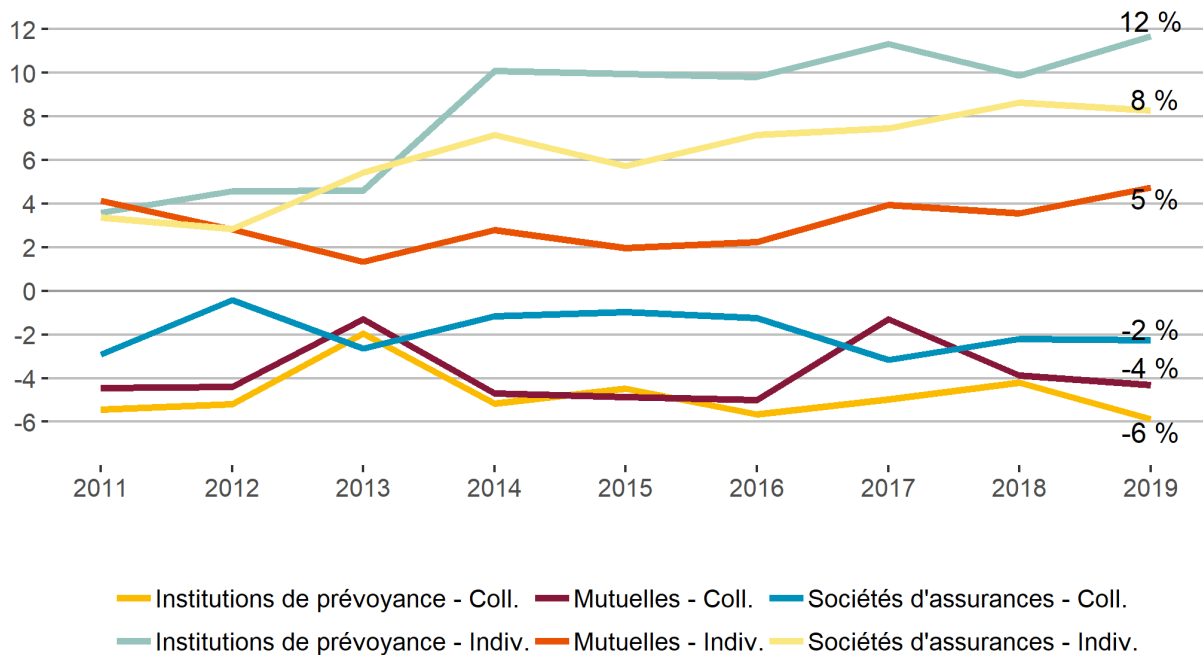
Entre 2011 et 2019, les contrats collectifs des sociétés d'assurances ont été en moyenne déficitaires, mais moins que ceux des mutuelles et des institutions de prévoyance, excepté pour 2013 et 2017 (graphique 5.2). Il semble y avoir un effet de structure des portefeuilles, les sociétés d'assurances vendant relativement plus de contrats haut de gamme, sur lesquels les frais d'acquisition et d'administration sont mieux amortis. À qualité comparable des contrats gérés, les sociétés d'assurances ne semblent pas significativement plus rentables que les mutuelles et les institutions de prévoyance (Leduc A., Montaut A., 2017).

En individuel, les contrats des sociétés d'assurances ont été eux aussi en moyenne plus rentables que ceux des mutuelles (ceux des institutions de prévoyance, peu nombreux et spécifiques, sont difficilement comparables). Cela s'explique par le fait que les sociétés d'assurances sont majoritairement des organismes de grande taille tandis que les mutuelles sont majoritairement de petite taille, les grands organismes ayant tendance à dégager en moyenne un meilleur résultat technique en individuel que les petits. À taille d'organisme comparable, une société d'assurances ne semble pas significativement plus rentable sur son activité santé individuelle qu'une mutuelle ou une institution de prévoyance (Leduc A., Montaut A., 2017).

Enfin, il faut noter que les compagnies d'assurances sont des sociétés d'assurances à but lucratif qui appartiennent à leurs actionnaires, tandis que les sociétés d'assurances mutuelles, les mutuelles et les institutions de prévoyance, à but non lucratif, doivent réinvestir leurs excédents dans l'organisme au bénéfice des adhérents.

Graphique 5.2 – Résultat technique en santé selon le type d'organisme et de contrats

En % des cotisations collectées



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Tableau 5.3 – Compte de résultat technique en santé en 2019

Sociétés d'assurances	Individuel (millions euros)	Collectif (millions euros)	Total (millions euros)	Individuel (% des cotis.)	Collectif (% des cotis.)	Total (% des cotis.)	Évolution 2019 en %	Contributions à l'évolution
Produits	5 965	7 067	13 032	100	101	100	5,8	
Cotisations collectées	5 970	7 005	12 975	100	100	100		5,77
Autres produits	-5	61	57	0	1	0		0,05
Charges	5 471	7 225	12 696	92	103	98	6,2	
Prestations	3 934	5 794	9 728	66	83	75		4,34
Frais de gestion des sinistres	213	389	601	4	6	5		0,51
Frais d'acquisition	858	635	1 492	14	9	12		0,30
Frais d'administration	399	413	812	7	6	6		0,76
Autres charges	68	-5	63	1	0	0		0,24
Résultat technique	494	-158	336	8	-2	3		
Institutions de prévoyance	Individuel (millions euros)	Collectif (millions euros)	Total (millions euros)	Individuel (% des cotis.)	Collectif (% des cotis.)	Total (% des cotis.)	Évolution 2019 en %	Contributions à l'évolution
Produits	861	5 684	6 545	100	101	101	-1,1	
Cotisations collectées	858	5 653	6 511	100	100	100		-1,04
Autres produits	3	31	34	0	1	1		-0,01
Charges	761	6 016	6 776	89	106	104	0,1	
Prestations	697	5 084	5 782	81	90	89		2,72
Frais de gestion des sinistres	26	245	271	3	4	4		-0,35
Frais d'acquisition	35	285	320	4	5	5		0,25
Frais d'administration	-9	445	437	-1	8	7		-0,18
Autres charges	11	-43	-32	1	-1	0		-2,38
Résultat technique	100	-332	-231	12	-6	-4		
Mutuelles	Individuel (millions euros)	Collectif (millions euros)	Total (millions euros)	Individuel (% des cotis.)	Collectif (% des cotis.)	Total (% des cotis.)	Évolution 2019 en %	Contributions à l'évolution
Produits	12 971	5 909	18 880	100	100	100	0,4	
Cotisations collectées	12 942	5 882	18 825	100	100	100		0,44
Autres produits	29	26	55	0	0	0		0,01
Charges	12 360	6 162	18 522	95	105	98	-0,2	
Prestations	9 618	5 165	14 783	74	88	79		-0,01
Frais de gestion des sinistres	522	250	772	4	4	4		-0,08
Frais d'acquisition	846	337	1 182	7	6	6		0,16
Frais d'administration	1 297	398	1 695	10	7	9		-0,36
Autres charges	77	12	89	1	0	0		0,09
Résultat technique	612	-254	358	5	-4	2		

Chapitre 5 - Les excédents en santé se maintiennent en 2019 malgré l'augmentation du marché en collectif, structurellement déficitaire

Ensemble des organismes	Individuel (millions euros)	Collectif (millions euros)	Total (millions euros)	Individuel (% des cotis.)	Collectif (% des cotis.)	Total (% des cotis.)	Évolution 2019 en %	Contributions à l'évolution
Produits	19 797	18 660	38 457	100	101	100	1,9	
Cotisations collectées	19 770	18 541	38 310	100	100	100		1,92
Autres produits	28	119	146	0	1	0		0,02
Charges	18 591	19 403	37 994	94	105	99	1,9	
Prestations	14 249	16 044	30 293	72	87	79		1,88
Frais de gestion des sinistres	761	884	1 644	4	5	4		0,06
Frais d'acquisition	1 738	1 256	2 994	9	7	8		0,22
Frais d'administration	1 688	1 256	2 943	9	7	8		0,04
Autres charges	156	-36	120	1	0	0		-0,31
Résultat technique	1 206	-743	462	6	-4	1		

Note : Cotisations hors taxe. Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations non acquises, subventions d'exploitation. Frais d'administration et autres charges techniques nets des autres produits techniques. Autres charges = participation aux excédents, charges de réassurance nettes des produits de réassurance. Un compte de résultat technique pour les années 2018 et 2019 est présenté en annexe 2. En raison d'une date de gel des données plus tardive dans ce rapport que dans le rapport annuel de l'ACPR, les données présentées peuvent différer de celles présentées par l'ACPR (en raison de transmissions de nouveaux organismes ou de corrections apportées par les organismes dans leurs données).

Lecture : En 2019, le résultat technique en santé des sociétés d'assurances s'élève à 336 millions d'euros, dont 494 millions au titre des contrats individuels et -158 millions au titre des contrats collectifs. Ce résultat technique représente 2,6 % des cotisations santé collectées en 2019. Entre 2018 et 2019, les charges des sociétés d'assurances ont globalement augmenté de 6,2 %. Les prestations versées ont contribué pour 4,3 point de pourcentage à cette hausse des charges.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

Source : ACPR, calculs DREES.

Chapitre 6 - Des organismes solvables

Les excédents ou déficits d'un organisme sur son activité d'assurance santé peuvent être compensés par les résultats de ses autres activités d'assurance et les résultats de placements financiers. La situation financière des organismes pour une année donnée s'évalue donc à partir du résultat net total, qui reflète l'intégralité de leur activité, qu'elle soit assurantielle (résultats techniques, en santé mais aussi sur tous les autres risques Vie ou Non vie : retraite, décès, automobile, etc.), ou non assurantielle (résultat non-technique : produits financiers et charges issus des placements des fonds propres, produits et charges exceptionnels, action sociale, impôt sur les sociétés, participation des salariés, etc.).

Un résultat net proche de l'équilibre pour les institutions de prévoyance et positif pour les mutuelles et les sociétés d'assurances en 2019

Les mutuelles et les sociétés d'assurances pratiquant une activité santé dégagent au global un résultat net positif en 2019. Les institutions de prévoyance sont proches de l'équilibre, améliorant ainsi leur résultat par rapport à 2018 (tableau 6.1).

Tableau 6.1 – Résultat technique et résultat net total des organismes actifs en santé en 2019

En millions d'euros

	Résultat technique	dont			Résultat non technique	Résultat net
		Santé	Autre Non vie	Vie		
Sociétés d'assurances	8 532	336	1 811	6 386	-1 836	6 696
Institutions de prévoyance	-59	-231	-48	221	37	-21
Mutuelles	277	358	-79	-2	-63	214
Ensemble des organismes	8 751	462	1 683	6 605	-1 862	6 888

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

Source : ACPR, calculs DREES.

Rapportés à l'ensemble des cotisations, ce sont les sociétés d'assurances qui dégagent le plus d'excédents en 2019 (4,0 % du total des cotisations collectées toutes activités d'assurances confondues, tableau 6.2). Ces excédents s'expliquent surtout par leurs autres activités d'assurances, notamment les activités « Vie » (assurance vie, retraite et décès). Les excédents dégagés par les sociétés d'assurances sont moins élevés en 2019 qu'en 2018 (4,0 % contre 5,0 %).

Tableau 6.2 – Évolution du résultat net total de 2018 à 2019 et mouvements de champ*Exprimé en pourcentage de l'ensemble des cotisations acquises*

	Résultat net rapporté aux primes		Variation 2018-2019	Dont contributions		
	2018	2019		Pérennes	Entrées	Sorties
Sociétés d'assurances	5,0 %	4,0 %	-1,0	-1,0	0,0	0,0
Institutions de prévoyance	-2,0 %	-0,1 %	1,8	1,8	0,0	0,0
Mutuelles	1,5 %	1,0 %	-0,5	-0,5	0,0	0,0
Ensemble des organismes	4,1 %	3,4 %	-0,7	-0,7	0,0	0,0

Note : Cotisations acquises = cotisations collectées + variations des provisions pour cotisations non acquises.

Lecture : En 2019, pour les sociétés d'assurances, le résultat net représente 4,0 % des cotisations, contre 5,0 % l'année précédente. Cette variation (de -1,0 point de pourcentage) s'explique principalement par l'évolution du résultat net des sociétés présentes les deux années (dites « pérennes » et qui contribuent pour -1,0 point de pourcentage à cette variation). La contribution des organismes qui ont commencé à exercer une activité en santé (entrées de champ) ou terminé d'exercer (sorties de champ) est marginale.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Pour les mutuelles, l'activité « santé », qui constitue leur activité principale est excédentaire en 2019. Le résultat net dégagé par les mutuelles représente 1,0 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2019, en baisse par rapport à celui réalisé en 2018 (1,5 %).

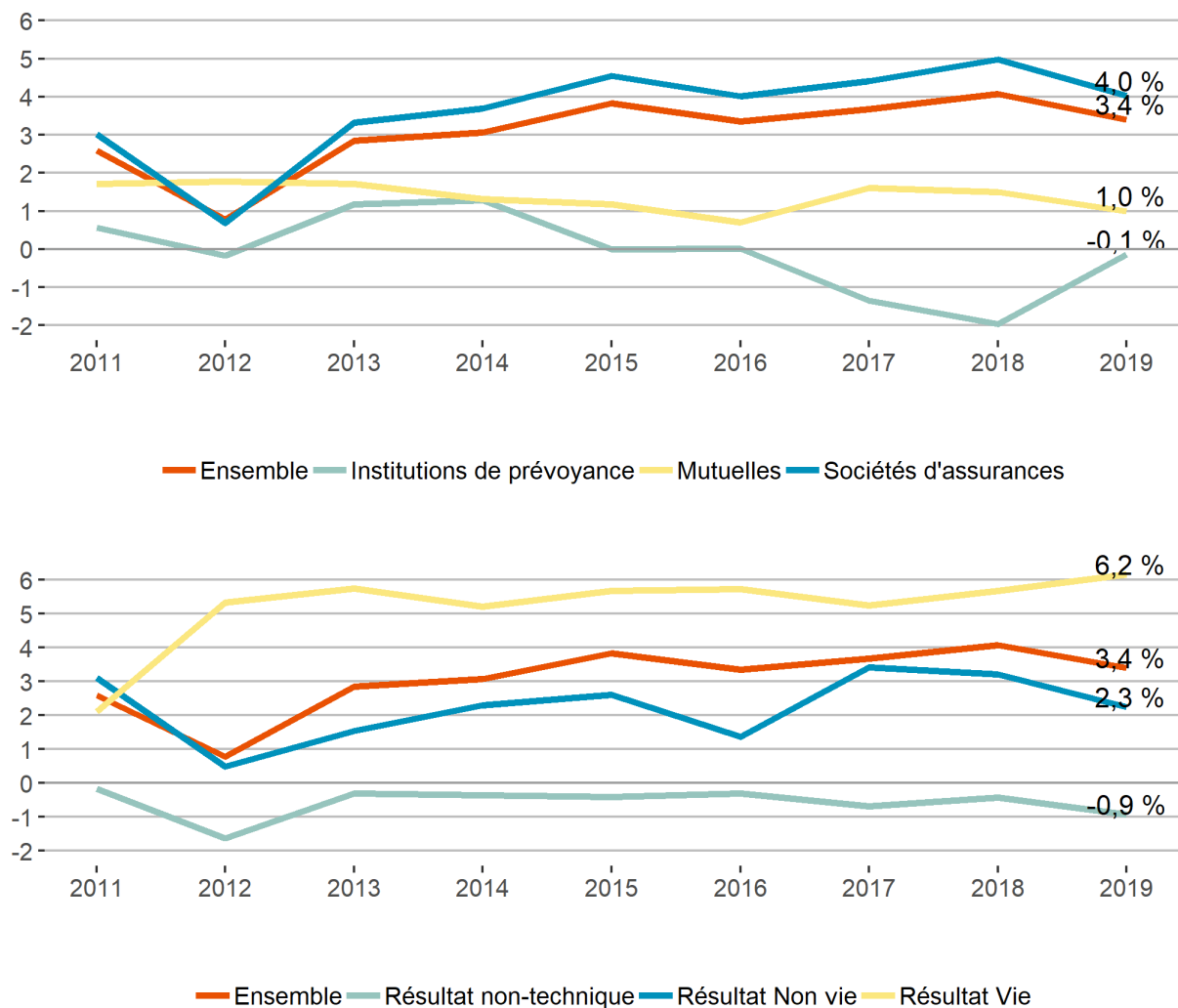
Pour les institutions de prévoyance, les déficits des activités « santé » et « autre Non vie » sont contrebalancés par les excédents réalisés dans les activités « Vie » et non technique en 2019. Les institutions de prévoyance sont donc proches de l'équilibre cette année (-0,1 % des cotisations) contrairement à l'année passée.

Au total, les organismes du secteur de l'assurance santé dégagent des excédents en 2019 sur l'ensemble de leur activité (en moyenne 3,4 % de l'ensemble des cotisations collectées). Depuis 2011, les différentes catégories d'organismes du secteur de la complémentaire santé ont généralement été excédentaires ou à l'équilibre sur l'ensemble de leur activité (graphique 6.3). Seule l'année 2012 a été un peu moins favorable pour les sociétés d'assurances ainsi que les années 2017 et 2018 pour les institutions de prévoyance.

Les excédents ont souvent été portés par les activités d'assurance Vie et dans une moindre mesure Non vie, tandis que les activités non techniques ont plutôt tiré à la baisse le résultat net global chaque année. Un compte de résultat 2019 technique et non technique plus détaillé par type d'organisme est également présenté au tableau 6.4.

Graphique 6.3 – Résultat net (toutes activités confondues) entre 2011 et 2019

En % des cotisations acquises



Note : Cotisations acquises = cotisations collectées + variations des provisions pour cotisations non acquises.

Lecture : En 2019, les organismes ont dégagé des excédents représentant 3,4 % de l'ensemble des cotisations. Les excédents des activités « Vie » représentent 6,2 % des cotisations « Vie », les excédents des activités Non vie représentent 2,3 % des cotisations « Non vie » et enfin l'activité non-technique accuse un déficit égal à -0,9 % de l'ensemble des cotisations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Tableau 6.4 – Comptes de résultat détaillés en 2019 des organismes exerçant en santé*En millions d'euros*

Sociétés d'assurances	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	103 316	63 129	12 939	166 446
Prestations** (-)	147 146	48 426	10 344	195 573
Produits financiers	60 889	2 523	93	63 411
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	11 113	14 535	2 304	25 648
Solde réassurance (-)	-440	544	47	104
Résultat technique	6 386	2 146	336	8 532
Produits financiers du résultat non-technique				1 655
Autres éléments non techniques				-3 491
Résultat net				6 696
Institutions de prévoyance	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	2 941	11 510	6 510	14 451
Prestations** (-)	2 788	10 913	6 056	13 701
Produits financiers	409	357	35	766
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	262	1 365	756	1 627
Solde réassurance (-)	79	-132	-36	-52
Résultat technique	221	-280	-231	-59
Produits financiers du résultat non-technique				241
Autres éléments non techniques				-204
Résultat net				-21
Mutuelles	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	853	20 709	18 811	21 562
Prestations** (-)	685	17 359	15 619	18 044
Produits financiers	42	141	58	183
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	196	3 142	2 867	3 338
Solde réassurance (-)	16	70	26	86
Résultat technique	-2	279	358	277
Produits financiers du résultat non-technique				347
Autres éléments non techniques				-410
Résultat net				214

Ensemble des organismes	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	107 111	95 348	38 260	202 459
Prestations** (-)	150 620	76 698	32 020	227 318
Produits financiers	61 340	3 021	186	64 360
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	11 570	19 043	5 927	30 613
Solde réassurance (-)	-344	482	37	138
Résultat technique	6 605	2 146	462	8 751
Produits financiers du résultat non-technique				2 243
Autres éléments non techniques				-4 105
Résultat net				6 888

* : primes acquises = primes collectées hors taxe + variations de provisions pour primes non acquises.

** : prestations y compris frais de gestion des sinistres.

*** : frais d'acquisition, d'administration et autres charges nets des autres produits et subventions.

Note : Ce tableau étant établi à partir des comptes publics des organismes dont le niveau de détail est moindre que celui utilisé pour étudier la partie « Santé », les regroupements de produits et de charges présentés en ligne dans ce tableau diffèrent légèrement des concepts plus fins utilisés dans les précédents chapitres de ce rapport. Notamment, ici, les prestations incluent les frais de gestion des sinistres.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

Source : ACPR, calculs DREES.

Le résultat net comptable mesure la performance de l'activité pour une année donnée. Pour juger de la solidité financière des organismes sur la durée, c'est le bilan, qui mesure la richesse et les engagements, qui doit être étudié. La solidité des organismes s'évalue aussi à partir des fonds propres dont ils disposent. Les fonds propres sont des ressources qui appartiennent aux propriétaires ou sociétaires d'un organisme. Inscrits au passif du bilan, ils sont constitués du capital apporté à la création de celle-ci et du cumul des éventuels excédents ou pertes mis en réserve au fil des années. Les fonds propres constituent un matelas de sécurité en cas de pertes imprévues.

La solidité financière ne porte donc pas uniquement sur un risque spécifique, comme le risque santé. Elle s'évalue à partir de l'ensemble de l'activité d'un organisme, à partir de son bilan et du niveau de ses fonds propres. Les différences entre organismes s'expliquent donc aussi, en partie, par les risques qu'ils couvrent et par leur éventuelle spécialisation sur certains de ces risques, en particulier par la spécialisation des organismes en « Vie » ou en « Non vie ».

Des différences de structure de bilan entre organismes principalement liées à leur spécialisation « Vie » ou « Non vie »

Dans le bilan, l'actif représente ce que l'organisme d'assurance possède, et le passif la façon dont cet actif est financé (fonds propres, provisions techniques, etc.). Par construction, un bilan est équilibré : la valeur des actifs est égale à la valeur du passif. En raison de la nature des activités, ce sont les organismes « Vie » qui possèdent les bilans les plus importants, 1 604,6 milliards d'euros soit 10,4 fois plus que leur chiffre d'affaires global (tableau 6.5). À titre de comparaison, les organismes « Non vie » présentent un bilan 3 fois plus élevé que leur chiffre d'affaires global. La hiérarchie entre les trois familles d'organismes en matière de bilans s'explique donc avant tout par l'importance de leur activité Vie.

Tableau 6.5 – Bilan des organismes exerçant une activité santé en 2019*En milliards d'euros*

	Ensemble des organismes	dont			dont.	
		Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Organismes Vie	Organismes Non vie
Total chiffre d'affaires	202,5	166,4	14,5	21,6	154,7	47,8
Fonds propres	102,6	74,9	12,1	15,5	74,4	28,2
Provisions d'assurance vie	1 207,5	1 191,2	14,8	1,5	1 207,5	0,0
Autres provisions techniques	228,3	192,2	27,1	8,9	134,3	94,0
Autres passifs	208,5	193,9	7,9	6,7	188,4	20,2
Total passif	1 747,0	1 652,3	62,0	32,6	1 604,6	142,4
Provisions techniques réassurées	71,1	57,8	11,0	2,3	50,8	20,3
Placements	1 567,4	1 501,2	42,4	23,7	1 470,0	97,4
Autres actifs	108,5	93,3	8,6	6,6	83,8	24,7
Total actif	1 747,0	1 652,3	62,0	32,6	1 604,6	142,4
Bilan comptable	1 747,0	1 652,3	62,0	32,6	1 604,6	142,4
Plus-values latentes	176,9	168,1	6,2	2,6	162,1	14,7
Bilan en valeur de marché	1 923,8	1 820,4	68,3	35,2	1 766,7	157,1

Note : Le total du chiffre d'affaires correspond aux cotisations collectées pour l'ensemble de l'activité. Le bilan en valeur de marché correspond au total du bilan comptable et des plus-values latentes. La valeur de l'actif correspond à celle du passif.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe TSA) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les provisions sont les engagements de l'organisme assureur envers les assurés (évaluation du coût futur des prestations à verser à ces derniers), inscrites au passif. En assurance Non vie et Vie, les provisions sont nommées « provisions techniques ». En assurance Non Vie, elles représentent essentiellement la valeur estimée des sinistres que l'organisme assureur s'est engagé à payer et les frais de gestion de ces sinistres. En assurance Vie, les provisions sont principalement constituées des « provisions d'assurance Vie » ou « provisions mathématiques ». Une partie de l'assurance Vie se rapproche d'une activité de gestion d'épargne : les organismes assureurs font fructifier le capital accumulé au fil des cotisations versées pour le compte des assurés, sans qu'il y ait à proprement parler de sinistre déclencheur (l'assuré rachète fréquemment son contrat au bout de quelques années afin d'en récupérer le capital fructifié). Une autre partie de l'assurance Vie correspond davantage à la gestion d'un risque : l'assuré paie des cotisations et la survenance du risque (départ à la retraite, décès, etc.) déclenche le versement d'un capital ou d'une rente à l'assuré ou à ses ayants-droits. Pour l'assurance vie par exemple, le rôle de l'organisme assureur est donc, à partir de tables de mortalité notamment, de bien estimer la durée de vie des assurés afin qu'il y ait adéquation entre les cotisations collectées et le capital ou les rentes promises.

Les organismes « Vie » provisionnent le plus : leurs provisions (techniques et d'assurance Vie) représentent 8,7 fois le montant de l'ensemble des cotisations collectées par ces organismes en 2019 (tableau 6.5) ; il s'agit majoritairement de provisions d'assurance Vie. Les organismes Non vie provisionnent quant à eux 2 fois le montant de leurs cotisations annuelles. Enfin, les mutuelles se démarquent, ne provisionnant qu'un montant équivalent à 48 % de leurs cotisations. La singularité des mutuelles s'explique notamment par leur spécialisation dans l'activité Santé dont « le règlement rapide

des prestations n'impose pas la détention de placements importants » (ACPR, 2010). Les provisions techniques (provisions d'assurance Vie et autres provisions techniques) représentent donc 32 % du passif pour les mutuelles (graphique 6.6), contre 84 % pour les sociétés d'assurances et 68 % pour les institutions de prévoyance, qui assurent davantage de risques longs.

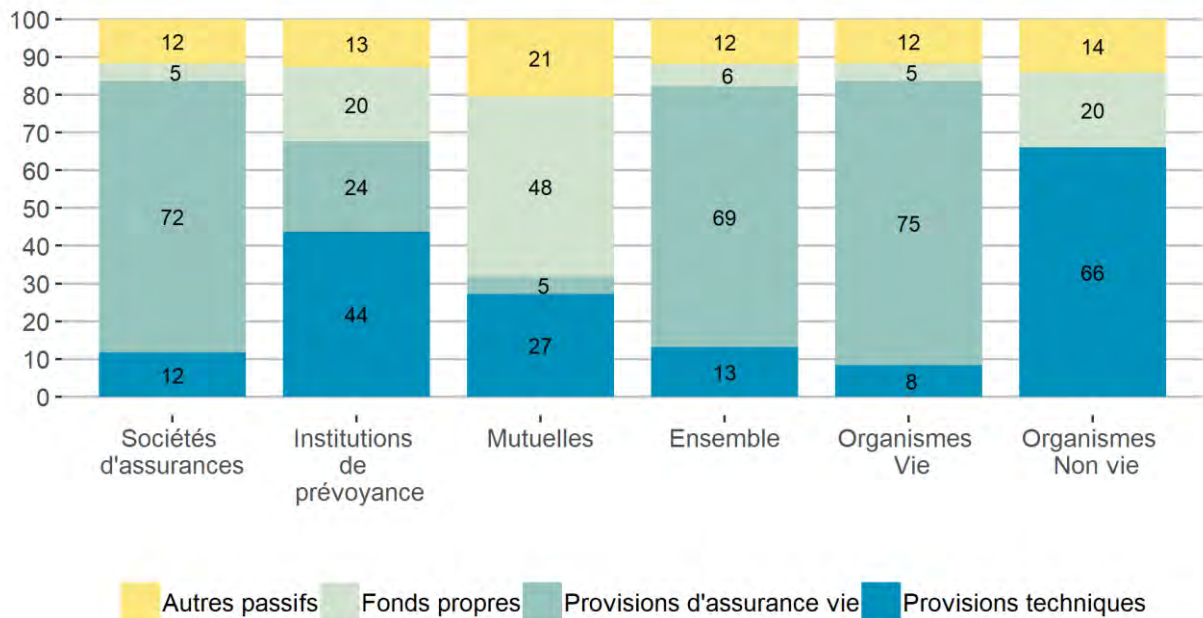
Les fonds propres sont des « ressources financières pouvant servir de tampon face aux aléas et absorber d'éventuelles pertes financières » (Dreyfuss M.-L., 2013). Ils sont principalement constitués du capital apporté à la création de l'entreprise, ainsi que d'une partie des excédents mis en réserve certaines années. Au regard des cotisations collectées, les sociétés d'assurances disposent d'un peu moins de fonds propres que les autres catégories d'organismes : les fonds propres équivalent à 45 % des cotisations collectées annuellement pour les sociétés d'assurances alors qu'ils représentent 72 % des cotisations pour les mutuelles et 84 % des cotisations pour les institutions de prévoyance (tableau 6.5). Ces fonds propres représentent ainsi 5 % du passif des sociétés d'assurances, contre 20 % du passif des institutions de prévoyance et 48 % du passif des mutuelles (graphique 6.6).

Les provisions doivent être garanties par des actifs pouvant être liquidés afin de payer les prestations. Les cotisations perçues par les organismes avant la matérialisation du risque et le paiement des prestations peuvent en effet être investies afin de les faire fructifier (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et dépôts, etc.) et de générer des produits financiers. La réglementation impose que ces investissements soient de bonne qualité car les assurés doivent être confiants dans le fait que les organismes pourront être capables d'honorer à tout moment leurs engagements, c'est-à-dire de payer les prestations. En effet, une spécificité du secteur de l'assurance réside dans le fait que les cotisations sont collectées avant la matérialisation du risque, i.e. l'organisme assureur encaisse avant d'avoir à supporter les coûts du service qu'il vend. Les fonds propres des organismes peuvent également être placés afin de les faire fructifier.

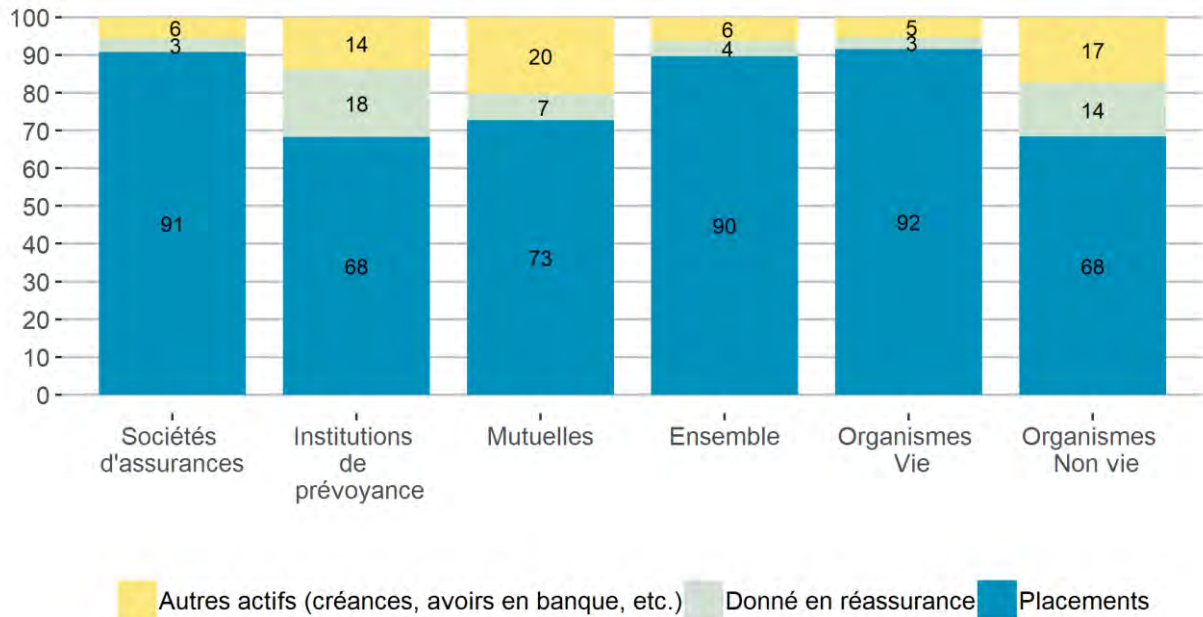
En 2019, 90 % des ressources à l'actif sont placées (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et de dépôts). De plus, 4 % des ressources sont données en réassurance et le reste (6 %) représente des avoirs en banque, d'autres créances, des intérêts acquis non échus, etc. Enfin, les placements peuvent générer des plus-values latentes (plus-value ou moins-value qui aurait été réalisée par l'organisme assureur s'il avait revendu ses actifs à leur valeur de marché l'année considérée, soit ici en 2019). Les plus-values latentes viendraient augmenter le bilan comptable des organismes de 10 % en moyenne (graphique 6.7). L'année 2019 marque une hausse par rapport aux deux années précédentes.

Graphique 6.6 – Structures du passif et de l'actif des organismes actifs en santé en 2019

Structure du passif exprimée en % du total



Structure de l'actif exprimée en % du total



Lecture : Par définition comptable, le bilan est égal au passif et à l'actif. Les fonds propres représentent 5 % du passif des sociétés d'assurances et les placements représentent 91 % de leur actif.

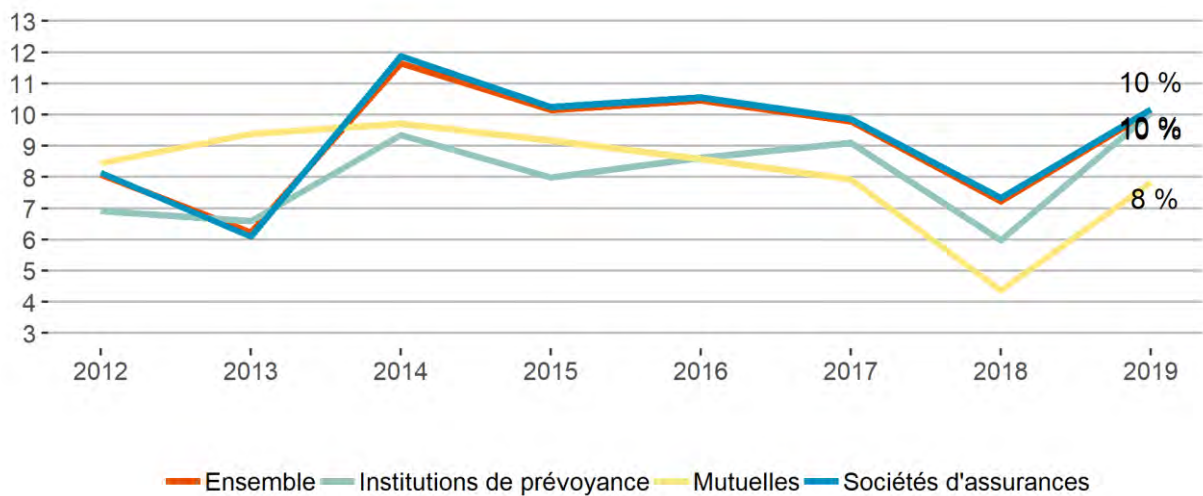
Note : Dans la structure du passif, les provisions techniques désignent les provisions techniques brutes moins les provisions d'assurance vie.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.7 – Plus-values latentes par catégorie d'organismes exerçant une activité santé

En % du bilan comptable



Note : En raison de la prépondérance des sociétés d'assurances dans les plus-values latentes, les courbes « Ensemble » et « Sociétés d'assurances » sont quasiment confondues.

Lecture : La prise en compte des plus-values latentes augmenterait le bilan comptable des mutuelles de 8 % en 2019.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Un bilan comptable global en hausse

Le bilan comptable (hors plus-values latentes) des organismes a augmenté de 5,4 % entre 2018 et 2019 (tableau 6.8). Le bilan des sociétés d'assurances a augmenté de 5,7 % entre 2018 et 2019. Cette hausse s'explique d'une part par la hausse du bilan des sociétés présentes les deux années (dites « pérennes ») mais aussi par l'entrée sur le marché de l'assurance santé de nouvelles sociétés d'assurances qui n'exerçaient pas cette activité jusqu'alors. Le bilan des mutuelles a également augmenté entre 2018 et 2019. En revanche, le bilan des institutions de prévoyance est en baisse.

Tableau 6.8 – Évolution du bilan total entre 2018 et 2019 des organismes actifs en santé

Total du bilan	Croissance du bilan (en %)	dont contribution			Croissance du bilan des organismes pérennes (en %)
		Pérennes	Entrées	Sorties	
Sociétés d'assurances	5,7	5,5	0,3	-0,1	5,5
Institutions de prévoyance	-1,0	-1,0	0,0	0,0	-1,0
Mutuelles	3,8	4,3	0,0	-0,5	4,3
Ensemble	5,4	5,2	0,3	-0,1	5,2

Lecture : Le total du bilan des sociétés d'assurances exerçant une activité santé a augmenté de 5,7 % entre 2018 et 2019. Cette hausse peut se décomposer en trois facteurs : le bilan des sociétés d'assurances présentes les deux années (dites « pérennes ») a augmenté de 5,5 %, contribuant donc à hauteur de 5,5 points de pourcentage à la hausse du secteur. L'entrée de nouvelles sociétés d'assurances sur le marché de l'assurance santé contribue aussi à la croissance du bilan total, à hauteur de 0,3 point de pourcentage. Enfin, la sortie du marché de l'assurance santé en 2019 de certaines sociétés d'assurances a contribué de -0,1 point.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les règles prudentielles du régime Solvabilité 2 sont respectées par les organismes

Pour protéger les intérêts des assurés, le contrôle prudentiel impose aux organismes de respecter certaines règles, nommées « règles prudentielles ». Depuis le 1^{er} janvier 2016, c'est le régime « Solvabilité 2 » qui s'applique à la grande majorité des organismes d'assurance, même si certains, de très petite taille, restent soumis à l'ancien régime « Solvabilité 1 » (encadré 8).

Dans le cadre du régime Solvabilité 2, les règles prudentielles imposent aux organismes de disposer de suffisamment de fonds propres, afin de faire face aux différents types de risques auxquels ils sont exposés : risque de défaut ou de contrepartie (faillite d'une entreprise dont l'organisme possède des obligations ou actions, du réassureur, ou d'autres contreparties auxquelles l'assureur est exposé), risque de marché (par exemple si les actions détenues perdent de leur valeur), risque de concentration (trop d'actifs du même émetteur, État ou entreprise, dans le portefeuille de l'organisme, ce qui l'expose fortement à la faillite de ce seul émetteur), risque de liquidité, risque de longévité et d'espérance de vie (lorsque les assurés vivent plus longtemps que prévu), risque de souscription (lorsque les assurés ayant souscrit le contrat d'assurance n'ont pas les caractéristiques auxquelles l'organisme s'attendait), risque opérationnel (conséquences de défaillances ou de négligences au sein de l'organisme, de fraudes de la part des assurés), etc.

Deux indicateurs permettent de quantifier la résilience d'un organisme à ces risques et le minimum de fonds propres nécessaires pour maintenir la probabilité de faillite sous un seuil acceptable : le Minimum de Capital Requis (*Minimum Capital Requirement*, MCR) et le Capital de Solvabilité Requis (*Solvability Capital Requirement*, SCR). Le MCR correspond au minimum de fonds propres nécessaires à un organisme pour exercer, en deçà duquel les autorités prudentielles interviennent et peuvent lui retirer l'agrément. Le SCR, en général supérieur au MCR, correspond au montant de fonds propres dont un organisme d'assurances a besoin pour limiter la probabilité de faillite à 0,5 % sur un an. C'est donc le montant de fonds propres qui permet d'exercer une activité d'assurance dans la durée. La couverture du MCR et du SCR est jugée respectée lorsque les ratios de fonds propres sur MCR et sur SCR dépassent la valeur de 100 %.

De plus, les fonds propres que les organismes peuvent mobiliser pour couvrir ces deux seuils (MCR et SCR) n'offrent pas tous la même qualité et la même sécurité et doivent être classés en trois niveaux : les fonds propres de niveau 1 sont ceux de la meilleure qualité (immédiatement mobilisables, ils correspondent majoritairement aux capitaux propres comptables) tandis que ceux de niveau 3 sont ceux

de la moins bonne qualité (correspondent principalement à des titres de dettes non-prioritaire en cas de défaut de l'organisme assureur)⁶.

Parmi les organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé, ce sont les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus largement le SCR (leurs fonds propres représentent 275 % du SCR en 2019, tableau 6.9), devant les sociétés d'assurance (253 %) et les institutions de prévoyance (243 %). Les trois familles d'organismes respectent de plus en moyenne largement les contraintes imposées sur la qualité des fonds propres admissibles. Les mutuelles se distinguent à nouveau, avec un SCR couvert à 99 % par des fonds de la meilleure qualité (niveau 1), contre 94 % pour les institutions de prévoyance et 90 % pour les sociétés d'assurances.

Tableau 6.9 – Couverture moyenne du SCR en 2019 et qualité des fonds propres

	Couverture SCR en %	par des fonds propres de		
		Niveau 1 en %	Niveau 2 en %	Niveau 3 en %
Ensemble des organismes	254	91	8	1
Mutuelles	275	99	1	0
Institutions de prévoyance	243	94	5	1
Sociétés d'assurances	253	90	9	1

Lecture : En 2019, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne 275 % du capital de solvabilité requis (SCR) et sont composés à 99 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

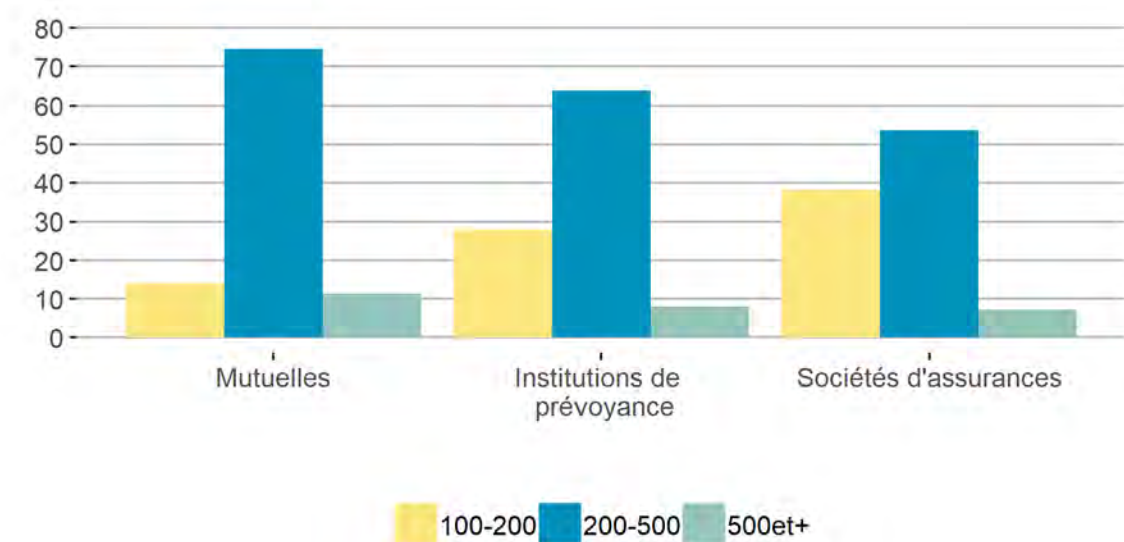
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

⁶ Le MCR doit être couvert par au moins 80 % de fonds propres de niveau 1 et les fonds propres de niveau 3 ne sont pas autorisés. Le SCR, quant à lui, doit être couvert par au moins un tiers de fonds propres de niveau 1 et au plus un tiers de fonds propres de niveau 3.

Graphique 6.10 – Dispersion de la couverture du SCR en 2019

Proportion d'organismes dans chaque catégorie de couverture par type d'organisme



Lecture : En 2019, pour 14 % des mutuelles les fonds propres couvrent entre 100 et 200 % du SCR.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Tableau 6.11 – Couverture moyenne du MCR en 2019 et qualité des fonds propres

	Couverture MCR en %	par des fonds propres de	
		Niveau 1 en %	Niveau 2 en %
Ensemble des organismes	578	98	2
Mutuelles	990	100	0
Institutions de prévoyance	722	98	2
Sociétés d'assurances	542	98	2

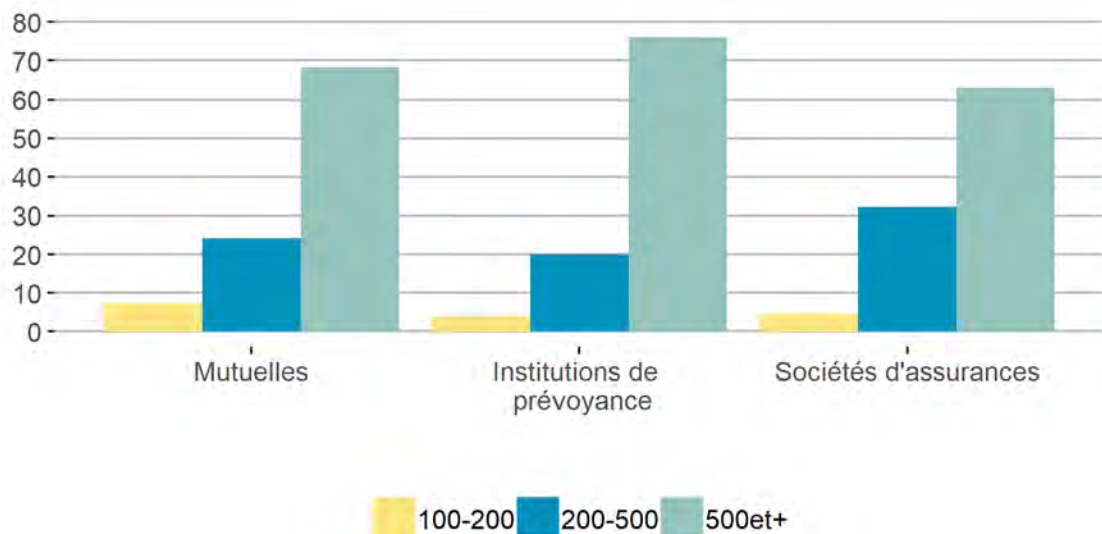
Lecture : En 2019, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne 990 % du minimum de capital requis (MCR) et sont composés à 100 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.12 – Dispersion de la couverture du MCR en 2019

Proportion d'organismes dans chaque catégorie de couverture par type d'organisme



Lecture : En 2019, pour 7 % des mutuelles les fonds propres couvrent entre 100 et 200 % du MCR.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

La très grande majorité des organismes couvrent à plus de 200 % le SCR. Les sociétés d'assurances se distinguent par une plus forte proportion d'organismes couvrant entre 100 % et 200 % le SCR (graphique 6.10). Enfin, aucun organisme ne couvrait insuffisamment le SCR en 2019 (ratio inférieur à 100 %).

Parmi les organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé, ce sont à nouveau les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus largement le MCR (leurs fonds propres représentent 990 % du MCR en 2019, tableau 6.11), devant les institutions de prévoyance (722 %) et les sociétés d'assurances (542 %). Les trois familles d'organismes respectent de plus en moyenne largement les contraintes imposées sur la qualité des fonds propres admissibles. Le MCR des mutuelles est couvert à 100 % par des fonds propres de niveau 1, celui des institutions de prévoyance l'est à 98 % et celui des sociétés d'assurances à 98 % également. La très grande majorité des organismes couvrent à plus de 500 % le MCR (graphique 6.12). La proportion d'organismes couvrant entre 100 % et 200 % le MCR est très faible (graphique 6.10). Enfin, aucun organisme ne couvrait insuffisamment le MCR en 2019. Si ces deux ratios prudentiels que sont le SCR et le MCR sont particulièrement suivis en raison de leur caractère synthétique, ils ne résument toutefois pas la totalité de l'information disponible, le contrôle prudentiel pouvant alors s'appuyer sur d'autres indicateurs.

Encadré 8

Quid des organismes encore soumis au régime Solvabilité 1 ?

Dans le cadre de Solvabilité 1, les organismes doivent disposer :

- de suffisamment de provisions pour couvrir leurs engagements et d'actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés, en regard de ces provisions ;
- et d'un montant minimal de fonds propres pour pouvoir faire face à des pertes imprévues.

Deux ratios permettent de vérifier que les organismes respectent ces règles : le ratio de couverture des engagements réglementés et le ratio de couverture de la marge de solvabilité. Ces ratios sont jugés respectés lorsqu'ils sont supérieurs à 100 %.

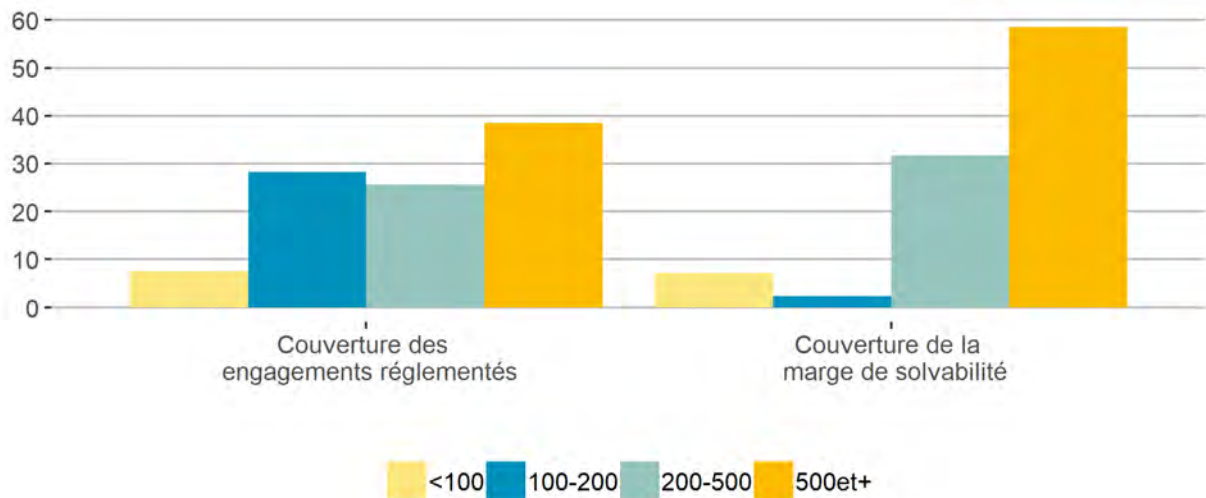
Les engagements réglementés correspondent aux provisions techniques et aux autres dettes qui seraient prioritaires sur ces provisions techniques en cas de faillite (hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales). Ces engagements réglementés doivent être couverts par une liste d'actifs admissibles, suffisamment sûrs, liquides, diversifiés et rentables (obligations d'état, actions d'entreprises, placements immobiliers, prêts et dépôts) pouvant être liquidés pour payer les prestations. La marge minimale de solvabilité est calculée proportionnellement à l'activité de chaque organisme. Cette marge doit être couverte par suffisamment de fonds propres, augmentés des plus ou moins-values latentes sur les actifs, pouvant être mobilisés en cas de difficulté (voir les rapports des années précédentes pour en savoir plus sur les ratios de couverture des engagements réglementés et de la marge de solvabilité).

En 2019, sur les 372 organismes du champ de ce rapport, 330 ont basculé vers le régime Solvabilité 2 et 42 sont restés soumis au régime Solvabilité 1 précédemment en vigueur. Ces 42 organismes sont toutefois de très petite taille, et ne représentent que 0,3 % du marché de l'assurance santé en matière de cotisations collectées. Tous ces organismes ont renvoyé leurs états prudentiels C5 et C6 permettant de calculer leurs taux de couverture des engagements réglementés et de la marge de solvabilité.

Les 42 organismes soumis à Solvabilité 1 et ayant renvoyé leurs états C5 et C6 respectent globalement les règles qui leurs sont imposées. Ces organismes possèdent en effet des actifs admissibles qui représentent en moyenne 277 % de leurs engagements réglementés et des fonds propres représentant 768 % de leur marge de solvabilité. Un petit nombre d'entre eux couvrent insuffisamment leurs engagements réglementés et leur marge de solvabilité (graphique). Ces organismes qui se situent à la limite des seuils de couverture correspondent à des situations économiques spécifiques, identifiées et suivies par l'ACPR à l'aide de moyens adaptés à leurs particularités.

Graphique – Distribution des ratios de couverture des engagements réglementés et de couverture de la marge de solvabilité pour les organismes soumis au régime Solvabilité 1

En % des engagements réglementés et de la marge de solvabilité, Proportion d'organismes dans chaque catégorie de couverture



Lecture : En 2019, pour 28 % des organismes, les actifs admissibles représentent entre 100 % et 200 % des engagements réglementés.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019, soumis au régime Solvabilité 1 et ayant renvoyé leurs états C5 et C6.

Source : ACPR, états C5 et C6, calculs DREES.

Pour en savoir plus

Adjerad, R., Montaut, A. (2019). « Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social », DREES, Études et Résultats, 1101.

Adjerad, R. (2019). « Complémentaire santé : la hausse modérée de la part des contrats collectifs se poursuit en 2017 », DREES, Études et Résultats, 1112.

ACPR. (2019). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2018 ».

Barlet, M., et al. (2019). La complémentaire santé, acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2019. Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

Comptes de la Sécurité Sociale (2020).

Dreyfuss, M.-L. (2013). Les grands principes de Solvabilité 2. Éditions l'Argus de l'assurance.

Durand, N., Emmanuelli, J. (2017, juin). « Les réseaux de soins », in Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

Fouquet, M. (2020). « Une hausse modérée de la couverture de la population suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », DREES, Études et Résultats, 1166

Gonzalez, L., et al. (2019). Les dépenses de santé en 2018. Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

Lafon, A., Montaut, A. (2017, juin). « La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens », DREES, Les dossiers de la DREES, 19.

Leduc, A., Montaut, A. (2016, septembre). « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels », DREES, Études et Résultats, 972.

Leduc, A., Montaut, A., (2017, janvier). « Complémentaire santé – Les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés », DREES, Études et Résultats, 992.

Libault, D., (2015). « Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective ».

Marc, C., et al. (2020). Les dépenses de santé en 2019. Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

Montaut, A. (2018a, janvier). « Tarifs et prestations : que révèle le nom des organismes de complémentaire santé », DREES, Études et Résultats, 1047.

Montaut, A. (2018b). « La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016 ». DREES, Études et Résultats, 1064.

Tosetti, A., avec Béhar, T., Fromenteau, M. et Ménart, S. (2011). Assurance, Comptabilité, Réglementation, Actuariat. Paris, France : Economica.

Annexes

Annexe 1 - Le champ du rapport et les redressements opérés sur les données

Le champ de la « complémentaire santé » en France est défini par l'ensemble des organismes assujettis en 2019 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe TSA », tableau A1, colonne (1). Le produit de cette taxe permet notamment au Fonds CSS de financer la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). La taxe porte sur l'ensemble des cotisations que les organismes collectent dans l'année au titre de leur activité d'assurance santé, souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France. Les complémentaires obligatoires indivisibles du régime de base (Alsace-Moselle, industries électriques et gazières, etc.) sont en revanche hors du champ de la taxe. Le taux de cette taxe peut varier selon les types de contrats mais dans le cas général (contrats de complémentaire santé responsables « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), son taux s'élève à 13,27 %.

Le champ des organismes assujettis à la taxe TSA et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019 est un peu plus réduit que celui de la complémentaire santé. C'est le seul champ sur lequel des données détaillées de l'ACPR sur l'activité assurantielle sont disponibles – tableau A1, colonne (2). Ce champ est très proche de celui des seuls organismes assujettis à la taxe TSA – tableau A1, colonne (1). L'écart entre les deux s'explique surtout par des fusions et absorptions ayant eu lieu courant 2019, ainsi que, pour les sociétés d'assurances, par la présence de quelques sociétés étrangères qui ne sont pas contrôlées par l'ACPR mais par l'autorité de contrôle du pays dont elles dépendent. L'activité santé de ces organismes hors champ est toutefois mineure : elle représente seulement 13,7 millions sur les 38,3 milliards d'euros de cotisations collectées en complémentaire santé en 2019 (soit 0,04 % de l'activité). Les rapprochements, fusions, absorptions et transferts de portefeuilles doivent être traités pour mettre en cohérence les deux sources de données, ACPR et Fonds CSS.

Tableau A1 – Nombre d'organismes ayant une activité de complémentaire santé en 2019, avant repondération

	Assujettis à la taxe TSA au cours de 2019 (1)	Assujettis à la taxe TSA et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019 (2)	Champ du rapport (3)	Dont ayant renseigné les états prudentiels et comptables (4)	Taux de couverture du champ en matière de cotisations en % (5)
Sociétés d'assurances	103	95	94	84	99,9
Institutions de prévoyance	26	25	25	25	100,0
Mutuelles	310	299	253	194	99,3
Total	439	419	372	303	99,6

(1) Organismes ayant versé une taxe au Fonds CSS au cours de l'année (définition différente du dénombrement en fin d'année).

(2) Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019, i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et absorptions ayant eu lieu en 2019.

(3) Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019, après avoir intégré les unions de mutuelles et exclu les mutuelles substituées.

(4) Organismes utilisés pour l'analyse, c'est-à-dire ayant renseigné au minimum les comptes et l'état prudentiel FR13.

(5) Assiette du Fonds CSS des organismes ayant renseigné les états sur l'assiette totale du Fonds CSS des organismes du champ du rapport, avant repondération.

Sources : ACPR et Fonds CSS, calculs DREES.

Le champ du rapport – tableau A1, colonne (3) – exclut également les mutuelles substituées : en effet, les cotisations et prestations d'une mutuelle substituée sont déjà comptabilisées dans les comptes de la mutuelle substituante dans les données de l'ACPR. Les mutuelles substituées doivent donc être écartées afin d'éviter des doubles comptes.

Parmi les 372 organismes du champ du rapport, 303 ont fourni à l'ACPR leurs états comptables et prudentiels – tableau A1, colonne (4). Sont considérés comme ayant fourni leurs comptes les organismes

ayant renseigné au minimum les états comptables et le compte de résultat technique par type de contrats (état prudentiel « FR13 », ex « C1 », cf. encadré 2) à la date du 25 août 2020.

Ce rapport s'intéresse donc aux 303 organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe TSA) et ayant fourni à l'ACPR leurs comptes pour l'année 2019, hors mutuelles substituées. Ce champ est en effet le seul pour lequel on peut disposer des données comptables de l'ACPR (cotisations, prestations, charges de gestion, etc.). Il présente une très bonne représentativité du marché de la complémentaire santé en France (99,6 % du marché en matière de cotisations collectées – tableau A1, colonne [5]). Les organismes qui n'ont pas encore, au moment de l'élaboration de ce rapport, renvoyé leurs comptes à l'ACPR sont en général de petites structures dont la non-réponse peut être compensée par un jeu de pondération approprié. La repondération est effectuée par type d'organisme et, pour les mutuelles, également en fonction de leur taille.

La correction de la non-réponse totale

Les organismes conservés pour l'analyse sont ceux ayant renseigné les comptes de résultats publics et l'état FR13 (organismes dits « répondants » ; les autres formant la non-réponse dite « totale »). Afin de garantir la représentativité des résultats, une repondération est nécessaire : les 69 organismes n'ayant pas transmis leurs comptes et l'état FR13 en 2019 (non-réponse totale) sont donc compensés en attribuant une pondération aux organismes de même type ayant transmis l'ensemble des données requises (répondants). Cette pondération est calculée sur la base de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance perçue au profit du Fonds CSS, qui est disponible pour tous les organismes, qu'ils aient transmis ou non leurs comptes à l'ACPR.

La correction de la non-réponse partielle

En 2019, 303 organismes sont « répondants », c'est-à-dire qu'ils ont renseigné leurs comptes de résultats publics et l'état FR13. Certains de ces organismes n'ont pas renseigné les états FR14, indispensables eux aussi à la rédaction de ce rapport (tableau A2). Leurs données en FR14 sont donc imputées. La comparaison des états permet de corriger certaines données incohérentes et d'en inférer d'autres absentes. Les états FR13 peuvent ainsi être corrigés ou complétés à partir des données des comptes publics issus des états FR03. Enfin l'état FR1403 permet de ventiler les prestations versées par types de soins et bien médicaux (soins hospitaliers, médicaments, etc.). Lorsqu'il n'est pas renseigné ou manifestement faux, celui-ci est imputé sur la base du total des prestations renseignée dans l'état FR1303 auxquelles est appliquée la structure moyenne des organismes de même catégorie ayant renseigné l'état FR1403. Les autres états statistiques (FR1401, FR1402, FR1404), moins bien renseignés, ne sont en revanche pas imputés.

Tableau A2 – Taux de réponse par état en 2019

	Nombre d'organismes	% cotisations en santé
ayant renseigné les comptes publics et bilans	288	99,5
ayant renseigné les états FR13	303	99,6
ayant renseigné l'état FR1401	144	52,8
ayant renseigné l'état FR1402	229	89,1
ayant renseigné l'état FR1404	135	68,7

Source : Fonds CSS, ACPR, calculs DREES.

Annexe 2 – Compte de résultat technique en santé en 2018 et 2019

Sociétés d'assurances	Individuel 2018	Collectif 2018	Total 2018	Individuel 2019	Collectif 2019	Total 2019
Produits	5 789	6 526	12 315	5 965	7 067	13 032
Cotisations collectées	5 777	6 488	12 265	5 970	7 005	12 975
Autres produits	12	38	50	-5	61	57
Charges	5 290	6 669	11 959	5 471	7 225	12 696
Prestations	3 777	5 432	9 209	3 934	5 794	9 728
Frais de gestion des sinistres	217	323	540	213	389	601
Frais d'acquisition	853	603	1 456	858	635	1 492
Frais d'administration	371	350	720	399	413	812
Autres charges	72	-38	34	68	-5	63
Résultat technique	499	-143	356	494	-158	336
Institutions de prévoyance	Individuel 2018	Collectif 2018	Total 2018	Individuel 2019	Collectif 2019	Total 2019
Produits	848	5 767	6 615	861	5 684	6 545
Cotisations collectées	844	5 736	6 580	858	5 653	6 511
Autres produits	4	31	35	3	31	34
Charges	765	6 008	6 773	761	6 016	6 776
Prestations	687	4 910	5 597	697	5 084	5 782
Frais de gestion des sinistres	26	268	295	26	245	271
Frais d'acquisition	29	274	303	35	285	320
Frais d'administration	-4	452	448	-9	445	437
Autres charges	26	103	129	11	-43	-32
Résultat technique	83	-241	-158	100	-332	-231
Mutuelles	Individuel 2018	Collectif 2018	Total 2018	Individuel 2019	Collectif 2019	Total 2019
Produits	12 989	5 807	18 796	12 971	5 909	18 880
Cotisations collectées	12 955	5 788	18 743	12 942	5 882	18 825
Autres produits	34	19	53	29	26	55
Charges	12 527	6 031	18 558	12 360	6 162	18 522
Prestations	9 764	5 020	14 784	9 618	5 165	14 783
Frais de gestion des sinistres	545	242	787	522	250	772
Frais d'acquisition	837	316	1 153	846	337	1 182
Frais d'administration	1 348	413	1 761	1 297	398	1 695
Autres charges	33	39	72	77	12	89
Résultat technique	462	-224	238	612	-254	358
Ensemble des organismes	Individuel 2018	Collectif 2018	Total 2018	Individuel 2019	Collectif 2019	Total 2019
Produits	19 626	18 099	37 726	19 797	18 660	38 457
Cotisations collectées	19 576	18 012	37 588	19 770	18 541	38 310
Autres produits	51	87	138	28	119	146
Charges	18 582	18 707	37 289	18 591	19 403	37 994
Prestations	14 228	15 362	29 590	14 249	16 044	30 293
Frais de gestion des sinistres	788	834	1 621	761	884	1 644
Frais d'acquisition	1 720	1 192	2 912	1 738	1 256	2 994
Frais d'administration	1 716	1 215	2 930	1 688	1 256	2 943
Autres charges	131	104	235	156	-36	120
Résultat technique	1 044	-608	436	1 206	-743	462

Note : Cotisations hors taxe. Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations non acquises, subventions d'exploitation. Frais d'administration et autres charges techniques nets des autres produits techniques. Autres charges = participation aux excédents, charges de réassurance nettes des produits de réassurance.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de l'année considérée.

Source : ACPR, calculs DREES.

Glossaire

ACS (Aide à la complémentaire santé) : Il s'agit d'une aide qui s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le seuil d'attribution de la CMU-C (voir CMU-C) et ce même seuil majoré de 35 %. Elle vise à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire. Le dispositif ACS sera complètement clôturé au 31/10/2020.

Affaires directes : Cotisations collectées, hors cotisations collectées au titre de la prise en réassurance, mais incluant les cotisations prises en substitution (voir substitution). Le concept d'affaires directes permet d'éviter les doubles comptes dus à la réassurance (voir réassurance).

Agrément : Les entreprises qui souhaitent exercer une activité d'assurance doivent être agréées par l'ACPR avant de pouvoir la pratiquer. À chaque branche d'activité assurantielle correspond un agrément.

Apériteur : En co-assurance, désigne l'organisme qui gère pour le compte de tous les co-assureurs.

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : L'ACPR est une autorité administrative chargée du contrôle des banques et des assurances. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des personnes soumises à son contrôle. Elle assure également la mission de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le code monétaire et financier établit son indépendance pour l'exercice de ses missions et l'autonomie financière. Pour son fonctionnement, l'ACPR est adossée à la Banque de France, qui lui procure ses moyens, notamment humains et informatiques. L'ACPR supervise le secteur des assurances dans le cadre d'une harmonisation de la réglementation européenne promue par l'autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (EIOPA, ou AEAPP) et à laquelle l'ACPR participe activement.

Branches : Il existe 26 branches d'assurance, correspondant à toutes les opérations qui peuvent être exercées par des organismes assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, vie-décès, etc. Pour pouvoir pratiquer dans une branche, un organisme assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée agrément, de la part de l'ACPR. Les activités de certaines branches (dommages aux biens, responsabilité civile par exemple) ne peuvent être exercées que par des sociétés d'assurances.

Charges de gestion : Charges liées au fonctionnement des organismes pour leur activité d'assurance = frais de gestion des sinistres + frais d'acquisition + frais d'administration et autres charges techniques nettes.

Charges de prestation : Charges liées à l'indemnisation des assurés = sinistres payés + variation de provisions (estimation des sinistres qui restent à payer) + frais de gestion des sinistres.

CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) : Il s'agit d'une complémentaire santé individuelle gratuite accordée aux plus modestes. La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'Assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire.

Coassurance : Lorsque plusieurs organismes d'assurance s'associent pour couvrir un risque important soit en raison de l'importance des capitaux à assurer, soit en raison de la gravité des risques. C'est une technique de dispersion des risques, au même titre que la réassurance (voir réassurance).

Complémentaire santé : Activité d'assurance qui permet à l'assuré de se voir rembourser tout ou partie de ses frais médicaux en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Complémentaire Santé Solidaire : Il s'agit d'une complémentaire santé individuelle issue de la réforme de la CMU-C et de l'ACS au 1^{er} novembre 2019. Elle peut bénéficier à l'ensemble du foyer et la participation financière dépend des ressources de celui-ci et est nulle pour les plus modestes (CSS gratuite).

Contrats premier euro : Les contrats dits au « premier euro » sont à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie. Pour ce type de contrat, l'organisme d'assurance en santé rembourse l'assuré dès le premier euro dépensé, et non en complément d'un premier système d'assurance.

Contrats solidaires et responsables : Un contrat santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonné et qu'il ne prend pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires mises en place par l'Assurance maladie afin de modérer la dépense de santé en responsabilisant l'assuré. Un contrat santé est dit « solidaire » si l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale. Les contrats à la fois solidaires et responsables bénéficient d'avantages sociaux et fiscaux.

Cotisation : Voir « prime ».

CTIP (Centre technique des institutions de prévoyance) : Le CTIP est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de l'ensemble des institutions de prévoyance.

Délégation de gestion d'un régime obligatoire : Certains organismes complémentaires (notamment des mutuelles de fonctionnaires) gèrent aussi les remboursements de certains groupes d'assurés au titre de l'Assurance maladie obligatoire. Ces organismes se voient alors accorder par le régime général des « remises de gestion » en contrepartie de cette gestion déléguée par l'Assurance maladie obligatoire.

Dettes privilégiées : Dans le passif d'une entreprise, les dettes privilégiées sont celles qui seront payées en priorité en cas de faillite. Il s'agit des dettes envers les salariés, les cotisations patronales et les impôts. Les autres dettes (dites subordonnées, principalement celles contractées auprès des fournisseurs) seront payées après les dettes privilégiées, dans la limite des actifs restant à liquider.

EIOPA (en français AEAPP, Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles) : Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la structure de la supervision financière européenne, cette autorité européenne a remplacé depuis le 1^{er} janvier 2011 le Comité européen des contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles (CECAPP). Parmi les missions de l'EIOPA : - améliorer la protection des consommateurs et des assurés, - harmoniser les règles de contrôle à travers l'Union européenne, - renforcer la surveillance des groupes transfrontaliers, - soutenir la stabilité du système financier, etc.

Engagements réglementés : La législation impose aux organismes d'être capables à tout moment d'acquitter les dettes qu'ils ont envers leurs assurés, c'est-à-dire à indemniser tous les sinistres des assurés qui en ont acquis le droit. L'ACPR veille donc à ce que les actifs détenus par les organismes d'assurance soient suffisamment sûrs, diversifiés, rentables et liquides pour permettre à tout moment (et notamment en cas de faillite) de rembourser les engagements réglementés, c'est-à-dire à verser les prestations mais aussi les dettes privilégiées (salaires, cotisations, impôts) qui sont prioritaires sur les prestations.

Exigence de marge de solvabilité : Dans la réglementation actuelle, l'exigence de marge est le minimum de fonds propres qu'une entreprise d'assurance doit détenir. En assurance Vie, elle sera fonction des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unités de compte, et des capitaux sous risques. En assurance Non vie, elle dépendra du montant des cotisations ou des sinistres. La réassurance peut également être prise en compte. Notons que le vocabulaire évolue : avec Solvabilité II, les notions de « exigences de fonds propres » ou de « capital requis » sont utilisées.

FFA (Fédération française de l'assurance) : La FFA est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 280 entreprises d'assurance et de réassurance opérant en France. Depuis juillet

2016, la FFA réunit la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) au sein d'une seule organisation.

FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française) : La FNMF est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 563 mutuelles dont 283 mutuelles santé.

Fonds CSS : Fonds de financement de la Complémentaire Santé Solidaire depuis le 1^{er} novembre 2019 et auparavant Fonds de financement de la CMU-C et de l'ACS. Le Fonds CSS est un établissement public national à caractère administratif, comme le Fonds CMU qui avait été créé par la loi du 27 juillet 1999. Ses trois missions principales sont (1) financer la Complémentaire Santé Solidaire, (2) suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et à ce titre formuler des propositions d'amélioration et (3) élaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CSS. Le Fonds CSS sera dissous à compter de janvier 2021.

Fonds CMU : voir Fonds CSS.

Fonds propres : Les fonds propres d'un organisme assureur sont la différence entre l'expression comptable du total de ses actifs et l'expression comptable du total de son passif. Ils sont parfois désignés comme actif net. Plus généralement, les fonds propres sont les capitaux ou réserves dont dispose l'organisme. Ils ont été soit apportés par les actionnaires, soit acquis par l'activité économique. Plus un organisme possède de fonds propres, moins il a recours à l'endettement et plus il est résistant en cas de difficultés.

Frais d'acquisition : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les commissions d'acquisition, les frais des réseaux commerciaux et des services chargés de l'établissement des contrats, de la publicité, du marketing, ou exposés à leur profit.

Frais d'administration : Partie des charges d'un organisme assureur incluant les commissions d'apérition (voir apériteur), de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés de la surveillance du portefeuille de contrats, de la réassurance, du contentieux lié aux cotisations.

Frais de gestion des sinistres : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les frais des services règlements ou exposés à leur profit, les commissions versées au titre de la gestion des sinistres, les frais de contentieux liés aux sinistres. Dans le Code des assurances, le terme utilisé est "Frais de règlement des sinistres".

Fusion (transferts/absorption) : Les organismes peuvent fusionner avec d'autres entités en transférant leur portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent. Les organismes considérés comme absorbés sont dès lors intégralement dissous. Cette procédure est validée par l'ACPR et fait l'objet d'une publication au Journal Officiel.

Garantie : Couverture d'un risque par l'organisme assureur en contrepartie d'une cotisation.

Institutions de Prévoyance : Créées par la loi d'août 1994 obligeant la séparation des activités retraite et prévoyance-santé au sein des caisses de retraite complémentaire, une institution de prévoyance est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la Sécurité sociale. Elle est dirigée paritairement par les représentants des employeurs et des salariés. Les risques qui peuvent être couverts par une institution de prévoyance sont l'assurance Vie, la santé, les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) et le chômage.

Intermédiaire : En assurance, les intermédiaires sont des personnes physiques ou morales qui, contre rémunération, proposent ou aident à conclure des contrats d'assurance ou de réassurance. Les activités consistant uniquement à gérer, estimer ou liquider des sinistres ne sont pas considérées comme de l'intermédiation.

Marge de solvabilité (Solvabilité 1) : Les actifs doivent être supérieurs aux engagements des assureurs ; l'écart constitue un matelas de sécurité qui doit être suffisamment épais et doit être supérieur à une exigence minimale (voir exigence de marge de solvabilité).

MCR (minimum capital requirement, Solvabilité 2) : Minimum de capital requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité 2. Le MCR correspond au montant minimum de fonds propres réglementaire, dont le non-respect constitue le seuil déclencheur du retrait d'agrément.

Mutuelles : Personnes morales de droit privé à but non lucratif relevant du Code de la mutualité. Les mutuelles sont financées par les cotisations de leurs adhérents. Les mutuelles ne peuvent assurer que certains risques comme la santé, le chômage, l'invalidité suite à un accident du travail, l'assurance Vie, la protection juridique et la caution.

Noémie (Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs) : Permet le transfert dématérialisé des décomptes de remboursement de la Sécurité sociale vers les assureurs complémentaire santé. Cela simplifie les démarches pour l'assuré et accélère le processus de remboursement complémentaire des frais médicaux.

Participations légales : Financements reçus par les organismes d'assurance de la part du Fonds CSS en échange de la prise en charge d'assurés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Plus-value (ou moins-value) latente : Écart, positif ou négatif, entre la valeur de réalisation (valeur de marché de l'actif, c'est-à-dire la valeur qu'il aurait s'il était vendu sur le marché à la date de l'inventaire) et la valeur au bilan (valeur d'achat nette de l'amortissement).

Prévoyance : Couverture de risques liés à la personne (comme la maladie ou l'accident), ou à la durée de la vie (comme le décès, la retraite ou la dépendance). La prévoyance permet, selon les garanties souscrites, de faciliter l'accès aux soins, d'assurer un maintien partiel ou total des revenus, de bénéficier d'un complément financier, ou enfin de percevoir un capital ou une rente. Elle complète les prestations des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Prime (ou cotisation) : Somme payée par l'assuré en contrepartie des garanties accordées par l'assureur. Sont nommées :

- prime pure : la prime qui permet statistiquement de régler les sinistres
- prime nette (ou prime commerciale) : la prime pure + les accessoires émis et les charges d'annulations + les ristournes
- prime totale (payée par le souscripteur) : prime nette + les taxes.

Primes nettes émises : Somme demandée au payeur de prime, à échéance, pour le paiement de sa prime périodique à la date d'anniversaire du contrat ou à la date d'échéance (contrats collectifs et contrats à prime fractionnée). La prime est considérée comme émise, dès que l'échéance est atteinte. L'émission de la prime entraîne sa mise en recouvrement. La prime émise correspond à la prime collectée par l'assureur.

Primes acquises : Fraction de la prime couvrant les risques assurés jusqu'à la fin d'un exercice comptable. Lorsque la prime due ou payée par le client (ou estimée) correspond à une période de garantie qui déborde le 31 décembre de l'exercice, la prime acquise est la fraction de la prime qui couvre les risques de la période qui se termine le 31 décembre de l'exercice. Dans ce cas, l'excédent de la prime est reporté, en comptabilité, sous forme de provision. Il constituera la provision pour primes non acquises à la clôture, en vue de l'exercice comptable suivant. De même, la provision de l'exercice précédent reportée afin de couvrir l'exercice courant est appelée provision pour primes non acquise à l'ouverture.

Produits financiers : Les primes et cotisations perçues par les organismes avant la matérialisation du risque et le paiement des prestations peuvent être investies, sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers ou encore de prêts et dépôts afin de les faire fructifier (respectivement dividendes, coupons, loyers ou intérêts). Les produits financiers issus de ces placements viennent alors s'ajouter aux ressources des organismes d'assurance. Ces produits financiers peuvent aussi inclure des

honoraires et commissions sur activité de gestions d'actifs, des reprises de provisions pour dépréciations, des profits sur réalisation (vente d'actifs) et réévaluation des placements, etc.

Provisions mathématiques (assurance Vie) : Les organismes assureurs contractent des engagements auprès de leurs assurés en échange du paiement d'une prime. Pour les opérations d'assurance sur la vie, la provision mathématique permet ainsi de prendre en compte l'écart entre la valeur actuelle de l'engagement pris par l'organisme assureur et celle de l'engagement résiduel éventuel de l'assuré. Cela s'apparente donc à l'engagement « net » de l'organisme assureur vis-à-vis de l'assuré.

Provisions pour sinistres à payer : Provisions lorsque le sinistre a eu lieu mais n'a pas encore été réglé, soit parce que le sinistre a été déclaré à l'organisme assureur mais non encore indemnisé (dossier non finalisé), soit parce que le sinistre n'a pas encore été déclaré mais qu'il est statistiquement prévisible.

Provisions techniques : Elles représentent pour les organismes une évaluation du coût futur des prestations à verser aux assurés. En assurance Non vie, elles représentent les dépenses à prévoir pour faire face à la sinistralité déclarée mais non encore réglée ou à la sinistralité non déclarée mais statistiquement prévisible des contrats en cours (provisions pour sinistres à payer). En assurance Vie, il s'agit des provisions mathématiques.

Réassurance : La réassurance correspond à un contrat par lequel une société spécialisée (le réassureur ou le cessionnaire) prend en charge une partie (il s'agit d'« d'acceptations ») des risques souscrits par un organisme assureur (la cédante) auprès de ses assurés. Par cette opération, le réassureur s'engage à rembourser à l'organisme assureur en cas de réalisation du risque, une partie des sommes versées au titre des sinistres et perçoit en contrepartie une cotisation ou une portion des primes originales versées par le ou les assurés. La réassurance permet de mieux disperser les risques.

Résultat net : Bénéfice ou perte de l'exercice. Différence entre l'ensemble des ressources et l'ensemble des charges, que ces ressources et charges soient techniques, c'est-à-dire liées à l'activité assurantielle, ou non techniques, comme les produits financiers issus des placements des fonds propres, la fiscalité, etc.

Résultat technique : Différence entre les ressources (cotisations et produits financiers) et les charges (indemnisation des sinistres, charges de gestion, etc.) liées à un périmètre d'activité assurantielle.

SCR (Solvency Capital Requirement, Solvabilité 2) : Capital cible requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité 2. Le SCR correspond au montant de fonds propres estimé comme nécessaire pour absorber le choc provoqué par une sinistralité exceptionnelle et limiter le risque de ruine à 0,5 %. Son calcul est basé sur l'exposition aux risques liés à l'activité des organismes d'assurance, c'est-à-dire principalement le risque de souscription, le risque de crédit, le risque opérationnel, le risque de liquidité et le risque de marché. Les compagnies peuvent choisir entre deux modèles de calcul du SCR : une approche standard ou un modèle interne.

Sinistre : Survenance du risque prévu par le contrat d'assurance ; il entraîne la mise en jeu de la garantie.

Sociétés d'assurances : Elles sont soumises au Code des assurances. Deux grands types de sociétés d'assurances existent:

- Les Compagnies d'assurances sont des sociétés commerciales à but lucratif. Le financement de ces sociétés s'effectue d'abord par les actionnaires qui reçoivent ensuite les bénéfices sous forme de dividendes.
- Les Sociétés d'assurances mutuelles (ou Mutuelles d'assurances) sont des sociétés civiles à but non lucratif. Le financement de la société se fait par les cotisations mensuelles des assurés, alors dénommés sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis au service de l'activité d'assurance, dans les cotisations, les prestations, les niveaux des garanties, l'action sociale, etc.

Souscripteur : Entité (personne physique ou morale) qui signe le contrat d'assurance et paie la cotisation, et qui peut être différent de l'assuré (entité qui court le risque). En assurance décès collective par exemple, l'entreprise souscrit, le salarié est l'assuré, et les ayant-droits sont les bénéficiaires.

Substitution : Une convention de substitution permet à une mutuelle (dite « substituée ») de transférer tout ou partie de son risque assurantiel à une autre mutuelle (dénommée « substituante »), tout en conservant une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents. La conclusion d'une telle convention n'entraîne pas la disparition de l'entité substituée, contrairement à la fusion, opération au terme de laquelle la mutuelle absorbée est dissoute. La substitution diffère de la réassurance principalement sur le plan juridique : les mutuelles substituées ne sont pas soumises aux dispositions fixant les règles prudentielles et n'ont donc pas besoin d'un agrément pour exercer leur activité. En revanche, la substituante doit obligatoirement être agréée pour les branches prises en substitution. Pour une mutuelle substituante, les opérations prises en substitution sont considérées comme des opérations directes et doivent être intégrées dans les comptes de l'organisme.

Surcomplémentaire santé : Assurance santé qui vient étendre la couverture de la complémentaire santé classique (appelée aussi couverture de troisième niveau). Elle s'adresse notamment aux salariés qui souhaitent une meilleure couverture que celle offerte par la complémentaire santé imposée par leur entreprise.

Taxe TSA : Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, elle est prélevée en France sur tous les contrats de complémentaire santé au profit du Fonds CSS et permet de financer la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Union de mutuelles : Entité regroupant plusieurs mutuelles. Il peut s'agir soit d'une plateforme comme MFP services qui n'est pas un organisme d'assurance en tant que tel mais permet de mettre en commun des moyens techniques, soit d'une véritable mutuelle du livre II prenant en substitution un ensemble d'autres mutuelles.

Unités de compte (contrats en) : Contrat sur lequel l'assureur garantit non pas la valeur d'un capital, mais un nombre d'unités de compte (exemple : nombre d'actions d'une entreprise, et non la valeur de ces actions). Dans les contrats en unités de compte, c'est l'assuré, et non l'assureur, qui porte le risque financier lié à l'évolution des marchés.