

2018
RAPPORT

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

RAPPORT 2018

Sur la situation financière des organismes
complémentaires assurant une couverture santé

Rédacteur : Raphaële Adjerad

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 direction 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 financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) 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.

DREES

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

MINISTERE DU TRAVAIL

MINISTERE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Sommaire

Avant-propos	5
Principaux enseignements	6
Chapitre 1 - Mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance : les trois acteurs de l'assurance santé	8
Un nombre d'organismes d'assurance qui recule chaque année	8
Sur le marché de l'assurance santé, un nombre de mutuelles divisé par quatre en quinze ans...	9
L'assurance santé : principale activité des mutuelles et des institutions de prévoyance	11
Rareté des petits organismes parmi les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance	15
Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des entreprises.....	16
Chapitre 2 - Une hausse modérée du marché en collectif se poursuit en 2017 avec la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise	18
Des cotisations en hausse de 819 millions d'euros pour les contrats collectifs en 2017.....	19
Des mutuelles prédominantes, mais qui perdent des parts de marché au profit des assureurs .	20
Chapitre 3 - 79 % des cotisations reversées sous forme de prestations en 2017	23
Depuis 2014, le rapport des prestations aux cotisations collectées diminue	23
Les contrats collectifs reversent aux assurés une plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations	24
Un retour sur cotisations en léger recul ces dernières années	25
Contrats collectifs : plus de remboursements en optique et dentaire, moins en hospitalisation et en médicaments	26
Chapitre 4 - 20 % des cotisations collectées consacrées aux charges de gestion	30
Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs	30
En individuel, des frais d'acquisition relativement plus élevés pour les sociétés d'assurances ..	32
Des frais d'administration plus élevés pour les mutuelles.....	33
Des charges de gestion en augmentation pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance	33
Chapitre 5 - Des excédents en santé qui représentent 1,3 % des cotisations en 2017	38
Les contrats individuels voient leur rentabilité encore s'améliorer	38
Les sociétés d'assurances ont une meilleure rentabilité	39
Chapitre 6 - Des organismes solvables	43
Un résultat net négatif pour les institutions de prévoyance et positif pour les mutuelles et les sociétés d'assurances en 2017.....	43
Des différences de structure de bilan entre organismes principalement liées à leur spécialisation « Vie » ou « Non vie ».....	47
Un bilan comptable en hausse pour toutes les catégories d'organismes	51
Les nouvelles règles prudentielles du régime Solvabilité 2 sont respectées par les organismes	52
Pour en savoir plus	58

Annexes	59
Annexe 1 - Le champ du rapport et les redressements opérés sur les données.....	60
Annexe 2 – Compte de résultat technique en santé en 2016 et 2017	63
Glossaire	64

Liste des encadrés

E1 Les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	12
E2 Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique.....	14
E3 La réforme des contrats responsables et la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise .	17
E4 Analyser les évolutions et les mouvements de champ	22
E5 Les taxes payées par les assurés sur les contrats de complémentaire santé	28
E6 Zoom sur la gestion de la CMU-C et de l'ACS par les organismes complémentaires	29
E7 Zoom sur les charges de gestion	35
E8 Quid des organismes encore soumis au régime Solvabilité 1 ?	56

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 (TSA) auprès du Fonds CMU.

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour l'année 2017 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'ACPR et par le Fonds CMU. 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.

Principaux enseignements

Un marché historiquement émietté qui se concentre progressivement

En 2017, d'après le Fonds CMU, 474 organismes (346 mutuelles, y compris mutuelles substituées, 103 sociétés d'assurances et 25 institutions de prévoyance) exercent une activité de complémentaire santé.

En 2017, il y a 18 organismes de moins qu'en 2016 d'après le Fonds CMU. Le nombre de mutuelles a été divisé par quatre depuis 2001 et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Le nombre de sociétés d'assurances a en revanche peu baissé sur cette période.

Cette diminution des organismes assurant une activité de complémentaire santé rejoint plus généralement la baisse du nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance. Depuis au moins 2011, d'après les données de l'ACPR, le nombre d'organismes présent sur le marché de l'assurance santé diminue de 30 à 50 chaque année. La baisse du nombre d'organismes est la plus marquée pour les mutuelles. En 2017, le nombre d'organismes en moins est plus faible que les années précédentes car le nombre d'institutions de prévoyance et de sociétés d'assurances est resté relativement stable et le nombre de mutuelles a moins baissé que les années précédentes. 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 2017.

En 2017, les 20 plus grands organismes concentrent la moitié du marché en matière de cotisations collectées et les 100 plus grands (soit un cinquième des organismes) en concentrent 89 %. De nombreuses mutuelles de petite taille subsistent néanmoins. La santé représente 85 % de l'activité des mutuelles et 50 % de celle des institutions de prévoyance, mais seulement 5 % de celle des sociétés d'assurances.

En 2017, comme en 2016, il n'y a pas de signe d'une transformation forte du marché suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.

Entre 2016 et 2017, la masse totale des cotisations collectées en santé a augmenté de 964,2 millions d'euros, soit une hausse de 2,7 %, d'après les données de l'ACPR (cotisations hors taxe). Les cotisations collectées ont davantage augmenté en collectif (819,2 millions d'euros, soit une hausse de 5,0 %) qu'en individuel (145,0 millions d'euros, soit une hausse de 0,7 %).

En 2017, les contrats collectifs représentent 47 % des cotisations collectées en santé, contre 46 % des cotisations en 2016. Cette hausse de la part des contrats collectifs est moins forte que celle de l'année passée (+1 point en 2017 contre +2 points en 2016). Les contrats collectifs gagnaient du terrain sur les contrats individuels depuis plusieurs années déjà: 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 nettement plus sur les contrats santé collectifs. Les sociétés d'assurances se situent dans un positionnement intermédiaire.

En 2017, les sociétés d'assurances et institutions de prévoyance ont accru leur activité à la fois en collectif et en individuel. Les mutuelles quant à elles ont accru leur activité en collectif, mais ont vu leur activité en individuel se réduire.

D'après les données du Fonds CMU, les mutuelles restent prédominantes sur le marché de l'assurance santé (51 % des cotisations collectées) même si leurs parts de marché diminuent depuis au moins 2001 au profit des sociétés d'assurances.

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

En 2017, les organismes reversent aux assurés 79 % de leurs cotisations (hors taxe) sous forme de prestations. Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisation (85 %) que les contrats

Principaux enseignements

individuels (73 %). Les institutions de prévoyance offrent le meilleur retour sur cotisations (85 %), devant les mutuelles (78 %) et les sociétés d'assurances (75 %). Cette hiérarchie entre les trois familles d'organismes s'explique avant tout par le poids des contrats collectifs dans leur activité.

En 2017, 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 (20 %) puis les sociétés d'assurances (22 %).

Ces différences entre familles d'organismes s'expliquent d'abord, là aussi, par le poids du collectif dans l'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 liés à la publicité, au marketing et à la rémunération des intermédiaires plus importants.

Les charges de gestion des organismes ont légèrement augmenté en 2016 puis en 2017. En 2017, cette évolution est différenciée selon le type d'organisme : les charges de gestion des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance ont augmenté tandis que celles des mutuelles ont baissé.

L'assurance santé est globalement excédentaire en 2017

En 2017, les organismes complémentaires ont dans leur ensemble dégagé des excédents sur leur activité santé (résultat technique global positif). Ces excédents représentent au total 482 millions d'euros, soit 1,3 % des cotisations collectées hors taxe en 2017. Ils sont plus élevés que les années précédentes (104 en 2016 et 121 en 2015). Pour les mutuelles et les sociétés d'assurances, le résultat technique en santé est excédentaire en 2017 comme en 2016. Ce n'est pas le cas des institutions de prévoyance dont le résultat technique était déficitaire en 2017, même si le déficit s'est réduit par rapport à 2016.

L'écart de rentabilité entre type d'organismes complémentaires peut s'expliquer par la différence importante de structure entre les contrats individuels et les contrats collectifs selon les organismes. En 2017, les contrats individuels ont dégagé 5,3 % d'excédents et les contrats collectifs 3,2 % de déficit en pourcentage des cotisations collectées hors taxe. La rentabilité des contrats collectifs s'est améliorée, le déficit s'étant réduit nettement par rapport à 2016.

Des organismes solvables au vu de l'ensemble de leur activité

Les excédents ou déficits de l'activité d'assurance santé peuvent être contrebalancés par les résultats des autres activités d'assurance. Sur l'intégralité de leur activité, en 2017, les organismes exerçant une activité d'assurance santé ont dégagé des excédents représentant en moyenne 3,7 % de l'ensemble des cotisations collectées hors taxe. En 2015 et 2016, les institutions de prévoyance, déficitaires en santé, étaient à l'équilibre au niveau de l'intégralité de leur activité. En 2017, elles sont devenues déficitaires sur l'intégralité de leur activité (leur résultat net est de -1,4 % des cotisations collectées hors taxe).

En 2016, le régime Solvabilité 2 a succédé au régime Solvabilité 1 pour la majorité des organismes. Ce régime repose notamment sur de nouveaux 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 (525 %) et le SCR (231 %). 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 : les trois acteurs de l'assurance santé

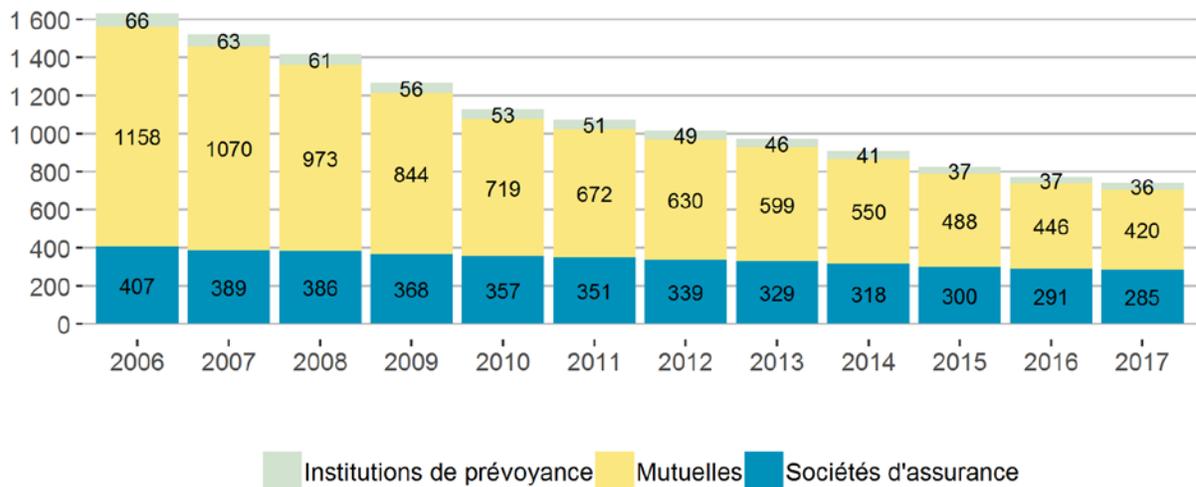
En France, trois familles d'organismes exercent une activité d'assurance : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Ces organismes sont en particulier présents sur le marché de l'assurance santé, dénommée assurance « frais de soins » dans la profession (remboursements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

Un nombre d'organismes d'assurance qui recule chaque année

En 2017, 741 organismes pratiquent des activités d'assurance de toute nature selon l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, encadré 1) : 420 mutuelles régies par le Code de la mutualité, 285 sociétés d'assurance ou de réassurance régies par le Code des assurances et 36 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 : environ 64 % des mutuelles, 45 % des institutions de prévoyance et 30 % des sociétés d'assurance ont disparu entre 2006 et 2017 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 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. Toutefois, l'année 2017 ne semble pas à cet égard se démarquer des précédentes.

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 420 mutuelles contrôlées en 2017, 112 sont substituées.

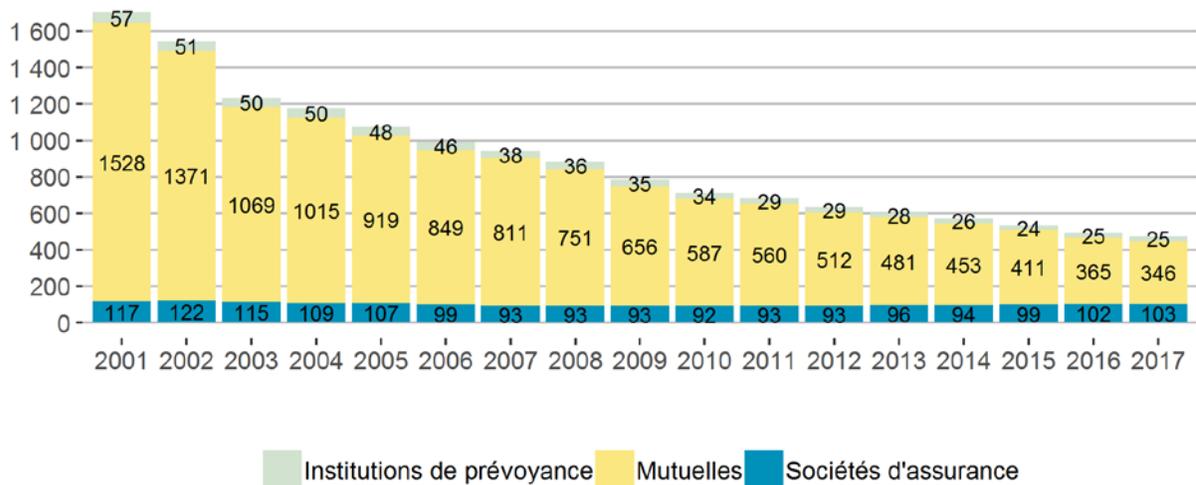
Source : Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR.

Sur le marché de l'assurance santé, un nombre de mutuelles divisé par quatre en quinze ans

Le marché de la couverture complémentaire santé est bien connu. L'ensemble des organismes exerçant ce type d'activité sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA). Cette taxe est perçue pour partie au profit du Fonds CMU afin de financer les dispositifs d'aides à la complémentaire santé que sont la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS), le solde étant attribué à la branche maladie du régime général. En 2017, 474 organismes exercent une activité de complémentaire santé sur le territoire français : 346 mutuelles, 103 sociétés d'assurance et 25 institutions de prévoyance d'après le Fonds CMU (graphique 1.2). Ainsi, environ 80 % des mutuelles et 70 % des institutions de prévoyance pratiquent une activité santé, contre seulement 40 % des sociétés d'assurance¹.

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 CMU a été divisé par quatre depuis cette date et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Le nombre de sociétés d'assurance exerçant en santé a en revanche peu diminué depuis 2001 et s'est même mis à ré-augmenter depuis 2010. Le nombre d'organismes exerçant en santé a continué à reculer en 2017, au rythme des années précédentes, dans un contexte marqué par la mise en place du régime Solvabilité 2 et la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Les effets de ces deux réformes en matière de concentration du marché ont peut-être commencé avant 2016 et vont probablement s'étaler sur quelques années encore. Par rapport à nos 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 CMU entre 2001 et 2017



Champ : Organismes ayant versé au Fonds CMU une contribution (période 2001-2010) ou une taxe (période 2011-2017) au cours de l'année. Cette définition aboutit à des effectifs différents du dénombrement en fin d'année utilisé par l'ACPR.

Source : Fonds CMU.

¹ Les deux dénombrements d'organismes (de l'ACPR et du Fonds CMU) 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 CMU comptabilise des organismes étrangers mais exerçant une activité d'assurance santé en France et des organismes ayant cessé leur activité en cours d'année.

20 organismes concentrent la moitié du marché de la complémentaire santé

En 2017, les organismes d'assurance ont collecté 35,7 milliards d'euros de cotisations hors taxe (ou « primes²») au titre de leur activité d'assurance santé d'après le Fonds CMU, et 36,9 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 CMU se limite aux activités de complémentaire et de surcomplémentaire santé (encadré 1). 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.

Par rapport aux mondes des assurances et des institutions de prévoyance, celui des mutuelles est très morcelé : même si elles ont tendance à se regrouper et à grossir, les mutuelles restent nombreuses et souvent de petite taille. 346 mutuelles gèrent 18,3 milliards d'euros de cotisations santé en 2017, d'après le Fonds CMU, soit en moyenne 53 millions d'euros de cotisations santé par mutuelle. En comparaison, une société d'assurance qui a une activité santé gère en moyenne 107 millions d'euros de cotisations santé et une institution de prévoyance 259 millions d'euros. Les 20 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires santé (8 mutuelles, 8 sociétés d'assurance et 4 institutions de prévoyance) représentent à eux seuls la moitié du marché français (tableau 1.3). En 2006, les 20 organismes qui dominaient le marché ne concentraient que le tiers de celui-ci. De plus, les 100 plus importants en matière de cotisations collectées, soit un cinquième des organismes, représentent à eux seuls 89 % du marché en 2017.

Tableau 1.3 – Part de marché des plus grands acteurs de la complémentaire santé en 2017 (en % des cotisations collectées)

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Parts de marché (%)	Parts de marché (2006) (%)
Top 10	3	3	4	35	25
Top 20	8	8	4	52	35
Top 50	26	15	9	75	54
Top 100	54	32	14	89	70

Lecture : Les 10 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (3 mutuelles, 4 institutions de prévoyance et 3 sociétés d'assurance en 2017, soit 1,3 % de l'ensemble des organismes) représentent 35 % des cotisations collectées en 2017. En 2006, les 10 plus grands organismes concentraient 25 % des cotisations collectées.

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

Source : Fonds CMU, 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 2017, l'ensemble des cotisations collectées sont ici attribuées à l'année 2017, même si en réalité, une fraction d'entre elles couvre l'assuré pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 30 avril 2018). En assurance, on fait ainsi référence à la notion de « primes émises ».

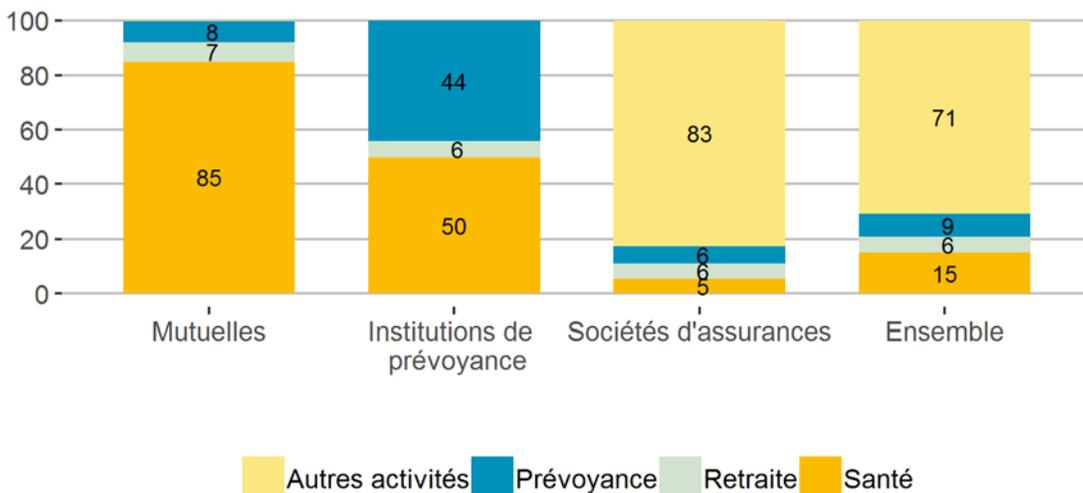
³ Les données de source Fonds CMU ne fournissent que le montant annuel total de cotisations santé collectées par chaque organisme, mais elles peuvent être ponctuellement mobilisées car elles offrent une plus grande profondeur historique que les données ACPR (elles sont en effet disponibles depuis 2001,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

L'assurance santé : principale activité des mutuelles et des institutions de prévoyance

Les risques sociaux sont des évènements 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, Etat ou collectivités locales). Les organismes d'assurance peuvent intervenir en proposant une couverture de second niveau. En 2016, dernière année disponible pour ces données, la couverture des risques sociaux représente 29 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance (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 2016 (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 6 % de l'activité des organismes d'assurance (Adjerad R., Montaut A., 2019, à paraître).

Les mutuelles sont spécialisées sur la couverture des risques sociaux. L'assurance santé représente 85,0 % de leur chiffre d'affaires, devant la prévoyance (7,7 %) et la retraite (7,0 %). 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 (49,8 % des cotisations collectées) avec la prévoyance (44,1 %), loin devant la retraite (6,0 %). 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'assurance (17,4 % de leur activité en 2016, dont 5,4 % pour la santé). Le Code des assurances les autorise en effet 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 2016 (En % des cotisations collectées)



Lecture : Pour les mutuelles, les cotisations collectées en santé représentent 85 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2016.

Champ : Ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016, hors sociétés de réassurance. Affaires directes. Il s'agit de la dernière année disponible pour ces données.

Source : ACPR, calculs DREES.

Chapitre 1 - Mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance : les trois acteurs de l'assurance santé

La réglementation juridique impose enfin aux mutuelles et sociétés d'assurance de se spécialiser (encadré 2), soit dans les activités d'assurance dites « Vie » (assurance vie, retraite, décès, capitalisation) soit dans les autres activités d'assurance, 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'assurance divers éléments comptables et financiers, appelés états comptables et prudentiels. L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, cinq 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 2017 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA). Sur ce champ (annexe 1), 35,7 milliards d'euros de cotisations ont été collectées sur le marché de la complémentaire santé en 2017 d'après les données du Fonds CMU, contre 36,9 milliards d'après les données des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR (tableau). L'écart entre les deux sources, faible pour les mutuelles et les institutions de prévoyance (1,5 à 3,2 %), est plus important pour les sociétés d'assurances (5,1 %). 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 CMU en 2017 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 CMU, les contrats dits au « 1^{er} euro » à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie. Toutefois, en 2017, les données du Fonds CMU incluent également les contrats dits au « 1^{er} 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 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 2017 (Exprimé en milliards d'euros)

	Données du Fonds CMU	Données des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	Écart ACPR par rapport au Fonds CMU (en %)
Mutuelles	18,3	18,6	2
Sociétés d'assurance	11,0	11,6	5
Institutions de prévoyance	6,5	6,7	3
Ensemble	35,8	36,9	3

Note: Les cotisations des données ACPR sont les primes nettes. Les cotisations du Fonds CMU sont les cotisations déclarées au Fonds CMU (assiette de la TSA).

Source : Fonds CMU, 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, 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'assurance. Les mutuelles d'assurance 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'assurance sont des entreprises à but lucratif, qui appartiennent à leurs actionnaires. Certains organismes d'assurance 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'assurance qui pratique des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance dite « Vie » : retraite, décès, capitalisation et assurance vie) ne peut exercer simultanément les autres opérations d'assurance, dites « Non vie » (assurance 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 peut être 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 2017, sur les 84 sociétés d'assurance exerçant en santé et ayant renvoyé leurs comptes à l'ACPR (annexe 1), il y a 23 sociétés d'assurance Vie/Mixtes (exerçant une activité d'assurance Vie d'après le compte de résultat technique Vie FR0301) et 61 sociétés d'assurance Non vie. Parmi les 226 mutuelles ayant renvoyé leurs comptes, il y a 82 mutuelles Vie (lesquelles représentent environ 85 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles, ce sont donc plutôt de grandes mutuelles) et 144 mutuelles Non vie (en moyenne plus petites, représentant 15 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles). Quant aux 25 institutions de prévoyance exerçant en santé et

Chapitre 1 - Mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance : les trois acteurs de l'assurance santé

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'assurance 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 41 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 41 millions d'euros sont qualifiés de « grands ». De même, la moitié des organismes ont un chiffre d'affaires en santé inférieur à 20 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 ».

Selon cette grille de lecture, les institutions de prévoyance sont quasiment toutes de grands organismes d'assurance et de grands acteurs en santé (tableau 1.5). Les sociétés d'assurance sont généralement des organismes de grande taille, mais un tiers d'entre elles peuvent néanmoins être considérés 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 2017

Chiffre d'affaires total	Chiffre d'affaires en santé	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance	Ensemble
Grand	Grand	71	19	47	137
Grand	Petit	3	1	26	30
Petit	Grand	29	1	1	31
Petit	Petit	123	4	10	137
Ensemble		226	25	84	335

Note : « Grand » chiffre d'affaires total = supérieur à 41 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires total = inférieur à 41 millions d'euros. « Grand » chiffre d'affaires en santé = supérieur à 20 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires en santé = inférieur à 20 millions d'euros.

Lecture : Sur les 226 mutuelles assujetties à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlées par l'ACPR au 31/12/2017, 71 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 (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017. Contrairement aux analyses présentées dans le reste du rapport, cette répartition des organismes est non pondérée et calculée uniquement sur les 335 organismes exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes.

Sources : ACPR et Fonds CMU.

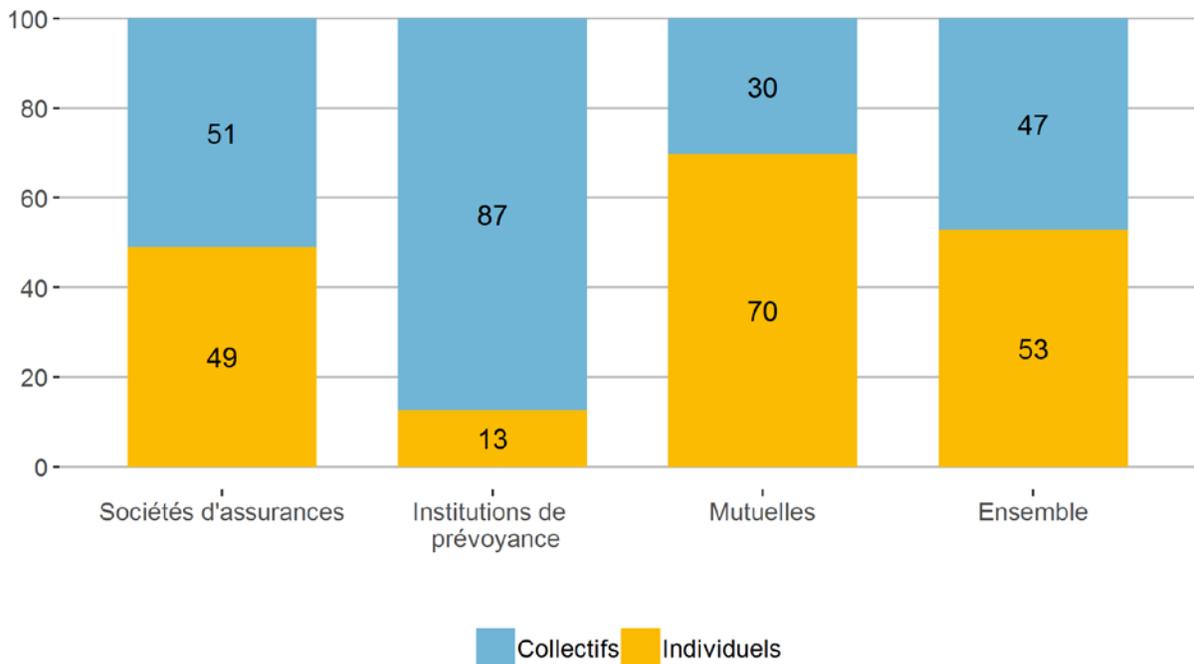
Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des entreprises

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 groupes de salariés⁴. Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur les contrats santé collectifs, lesquels représentent 87 % des cotisations qu'elles ont collectées en 2017 (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 (70 % de leur activité). Les sociétés d'assurance sont dans une position intermédiaire, avec 51 % des cotisations collectées au titre de contrats collectifs (graphique 1.4).

Les contrats individuels et collectifs se distinguent aussi en terme de niveaux de garanties, les contrats collectifs offrant en général une meilleure couverture que les contrats individuels d'après l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits (2013). 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).

Graphique 1.4 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations collectées en santé par les différents types d'organismes en 2017

En % des cotisations collectées



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017.

Source : ACPR, calculs DREES.

⁴ Il existe également des contrats collectifs facultatifs, non souscrits par des employeurs. Dans les données de l'ACPR, ces contrats collectifs facultatifs sont toutefois généralement comptabilisés avec les contrats individuels. Les contrats collectifs présentés ici correspondraient donc majoritairement à de la couverture santé en entreprise.

Encadré 3

La réforme des contrats responsables et la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

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 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 où un équipement peut être remboursé tous les ans.

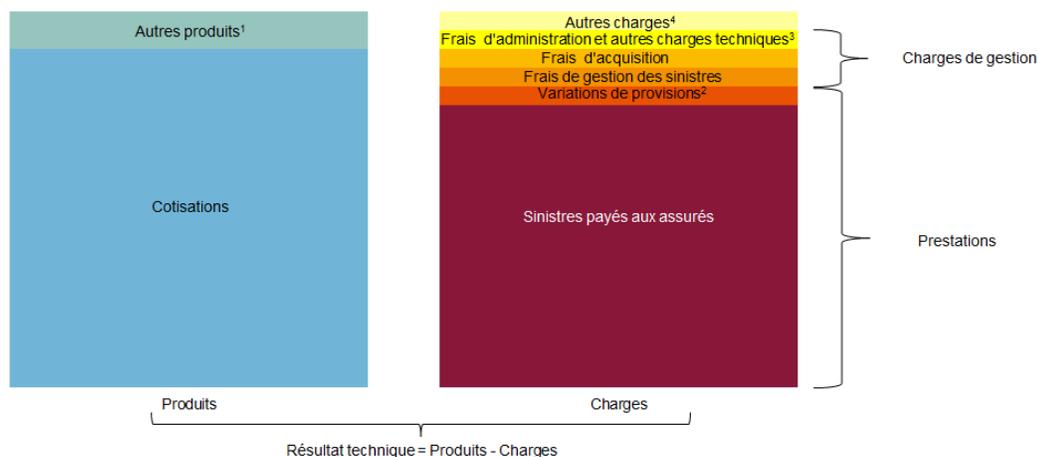
La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (1^{er} janvier 2016)

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'article 1 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) mais 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 L911-7 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.

Chapitre 2 - Une hausse modérée du marché en collectif se poursuit en 2017 avec la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

Les produits de l'activité assurantielle correspondent principalement aux cotisations collectées hors taxe (graphique 2.1). 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.). Enfin, le résultat technique en santé représente la différence entre l'ensemble des produits et l'ensemble des charges liés à l'activité santé pour une année donnée. Un résultat technique positif est donc synonyme d'excédents. Dans ce rapport, le point de vue est celui des organismes d'assurance. 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.

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 2017, 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

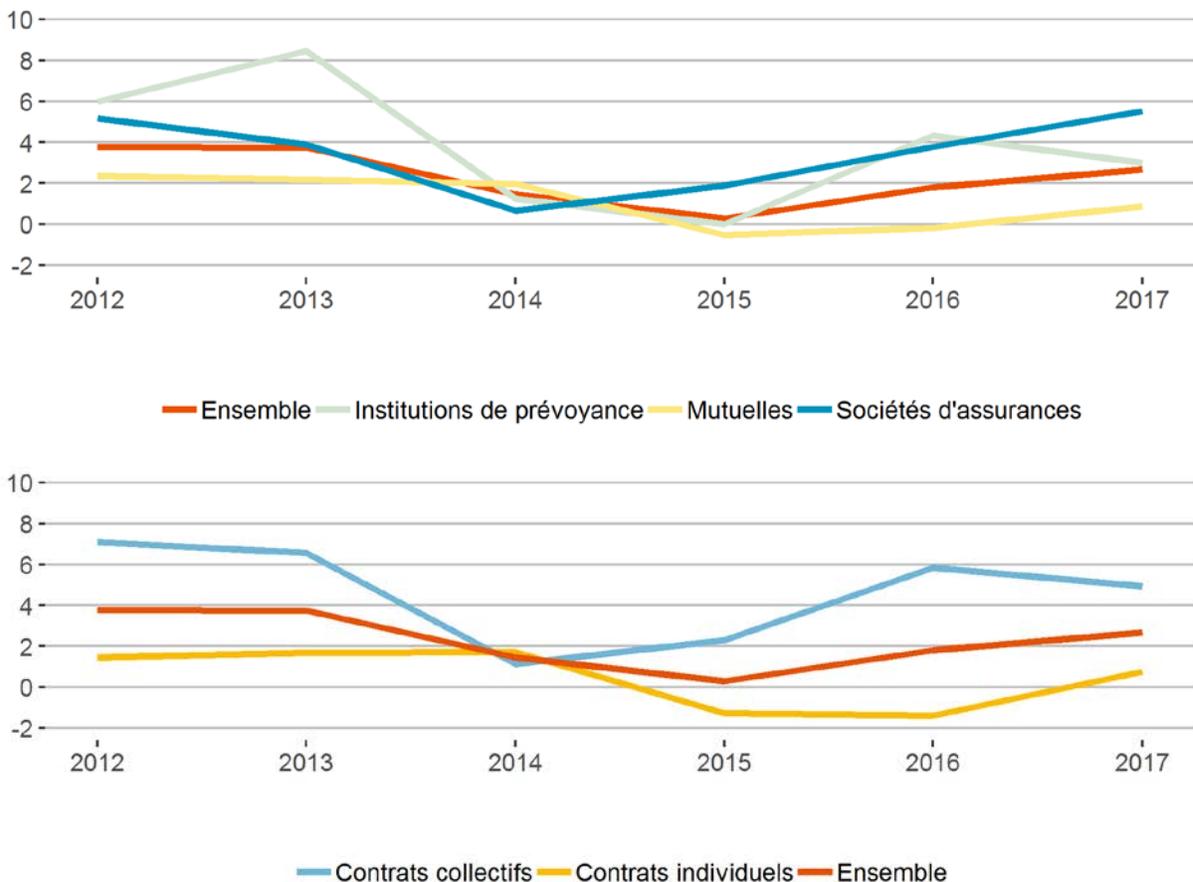
Source : DREES.

Des cotisations en hausse de 819 millions d'euros pour les contrats collectifs en 2017

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 964 millions d'euros entre 2016 et 2017, soit +2,7 % d'après les données de l'ACPR (graphique 2.2). Les cotisations considérées sont les primes nettes. Les cotisations des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance ont augmenté respectivement de 5,5 % et 3,0 % en 2017 tandis que les cotisations collectées par les mutuelles ont augmenté dans une plus faible mesure de 0,9 %. En collectif, la masse des cotisations collectées en santé a augmenté de 819 millions d'euros en 2017, soit une hausse de +5,0 %. À titre de comparaison, les contrats collectifs avaient déjà progressé de l'ordre de 900 millions d'euros par an entre 2011 et 2013, avant de croître plus faiblement entre 2013 et 2015. La masse des cotisations a peu augmenté en individuel (de 145 millions en 2017, soit +0,7 %) après avoir baissé pendant deux ans.

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. Par exemple, entre 2015 et 2016, sous certaines hypothèses conventionnelles, les variations de cotisations pourraient représenter une hausse de 1,5 million de personnes couvertes en collectif et une baisse de 1,0 million en individuel (Montaut A., 2018).

Graphique 2.2 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2012 et 2017



Lecture : Entre 2016 et 2017, les cotisations collectées par les sociétés d'assurance ont augmenté de 5,5 %.

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

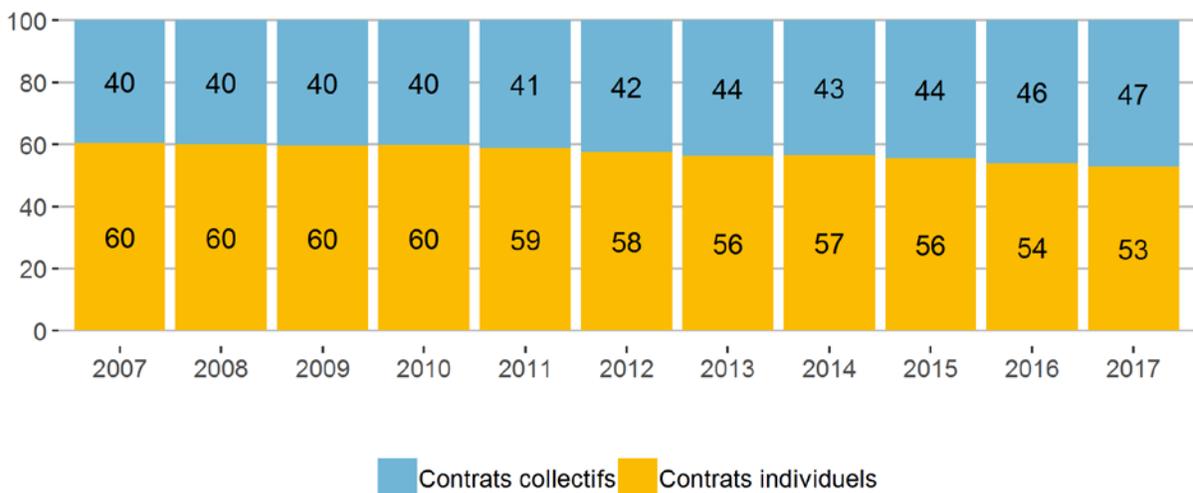
Source : ACPR, calculs DREES.

Chapitre 2 - Une hausse modérée du marché en collectif se poursuit en 2017 avec la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

Les contrats collectifs représentent désormais 47,1 % des cotisations collectées en santé en 2017 (hors taxe), contre 46,1 % en 2016 et 44,3 % en 2015 (graphique 2.3). En raison d'une hausse de l'activité en collectif couplée à une baisse en individuel, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise aurait donc accru la part des contrats collectifs en 2017, au vu des années antérieures. Comme en 2016, il ne s'agit toutefois pas d'une transformation massive du marché. En effet, de nombreuses entreprises couvraient déjà leurs salariés *via* des contrats collectifs avant 2016. De plus, 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). En outre, les salariés préalablement couverts par un contrat individuel ont 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 contraint de financer une double couverture.

Graphique 2.3 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations en « frais de soins » entre 2007 et 2017

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.

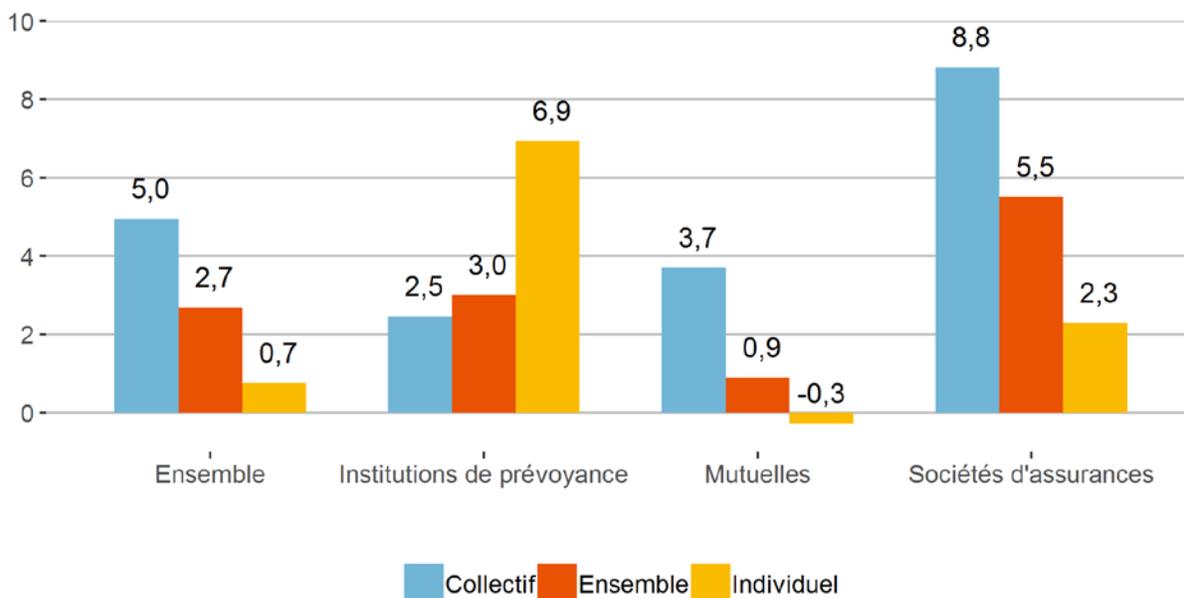
Source : ACPR, calculs DREES.

Des mutuelles prédominantes, mais qui perdent des parts de marché au profit des assureurs

Les cotisations collectées par les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance se sont accrues respectivement de 5,5 % et 3,0 % (soit respectivement +607 et +195 millions d'euros, hors taxe) (graphique 2.4). Pour les mutuelles, les cotisations ont diminué en individuel entre 2016 et 2017 à hauteur de -0,3 %, et ont augmenté en collectif (+3,7 %).

Graphique 2.4 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2016 et 2017

Evolution entre 2016 et 2017 en %



Lecture : Entre 2016 et 2017, la masse des cotisations collectées par les sociétés d'assurances a augmenté de 5,5 %.

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 détiennent 51 % du marché (tableau 2.5), contre 31 % pour les sociétés d'assurance et 18 % pour les institutions de prévoyance d'après le Fonds CMU. La part de marché des sociétés d'assurance s'est accrue en 2017 comme au cours des années précédentes. En effet, depuis 2001, les sociétés d'assurance 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 2017

En % des cotisations collectées

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

Note : Les parts de marché présentées ici, de source Fonds CMU, peuvent légèrement différer de celles qui peuvent se déduire du tableau 5.3, de source ACPR. La source Fonds CMU 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 CMU. Parts de marché en matière de cotisations collectées.

Source : Fonds CMU.

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 2017 comme en 2016. Les évolutions des cotisations collectées s'expliquent donc principalement par celles des organismes présents à la fois en 2016 et en 2017 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 2016 et 2017 peut alors s'exprimer comme la somme de trois contributions : la contribution des organismes présents à la fois en 2016 et 2017 (organismes dits « pérennes »), celle des organismes qui entrent dans le champ ou le secteur en 2017 (« entrées »), et celle des organismes qui en sortent en 2016 (« sorties »).

Ainsi, l'agrégat en 2017 se calcule comme la somme de cet agrégat en 2017 sur les organismes pérennes et sur les entrants. L'agrégat en 2016 se calcule comme la somme de cet agrégat en 2016 pour les organismes pérennes et sur les sortants. Par exemple, le montant total des cotisations en 2016 et en 2017 peut s'exprimer ainsi :

$$Cotis(2016) = Cotis^{peren.}(2016) + Cotis^{sort.}(2016)$$

$$Cotis(2017) = Cotis^{peren.}(2017) + Cotis^{entr.}(2017)$$

L'évolution du montant total des cotisations entre 2016 et en 2017 s'exprime comme la somme de trois facteurs :

$$\frac{Cotis(2017)}{Cotis(2016)} - 1 = \frac{Cotis^{entr.}(2017)}{Cotis(2016)} - \frac{Cotis^{sort.}(2016)}{Cotis(2016)} + \frac{Cotis^{entr.}(2017)}{Cotis(2016)} \times \left(\frac{Cotis^{peren.}(2017)}{Cotis^{peren.}(2016)} - 1 \right)$$

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 excluent la taxe. En pratique, la transition de la contribution CMU vers la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du Fonds CMU 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.

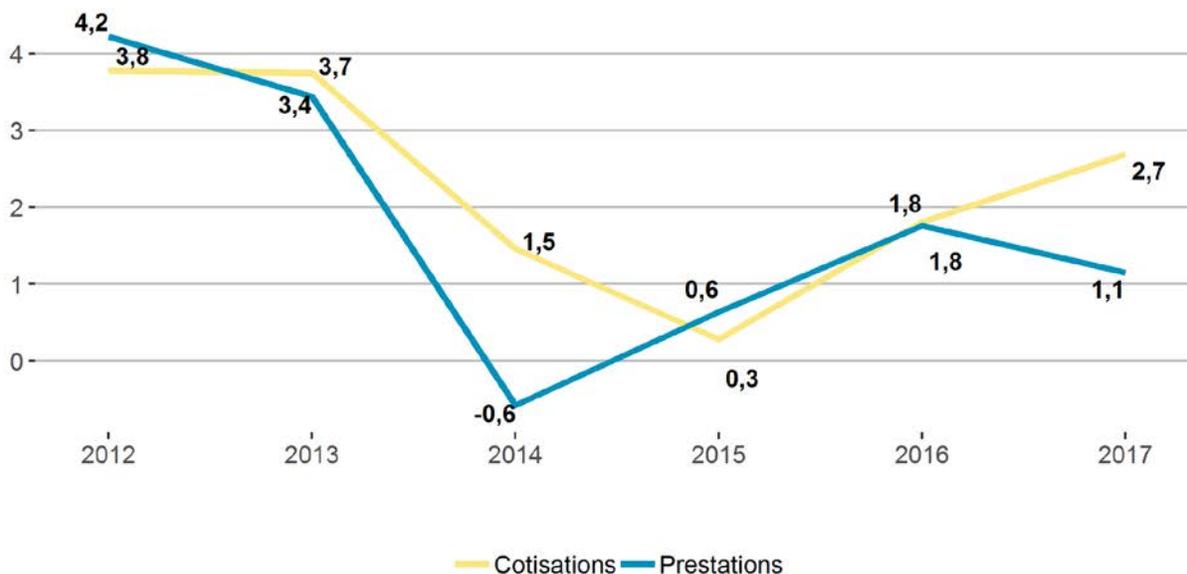
Chapitre 3 - 79 % des cotisations reversées sous forme de prestations en 2017

Depuis 2014, le rapport des prestations aux cotisations collectées diminue

Entre 2016 et 2017, les charges de prestations (hors frais de gestion des sinistres) ont augmenté de 1,1 % (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 continuent à augmenter mais, depuis 2014, moins vite que la dépense totale de frais de santé. Les organismes complémentaires financent ainsi 13,2 % de la consommation de soins et biens médicaux en 2017, contre 13,7 % en 2012 et en 2013 (Gonzalez L. et al., 2018). La diminution de la part des prestations à partir de 2014 s'explique d'abord par le fait que les organismes complémentaires bénéficient de certaines mesures d'économie et de régulation qui ont été prises par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre de l'ONDAM. Il s'explique aussi par le fait que les dépenses les mieux prises en charge par la Sécurité sociale augmentent plus rapidement que les autres, ainsi que par la progression des effectifs de personnes bénéficiant d'une prise en charge à 100% grâce au dispositif d'Affectation de Longue Durée (ALD).

Enfin, certains organismes complémentaires ont également 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) a 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). Sur les quatre dernières années, les prestations ont crû moins vite que lors des deux années antérieures. Les cotisations collectées par les organismes pour faire face à ces prestations ont également ralenti sur les trois dernières années par rapport à la période précédente (graphique 3.1).

Graphique 3.1 – Évolution des cotisations et prestations en santé entre 2012 et 2017



Lecture : Les prestations ont augmenté de 1,1 % entre 2016 et 2017. 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.

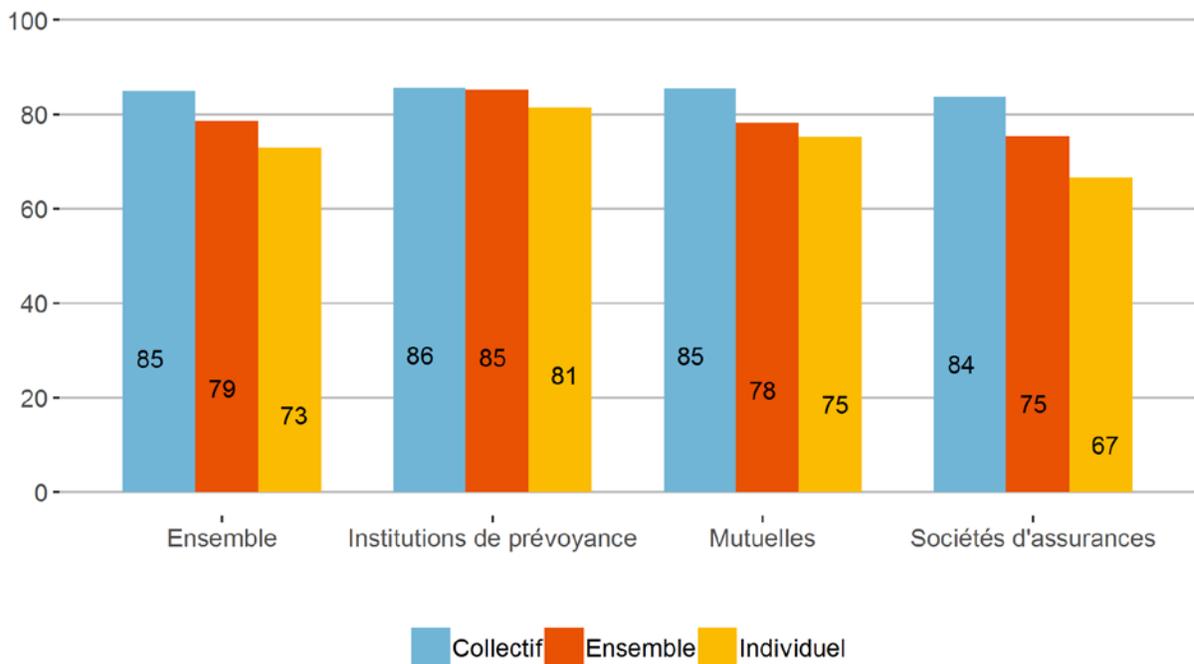
Les contrats collectifs reversent aux assurés une plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations

Les organismes reversent aux assurés 79 % de leurs cotisations hors taxe sous forme de prestations. Les contrats collectifs apparaissent toutefois plus avantageux (85 % des cotisations reversées en prestations en 2017 contre 73 % 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 personnes seules 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 2017, les institutions de prévoyance reversent la part la plus élevée de cotisations sous forme de prestations (85 %), devant les mutuelles (78 %) et les sociétés d'assurance (75 %). Cette hiérarchie entre les trois familles s'explique d'abord 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 individuel, ce sont ainsi les mutuelles d'entreprises 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). Les ratios rapportant les prestations aux cotisations sont ici présentés hors taxe. Du point de vue des assurés, en raison de la TSA sur les contrats d'assurance santé, les ratios rapportant les prestations aux cotisations sont inférieurs à ceux qui sont présentés ici (encadré 5).

Graphique 3.2 – Prestations sur cotisations par type d'organisme et de contrat en 2017

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2017, 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 31/12/2017.

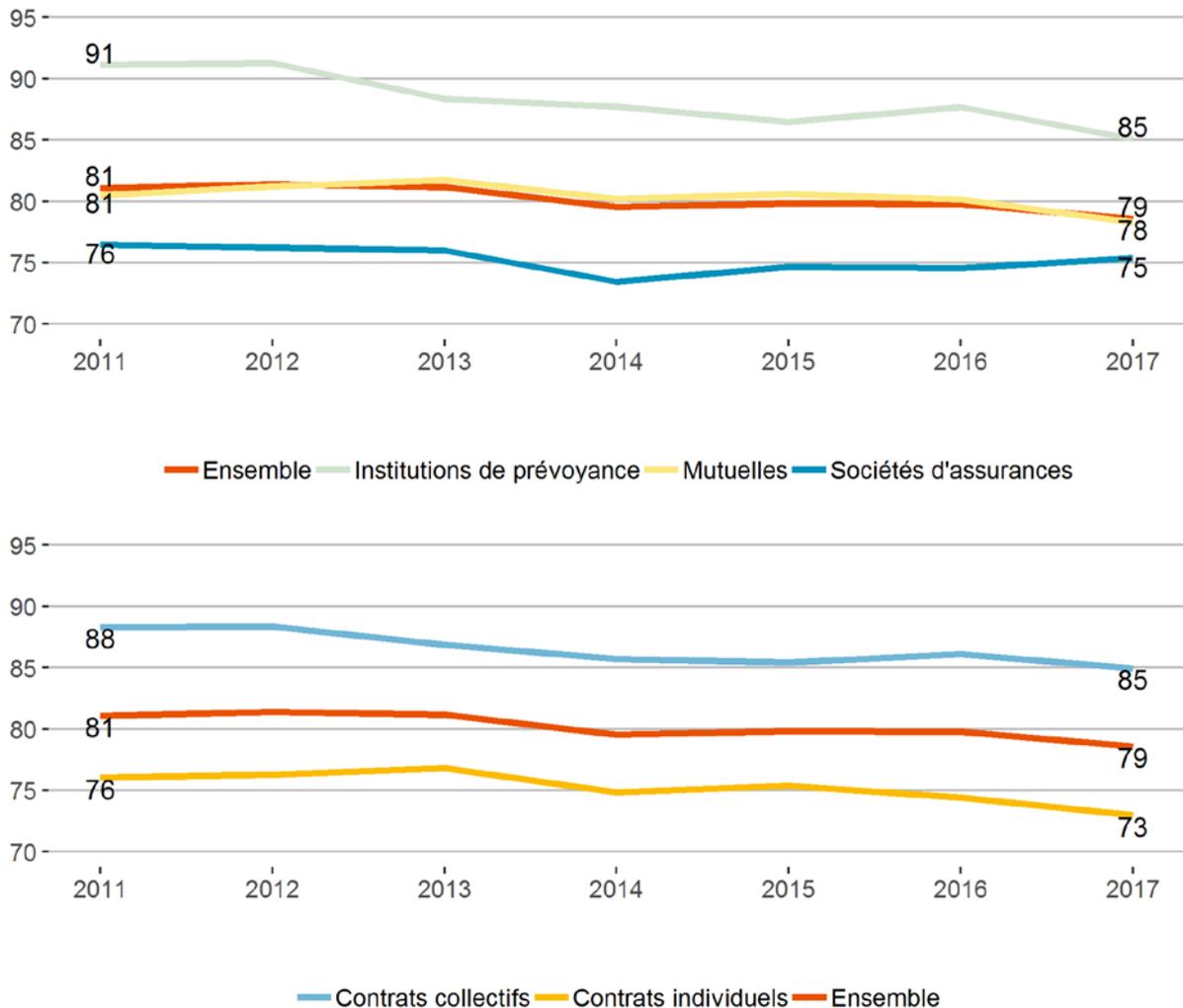
Source : ACPR, calculs DREES.

Un retour sur cotisations en léger recul ces dernières années

Le retour sur cotisations (hors taxe) de l'assurance santé a peu évolué en 2017 (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 % en 2017.

Graphique 3.3 – Prestations sur cotisations entre 2011 et 2017

En % des cotisations



Lecture : En 2017, les contrats individuels reversent aux assurés 73 % de leurs cotisations sous forme de prestations. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

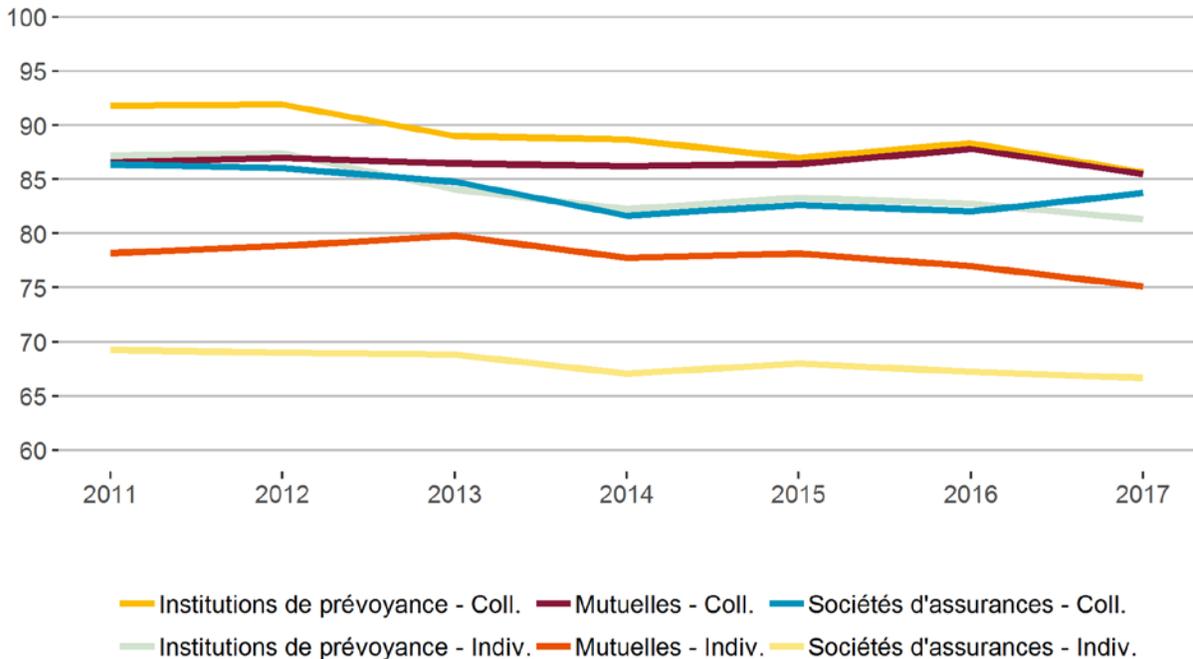
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les évolutions sont assez similaires pour les trois familles d'organismes, en individuel comme en collectif (graphique 3.4). Cette légère baisse peut s'expliquer par des charges de gestion qui ont augmenté en proportion ces dernières années (chapitre 4), mais également par les réformes et dispositifs de maîtrise des dépenses (réforme des contrats responsables, limitation des garanties les plus généreuses, réseaux de soins, bonus, etc.). Enfin, les nouveaux contrats spécifiques ACS (encadré 6) pourraient avoir des répercussions sur le retour sur cotisations global, mais les données ne permettent pas de les évaluer.

Graphique 3.4 – Prestations sur cotisations par type d'organisme et de contrat entre 2011 et 2017

En % des cotisations



Lecture : En 2017, les contrats individuels des mutuelles reversent aux assurés 75 % 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.

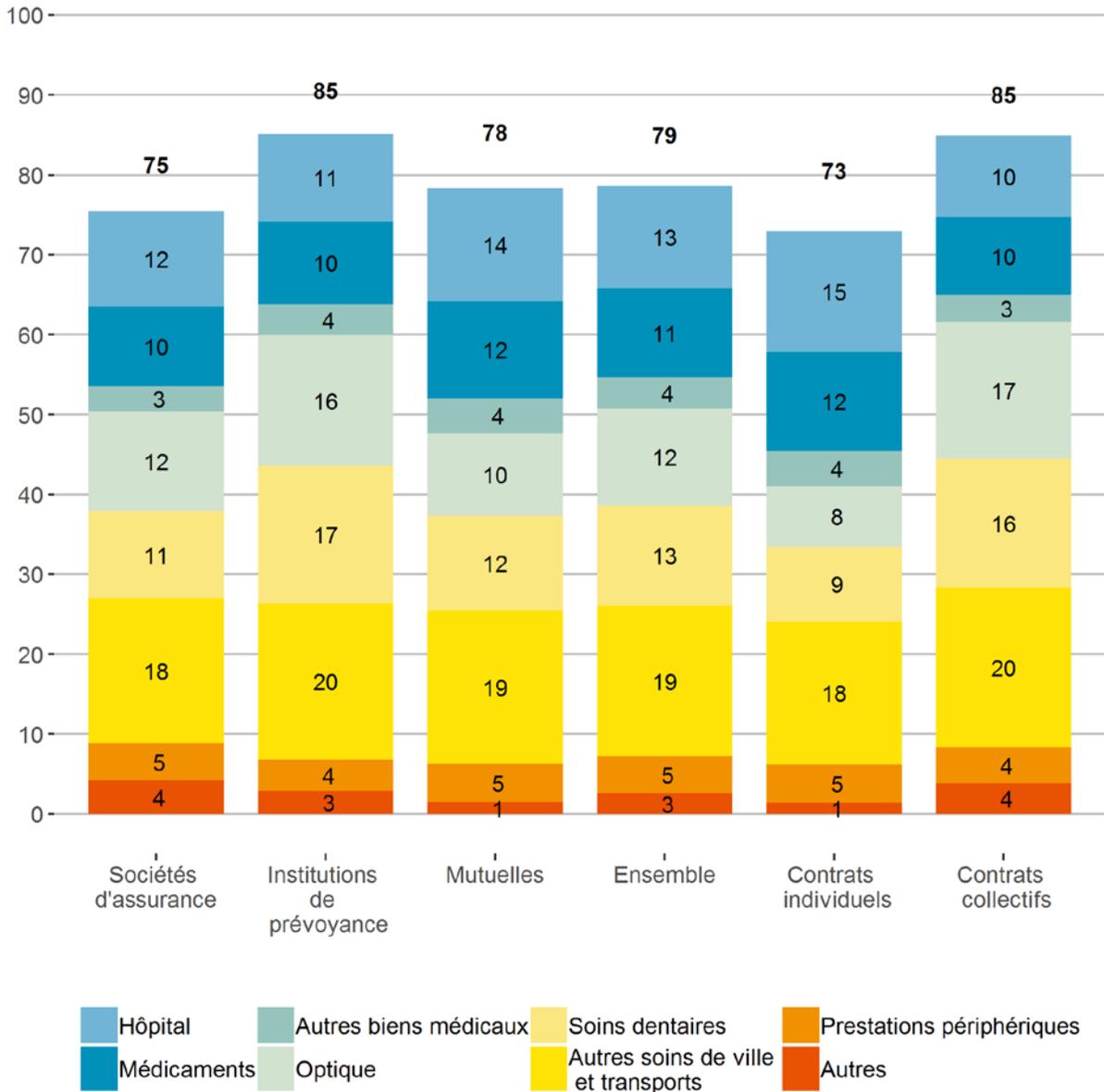
Source : ACPR, calculs DREES.

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

Les institutions de prévoyance se distinguent des mutuelles et des sociétés d'assurance 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 2017, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 16,4 € en optique contre 12,5 € pour les sociétés d'assurance et 10,3 € pour les mutuelles (graphique 3.5) et elles reversent 17,2 € en dentaire, contre 11,9 € pour les mutuelles et 10,9 € pour les sociétés d'assurance. Les institutions de prévoyance reversent en revanche proportionnellement moins de prestations en soins hospitaliers et en médicaments que les mutuelles. Ces différences dans la répartition des dépenses de prestations par type de contrat peuvent s'expliquer par des profils d'assurés différents.

Graphique 3.5 – Prestations par postes de soins en 2017

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 (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017.

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 moins bon en moyenne.

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 2017, 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 (6,27 % des cotisations, dans le cas des contrats responsables classiques) permet de financer la CMU-C et l'ACS *via* le Fonds CMU (encadré 6). L'autre partie (7,0 %) était en revanche affectée à la CNAM-TS et à la CNAF jusque 2016. En 2017, le produit de la taxe de solidarité additionnelle prélevée sur les contrats de complémentaire santé devient l'unique source de financement du Fonds CMU. En conséquence, une partie supplémentaire est affectée au financement du Fonds CMU (1,41 %). La TSA est prélevée par les organismes d'assurance et elle est ensuite intégralement reversée aux URSSAF.

Dans ce rapport, le point de vue adopté est celui des organismes d'assurance 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 2017, 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 63 % de la cotisation TTC d'un assuré en 2016 d'après le « rapport 2016-2017 du Fonds CMU sur les bénéficiaires, le contenu et le prix des contrats ayant ouvert droit à l'ACS ».

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

Au global, les Français ont perçu 29,0 milliards d'euros de prestations en 2017 (y compris bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C lorsque leur couverture est gérée par un organisme complémentaire) auxquels s'ajoutent 2,0 milliards de prestations de la part du régime général pour les personnes à la CMU-C ayant choisi leur régime de base comme gestionnaire (comptes 2017 du Fonds CMU, CNS Edition 2018). Les Français ont par ailleurs versé 36,9 milliards d'euros de cotisations hors taxe aux organismes complémentaires, auxquels s'ajoutent 4,5 milliards estimés de taxe TSA. 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.

Encadré 6

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

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est 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. En 2017, 10 % des bénéficiaires de la CMU-C ont choisi un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits d'après le Fonds CMU. À partir d'une fraction des produits de la taxe de solidarité additionnelle aux contrats d'assurance complémentaire santé (encadré 5), le Fonds CMU rembourse aux organismes les prestations qu'ils ont versées aux bénéficiaires de la CMU-C, dans la limite d'un plafond indexé sur l'inflation (415 € par bénéficiaire pour l'année 2017). Ces remboursements de la part du Fonds CMU sont nommés « participation légale » et peuvent être interprétés, du point de vue des organismes assureurs, comme les « cotisations » des contrats CMU-C.

Les participations légales reçues ou à recevoir de la part du Fonds CMU compensent à peu près les prestations versées par les organismes à leurs bénéficiaires de la CMU-C. Les prestations versées par les organismes au titre de la CMU-C représentent en effet en médiane 100,2 % des participations légales reçues en 2017 (sur 130 organismes ayant renseigné l'ensemble des montants nécessaires à cette estimation, représentant 83 % des cotisations des organismes concernés par la CMU-C. Un organisme est concerné si sa part légale CMU-C estimée est strictement positive).

L'aide à la complémentaire Santé (ACS) est une aide qui s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le seuil d'attribution de la CMU-C et ce même seuil majoré de 35 %. Elle vise à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel. Le montant de cette aide par personne varie selon l'âge de l'assuré. En 2017, il variait de 100 € annuels pour les moins de 16 ans à 550 € pour les 60 ans ou plus (Rapport d'activité du Fonds CMU). Les montants d'ACS sont attribués dans la limite de la cotisation à la complémentaire santé, et l'assuré s'acquitte du reste de la cotisation.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour pouvoir bénéficier de l'ACS, les contrats souscrits ou renouvelés doivent faire partie des 11 offres homologuées par les pouvoirs publics suite à un appel à concurrence. Trois niveaux de garantie sont proposés dans ce cadre : le contrat A, le contrat B ou le contrat C (du moins couvrant au plus couvrant). L'objectif de cet appel d'offres est d'améliorer le recours à l'ACS et de faire baisser les prix des contrats pour les bénéficiaires grâce à la mise en concurrence des organismes sur des garanties comparables. Certaines offres sont co-assurées par plusieurs organismes complémentaires. Depuis juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS sont 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.

Avant la réforme, la gestion de l'ACS n'avait pas d'effet notable sur le retour sur cotisations ou la rentabilité des organismes complémentaires. En effet, les anciens contrats ACS étaient des contrats classiques, que les assurés pouvaient choisir librement et dont une partie de la cotisation était simplement prise en charge par le Fonds CMU. Les nouveaux contrats ACS, issus des 11 offres sélectionnées, sont plus spécifiques. Ceux qui ont été choisis par les bénéficiaires sont en moyenne de meilleure qualité alors même que le prix moyen a baissé de 11 % depuis la mise en place de la réforme. Enfin, les nouveaux contrats ACS ressortent en moyenne techniquement déficitaires en 2017 même si ce déficit reste contenu (Fonds CMU, novembre 2018, « Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide »).

Chapitre 4 - 20 % des cotisations collectées consacrées aux charges de gestion

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). Nous ne prenons pas en compte dans les charges de gestion les « autres charges », il s'agit des participations aux excédents et des charges de réassurance nettes des produits de réassurance.

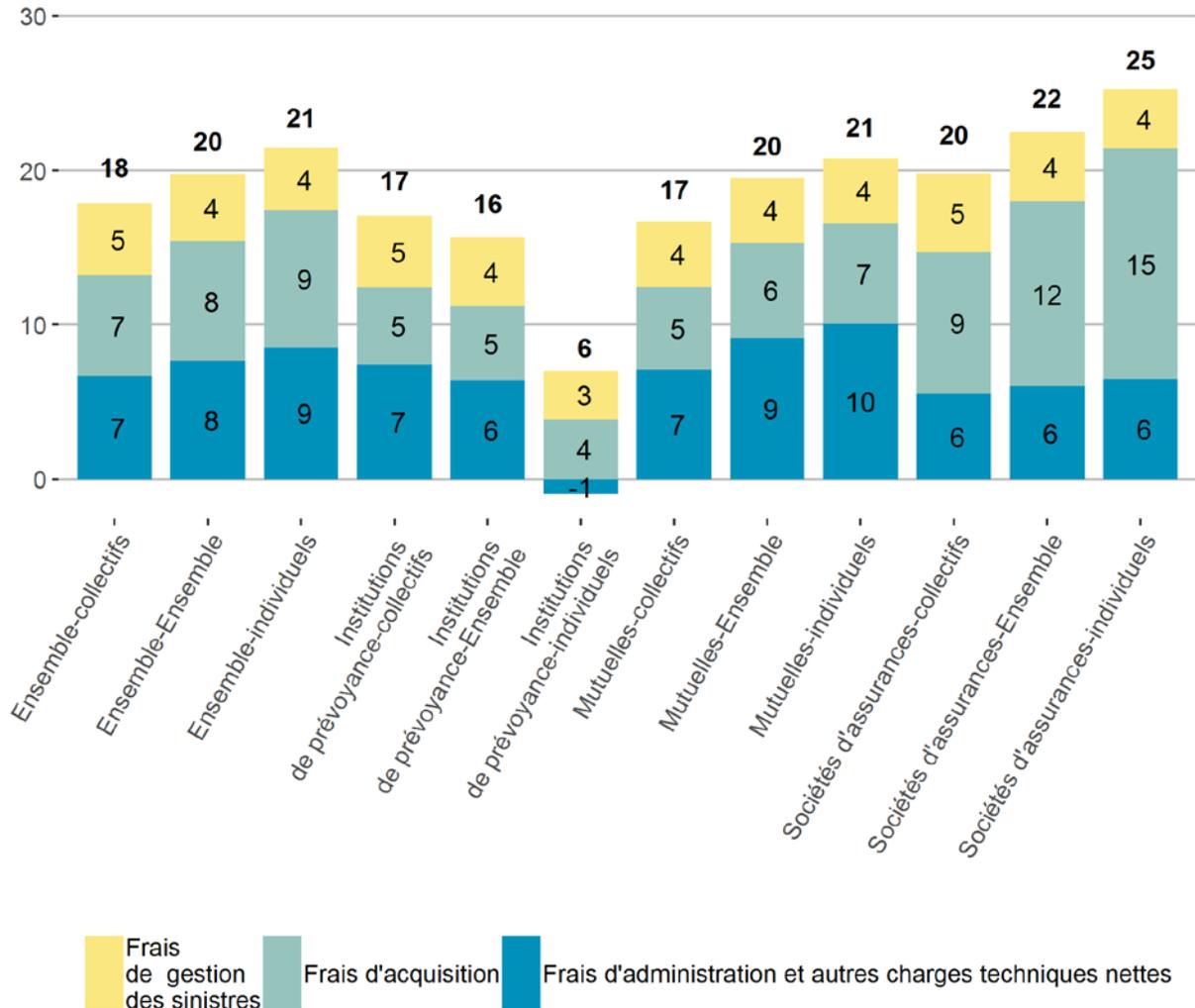
Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs

En 2017, l'ensemble des charges de gestion représente 20 % des cotisations collectées hors taxe (graphique 4.1). Les sociétés d'assurance ont les charges de gestion relatives les plus élevées (22 % des cotisations), devant les mutuelles (20 %) et les institutions de prévoyance (16 %).

Cette hiérarchie s'explique d'abord 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 systématiquement 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 2017

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.

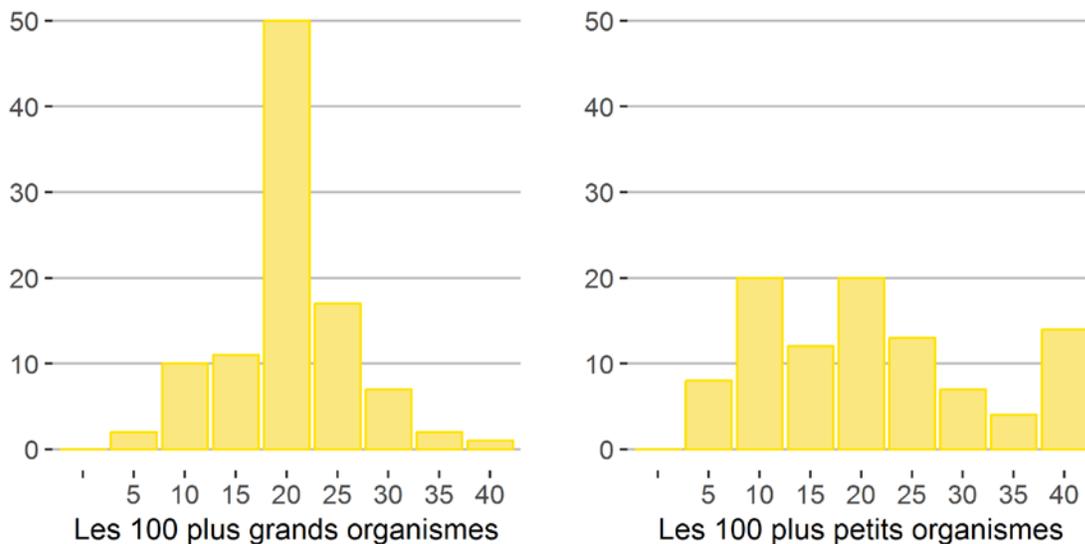
Lecture : Les charges de gestion des contrats collectifs des sociétés d'assurance représentent 20 % des cotisations collectées, dont 5 % au titre des frais de gestion des sinistres, 9 % pour les frais d'acquisition et 6 % pour les frais d'administration.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017.

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.

Lecture : Parmi les 100 plus grands organismes, 50 % 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 31/12/2017.

Source : ACPR, calculs DREES.

En individuel, des frais d'acquisition relativement plus élevés pour les sociétés d'assurances

En individuel, les sociétés d'assurance 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). Mais, les sociétés d'assurance 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'assurance de bénéficier en contrepartie de frais d'administration réduits.

Au global, en individuel, les charges des sociétés d'assurance restent toutefois 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 chez 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, avec les mutuelles d'entreprises, 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.

Le fait que les institutions de prévoyance bénéficiaient par le passé le plus souvent des « clauses de désignation » pourrait aussi expliquer ces frais d'acquisition plus faibles (Libault D., 2015). En 2016, ces clauses ont disparu mais sans toutefois s'accompagner à ce stade d'une hausse des frais d'acquisition pour les institutions de prévoyance. Enfin, par rapport aux mutuelles généralistes (non spécialisées sur une profession), les sociétés d'assurance affichent des frais d'acquisition plus élevés, mais intégralement compensés par des frais d'administration plus faibles, si bien qu'elles s'en distinguent finalement peu en matière de charges totales.

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'assurance, 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. Néanmoins, en 2017, les frais d'administration des mutuelles sont en baisse (baisse de 62 millions d'euros en 2017 par rapport à 2016).

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 seniors sont moins changeantes que celles des plus jeunes (moins de changement de domicile, de compte bancaire, de régime obligatoire, de situation familiale, etc.). Enfin, les frais de gestion des sinistres sont très homogènes d'un type d'organisme à l'autre. En 2017, 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 augmentation pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance

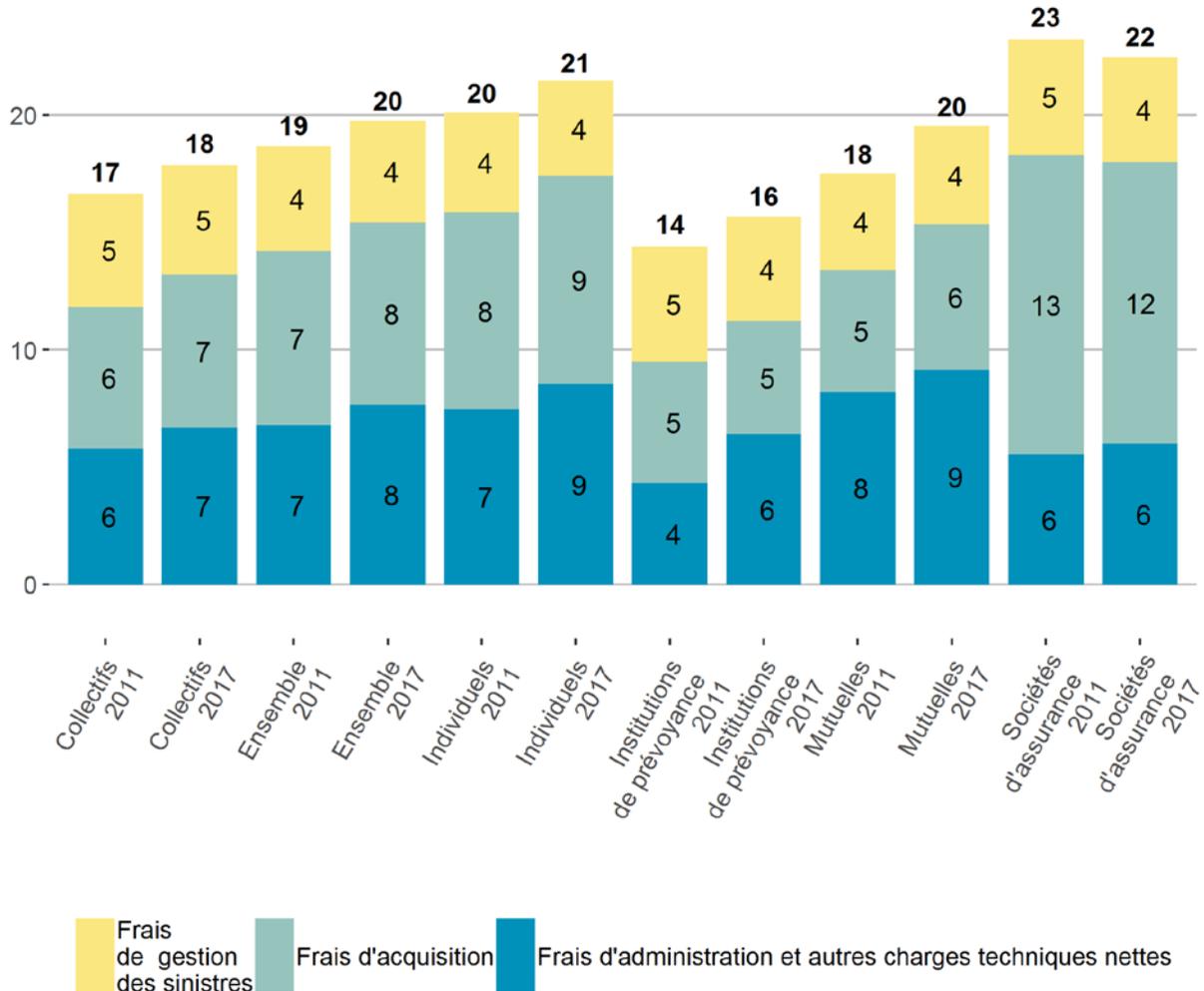
La part des charges de gestion dans les cotisations a augmenté ces dernières années, passant de 19 % en 2011 à 20 % en 2017 (graphique 4.3) en dépit de la hausse des contrats collectifs dont les charges de gestion sont plus faibles. Les frais d'acquisition et d'administration ont augmenté en individuel comme en collectif. Les charges de gestion des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance ont augmenté respectivement de 4,2 % et 4,6 % tandis qu'elles ont diminué de 1,7 % pour les mutuelles en 2017.

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 (95 % des personnes auraient une complémentaire santé, Enquêtes Santé et Protection Sociale 2010 à 2014, IRDES). 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, même si les nouveaux acteurs sur le marché de la complémentaire collective en 2017 ont été peu nombreux (Montaut A, 2018b) et que les frais d'acquisition sont plutôt stables depuis 2014.

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 pour les organismes (modification des garanties et communication auprès des assurés 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 2017

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. Au global, les charges de gestion ont légèrement augmenté depuis 2015.

Encadré 7

Zoom sur les charges de gestion

Les frais d'acquisition d'un organisme sont engagés pour attirer le souscripteur d'un contrat. Le coût d'acquisition est de 58 € par an et par assuré en individuel et de 49 € en collectif (tableau E1). 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 2017

	Individuel	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en ind.	Collectif	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en coll.
Ensemble	58 €	241 sur 302	49 €	214 sur 274
Institutions de prévoyance	37 €	14 sur 16	26 €	23 sur 25
Mutuelles	47 €	168 sur 212	43 €	141 sur 187
Sociétés d'assurances	99 €	59 sur 74	73 €	50 sur 62

Lecture : Pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'acquisition par assuré se situe à 47 €, ce qui signifie que les frais d'acquisition par assuré sont inférieurs à 47 € pour la moitié des mutuelles et supérieurs à 47 € pour l'autre moitié. 168 sur 212 mutuelles exerçant en santé individuelle ont renseigné le nombre de personnes assurées en individuel en 2017, 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 31/12/2017 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, principalement des mutuelles de fonctionnaires ou d'étudiants, 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. En effet, 26 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 80 % des charges de cette gestion déléguée en 2017 et pour l'autre moitié, elles couvrent moins de 80 %. 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

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).

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) met 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 2017

	Individuel	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en ind.	Collectif	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en coll.
Ensemble	81 €	239 sur 302	62 €	209 sur 274
Institutions de prévoyance	71 €	13 sur 16	52 €	22 sur 25
Mutuelles	88 €	170 sur 212	73 €	141 sur 187
Sociétés d'assurances	50 €	56 sur 74	35 €	46 sur 62

Lecture : Pour les contrats collectifs des mutuelles, la médiane des frais d'administration par assuré se situe 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 €. 141 sur 187 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 31/12/2017 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 45 centimes d'euros en médiane (tableau E3), ce qui signifie que la moitié des organismes ont un coût de traitement par ligne d'acte inférieur à ce seuil et l'autre moitié ont un coût supérieur à ce seuil. En collectif, cette médiane s'élève à 52 centimes d'euros. Ces estimations doivent cependant être interprétées avec prudence car 138 sur 302 organismes ont renseigné ces informations en individuel et 123 sur 274 organismes en collectif. Le coût médian pour les contrats individuels est à peu près le même que celui pour les contrats collectifs, 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 2017

	Individuel	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en ind.	Collectif	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés en coll.
Ensemble	0,45 €	138 sur 302	0,52 €	123 sur 274

Lecture : Pour les contrats collectifs, la médiane des coûts de traitement par ligne d'acte se situe à 0,52 €, ce qui signifie que pour la moitié des organismes, le traitement d'une ligne d'acte coûte moins de 0,52 € et pour l'autre moitié il coûte plus de 0,52 €. 123 sur 274 organismes exerçant en collectif ont renseigné le nombre total de lignes d'actes traités en 2017, 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 31/12/2017 et ayant renseigné les nombres de lignes d'actes

Chapitre 5 - Des excédents en santé qui représentent 1,3 % des cotisations en 2017

Les contrats individuels voient leur rentabilité encore s'améliorer

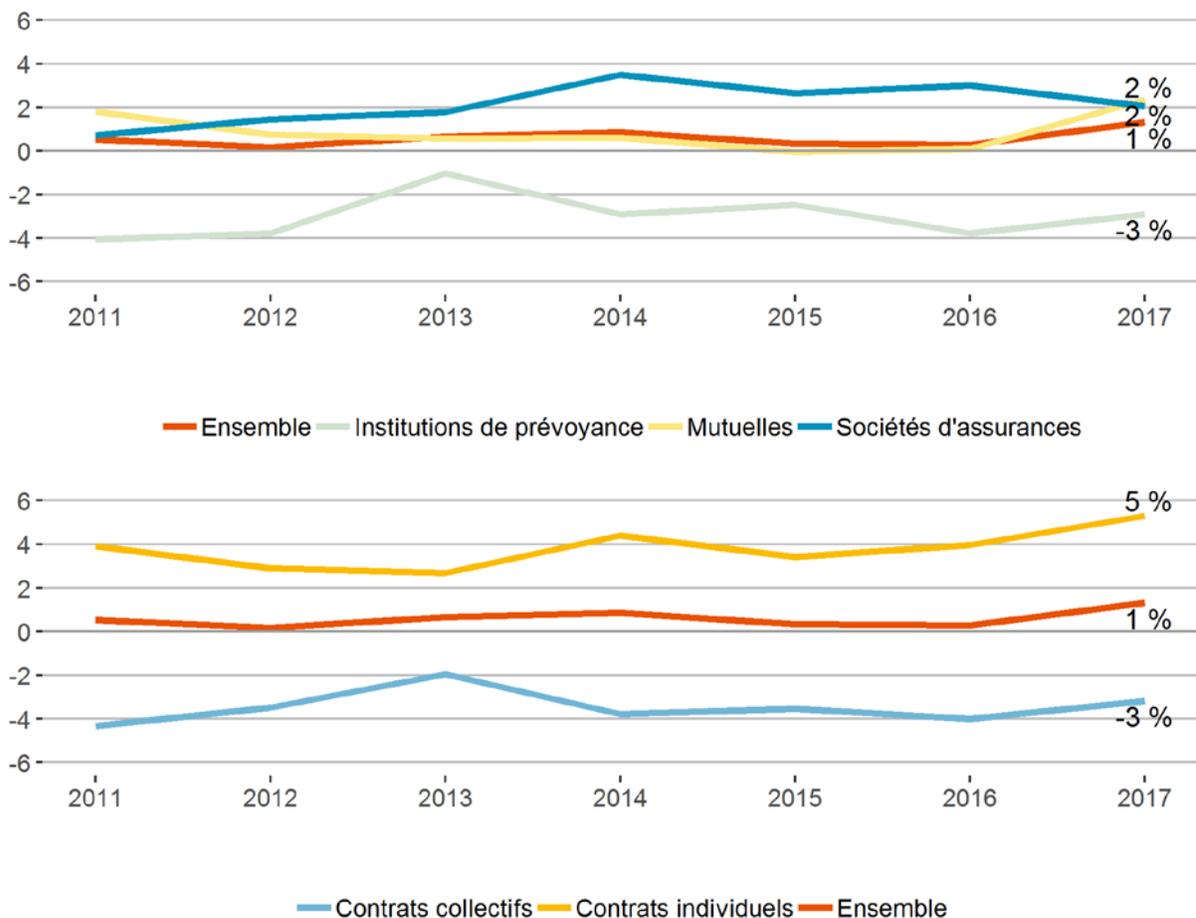
Le résultat technique en santé est au global excédentaire en 2017. Il s'élève à 482,1 millions d'euros, soit 1,3 % des cotisations collectées hors taxe (graphique 5.1). Les cotisations considérées sont les primes nettes. À titre de comparaison, en 2016, il n'était que légèrement excédentaire (0,3 % des cotisations). En 2017, il est donc supérieur à celui des années précédentes (103,9 millions d'euros et 121,5 millions d'euros respectivement en 2016 et 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).

Les contrats collectifs sont déficitaires de l'ordre de -3,2 % des cotisations tandis qu'à l'inverse, les contrats individuels continuent à dégager en moyenne des excédents de l'ordre de 5,3 % des cotisations.

Graphique 5.1 – Résultat technique en santé entre 2011 et 2017

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 sociétés d'assurances ont une meilleure rentabilité

En 2017, les institutions de prévoyance sont déficitaires sur leur activité santé (leurs pertes est de 194,6 millions d'euros, soit l'équivalent de 2,9 % des cotisations collectées hors taxe). Les institutions de prévoyance sont déficitaires depuis plusieurs années en raison de leur spécialisation sur l'activité collective. Toutefois, leurs déficits en santé peuvent être contrebalancés par des excédents sur d'autres activités d'assurances; ce n'est pas le cas en 2017, contrairement aux années précédentes (chapitre 6).

Les mutuelles sont en excédent en 2017 (438,8 millions d'euros, soit 2,4 % des cotisations). Elles étaient très proches de l'équilibre depuis plusieurs années. Elles dégagent en 2017 des excédents supérieurs à ceux des années précédentes. Enfin, les sociétés d'assurance sont excédentaires en 2017 (237,9 millions d'euros, soit 2,0 % des cotisations) et ce depuis plusieurs années.

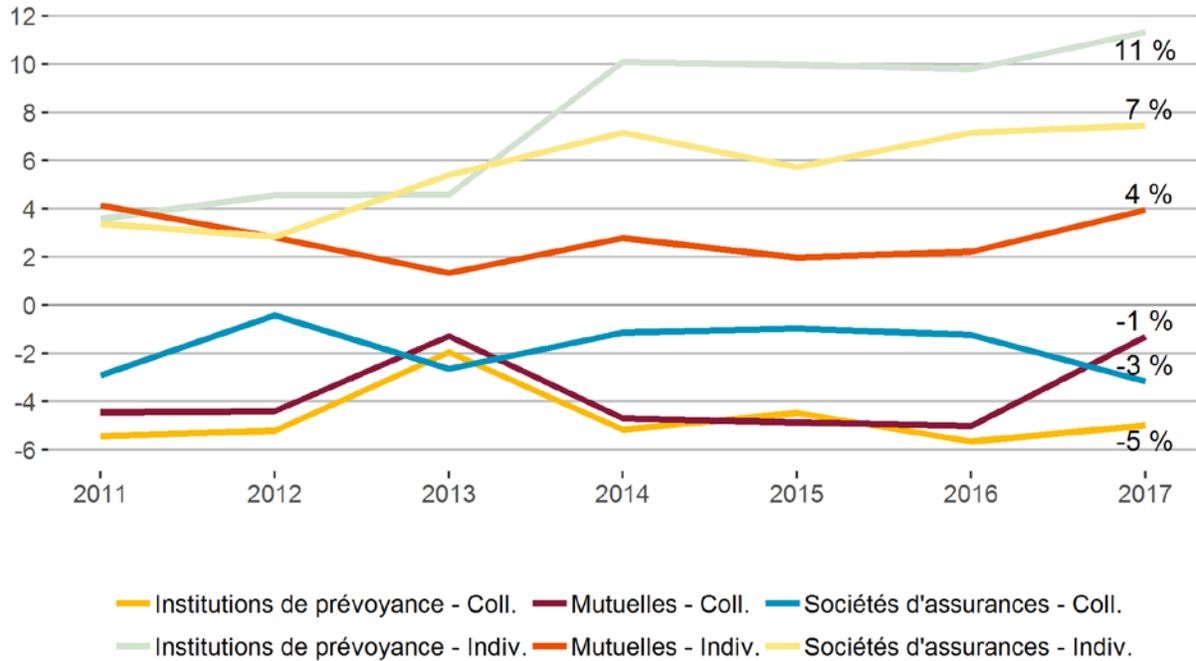
Entre 2011 à 2017, les contrats collectifs des sociétés d'assurances ont été en moyenne déficitaires, mais moins que ceux des mutuelles et des institutions de prévoyance (graphique 5.2). Il semble y avoir un effet de structure des portefeuilles, les sociétés d'assurances vendant relativement plus de contrat 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, 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. Les organismes à but lucratif ne semblent toutefois pas dégager un meilleur résultat technique en santé que leurs concurrents à but non lucratif.

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.

Chapitre 5 - Des excédents en santé qui représentent 1,3 % des cotisations en 2017

Tableau 5.3 – Compte de résultat technique en santé en 2017

Sociétés d'assurances	Individuel (millions euros)	Collectif (millions euros)	Total (millions euros)	Individuel (% des cotis.)	Collectif (% des cotis.)	Total (% des cotis.)	Evolution 2017 en %	Contributions à l'évolution
Produits	5 730	5 954	11 685	101	101	101	5,2	
Cotisations collectées	5 692	5 917	11 609	100	100	100		5,5
Autres produits	38	37	75	1	1	1		-0,3
Charges	5 306	6 141	11 447	93	104	99	6,2	
Prestations	3 798	4 955	8 752	67	84	75		5,1
Frais de gestion des sinistres	219	301	520	4	5	4		0,5
Frais d'acquisition	850	542	1 393	15	9	12		0,3
Frais d'administration	369	328	696	6	6	6		0,2
Autres charges	70	15	85	1	0	1		0,1
Résultat technique	425	-187	238	7	-3	2		
Institutions de prévoyance	Individuel (millions euros)	Collectif (millions euros)	Total (millions euros)	Individuel (% des cotis.)	Collectif (% des cotis.)	Total (% des cotis.)	Evolution 2017 en %	Contributions à l'évolution
Produits	852	5 854	6 705	101	100	100	3,0	
Cotisations collectées	846	5 828	6 673	100	100	100		3,0
Autres produits	6	26	32	1	0	0		0,0
Charges	756	6 144	6 900	89	105	103	2,2	
Prestations	688	4 992	5 680	81	86	85		0,0
Frais de gestion des sinistres	26	271	297	3	5	4		0,0
Frais d'acquisition	33	290	322	4	5	5		-0,1
Frais d'administration	-8	434	426	-1	7	6		0,7
Autres charges	17	158	174	2	3	3		1,5
Résultat technique	96	-290	-195	11	-5	-3		
Mutuelles	Individuel (millions euros)	Collectif (millions euros)	Total (millions euros)	Individuel (% des cotis.)	Collectif (% des cotis.)	Total (% des cotis.)	Evolution 2017 en %	Contributions à l'évolution
Produits	13 008	5 638	18 647	100	100	100	0,9	
Cotisations collectées	12 951	5 618	18 569	100	100	100		0,9
Autres produits	58	20	78	0	0	0		0,0
Charges	12 496	5 711	18 208	96	102	98	-1,4	
Prestations	9 734	4 803	14 537	75	85	78		-1,2
Frais de gestion des sinistres	542	238	780	4	4	4		0,0
Frais d'acquisition	845	302	1 147	7	5	6		-0,1
Frais d'administration	1 302	397	1 700	10	7	9		-0,3
Autres charges	73	-29	44	1	-1	0		0,1
Résultat technique	512	-73	439	4	-1	2		

Chapitre 5 - Des excédents en santé qui représentent 1,3 % des cotisations en 2017

Ensemble des organismes	Individuel (millions euros)	Collectif (millions euros)	Total (millions euros)	Individuel (% des cotis.)	Collectif (% des cotis.)	Total (% des cotis.)	Evolution 2017 en %	Contributions à l'évolution
Produits	19 590	17 446	37 037	101	100	101	2,6	
Cotisations collectées	19 489	17 363	36 852	100	100	100		2,7
Autres produits	102	83	185	1	0	1		-0,1
Charges	18 558	17 997	36 555	95	104	99	1,5	
Prestations	14 219	14 750	28 969	73	85	79		0,9
Frais de gestion des sinistres	788	810	1 598	4	5	4		0,2
Frais d'acquisition	1 728	1 134	2 862	9	7	8		0,1
Frais d'administration	1 663	1 159	2 822	9	7	8		0,0
Autres charges	159	144	303	1	1	1		0,4
Résultat technique	1 033	-551	482	5	-3	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 2016 et 2017 est présenté en annexe 2.

Lecture : En 2017, le résultat technique en santé des sociétés d'assurances s'élève à 238 millions d'euros, dont 425 millions au titre des contrats individuels et -187 millions au titre des contrats collectifs. Ce résultat technique représente 2,0 % des cotisations santé collectées en 2017. Entre 2016 et 2017, les charges des sociétés d'assurance ont globalement augmenté de 6,2 %. Les prestations versées ont contribué pour 5,1 points de pourcentage à cette hausse des charges.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017.

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 négatif pour les institutions de prévoyance et positif pour les mutuelles et les sociétés d'assurances en 2017

Les mutuelles et les sociétés d'assurances pratiquant une activité santé dégagent au global un résultat net positif en 2017. Ce n'est pas le cas des institutions de prévoyance, qui affichent un résultat net négatif (tableau 6.1).

Tableau 6.1 – Résultat technique et résultat net total des organismes actifs en santé en 2017

En millions d'euros

	Résultat technique	dont			Résultat non technique	Résultat net
		Santé	Autre Non vie	Vie		
Sociétés d'assurances	8 213	238	2 960	5 015	-1 390	6 823
Institutions de prévoyance	-310	-195	-175	60	115	-195
Mutuelles	361	439	-92	14	-8	353
Ensemble des organismes	8 264	482	2 693	5 089	-1 282	6 982

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017.

Source : ACPR, calculs DREES.

Rapporté à l'ensemble des cotisations, ce sont les sociétés d'assurances qui dégagent le plus d'excédents en 2017 (4,4 % du total des cotisations collectées toutes activités d'assurance 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 du même ordre de grandeur en 2017 qu'en 2016 (4,4 % contre 4,0 %).

Tableau 6.2 – Évolution du résultat net total de 2016 à 2017 et mouvements de champ

Exprimé en pourcentage de l'ensemble des cotisations acquises

	Résultat net rapporté aux primes			Dont contributions		
	2016	2017	Variation 2016-2017	Pérennes	Entrées	Sorties
Sociétés d'assurances	4,0 %	4,4 %	0,4	0,4	0,0	0,0
Institutions de prévoyance	0,0 %	-1,4 %	-1,4	-1,4	0,0	0,0
Mutuelles	0,7 %	1,6 %	0,9	0,9	0,0	0,0
Ensemble des organismes	3,4 %	3,7 %	0,3	0,3	0,0	0,0

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

Lecture : En 2017, pour les mutuelles, le résultat net représente 1,6 % des cotisations, contre 0,7 % l'année précédente. Cette variation (de 0,9 point de pourcentage) s'explique principalement par l'évolution du résultat net des sociétés présentes les deux années (dites « pérennes » et qui contribuent pour 0,9 point de pourcentage à cette variation). La contribution des organismes qui ont commencé d'exercer une activité en santé (entrées 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, ainsi que les autres activités, Non vie, Vie et non-technique, sont excédentaires en 2017. Le résultat net dégagé par les mutuelles représente 1,6 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2017, soit supérieur à celui réalisé en 2016 (0,7 %).

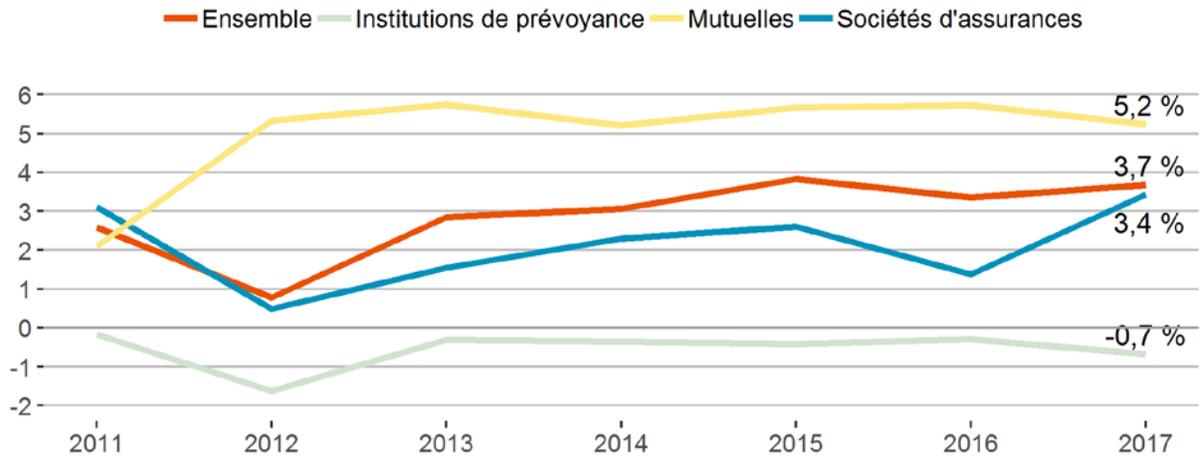
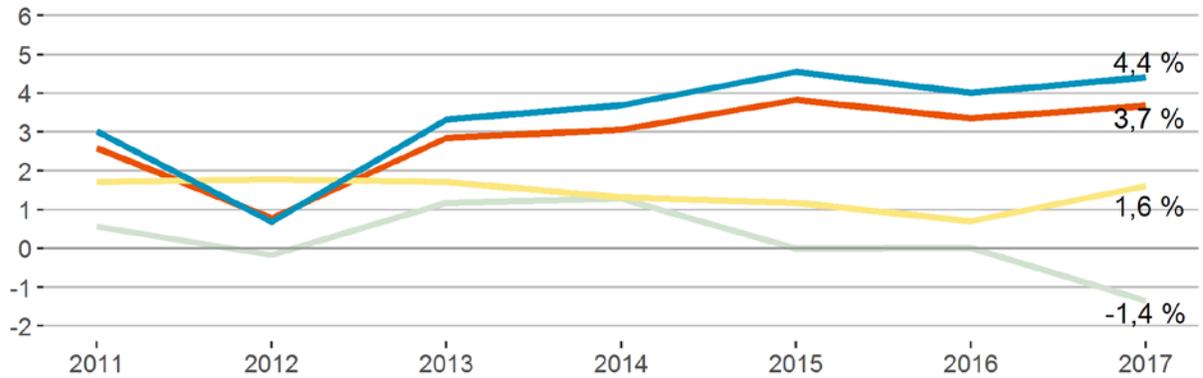
Pour les institutions de prévoyance, les déficits des activités « santé » et « autre Non vie » ne sont pas contrebalancées par les excédents réalisés dans les activités « Vie » et non techniques en 2017. Les institutions de prévoyance sont donc en déficit cette année (-1,4 % des cotisations) contrairement à l'an dernier où ils étaient à l'équilibre.

Au total, les organismes du secteur de l'assurance santé dégagent des excédents en 2017 sur l'ensemble de leur activité (en moyenne 3,7 % 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'assurance.

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 2017 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 2017

En % des cotisations acquises



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

Lecture : En 2017, les organismes ont dégagé des excédents représentant 3,7 % de l'ensemble des cotisations. Les excédents des activités « Vie » représentent 5,2 % des cotisations « Vie », les excédents des activités Non vie représentent 3,4 % des cotisations « Non vie » et enfin l'activité non-technique accuse un déficit égal à -0,7 % de l'ensemble des cotisations.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Chapitre 6 - Des organismes solvables

Tableau 6.4 – Comptes de résultat détaillés en 2017 des organismes exerçant en santé

En millions d'euros

Sociétés d'assurances	Vie	Non vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	93 475	61 009	11 606	154 484
Prestations** (-)	120 135	46 525	9 294	166 660
Produits financiers	41 916	2 936	79	44 852
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	10 362	14 136	2 089	24 499
Solde réassurance (-)	-122	86	64	-36
Résultat technique	5 015	3 198	238	8 213
Produits financiers du résultat non-technique				1 866
Autres éléments non techniques				-3 256
Résultat net				6 823
Institutions de prévoyance	Vie	Non vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	2 800	11 618	6 673	14 418
Prestations** (-)	2 848	11 059	6 014	13 907
Produits financiers	438	349	32	788
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	266	1 318	748	1 584
Solde réassurance (-)	64	-40	137	24
Résultat technique	60	-370	-195	-310
Produits financiers du résultat non-technique				220
Autres éléments non techniques				-105
Résultat net				-195
Mutuelles	Vie	Non vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	774	20 082	18 581	20 856
Prestations** (-)	690	16 802	15 309	17 492
Produits financiers	107	145	63	253
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	172	3 041	2 844	3 212
Solde réassurance (-)	5	37	52	42
Résultat technique	14	347	439	361
Produits financiers du résultat non-technique				386
Autres éléments non techniques				-394
Résultat net				353

Chapitre 6 - Des organismes solvables

Ensemble des organismes	Vie	Non vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	97 048	92 709	36 860	189 757
Prestations** (-)	123 674	74 386	30 617	198 060
Produits financiers	42 462	3 430	174	45 892
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	10 800	18 495	5 681	29 295
Solde réassurance (-)	-53	83	254	30
Résultat technique	5 089	3 175	482	8 264
Produits financiers du résultat non-technique				2 472
Autres éléments non techniques				-3 755
Résultat net				6 982

* : 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 31/12/2017.

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, 1 498,7 milliards d'euros soit 10,5 fois leur chiffre d'affaires global (tableau 6.5). À titre de comparaison, les organismes « Non vie » possèdent un bilan équivalent à 3 fois 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 2017

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	189,8	154,5	14,4	20,9	142,3	47,4
Fonds propres	99,6	72,0	12,3	15,2	70,5	29,1
Provisions d'assurance vie	1 145,0	1 130,0	13,6	1,4	1 145,0	0,0
Autres provisions techniques	211,8	177,9	25,6	8,3	120,0	91,8
Autres passifs	185,6	171,6	7,2	6,7	163,2	22,4
Total passif	1 642,0	1 551,6	58,8	31,6	1 498,7	143,3
Provisions techniques réassurées	68,5	56,1	10,0	2,4	49,0	19,5
Placements	1 472,1	1 408,5	40,4	23,2	1 370,7	101,4
Autres actifs	101,4	86,9	8,4	6,1	79,0	22,4
Total actif	1 642,0	1 551,6	58,8	31,6	1 498,7	143,3
Bilan comptable	1 642,0	1 551,6	58,8	31,6	1 498,7	143,3
Plus-values latentes	160,8	153,0	5,3	2,5	145,7	15,2
Bilan en valeur de marché	1 802,8	1 704,5	64,1	34,1	1 644,4	158,4

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 31/12/2017.

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 fait générateur (départ à la retraite, décès, etc.) déclenche le versement d'un capital ou d'une rente à l'assuré ou à ses ayants-droits. 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 8,9 fois le montant de l'ensemble des cotisations collectées par ces organismes en 2017 (tableau 6.5) ; il s'agit majoritairement de provisions d'assurance Vie. Les organismes Non vie provisionnent quant à eux 1,9 fois le montant de leurs cotisations. Enfin, les mutuelles se démarquent, ne

Chapitre 6 - Des organismes solvables

provisionnant qu'un montant équivalent à 47 % 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 31 % du passif pour les mutuelles (graphique 6.6), contre 84 % pour les sociétés d'assurances et 67 % pour les institutions de prévoyance, qui assurent davantage de risques longs.

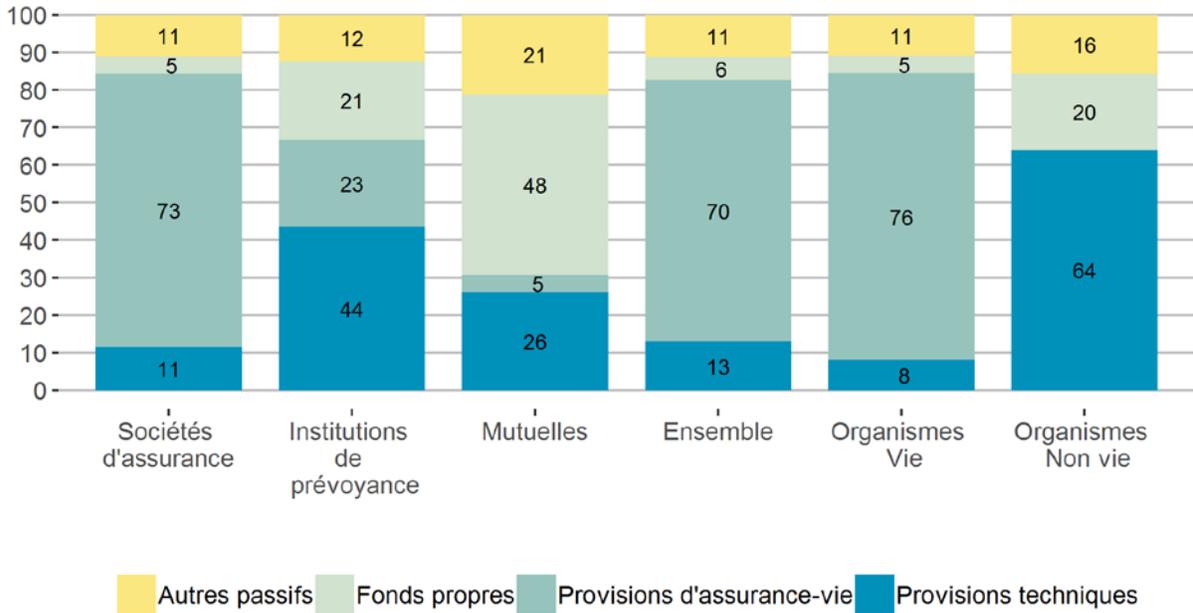
Les fonds propres sont des « ressources financières pouvant servir de tampon face aux aléas et absorber d'éventuelles pertes financières » (Dreyfuss M.-L., 2013). Ils sont principalement constitués du capital apporté à la création de l'entreprise, ainsi que d'une partie des excédents mis en réserve certaines années. Au regard des cotisations collectées, les sociétés d'assurance disposent d'un peu moins de fonds propres que les autres catégories d'organismes : les fonds propres équivalent à 47 % des cotisations collectées pour les sociétés d'assurance alors qu'ils représentent 73 % des cotisations pour les mutuelles et 86 % des cotisations pour les institutions de prévoyance (tableau 6.5). Ces fonds propres représentent ainsi 5 % du passif des sociétés d'assurance, contre 21 % 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.

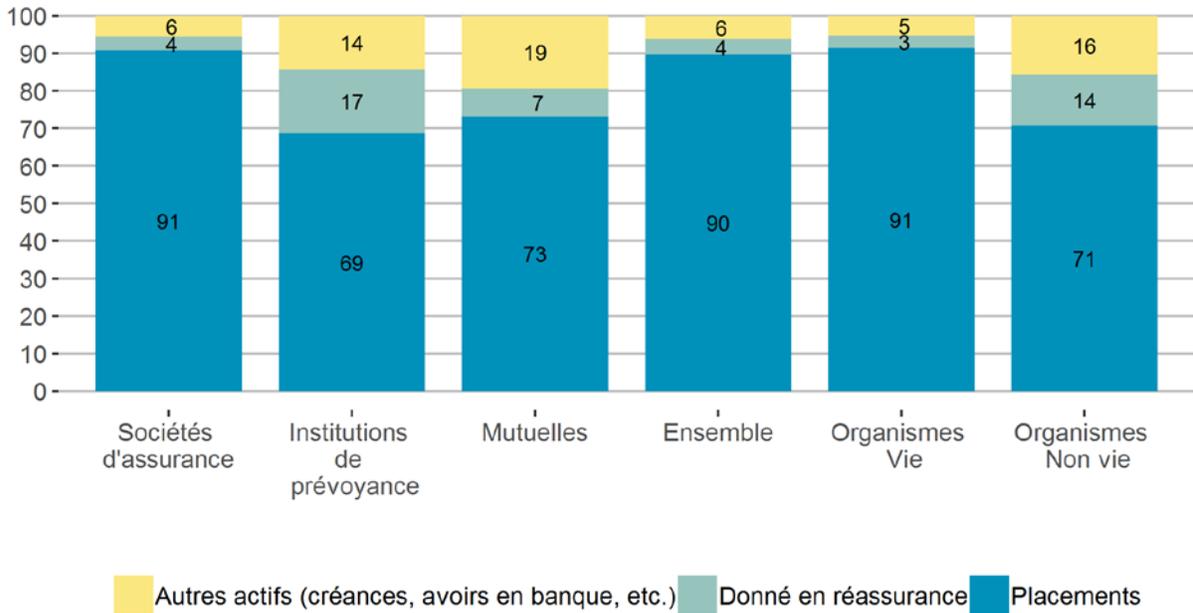
En 2017, 90 % des ressources à l'actif sont placées (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et de dépôts). De plus, 4 % des ressources sont données en réassurance et le reste (6 %) représente des avoirs en banque, d'autres créances, des intérêts acquis non échus, etc. 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 2017). Les plus-values latentes viendraient augmenter le bilan comptable des organismes de 10 % en moyenne (graphique 6.7). Elles sont de cet ordre de grandeur depuis quatre ans.

Graphique 6.6 – Structures du passif et de l'actif des organismes actifs en santé en 2017

Structure du passif exprimée en % du total



Structure de l'actif exprimée en % du total



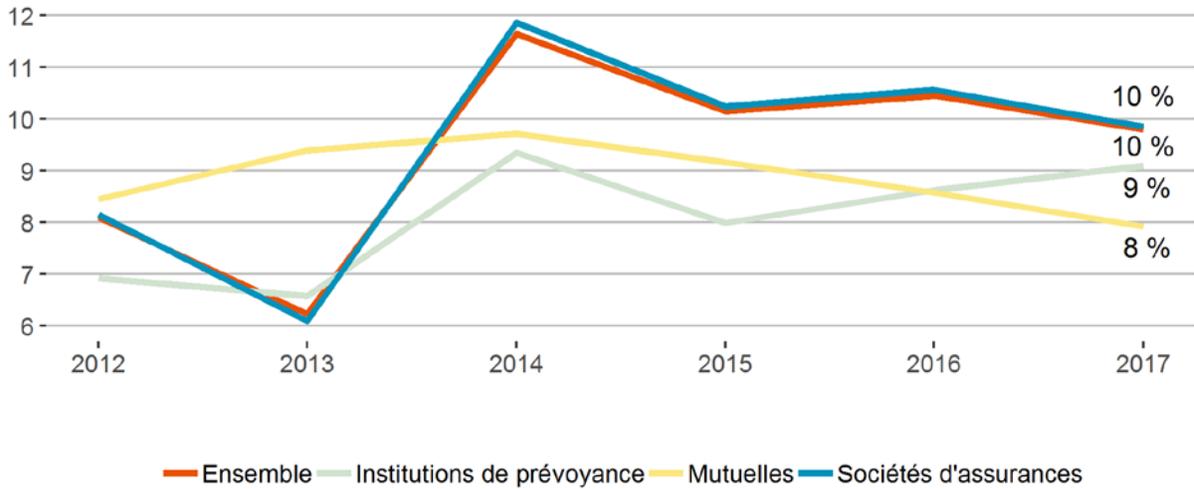
Lecture : Par définition comptable, le bilan est égal au passif et à l'actif. Les fonds propres représentent 5 % du passif des sociétés d'assurance et les placements représentent 91 % de leur actif.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017.

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'assurance dans les plus-values latentes, les courbes « Ensemble » et « Sociétés d'assurance » sont quasiment confondues.

Lecture : La prise en compte des plus-values latentes augmenterait le bilan comptable des mutuelles de 8 % en 2017.

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 en hausse pour toutes les catégories d'organismes

Le bilan comptable (hors plus-values latentes) des organismes a augmenté de 4,1 % entre 2016 et 2017 (tableau 6.8). Le bilan des sociétés d'assurances a augmenté de 4,1 % entre 2016 et 2017. 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 et des institutions de prévoyance a également augmenté entre 2016 et 2017. Pour les institutions de prévoyance, il n'y a pas eu d'entrées ou sorties de champ en 2017, et ces évolutions reflètent celles des organismes pérennes.

Tableau 6.8 – Évolution du bilan total entre 2016 et 2017 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	4,1	3,6	0,6	-0,1	3,6
Institutions de prévoyance	2,6	2,6	0,0	0,0	2,6
Mutuelles	5,6	5,4	0,3	0,0	5,4
Ensemble des organismes	4,1	3,6	0,6	-0,1	3,6

Lecture : Le total du bilan des sociétés d'assurances exerçant une activité santé a augmenté de 4,1 % entre 2016 et 2017. Cette hausse peut se décomposer en trois facteurs : le bilan des sociétés d'assurances présentes les deux années (dites « pérennes ») a augmenté de 3,6 %, contribuant donc à hauteur de 3,6 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 0,6 points de pourcentage. Enfin, la sortie du marché de l'assurance santé en 2017 de certaines sociétés d'assurances a contribué de -0,1 points.

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 nouvelles 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 nouveau 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), risque de marché (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 (posséder des actifs pour lesquels trouver un acheteur prend plus de temps), risque de mortalité 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 (*Solvency 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, supérieur au MCR, correspond au montant de fonds propres dont un organisme d'assurance 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

Chapitre 6 - Des organismes solvables

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 285 % du SCR en 2017, tableau 6.9), devant les institutions de prévoyance (253 %) et les sociétés d'assurance (224 %). 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 95 % pour les institutions de prévoyance et 88 % pour les sociétés d'assurance.

Tableau 6.9 – Couverture moyenne du SCR en 2017 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	231	90	9	1
Mutuelles	285	99	1	0
Institutions de prévoyance	253	95	4	1
Sociétés d'assurance	224	88	11	1

Lecture : En 2017, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne 285 % 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.

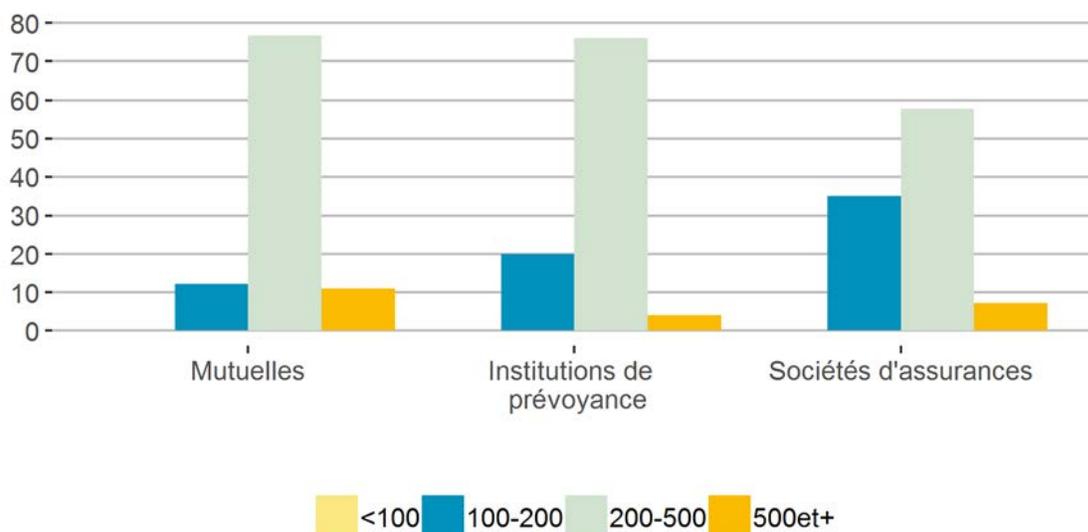
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017 et soumis au régime Solvabilité 2.

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 2017

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



Lecture : En 2017, pour 12 % 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 31/12/2017 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Tableau 6.11 – Couverture moyenne du MCR en 2017 et qualité des fonds propres

	Couverture MCR en %	par des fonds propres de	
		Niveau 1 en %	Niveau 2 en %
Ensemble des organismes	525	98	2
Mutuelles	1007	100	0
Institutions de prévoyance	718	99	1
Sociétés d'assurance	481	97	3

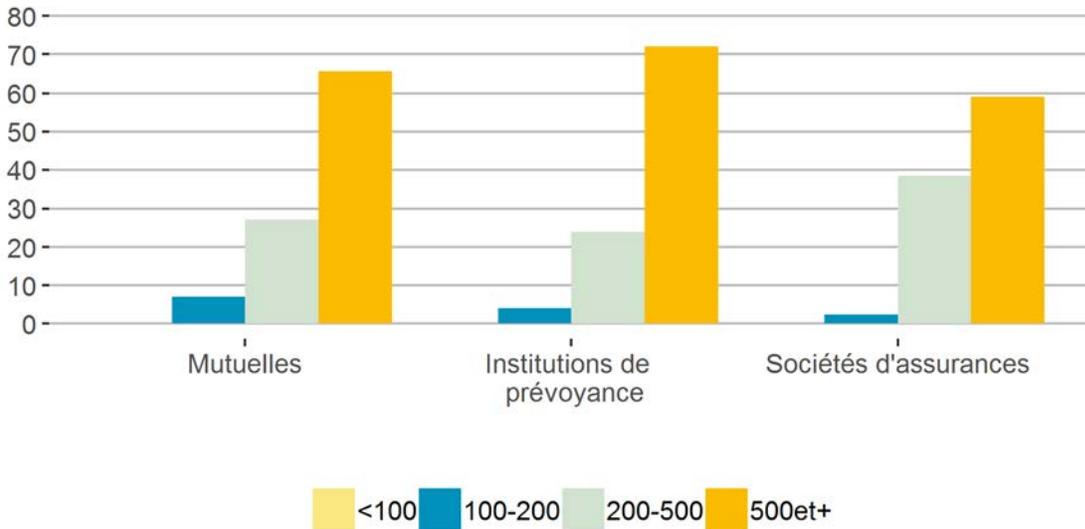
Lecture : En 2017, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne 1007 % du minimum de capital requis (MCR) et sont composés à 100 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.12 – Dispersion de la couverture du MCR en 2017

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



Lecture : En 2017, 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 31/12/2017 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 2017 (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 1007 % du MCR en 2017, tableau 6.11), devant les institutions de prévoyance (718 %) et les sociétés d'assurances (481 %). 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 99 % et celui des sociétés d'assurances à 97 %. 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 2017. 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 %.

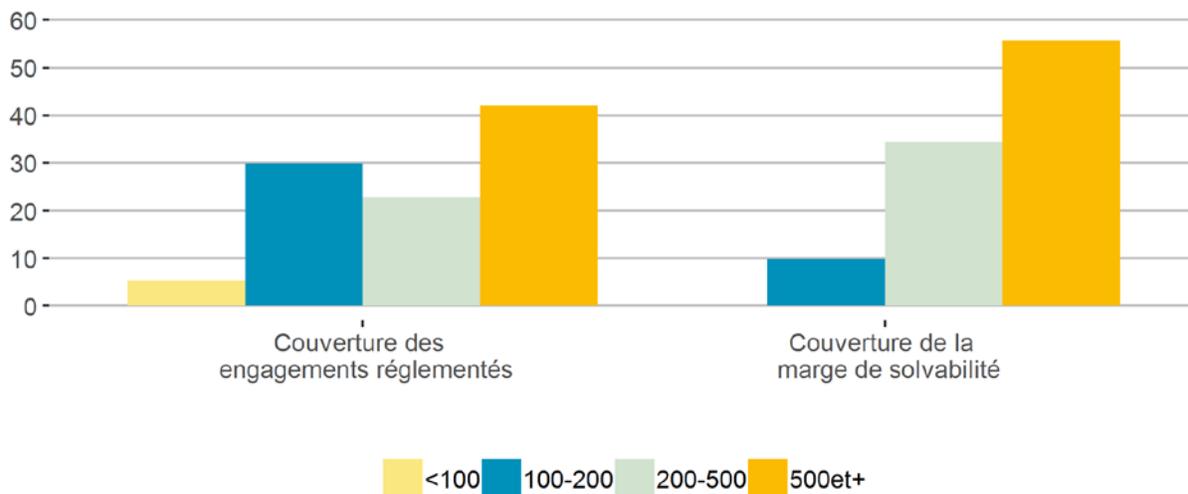
Les engagements réglementés correspondent aux provisions techniques et aux autres dettes qui seraient prioritaires sur ces provisions techniques en cas de faillite (hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales). Ces engagements réglementés doivent 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 2017, sur les 335 organismes du champ de ce rapport et ayant renvoyé leurs comptes à l'ACPR, 269 ont basculé vers le régime Solvabilité 2 et 66 sont restés soumis au régime Solvabilité 1 précédemment en vigueur. Ces 66 organismes sont toutefois de très petite taille, et ne représentent que 0,4 % du marché de l'assurance santé en matière de cotisations collectées. De plus, sur ces 66 organismes, seuls 64 d'entre eux, toutes des mutuelles, 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 64 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 422 % de leurs engagements réglementés et des fonds propres représentant 729 % de leur marge de solvabilité. Ces 64 organismes couvrent tous suffisamment leur marge de solvabilité, mais un petit nombre d'entre eux couvrent insuffisamment leurs engagements réglementés (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 2017, pour 30 % des organismes, les actifs admissibles représentent entre 100 % et 200 % des engagements réglementés.

Champ : Organismes assujettis à la taxe CMU, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017, 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

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.

ACPR. (2017). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2017 ».

ACPR. (2010). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance ».

Barlet, M., Befly, M. et Raynaud, D. (2016). La complémentaire santé, acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016. Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

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.

Gonzalez, L., et al. (2018). Les dépenses de santé en 2017. 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 ».

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

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 2017 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 CMU de financer la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). 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, de 6,27 % à 20,27 % des cotisations collectées, 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 31/12/2017 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 2017, ainsi que, pour les sociétés d'assurance, 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 16,0 millions sur les 36,9 milliards d'euros de cotisations collectées en complémentaire santé en 2017 (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 CMU.

Tableau A1 – Nombre d'organismes ayant une activité de complémentaire santé en 2017, avant repondération

	Assujettis à la taxe TSA au cours de 2017 (1)	Assujettis à la taxe TSA et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017 (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	97	97	84	98,9
-Mixtes			24	23	100,0
-Non vie			73	61	97,9
Institutions de prévoyance	25	25	25	25	100,0
Mutuelles	346	327	276	226	98,5
Total	474	449	398	335	98,9

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

(2) Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017, i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et absorptions ayant eu lieu en 2017.

(3) Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2017, 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 CMU des organismes ayant renseigné les états sur l'assiette totale du Fonds CMU des organismes du champ du rapport, avant repondération.

Sources : ACPR et Fonds CMU, 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 398 organismes du champ du rapport, 335 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 contrats (état prudentiel « FR13 », ex « C1 », cf. encadré 2) à la date du 1 octobre 2017.

Ce rapport s'intéresse donc aux 335 organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe TSA) et ayant fourni à l'ACPR leurs comptes pour l'année 2017, 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.), mais il présente une très bonne représentativité du marché de la complémentaire santé en France (98,9 % 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 63 organismes n'ayant pas transmis leurs comptes et l'état FR13 en 2017 (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 CMU, 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 2017, 335 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. 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. Pour 3 organismes, les états FR13 ont été ainsi corrigés ou complétés (tableau A2). 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 on applique 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 et imputation en 2017

	Nombre d'organismes	% cotisations en santé
ayant renseigné les comptes publics et bilans	335	100,0
ayant renseigné les états FR13	335	100,0
état FR1403 exploitable, dont	334	100,0
- FR1403 imputé	51	2,7
ayant renseigné l'état FR1401	147	45,3
ayant renseigné l'état FR1402	248	92,5
ayant renseigné l'état FR1404	175	67,3

Source : Fonds CMU, ACPR, calculs DREES.

Annexe 2 – Compte de résultat technique en santé en 2016 et 2017

Sociétés d'assurances	Individuel 2016	Collectif 2016	Total 2016	Individuel 2017	Collectif 2017	Total 2017
Produits	5 619	5 492	11 111	5 730	5 954	11 685
Cotisations collectées	5 565	5 438	11 003	5 692	5 917	11 609
Autres produits	54	54	108	38	37	75
Charges	5 221	5 560	10 781	5 306	6 141	11 447
Prestations	3 743	4 463	8 206	3 798	4 955	8 752
Frais de gestion des sinistres	203	263	467	219	301	520
Frais d'acquisition	846	510	1 355	850	542	1 393
Frais d'administration	370	303	673	369	328	696
Autres charges	60	20	80	70	15	85
Résultat technique	398	-68	330	425	-187	238
Institutions de prévoyance	Individuel 2016	Collectif 2016	Total 2016	Individuel 2017	Collectif 2017	Total 2017
Produits	796	5 714	6 510	852	5 854	6 705
Cotisations collectées	791	5 688	6 479	846	5 828	6 673
Autres produits	6	26	31	6	26	32
Charges	719	6 036	6 754	756	6 144	6 900
Prestations	654	5 025	5 680	688	4 992	5 680
Frais de gestion des sinistres	26	270	296	26	271	297
Frais d'acquisition	30	302	332	33	290	322
Frais d'administration	-5	381	376	-8	434	426
Autres charges	14	57	71	17	158	174
Résultat technique	78	-322	-244	96	-290	-195
Mutuelles	Individuel 2016	Collectif 2016	Total 2016	Individuel 2017	Collectif 2017	Total 2017
Produits	13 048	5 441	18 489	13 008	5 638	18 647
Cotisations collectées	12 988	5 418	18 406	12 951	5 618	18 569
Autres produits	60	23	83	58	20	78
Charges	12 759	5 712	18 471	12 496	5 711	18 208
Prestations	9 999	4 757	14 756	9 734	4 803	14 537
Frais de gestion des sinistres	544	228	772	542	238	780
Frais d'acquisition	854	303	1 157	845	302	1 147
Frais d'administration	1 288	473	1 762	1 302	397	1 700
Autres charges	73	-48	26	73	-29	44
Résultat technique	289	-271	18	512	-73	439
Ensemble des organismes	Individuel 2016	Collectif 2016	Total 2016	Individuel 2017	Collectif 2017	Total 2017
Produits	19 464	16 647	36 110	19 590	17 446	37 037
Cotisations collectées	19 344	16 544	35 888	19 489	17 363	36 852
Autres produits	120	103	223	102	83	185
Charges	18 699	17 307	36 007	18 558	17 997	36 555
Prestations	14 397	14 245	28 642	14 219	14 750	28 969
Frais de gestion des sinistres	774	761	1 535	788	810	1 598
Frais d'acquisition	1 729	1 114	2 844	1 728	1 134	2 862
Frais d'administration	1 653	1 157	2 810	1 663	1 159	2 822
Autres charges	146	30	176	159	144	303
Résultat technique	765	-661	104	1 033	-551	482

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.

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.

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.

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, on fait référence à des « exigences de fonds propres » ou à un « capital requis ».

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 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. On parle aussi parfois d'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.

Fonds CMU : Fonds de financement de la CMU-C et de l'ACS. Le Fonds CMU est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999. Ses trois missions principales sont (1) financer la CMU complémentaire et l'Aide pour une Complémentaire Santé, (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 CMU complémentaire.

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 CMU 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. On nomme :

- prime pure : la prime qui permet statistiquement de régler les sinistres
- prime nette (ou prime commerciale) : la prime pure + les chargements et accessoires qui permettent de couvrir les frais de gestion des organismes assureurs
- 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 (on parle « 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. On distingue deux grands types de sociétés d'assurances : - 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 ayants-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. On nomme aussi surcomplémentaire santé la prise en charge de frais médicaux dans des contrats qui ne sont pas des complémentaires santé (assurance automobile, assurance scolaire, etc.).

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 CMU et permet de financer la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Annexes

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.