

Les cotisations constituent la principale ressource des organismes assurant une couverture santé. En 2017, en moyenne, 21 % des cotisations hors taxes sont consacrées aux charges de fonctionnement de ces organismes et 79 % sont reversées aux assurés sous forme de prestations. Les écarts sont toutefois assez notables entre familles d'organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances). Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisations pour les assurés (85 % contre 73 % pour les contrats individuels) en raison de frais de fonctionnement moindres. Proche de l'équilibre depuis plusieurs années, le marché de l'assurance santé a dégagé des excédents en 2017, représentant 1,3 % des cotisations collectées hors taxe. Les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, tandis que les contrats individuels sont excédentaires.

Les cotisations collectées : principales ressources de l'assurance santé

Dans le domaine de l'assurance santé, les organismes disposent de deux types de ressources (*schéma 1*) : les cotisations collectées hors taxes (principale ressource) et les autres produits, qui correspondent surtout à des produits financiers (ressource plus secondaire). Ces ressources sont utilisées pour reverser des prestations aux assurés. Elles permettent aussi aux organismes de s'acquitter de leurs différentes charges de fonctionnement : les frais de gestion des sinistres (traitement des feuilles de soins), les frais d'acquisition (liés à la publicité, au marketing et à la rémunération des intermédiaires), les frais d'administration et autres charges techniques (liés à la gestion courante des dossiers et des systèmes d'informations) et, enfin, les autres charges (participation aux excédents, réassurance).

79 % des cotisations en santé reversées aux assurés sous forme de prestations

En 2017, les assurés récupèrent en moyenne 79 % de leurs cotisations hors taxe (*encadré 1*) sous forme de prestations. Les contrats collectifs reversent une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels (85 % contre 73 %) [*tableau 1*]. Les entreprises qui souscrivent ces contrats au profit de leurs salariés sont, en effet, davantage en position de négociateur des garanties au meilleur prix que les particuliers souscrivant des

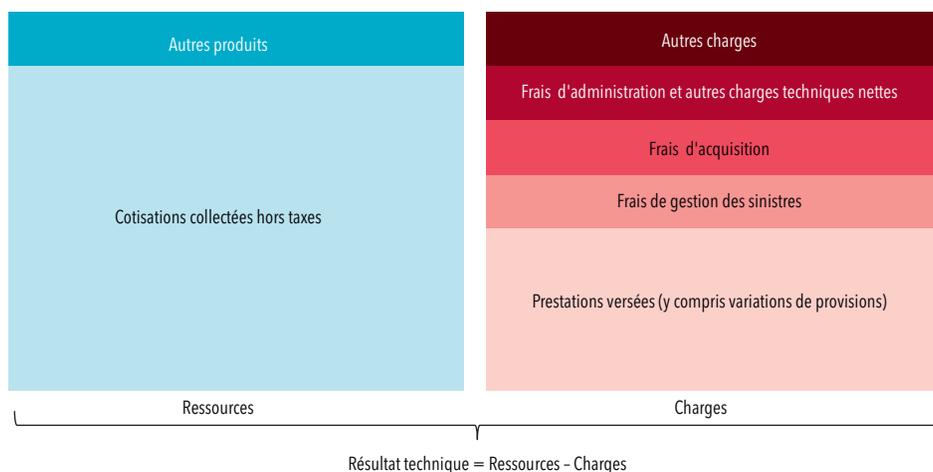
contrats individuels. En outre, les contrats collectifs bénéficient de frais de fonctionnement plus faibles que les contrats individuels. Ce sont les institutions de prévoyance qui reversent en moyenne la plus grande part des cotisations sous forme de prestations (85 %), devant les mutuelles (78 %) et les sociétés d'assurances (75 %). Cette hiérarchie entre les trois familles d'organismes s'explique avant tout par la disparité des proportions de contrats collectifs dans leur activité. Les institutions de prévoyance sont en effet spécialisées dans ce type de contrats, dont le rapport prestations sur cotisations est plus élevé.

En 2017, les frais d'acquisition, correspondant aux frais engagés pour attirer de nouveaux clients, représentent 8 % des cotisations hors taxe. En collectif, les frais d'acquisition sont plus faibles qu'en individuel (7 % contre 9 %) car faire de la publicité et vendre des contrats auprès des entreprises est moins coûteux qu'auprès du grand public (nombre d'interlocuteurs réduit). Les sociétés d'assurances se distinguent par des frais d'acquisition plus élevés (12 % des cotisations, contre 6 % pour les mutuelles et 5 % pour les institutions de prévoyance). Ces écarts s'expliquent là aussi d'abord par la part des contrats collectifs dans leur activité. Toutefois, les frais plus élevés des sociétés d'assurances sont aussi dus au recours plus fréquent à des intermédiaires, agents généraux d'assurance ou courtiers, rémunérés à la commission. Ils s'expliquent enfin par le fait que de nombreuses mutuelles et institutions de prévoyance sont

spécialisées par entreprises, professions ou branches d'activité. Elles bénéficient de ce fait de clientèles bien identifiées et plus ou moins captives, tandis que les sociétés d'assurances s'adressent davantage au grand public et à des entreprises de tous secteurs. Les frais d'administration et autres charges techniques, liés à la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations, représentent 8 % des cotisations hors taxe en 2017. De nouveau, ces frais sont plus faibles en collectif qu'en individuel (7 % contre 9 %), car les entreprises participent au prélèvement

des cotisations et à la gestion des dossiers. C'est pour les mutuelles que ces frais d'administration sont les plus élevés (9 %, contre 6 % pour les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance). La plus forte restructuration du secteur mutualiste au cours des dernières années (fusions, absorptions, qui engendrent des coûts sur les systèmes d'informations) contribue à expliquer cet écart. Cette différence pourrait aussi être due à la gestion par ces mutuelles de la part de l'assurance maladie de base (dans le cas des mutuelles de fonctionnaires

Schéma 1 Représentation simplifiée des produits et des charges techniques



Note > Les proportions de cette représentation schématique ne sont pas proportionnelles aux produits et charges constatés dans la pratique. Autres produits : produits financiers nets, subventions d'exploitation et variations de provisions pour cotisations non acquises. Autres charges : participation aux excédents et réassurance.

Encadré 1 La taxe de solidarité additionnelle

Les assurés couverts par un contrat santé paient, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite « de solidarité additionnelle » (TSA) qui s'élève à 13,27 % des cotisations collectées dans le cas général (contrats solidaires et responsables). Le produit de cette taxe finance notamment l'aide à la complémentaire santé (ACS) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Cette taxe est prélevée par les organismes d'assurances, mais directement reversée à l'Urssaf. Les cotisations hors taxes reflètent donc, du point de vue des organismes d'assurances, les montants de cotisations sur lesquels ils reversent des prestations, engagent des frais, réalisent d'éventuels profits et exercent donc leur métier d'assureur.

Les assurés, quant à eux, paient la TSA. De leur point de vue, le rapport prestations sur cotisations TTC est donc différent de celui des organismes. Les assurés qui ont les moyens de payer eux-mêmes leur contrat santé (sans bénéficier d'aides) ont un rapport prestations sur cotisations TTC proche de 70 % (79 euros reversés en moyenne sur 100 euros de cotisations hors taxes, soit 113,27 euros de cotisations TTC). Enfin, les bénéficiaires de la CMU-C perçoivent des prestations sans devoir régler de cotisations en contrepartie.

notamment). Enfin, les frais de gestion des sinistres représentent 4 % à 5 % des cotisations en 2017, quelles que soient les catégories de contrats et d'organismes. Cette activité est en effet peu différente dans les contrats individuels et collectifs, ainsi qu'entre les familles d'organismes assureurs.

Les autres charges (réassurance, participation aux excédents) représentent environ 0,8 % des cotisations en santé en 2017.

Les autres produits ne représentent qu'environ 0,5 % des cotisations collectées en 2017. Ce sont principalement des produits financiers, issus du placement des cotisations sur les marchés. En assurance santé, les cotisations sont très rapidement reversées aux assurés sous forme de prestations, et ne permettent donc pas aux organismes de réaliser d'importants produits financiers.

Les excédents en santé représentent 1,3 % des cotisations en 2017

Le résultat technique est la différence entre l'ensemble des ressources et des charges. Un résultat technique positif est synonyme d'excédent, un

résultat technique négatif de déficit. En 2017, le marché de l'assurance santé a dégagé des excédents puisque son résultat technique s'élève à 482 millions d'euros, soit 1,3 % des cotisations hors taxe (graphique 1). De 2011 à 2016, ce marché a dégagé au total de légers excédents chaque année, compris entre 0,2 % et 0,8 % des cotisations. Les résultats sont en revanche assez contrastés par type de contrat et par famille d'organismes.

En 2017, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, de l'ordre de 3 % des cotisations, tandis qu'à l'inverse, les contrats individuels sont en moyenne excédentaires, de l'ordre de 5 % des cotisations. Depuis 2011, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires et les contrats individuels en moyenne excédentaires chaque année. En 2017, les contrats collectifs représentent 47 % des cotisations collectées en santé. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016¹ aurait contribué à une hausse relativement modérée du marché en collectif en 2016 et 2017. En effet, les contrats collectifs gagnaient du terrain sur les contrats individuels depuis plusieurs années déjà : en 2011, les

Tableau 1 Part des différentes charges dans les cotisations de l'assurance santé, par type d'organismes et type de contrats, en 2017

	En % des cotisations collectées hors taxes					
	Prestations versées	Frais de gestion des sinistres	Frais d'acquisition	Frais d'administration et autres charges techniques nettes	Autres charges	Autres produits
Ensemble	79	4	8	8	0,8	0,5
Mutuelles	78	4	6	9	0,2	0,4
Sociétés d'assurances	75	4	12	6	0,7	0,6
Institutions de prévoyance	85	4	5	6	2,6	0,5
Contrats individuels	73	4	9	9	0,8	0,5
Contrats collectifs	85	5	7	7	0,8	0,5

Lecture > En 2017, les mutuelles reversent à leurs assurés 78 % des cotisations sous forme de prestations et consacrent 4 % des cotisations aux frais de gestion des sinistres. L'addition des chiffres sur une ligne ne fait pas 100 % car : Cotisations - prestations - frais de gestion sinistres - frais acquisition - frais administration et autres charges nettes = résultat technique. Si l'on additionne les cinq premières colonnes et que l'on retire la sixième, on obtient 100 % moins le résultat technique en pourcentage des cotisations collectées hors taxe.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2017 et hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, calculs DREES.

1. La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi qui fait suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 a généralisé la couverture complémentaire d'entreprise à l'ensemble des établissements employeurs de droit privé. Les établissements devaient s'y conformer à compter du 1^{er} janvier 2016.

contrats collectifs représentaient 41 % des cotisations collectées.

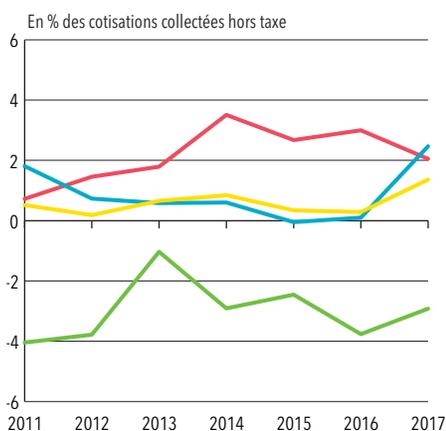
En 2017, les institutions de prévoyance, en raison de leur spécialisation dans les contrats collectifs, sont déficitaires sur leur activité santé (195 millions d'euros de pertes, soit l'équivalent de 2,9 % des cotisations collectées hors taxe). Elles le sont dans

le domaine de la santé depuis au moins 2011. Les mutuelles sont en excédent en 2017 (439 millions d'euros, soit 2,4 % des cotisations). Elles étaient proches de l'équilibre en 2015 et 2016. Enfin, les sociétés d'assurances sont excédentaires en 2017 (238 millions d'euros, soit 2 % des cotisations), et cela depuis plusieurs années également. ■

Graphique 1 Évolutions du résultat technique en santé, par type d'organismes et de contrats, entre 2011 et 2017

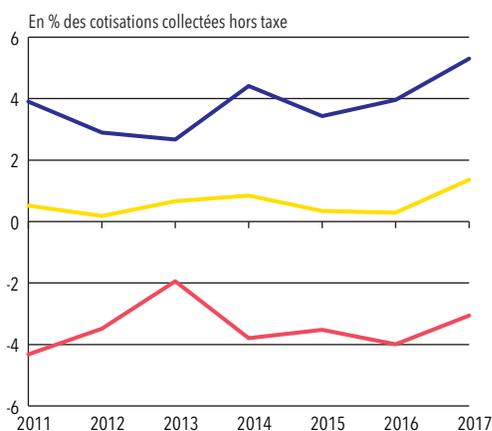
1a. par type d'organismes

— Sociétés d'assurances — Institutions de prévoyance
— Mutuelles — Ensemble



1b. par type de contrats

— Ensemble — Contrats individuels — Contrats collectifs



Lecture > En 2017, le résultat technique des sociétés d'assurances en santé représente 2,0 % des cotisations.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2017 et hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, calculs DREES.

Pour en savoir plus

> **Adjerad, R.** (2019). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2018. DREES.

> **Leduc, A., Montaut, A.** (2017, janvier). Les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés. DREES, *Études et Résultats*, 992.

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

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