

Rapport 2022

Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

RAPPORT 2022

Sur la situation financière des organismes
complémentaires assurant une couverture santé

Sommaire

Avant-propos	5
Principaux enseignements	6
1 Mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années	9
1.1 La baisse du nombre d'organismes d'assurance s'inscrit comme une tendance de long terme	9
1.2 Sur le marché de l'assurance santé, le nombre de mutuelles a été divisé par plus de cinq depuis 2001	10
1.3 Les vingt plus grands organismes en santé représentent 13 points de parts de marché de plus qu'en 2011.....	11
1.4 Le poids de la santé diffère dans le portefeuille des différents types d'organismes.....	12
1.5 La majorité des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance réalise des chiffres d'affaires élevés, tandis que les mutuelles sont en général de plus petite taille	16
1.6 En santé, la part des contrats individuels et des contrats collectifs dépend du type d'organismes.....	17
2 Les cotisations en santé rebondissent en 2021 et les contrats collectifs atteignent désormais la moitié de la masse totale des cotisations.....	21
2.1 Les cotisations rebondissent en 2021, de façon particulièrement marquée pour les institutions de prévoyance	22
2.2 L'augmentation des cotisations en collectif en 2021 est nettement plus élevée que celle des cotisations en individuel, de sorte que les cotisations en collectif sont équivalentes à celles en individuel	23
3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19.....	27
3.1 En 2021, les prestations versées par les organismes complémentaires sont en forte hausse, par effet de rattrapage de la chute observée en 2020	27
3.2 En 2021, les prestations versées par les trois types d'organismes complémentaires sont en forte hausse	28
3.3 En 2021, les taux de prise en charge des paniers « 100 % santé » par les organismes complémentaires augmentent pour les prothèses auditives et dentaires.....	30
3.4 Les contrats collectifs reversent aux assurés une plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations	32
3.5 Le retour sur cotisations rebondit en 2021	33
3.6 Les contrats collectifs versent une plus grande part de prestations en optique et en dentaire, et une moins grande part en hospitalisation.....	36
4 Le poids des charges de gestion dans les cotisations collectées est stable depuis 2015 à 20 %	43
4.1 Les charges de gestion des contrats collectifs sont inférieures à celles des contrats individuels	43
4.2 Les frais d'acquisition sont relativement plus élevés pour les entreprises d'assurance, en individuel comme en collectif.....	45

4.3	Les frais d'administration sont plus élevés pour les mutuelles.....	46
4.4	Les frais de gestion des sinistres dépendent peu du type d'organismes complémentaires	46
4.5	Les charges de gestion des institutions de prévoyance diminuent en 2021	46
5	En 2021, le résultat technique est quasiment nul	51
5.1	Le résultat technique des contrats individuels fléchit nettement en 2021	51
5.2	En 2021, les résultats techniques sont relativement proches pour les trois types d'organismes complémentaires.....	52
6	Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires.....	56
6.1	Le résultat net moyen des trois catégories d'organismes complémentaires est excédentaire en 2021, mais proche de l'équilibre pour les mutuelles et les institutions de prévoyance	56
6.2	Les différences de structure de bilan entre organismes s'expliquent principalement par la spécialisation de leur activité.....	61
6.3	Le bilan comptable global est en hausse, du fait de la croissance du bilan des entreprises d'assurance.....	65
6.4	Les organismes respectent les règles prudentielles du régime Solvabilité 2.....	66
	Pour en savoir plus	73
	Annexes.....	75
	Annexe 1 : Le champ du rapport et les redressements opérés sur les données	76
	Annexe 2 : Compte de résultat technique en santé en 2020 et 2021.....	79
	Glossaire	81

Liste des encadrés

Encadré 1 : Les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	13
Encadré 2 : Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique.....	15
Encadré 3 : La réforme des contrats responsables, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et la réforme « 100 % santé ».....	18
Encadré 4 : Analyse des évolutions et des mouvements de champ	26
Encadré 5 : La taxe de solidarité additionnelle payée par les assurés sur les contrats de complémentaire santé.....	38
Encadré 6 : La contribution exceptionnelle versée par les organismes complémentaires dans le cadre de la pandémie de Covid-19	40
Encadré 7 : Zoom sur la gestion de la CMU-C, de l'ACS et de la complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires.....	41
Encadré 8 : Zoom sur les charges de gestion.....	48
Encadré 9 : Quid des organismes encore soumis au régime Solvabilité 1 ?	71

Rédacteur : Cyril de Williencourt

Remerciements : La DREES tient à remercier :

- L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, direction des ressources humaines et des moyens, direction des études et de l'analyse du risque et directions du contrôle) pour la collecte des états statistiques, la livraison des données et son appui technique ;
- Les organismes complémentaires qui fournissent la grande majorité des données nécessaires à la rédaction de ce rapport ;
- L'Urssaf Caisse nationale 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 France Assureurs pour leur collaboration et leur concours.

Avant-propos

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

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour l'année 2021 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'ACPR et par l'Urssaf Caisse nationale. Ce rapport se concentre en particulier sur l'activité santé (« frais de soins ») des organismes d'assurance.

Ce rapport comprend six parties. La première présente les organismes du marché de l'assurance complémentaire santé et leur démographie. Les quatre suivantes analysent tour à tour les principaux aspects de l'activité d'assurance santé : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Enfin, la dernière partie analyse, pour les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé, leur solvabilité financière globale et leur respect des règles prudentielles.

Dans ce rapport, les données sont figées à la date du 23 septembre 2022, ce qui peut expliquer des écarts avec certains chiffres publiés par l'ACPR.

Principaux enseignements

Le marché de la complémentaire santé poursuit sa concentration en 2021 : la part de marché des vingt plus grands organismes a progressé de 13 points depuis 2011

D'après l'Urssaf Caisse nationale, 417 organismes (288 mutuelles, y compris mutuelles substituées, 104 entreprises d'assurance et 25 institutions de prévoyance) exercent une activité de complémentaire santé en 2021.

Le marché de la complémentaire santé compte ainsi 11 organismes de moins qu'en 2020. Le nombre de mutuelles a été divisé par cinq depuis 2001 et celui des institutions de prévoyance par deux. En revanche, le nombre d'entreprises d'assurance a peu baissé durant cette période.

Cette diminution du nombre d'organismes assurant une activité de complémentaire santé rejoint plus généralement la baisse de celui des organismes exerçant une activité d'assurance (toutes branches confondues). D'après les données de l'ACPR, le nombre d'organismes d'assurance agréés a diminué de plus de moitié depuis 2006, la baisse la plus marquée concernant les mutuelles.

En 2021, les vingt plus grands organismes concentrent, à eux seuls, plus de la moitié du marché en matière de cotisations collectées et les cent plus grands (soit un peu moins d'un quart des organismes) en détiennent 91 %. Les vingt plus grands organismes représentent 13 points de parts de marché de plus qu'en 2011 (première année pour laquelle la majorité des données mobilisées pour ce rapport sont disponibles). Une part de mutuelles de petite taille subsiste néanmoins.

Le poids de l'activité de complémentaire santé diffère en fonction de la nature de l'organisme. En 2020, dernière année disponible pour ces données, la santé représente 84 % des cotisations des mutuelles et 49 % de celles des institutions de prévoyance, mais seulement 7 % de celles des entreprises d'assurance.

Les cotisations en santé rebondissent en 2021 et les contrats collectifs atteignent désormais la moitié de la masse totale des cotisations

En 2021, la masse totale des cotisations collectées en santé (hors taxe) s'établit à 39,4 milliards d'euros d'après les données de l'ACPR. Alors que la dynamique des cotisations avait été enrayée en 2020 par l'impact sur l'activité économique de la crise sanitaire liée au Covid-19, ces dernières augmentent de 1,2 milliard d'euros entre 2020 et 2021, soit une hausse de 3,1 %. Cette hausse est atténuée à la marge par la fin de montée en charge de la réforme de la complémentaire santé solidaire, qui a engendré une baisse des cotisations perçues par les organismes complémentaires en 2021 par rapport à 2020 au titre des contrats d'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS ; 0,1 milliard d'euros).

La hausse des cotisations est particulièrement marquée pour les institutions de prévoyance : leurs cotisations ont augmenté de 0,5 milliard d'euros en 2021 (+7,7 %, après -2,7 % en 2020). Les cotisations des mutuelles repartent également à la hausse en 2021, après leur chute en 2020 (+0,1 milliard d'euros, soit +0,3 %, après -1,6 % en 2020). Enfin, les cotisations en santé collectées par les entreprises d'assurance ont poursuivi en 2021 leur progression des dernières années (+0,7 milliard d'euros, soit +4,9 %, après +2,8 % en 2020). Les mutuelles restent prédominantes sur le marché de l'assurance santé (47 % des cotisations collectées en 2021) même si leurs parts de marché diminuent depuis 2001 au profit des entreprises d'assurance.

En collectif, la masse des cotisations collectées en santé a augmenté de 1,1 milliard d'euros en 2021 (+5,8 %). Les cotisations en collectif retrouvent ainsi un fort dynamisme, bien supérieur à celui des contrats individuels, mouvement de fond antérieur à la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016, même si cette généralisation l'a conforté. La masse des cotisations en individuel augmente de 0,1 milliard d'euros entre 2020 et 2021, soit +0,6 %.

Pour la première fois, en 2021, les cotisations en collectif sont équivalentes aux cotisations en individuel. La part des contrats collectifs s'établit ainsi désormais à 50 % des cotisations collectées en santé, après 49 % en 2020. Depuis 2015, dernière année avant la mise en place de la généralisation de la

complémentaire santé d'entreprise, les contrats collectifs ont gagné 5,6 points de parts de marché. En 2011, les contrats collectifs représentaient 41 % des cotisations collectées.

En 2021, hors contribution exceptionnelle Covid, les prestations augmentent de 11,6 %, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 du fait de la crise de Covid-19

Les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres versées par les organismes complémentaires s'élèvent à 31,6 milliards d'euros en 2021 après 29,8 milliards d'euros en 2020 (+6,1 %). Il s'agit des charges liées à l'indemnisation des assurés, qui comprennent non seulement les sinistres payés mais également les variations de provisions pour sinistres. En 2020, les provisions pour sinistres avaient fortement augmenté du fait des provisions constituées au titre de la contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19, due par les organismes complémentaires santé. *A contrario*, en 2021, le versement de la première partie de cette contribution (celle due au titre de 2020) a été essentiellement comptabilisé en tant que sinistres payés, et a été déduit des provisions pour sinistres pour un même montant, de sorte que le montant des charges de prestations n'a pas été affecté dans son ensemble en 2021 par cette contribution exceptionnelle. Ainsi, en excluant cette contribution des charges de prestations, ces charges s'élevaient à 28,3 milliards d'euros en 2020 (après 30,3 milliards d'euros en 2019) et ont augmenté de 3,3 milliards d'euros en 2021 (+11,6 %). Cette forte augmentation s'explique notamment par un effet de rattrapage après la baisse de 2020, qui était liée à la baisse globale de la consommation de soins et biens médicaux, notamment lors du premier confinement. Comme les prestations des organismes complémentaires ont augmenté davantage que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), la part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM augmente en 2021 pour atteindre 12,9 % hors contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19 (après 12,2 % en 2020).

En 2021, année de fin de montée en charge de la réforme « 100 % santé », les taux de prise en charge des paniers « 100 % santé » par les organismes complémentaires augmentent pour les audioprothèses (70 % en 2021 contre 36 % en 2020) et les prothèses dentaires (65 % en 2021 contre 52 % en 2020). Autrement dit, les prestations versées par les organismes complémentaires pour ces paniers de soins augmentent plus fortement que la consommation totale de ces paniers. Plus généralement, les dépenses ont fortement augmenté pour les trois types de soins concernés par la réforme du « 100 % santé ». Les prestations, tous paniers confondus, ont augmenté de 152 % en audioprothèses pour les organismes complémentaires (+58 % pour la consommation totale), de 39 % en prothèses dentaires pour les organismes complémentaires (+17 % pour la consommation totale) et de 16 % en optique pour les organismes complémentaires (+14 % pour la consommation totale).

80 % des cotisations sont reversées en prestations et 20 % des cotisations couvrent les charges de gestion des organismes

En 2021, les organismes reversent 80 % des cotisations (hors taxe) sous forme de prestations (charges de prestations y compris provisions pour sinistres, hors frais de gestion des sinistres), après 78 % en 2020 (74 % en 2020 hors contribution exceptionnelle Covid). Les contrats collectifs offrent un retour sur cotisations plus élevé (86 %) que les contrats individuels (74 %). Ce sont les institutions de prévoyance qui offrent le meilleur retour sur cotisations (86 %), devant les mutuelles (81 %) et les entreprises d'assurance (77 %). Cette hiérarchie entre les trois familles d'organismes s'explique en partie par le poids des contrats collectifs dans leur activité. Par ailleurs, le ratio qui rapporte les prestations aux cotisations n'inclut pas la taxe de solidarité additionnelle sur les cotisations de complémentaire santé (TSA, voir glossaire), qui s'élève à 13,27 % des cotisations dans le cas général. Si on se place du point de vue des ménages, qui s'acquittent de la TSA, ce ratio est donc inférieur (encadré 5).

En 2021, les charges de gestion représentent 20 % des cotisations hors taxe des organismes d'assurance. Les charges de gestion sont un peu plus faibles en collectif (18 %) qu'en individuel (21 %). Les institutions de prévoyance affichent les charges les plus faibles (14 %), devant les mutuelles (20 %) et les entreprises d'assurance (22 %). Si on se place à nouveau du point de vue des ménages, qui s'acquittent de la TSA, le ratio des charges de gestion aux cotisations est inférieur. Ces différences entre familles d'organismes s'expliquent en partie, là aussi, par le poids des contrats collectifs dans leur activité. Les mutuelles se caractérisent également par des frais liés à la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations

plus élevés tandis que les entreprises d'assurance se distinguent par des frais plus importants liés à la publicité, au marketing et à la rémunération des intermédiaires.

Les charges de gestion des organismes en pourcentage des cotisations collectées sont stables et représentent 20 % des cotisations depuis 2015. En niveau, les charges de gestion ont donc globalement augmenté. En 2021, l'évolution de la part des charges de gestion dans les cotisations varie selon le type d'organismes : les charges de gestion des entreprises d'assurance et des mutuelles ont été relativement stables (respectivement -0,2 point et -0,1 point), tandis que celles des institutions de prévoyance ont baissé (-1,4 point).

Les résultats techniques en santé sont, en moyenne, à l'équilibre en 2021

En 2021, le résultat technique en santé des organismes complémentaires est globalement quasi-nul, après plusieurs années d'excédents, du fait de la hausse des prestations sensiblement plus élevée que celle des cotisations. Il s'élève à 0,1 % des cotisations collectées hors taxe en 2021. Il s'agit du résultat technique le plus faible depuis 2011 (première année de la période étudiée dans ce rapport). Les résultats techniques se rapprochent de l'équilibre, en moyenne, pour les trois types d'organismes. Ils s'élèvent à -0,2 % des cotisations pour les mutuelles, 1,0 % pour les entreprises d'assurance et -0,8 % pour les institutions de prévoyance.

L'écart de rentabilité entre les trois types d'organismes complémentaires s'explique notamment par des répartitions différentes entre les contrats individuels et les contrats collectifs selon les organismes, les contrats individuels étant généralement excédentaires et les contrats collectifs étant fréquemment déficitaires. En 2021, l'écart entre la rentabilité des contrats individuels et collectifs demeure élevé : les contrats individuels ont dégagé 4,0 % d'excédents en pourcentage des cotisations collectées hors taxe tandis que les contrats collectifs ont enregistré 3,8 % de déficit en moyenne.

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 exercées par l'organisme. Sur la totalité de leur activité, en 2021, les organismes complémentaires exerçant une activité d'assurance santé ont dégagé des excédents représentant en moyenne 3,0 % de l'ensemble des cotisations collectées hors taxe. En 2021, les déficits en santé des mutuelles et des institutions de prévoyance ont été compensés par leurs activités d'assurance Vie et leur résultat non technique. Les résultats nets globaux des trois types d'organismes complémentaires sont ainsi positifs.

En 2016, le régime Solvabilité 2 a succédé au régime Solvabilité 1 pour la majorité des organismes. Ce régime repose notamment sur des indicateurs quantitatifs de solidité financière : le capital de solvabilité requis (*Solvability Capital Requirement*, « SCR ») et le minimum de capital requis (*Minimum Capital Requirement*, « MCR ») 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, 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 SCR (237 %) et le MCR (553 %). La très grande majorité de ces fonds propres sont de plus de la meilleure qualité (fonds propres dits « de niveau 1 »).

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

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

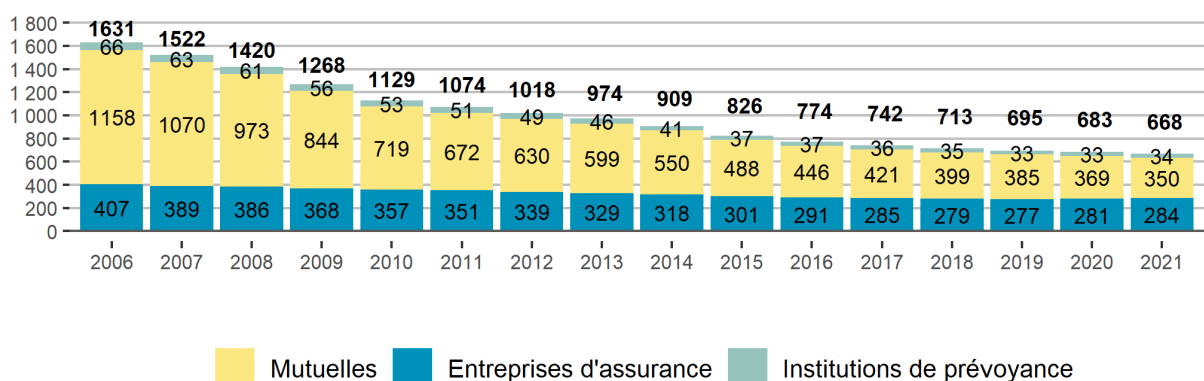
En France, trois familles d'organismes exercent une activité d'assurance : les mutuelles, les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance. Ces organismes sont en particulier présents sur le marché de l'assurance santé, dénommée assurance « frais de soins » dans la profession (remboursements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

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

En 2021, 668 organismes pratiquent des activités d'assurance de toute nature (de la branche santé ou non) selon l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, encadré 1) : 350 mutuelles régies par le Code de la mutualité, 284 entreprises d'assurance ou de réassurance régies par le Code des assurances et 34 institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale (graphique 1.1).

Le nombre d'organismes habilités par l'ACPR à pratiquer de telles opérations diminue depuis le milieu des années 1990. La transposition aux mutuelles des directives européennes relatives aux assurances en 2002 (afin de mettre en place un marché unique européen, concurrentiel, de l'assurance privée), puis le relèvement en 2007 et 2008 du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour toute mutuelle exerçant une activité d'assurance, ont contraint les mutuelles à se restructurer pour atteindre une taille critique. Le nombre d'organismes a ainsi fortement reculé : il a baissé de 70 % chez les mutuelles, de 48 % chez les institutions de prévoyance et de 30 % chez les entreprises d'assurance entre 2006 et 2021 selon l'ACPR, principalement par fusions/absorptions avec transferts de portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent. Cette concentration s'était légèrement accélérée à partir de 2013, notamment du fait de l'approche du nouveau régime prudentiel Solvabilité 2, plus contraignant que le régime précédent, et peut-être aussi de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016 (encadré 3). La recherche d'alliances ou de partenariats sur le marché du collectif a aussi pu déboucher sur des fusions d'organismes. L'année 2021 confirme la baisse du nombre d'organismes d'assurance comme une tendance de long terme (668 organismes après 683 en 2020).

Graphique 1.1 - Nombre d'organismes d'assurance agréés par l'ACPR



Lecture : Fin 2021, 350 mutuelles sont agréées par l'ACPR.

Champ : Organismes agréés par l'ACPR au 31/12 de chaque année. Parmi les 350 mutuelles agréées en 2021, 82 sont substituées. Les trois catégories d'organismes s'entendent ici au sens large comme l'ensemble des organismes d'assurance régis respectivement par le Code de la mutualité (mutuelles, mutuelles de réassurance et mutuelles de retraite professionnelle supplémentaire), le Code des assurances (entreprises d'assurance, entreprises de réassurance, fonds de retraite professionnelle supplémentaire et succursales d'entreprise de pays tiers hors EEE) et le Code de la sécurité sociale (institutions de prévoyance et institutions de retraite professionnelle supplémentaire).

Source : Rapports annuels « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance », ACPR.

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

1.2 Sur le marché de l'assurance santé, le nombre de mutuelles a été divisé par plus de cinq depuis 2001

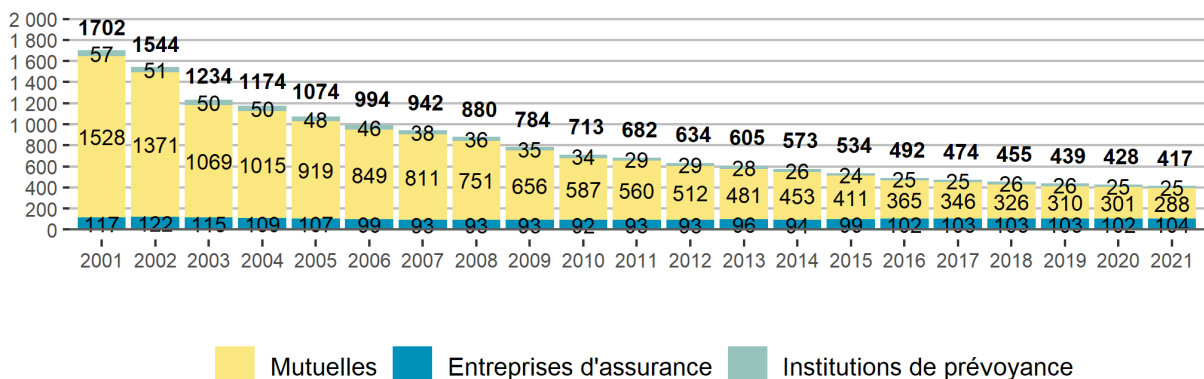
L'ensemble des organismes exerçant sur le marché de la complémentaire santé sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA, voir encadré 5). Cette taxe est perçue par l'Urssaf Île-de-France dans le but de financer la complémentaire santé solidaire, dispositif d'aide à la complémentaire santé, qui remplace la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS) depuis le 1^{er} novembre 2019. Le solde de la taxe est attribué à la branche maladie du régime général (voir rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour plus de détails).

En 2021, 417 organismes versent de la TSA, et exercent donc une activité de complémentaire santé sur le territoire français : 288 mutuelles, 104 entreprises d'assurance et 25 institutions de prévoyance d'après l'Urssaf Caisse nationale (graphique 1.2). Ainsi, environ 80 % des mutuelles et 70 % des institutions de prévoyance pratiquent une activité santé, contre seulement 40 % des entreprises 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 assujetties à la TSA a été divisé par cinq depuis cette date et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Le nombre d'entreprises d'assurance exerçant en santé a en revanche peu diminué depuis 2001 et s'est même mis à augmenter de nouveau depuis 2010. Le nombre d'organismes exerçant en santé a continué à reculer en 2021. Ces dernières années, la mise en place du régime Solvabilité 2 et la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ont pu contribuer à la concentration du marché dès leur annonce et avant même leur mise en œuvre en 2016, et leurs effets vont probablement s'étaler sur quelques années encore.

Par rapport à ses voisins européens, la France se caractérise par un nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé qui reste très élevé (Lafon, Montaut, 2017). Aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni par exemple, une trentaine d'organismes seulement exercent ce type d'activité.

Graphique 1.2 – Nombre d'organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle



Lecture : En 2021, 288 mutuelles sont assujetties à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières).

Champ : Organismes ayant versé une contribution CMU (période 2001-2010) ou une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (période 2011-2021) au cours de l'année, au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières). Les effectifs calculés sur ce champ peuvent différer du dénombrement en fin d'année utilisé par l'ACPR.

Source : Fonds C2S avant sa suppression au 1^{er} janvier 2021, puis Urssaf Caisse nationale.

¹ Toutefois, les deux dénombrements d'organismes (effectués à partir des données de l'ACPR ou de l'Urssaf Caisse nationale) 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 l'Urssaf Caisse nationale comptabilise les organismes exerçant une activité d'assurance santé en France au moins sur une partie de l'année, ce qui inclut donc également des organismes étrangers exerçant en France (activité dite en « libre prestation de service ») ainsi que des organismes ayant cessé leur activité en cours d'année.

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

1.3 Les vingt plus grands organismes en santé représentent 13 points de parts de marché de plus qu'en 2011

En 2021, les organismes d'assurance ont collecté 38,8 milliards d'euros de cotisations hors taxe (ou « primes² ») au titre de leur activité d'assurance santé d'après l'Urssaf Caisse nationale, et 39,4 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 (encadré 1). Le montant de l'Urssaf Caisse nationale cité ci-dessus inclut les contrats au premier euro pour les personnes résidant en France (voir glossaire) et exclut les indemnités journalières. Sauf exception mentionnée, la suite de ce rapport s'appuie sur les données fournies par l'ACPR, qui sont les plus détaillées (prestations versées en regard des cotisations, charges de fonctionnement des organismes, solidité financière, etc.). Enfin, les cotisations collectées par les organismes sont assimilées dans ce rapport à leur chiffre d'affaires en santé.

Par rapport aux champs des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance, celui des mutuelles est plus morcelé : même si elles ont tendance à se regrouper et à grossir, les mutuelles restent nombreuses et il existe toujours une frange de petites mutuelles. 288 mutuelles gèrent 18,5 milliards d'euros de cotisations santé en 2021, d'après l'Urssaf Caisse nationale, soit en moyenne 64 millions d'euros de cotisations santé par mutuelle. En comparaison, une entreprise d'assurance qui a une activité santé gère en moyenne 132 millions d'euros de cotisations santé et une institution de prévoyance 265 millions d'euros.

Les vingt plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (7 mutuelles, 10 entreprises d'assurance et 3 institutions de prévoyance) représentent à eux seuls plus de la moitié du marché français (tableau 1.3). En 2011, les vingt organismes qui dominaient le marché ne concentraient que 45 % de celui-ci. Les cent plus importants en matière de cotisations collectées, soit un peu moins du quart des organismes, représentent à eux seuls 91 % du marché en 2021 contre 85 % en 2011.

Tableau 1.3 – Parts de marché des plus grands acteurs de la complémentaire santé en 2021

Nombre d'organismes, et parts de marché en % des cotisations collectées

	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Parts de marché 2021	Parts de marché 2011
Top 10	4	3	3	41	29
Top 20	7	10	3	58	45
Top 50	22	19	9	78	69
Top 100	50	35	15	91	85

Note : Les plus grands organismes de 2021 ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux de 2011.

Lecture : Les 10 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (4 mutuelles, 3 institutions de prévoyance et 3 entreprises d'assurance en 2021, soit 2,4 % de l'ensemble des organismes) représentent 41 % des cotisations collectées en 2021. En 2011, les 10 plus grands organismes concentraient 29 % des cotisations collectées.

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

Source : ACPR.

² Dans ce rapport, les cotisations sont celles collectées au cours de l'année, même si une fraction de ces cotisations collectées, notamment dans le cas où elles sont payées annuellement, peut couvrir le risque sur l'année suivante (par exemple pour un contrat dont la cotisation annuelle est payée au 1^{er} mai 2021, l'ensemble des cotisations collectées sont ici rattachées à l'année 2021, même si en réalité, une fraction d'entre elles couvre l'assuré pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 30 avril 2022). En assurance, il est ainsi fait référence à la notion de « primes émises » (versements effectifs) par opposition aux « primes acquises » (droit constaté).

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

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

Les risques sociaux sont des événements qui affectent les conditions de vie des ménages en augmentant leurs besoins ou en diminuant leurs revenus (maladie, handicap, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse, survie, famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion sociale). Ces risques sont d'abord pris en charge par les pouvoirs publics (sécurité sociale, assurance chômage, État ou collectivités locales). Les organismes d'assurance peuvent intervenir en proposant une couverture de second niveau. En 2020, dernière année disponible pour ces données, la couverture des risques sociaux représente 33 % des cotisations de l'ensemble des organismes d'assurance (pour l'ensemble des organismes, et pas seulement ceux exerçant une activité santé). La santé³ en est l'activité principale, et a représenté en 2020 17 % de l'ensemble des cotisations collectées (graphique 1.4). Le poids de la santé dans l'ensemble de l'activité d'assurance avait légèrement augmenté entre 2009 et 2013 (de 13 % à 15 % des cotisations collectées) avant de se stabiliser jusqu'en 2019. La hausse de ce poids en 2020 est due à la chute de l'activité assurantielle hors risques sociaux, sous l'effet conjugué de la crise sanitaire et d'un environnement de taux bas (ACPR, 2021). 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 10 % et 6 % des cotisations des organismes d'assurance⁴.

Les mutuelles sont spécialisées en couverture des risques sociaux. L'assurance santé représente 84 % de leur chiffre d'affaires, devant la prévoyance (9 %) et la retraite (6 %). Le Code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer d'autres activités telles que la caution immobilière, la protection juridique ou l'assistance (encadré 2), mais celles-ci restent marginales. La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance (49 % des cotisations collectées) avec la prévoyance (46 %), loin devant la retraite (retraite supplémentaire, préretraite et indemnités de fin de carrière qui représentent 6 %). 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 entreprises d'assurance (21 % de leurs cotisations en 2020, dont 7 % pour la santé). Le Code des assurances les autorise à exercer une grande variété d'activités d'assurance qui dépasse largement le cadre des risques sociaux : assurance automobile, habitation, responsabilité civile, assurance vie, etc.

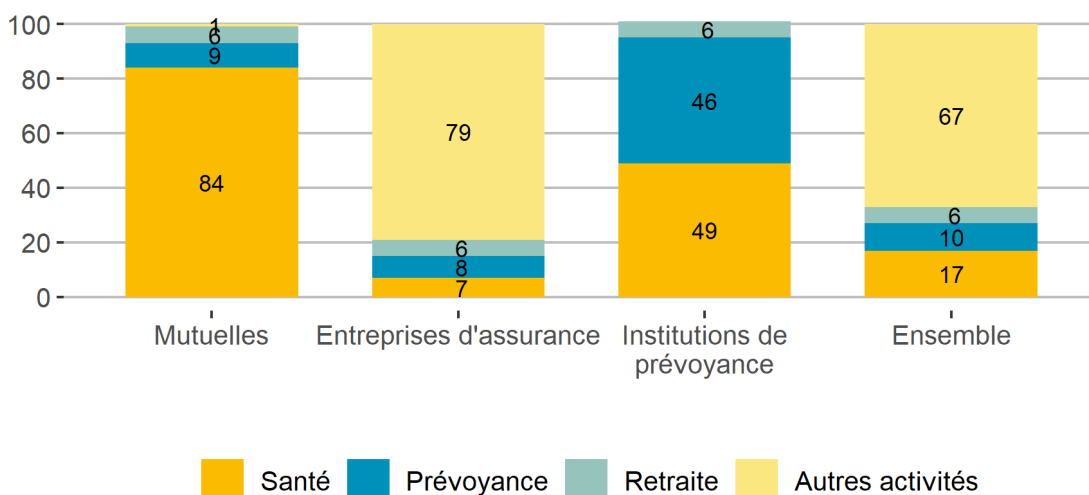
³ Les prestations connexes (ex : chambre particulière à l'hôpital) sont incluses dans l'activité « santé », mais les indemnités journalières sont incluses dans l'activité « prévoyance ».

⁴ Ces chiffres n'intègrent pas l'activité de gestion des régimes Agirc-Arrco, Ircantec, RAFP, qui sont des régimes obligatoires de retraite.

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

Graphique 1.4 – Répartition de l'activité par type d'organismes en 2020

En % des cotisations collectées



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

Lecture : Pour les mutuelles, les cotisations collectées en santé représentent 84 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2020.

Champ : Ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2020, hors entreprises de réassurance. Affaires directes (voir glossaire). Il s'agit de la dernière année disponible pour ces données.

Source : ACPR, calculs DREES.

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, quatre états supplémentaires, appelés « états statistiques », qui alimentent 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 (états FR.02.01 et S.02.01) : actifs et passifs du bilan des organismes ;
- comptes de résultat technique (états FR.03.01, FR.03.02 et FR.03.03) : produits, charges et résultat technique ;
- comptes de résultat technique par type de contrats (états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03) : produits, charges et résultat technique, par type de contrats ;
- états Solvabilité 2 (état S.23.01) 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 FR.14.01) ;
- primes et prestations par type de garanties (état FR.14.02) ;
- prestations santé par type de soins (état FR.14.03) ;
- frais de gestion des organismes complémentaires (état FR.14.04).

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

Le champ du rapport est celui de la complémentaire santé en France. Il est défini par l'ensemble des organismes assujettis en 2021 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), hors indemnités journalières (annexe 1). Sur ce champ, 38,8 milliards d'euros de cotisations ont été collectées sur le marché de la complémentaire santé en 2021 d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale, contre 39,4 milliards d'après les calculs de la DREES réalisés sur la base des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR (tableau 1.5).

Tableau 1.5 – Montant de cotisations émises en santé en 2021

En milliards d'euros

	Données de l'Urssaf Caisse nationale	Données issues des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	Écart (en %)
Mutuelles	18,5	18,6	0,7
Entreprises d'assurance	13,7	14,0	2,2
Institutions de prévoyance	6,6	6,8	2,7
Ensemble	38,8	39,4	1,6

Note : Les cotisations dans les données ACPR sont les primes nettes (voir glossaire). Les cotisations de l'Urssaf Caisse nationale sont les cotisations déclarées à l'Urssaf (assiette de la TSA), hors indemnités journalières.

Lecture : En 2021, les mutuelles ont émis 18,5 milliards d'euros d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale et 18,6 milliards d'euros d'après les calculs de la DREES réalisés sur la base des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR, soit un écart de 0,7 % entre les deux sources de données.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, hors indemnités journalières.

Source : Urssaf Caisse nationale, ACPR, calculs DREES.

L'écart entre les deux sources s'explique par différents facteurs :

- il peut exister des décalages comptables d'enregistrement : la taxe est liquidée chaque trimestre, et au plus tard un mois après la fin de celui-ci, tandis que les comptes ACPR sont renseignés après la fin de l'année ;
- les données de l'ACPR et de l'Urssaf Caisse nationale incluent les contrats au premier euro (voir glossaire), mais les données de l'Urssaf Caisse nationale ne les incluent que pour les personnes résidant en France (les expatriés ne sont pas dans le champ de l'Urssaf Caisse nationale) ;
- les organismes contrôlés par l'ACPR sont les organismes référencés en France et toujours actifs en fin d'année, tandis que l'Urssaf Caisse nationale comptabilise les organismes exerçant une activité d'assurance santé en France au moins sur une partie de l'année, ce qui inclut donc également des organismes étrangers exerçant en France (activité dite en « libre prestation de service ») ainsi que des organismes ayant cessé leur activité en cours d'année ;
- les données de l'ACPR et de l'Urssaf Caisse nationale incluent les garanties « frais de soins » qui sont accessoires à des contrats dont la garantie principale est un autre type de garantie ; toutefois les données de l'ACPR peuvent également inclure les garanties accessoires aux contrats « frais de soins » (ex : une garantie dépendance), ce qui n'est pas le cas des données de l'Urssaf Caisse nationale ;
- dans certains groupes de protection sociale, d'assurance ou unions de mutuelles, une ou plusieurs sociétés peuvent s'acquitter de la TSA au titre d'autres organismes du groupe, alors que les comptes sont envoyés pour chaque organisme à l'ACPR.

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.

1/ Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif régis par le Code de la mutualité. Elles appartiennent à leurs assurés et réinvestissent à leur profit les bénéfices qu'elles peuvent réaliser. 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 immobilière, protection juridique, assistance, et capitalisation) mais celles-ci restent très marginales.

2/ Les institutions de prévoyance sont également à but non lucratif. Elles appartiennent à leurs adhérents et participants et réinvestissent à leur profit les bénéfices qu'elles peuvent réaliser. Les institutions de prévoyance 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.

3/ Enfin, les entreprises d'assurance sont quant à elles régies par le Code des assurances, ce 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 entreprises d'assurance, il faut distinguer les mutuelles d'assurance (ou sociétés d'assurance mutuelles) et les compagnies d'assurance. Les mutuelles d'assurance sont des organismes à but non lucratif qui appartiennent à leurs adhérents, nommés « sociétaires », et qui 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 épargne) ne peut exercer simultanément les autres opérations d'assurance, dites « Non vie » (assurance de dommages corporels dont la santé, habitation, automobile, etc.), afin que « les promesses de longue durée faites aux assurés vie ne puissent être compromises par la survenance de sinistres incendie ou automobile » (Tosetti, 2011). Cette règle admet toutefois une exception : un organisme d'assurance Vie, qui est appelé alors organisme « Mixte », peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels (santé, incapacité, invalidité, dépendance et accidents) afin de pouvoir proposer à ses clients toute la panoplie des assurances de personnes. « La plupart des grandes entreprises 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 pas pouvoir entraîner la faillite de la filiale Non vie, et réciproquement. En 2021, sur les 83 entreprises d'assurance exerçant en santé et ayant renseigné leurs comptes ACPR (annexe 1), il y a 25 entreprises d'assurance Vie/Mixtes (exerçant une activité d'assurance

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

Vie d'après le compte de résultat technique Vie FR.03.01) et 58 entreprises d'assurance Non vie. Parmi les 183 mutuelles ayant renseigné leurs comptes, il y a 76 mutuelles Vie (lesquelles représentent environ 89 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles, ce sont donc plutôt de grandes mutuelles) et 107 mutuelles Non vie (en moyenne plus petites, représentant 11 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles). Quant aux 25 institutions de prévoyance exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes, elles exercent aussi une activité Vie et sont donc considérées ici comme des organismes Vie.

Enfin, au-delà de cette spécialisation Vie/Non vie, un organisme d'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 et accessibles uniquement à ses membres participants et à leurs ayants droit, ou aux souscripteurs d'un contrat proposé par un organisme ayant passé une convention avec la mutuelle (L. 111-1 du Code de la mutualité).

1.5 La majorité des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance réalise des chiffres d'affaires élevés, tandis que les mutuelles sont en général de plus petite taille

La moitié des organismes qui exercent une activité santé ont un chiffre d'affaires total, i.e. toutes activités confondues, inférieur à 63 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 63 millions d'euros sont qualifiés de « grands ». De même, la moitié des organismes ont un chiffre d'affaires en santé inférieur à 28 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 et cette approche relative, les institutions de prévoyance sont quasiment toutes de grands organismes d'assurance et de grands acteurs en santé (tableau 1.6). Les entreprises d'assurance sont généralement des organismes de grande taille, mais la moitié d'entre elles peuvent néanmoins être considérées comme de petits acteurs en santé. Enfin, les mutuelles sont une catégorie hétérogène, comportant de très grandes et de très petites structures.

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

Tableau 1.6 – Répartition des organismes exerçant une activité santé selon leur chiffre d'affaires total et en santé en 2021

En nombre d'organismes

Chiffre d'affaires total	Chiffre d'affaires en santé	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Ensemble
Grand	Grand	55	45	17	117
Grand	Petit	0	26	2	28
Petit	Grand	28	1	0	29
Petit	Petit	100	11	6	117
Ensemble		183	83	25	291

Note : « Grand » chiffre d'affaires total = supérieur à 63 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires total = inférieur à 63 millions d'euros. « Grand » chiffre d'affaires en santé = supérieur à 28 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires en santé = inférieur à 28 millions d'euros. Ces seuils correspondent aux médianes des chiffres d'affaires total ou en santé. Cette approche est relative dans la mesure où ces seuils peuvent évoluer d'une année sur l'autre. En 2020, ils étaient respectivement de 71 millions et 31 millions d'euros.

Lecture : Sur les 183 mutuelles assujetties à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlées par l'ACPR au 31/12/2021 et ayant fourni leurs comptes, 55 peuvent être qualifiées d'organismes de grande taille en matière de chiffre d'affaires total et de grands acteurs en santé.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021. Contrairement aux analyses présentées dans le reste du rapport, cette répartition des organismes est non pondérée et calculée uniquement sur les 291 organismes exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes.

Source : ACPR et Urssaf Caisse nationale.

1.6 En santé, la part des contrats individuels et des contrats collectifs dépend du type d'organismes

Les contrats individuels sont souscrits par des particuliers, tandis que les contrats collectifs sont souscrits par une personne morale⁵, généralement un employeur, au profit d'un groupe de personnes physiques, généralement un ou plusieurs salariés. Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur les contrats santé collectifs, lesquels représentent 87 % des cotisations qu'elles ont collectées en 2021 (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 (67 % de leurs cotisations). Les entreprises d'assurance sont dans une position intermédiaire, avec 54 % des cotisations collectées au titre de contrats collectifs (graphique 1.7). La part des contrats collectifs dans l'activité de l'ensemble des organismes poursuit sa progression en 2021.

Les contrats individuels et collectifs se distinguent aussi en termes de niveaux de garanties. À cet égard, les contrats d'assurance complémentaire peuvent se différencier sur certains aspects : le panier de soins qu'ils prennent en charge, les niveaux de garantie qu'ils proposent, les prestations annexes (accès à des réseaux avec des tarifs négociés, plateformes téléphoniques de conseils, etc.). Afin de classer les contrats, la DREES a construit un indice synthétique pour refléter le niveau de prise en charge d'un patient moyen, en privilégiant les postes de soins sur lesquels les contrats se distinguent le plus (Barlet et al., 2019). Les contrats sont classés en trois groupes, selon leur niveau moyen de prise en charge : les moins couvrants ou de classe 1, les milieux de gamme ou de classe 2, et les plus couvrants ou de classe 3. Selon cet indice, les bénéficiaires de contrats collectifs sont en général mieux couverts que les bénéficiaires de contrats

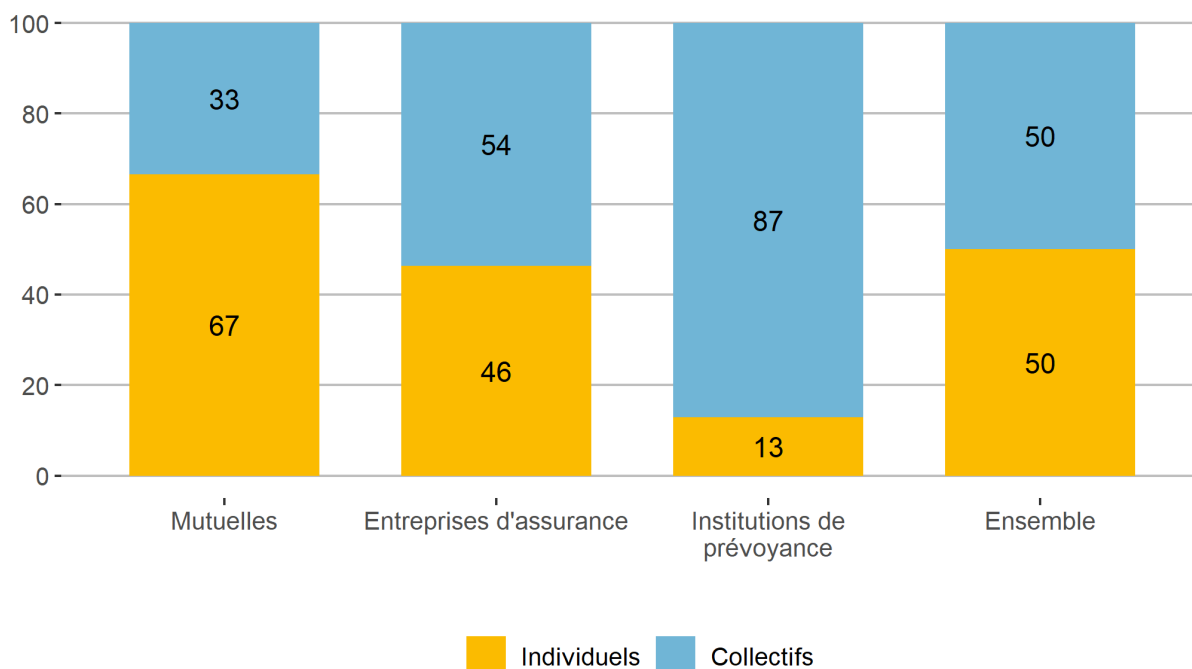
⁵ À l'exception des contrats collectifs pour les indépendants souscrits par des personnes physiques.

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

individuels. En effet, en 2016, 72 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont souscrit un contrat de classe 3, les plus couvrants, contre 11 % des bénéficiaires de contrats individuels. Depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises sont tenues de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire collective (« généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », encadré 3). Néanmoins, cette meilleure couverture par les contrats collectifs était déjà observée avant la généralisation qui a aussi introduit un panier de soins minimal pour les contrats collectifs, plus large que celui des contrats responsables. Entre 2011 et 2016, la répartition des bénéficiaires entre les trois classes de contrats était restée relativement stable pour les contrats collectifs, tandis que celle des contrats individuels avait évolué en faveur des contrats de qualité supérieure.

Graphique 1.7 – Part des contrats individuels et collectifs dans l'ensemble des cotisations collectées en santé par les différents types d'organismes en 2021

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2021, les contrats individuels représentent 67 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 3 : La réforme des contrats responsables, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et la réforme « 100 % santé »

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

La réforme des contrats responsables est entrée en vigueur en avril 2015. En application du 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, d'homéopathie et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré. 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

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

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 (l'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 (verres et montures) est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction visuelle nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus sauf notamment en cas d'évolution du besoin de correction. Des périodes de renouvellement spécifiques s'appliquent pour les assurés de moins de 16 ans. De la même manière, la prise en charge des dépenses d'aides auditives est encadrée par des plafonds et limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans.

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

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

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

La réforme « 100 % santé », instaurée par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes de soins : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). La réforme prévoit qu'à partir de 2021, des paniers de soins et d'équipements soient intégralement remboursés par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires dans le cadre des contrats solidaires et responsables. Cette réforme s'est déployée progressivement à partir du 1^{er} janvier 2019 avec un calendrier de mise en œuvre à horizon 2021 propre à chaque poste.

La réforme « 100 % santé » identifie deux paniers d'aides auditives : un panier dit « Classe I », qui contient les équipements du « 100 % santé » et qui, depuis le 1^{er} janvier 2021, est intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires, et un panier dit « Classe II », qui contient les équipements autres que le « 100 % santé ». Les équipements du panier « Classe I » sont soumis à des prix limites de vente et sont intégralement couverts par les contrats responsables depuis le début de l'année 2021. Les équipements du panier « Classe II » ont une base de remboursement par la Sécurité sociale identique à celle du panier « 100 % santé », des tarifs libres et une prise en charge par les organismes complémentaires soumise à un plafond. La durée minimale avant un renouvellement de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire est fixée à quatre ans.

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

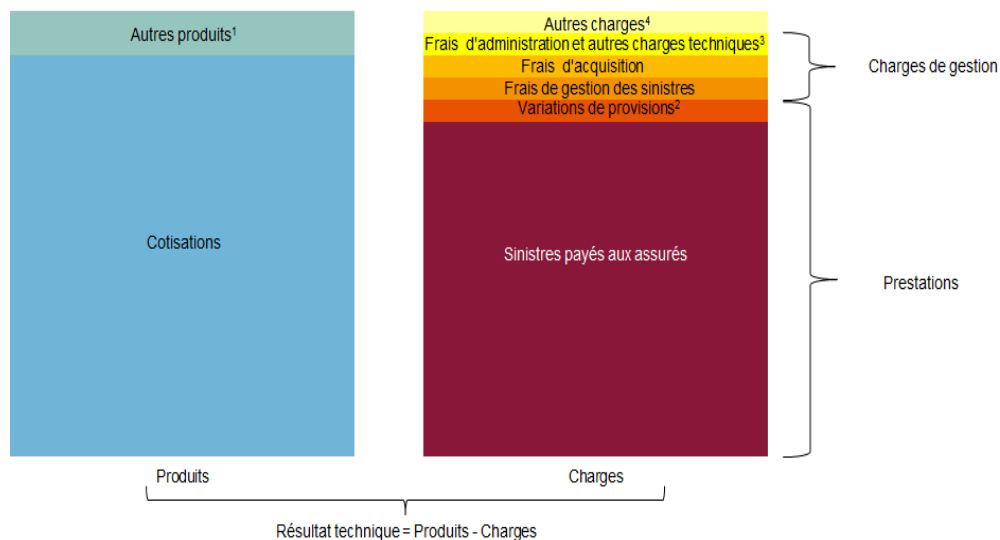
Le « 100 % santé » en optique distingue les équipements du panier « 100 % santé » (classe A) des autres équipements (classe B). Les équipements « 100 % santé » sont mis à disposition par les opticiens depuis le 1^{er} janvier 2020. Les équipements de la classe A sont soumis à des prix limites de vente,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

La nouvelle convention dentaire d'avril 2019 qui accompagne le « 100 % santé » instaure une revalorisation des tarifs des soins conservateurs et un plafonnement du prix de certaines prothèses dentaires. La réforme en dentaire distingue trois paniers de soins prothétiques : le panier « 100 % santé », soumis à des limites de facturation et intégralement couvert par les contrats responsables, le panier à tarifs maîtrisés et le panier à tarifs libres. Le panier à tarifs maîtrisés comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés et le panier aux tarifs libres contient des équipements sans plafonnement de tarif. Depuis le 1^{er} janvier 2020, le panier « 100 % santé » comporte une offre en bridges et couronnes dentaires, élargie depuis le 1^{er} janvier 2021 aux prothèses amovibles.

2 Les cotisations en santé rebondissent en 2021 et les contrats collectifs atteignent désormais la moitié de la masse totale des cotisations

Les produits de l'activité assurantielle correspondent principalement aux cotisations collectées hors taxe (graphique 2.1). Dans ce rapport, le point de vue est celui des organismes d'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 TSA⁶, 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 2021, les prestations et les charges de gestion représentent respectivement 80 % 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.

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 soins⁷) 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

⁶ Les cotisations, tout comme les prestations, ne tiennent pas non plus compte de la complémentaire santé solidaire. Avant la réforme de la complémentaire santé solidaire, elles incluait l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), en produits comme en charges.

⁷ Les sinistres payés incluent également la contribution des organismes complémentaires au financement forfaitaire des médecins traitants.

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 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 liées à l'activité santé pour une année donnée. Un résultat technique positif est donc synonyme d'excédents pour l'activité santé.

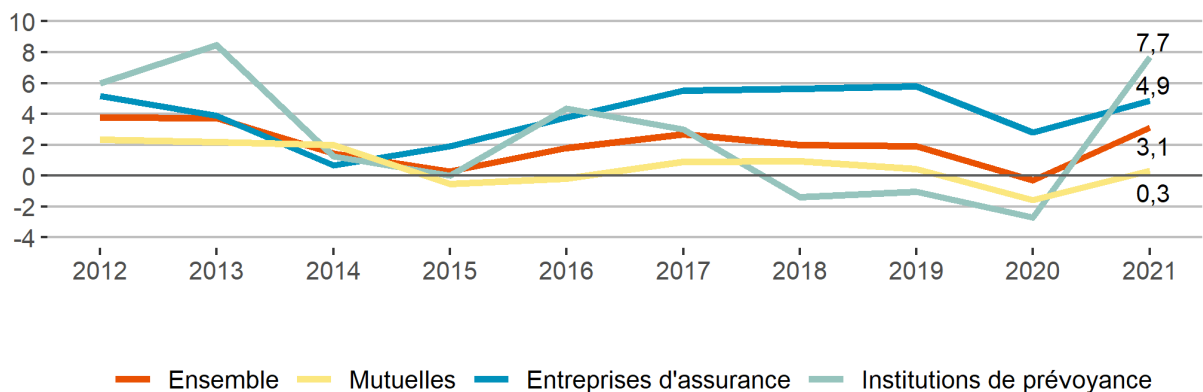
2.1 Les cotisations rebondissent en 2021, de façon particulièrement marquée pour les institutions de prévoyance

En 2021, les organismes complémentaires ont collecté 39,4 milliards d'euros d'après les données de l'ACPR. Alors que la dynamique des cotisations avait été enrayée en 2020 par la crise de Covid-19, la masse totale des cotisations collectées en santé, hors taxe, rebondit en 2021 : elle augmente de 1,2 milliard d'euros, soit +3,1 % (graphique 2.2) après -0,3 % en 2020. L'évolution sur deux ans, entre 2019 et 2021, s'élève ainsi à +2,8 %. Les cotisations considérées sont les primes nettes (i.e. TSA non comprise, voir glossaire).

Les variations peuvent résulter des évolutions du nombre de personnes couvertes mais aussi de revalorisations tarifaires ou de changements dans les niveaux de garanties des contrats souscrits. La hausse des cotisations en 2021 est légèrement atténuée par la fin de montée en charge de la réforme de la complémentaire santé solidaire (encadré 7). En effet, alors que les cotisations perçues par les organismes complémentaires au titre d'un contrat d'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) étaient incluses dans leur comptabilité technique jusqu'à l'extinction définitive de ces contrats fin octobre 2020, la complémentaire santé solidaire n'est pas comptabilisée dans les cotisations des organismes complémentaires. La réforme a ainsi entraîné une baisse des cotisations perçues par les organismes complémentaires en 2021 par rapport à 2020, de 0,1 milliard d'euros.

Graphique 2.2 – Évolution de la masse des cotisations en santé par type d'organismes complémentaires

Évolution en %



Lecture : Entre 2020 et 2021, les cotisations collectées par les entreprises d'assurance ont augmenté de 4,9 %.

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 organismes pour lesquels la hausse des cotisations est la plus forte sont les institutions de prévoyance (graphique 2.2). Leurs cotisations ont augmenté de 0,5 milliard d'euros en 2021 (+7,7 % par rapport à 2020), après trois années de diminution. Les cotisations des mutuelles repartent également à la hausse en 2021, après leur chute en 2020 (+0,3 % en 2021, soit +0,1 milliard d'euros par rapport à 2020). Enfin, les

2 Les cotisations en santé rebondissent en 2021 et les contrats collectifs atteignent désormais la moitié de la masse totale des cotisations

cotisations collectées par les entreprises d'assurance ont poursuivi en 2021 leur progression des dernières années (+4,9 %, soit +0,7 milliard d'euros).

Au global, les mutuelles restent majoritaires : elles collectent 47 % des cotisations (tableau 2.3), contre 36 % pour les entreprises d'assurance et 17 % pour les institutions de prévoyance. La part de marché des entreprises d'assurance s'est accrue en 2021 comme au cours des années précédentes, tandis que celle des mutuelles diminue.

Tableau 2.3 – Parts de marché en santé des trois catégories d'organismes

En % des cotisations collectées

	2001	2006	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mutuelles	59	57	53	52	53	52	51	50	50	49	48	47
Entreprises d'assurance	20	26	30	30	30	30	31	32	33	34	35	36
Institutions de prévoyance	21	17	17	18	18	18	18	18	18	17	17	17

Note : La source Fonds C2S ayant une plus grande profondeur historique que la source ACPR, les données ACPR ont été réropolées pour les années avant 2011, sur la base des données du Fonds C2S.

Lecture : En 2021, les cotisations collectées en santé par les mutuelles représentent 47 % de l'ensemble des cotisations collectées en santé par les trois types d'organismes complémentaires.

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

Source : Données ACPR, réropolées avant 2011 sur la base des données du Fonds C2S, calculs DREES.

Chaque année, des organismes entrent ou sortent du périmètre de surveillance de l'ACPR ou changent de catégorie d'organismes (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 2021 comme en 2020. Les évolutions des cotisations collectées s'expliquent donc principalement par celles des organismes présents à la fois en 2020 et en 2021 et dénommés « pérennes », les entrées et sorties n'ayant eu qu'un effet négligeable.

2.2 L'augmentation des cotisations en collectif en 2021 est nettement plus élevée que celle des cotisations en individuel, de sorte que les cotisations en collectif sont équivalentes à celles en individuel

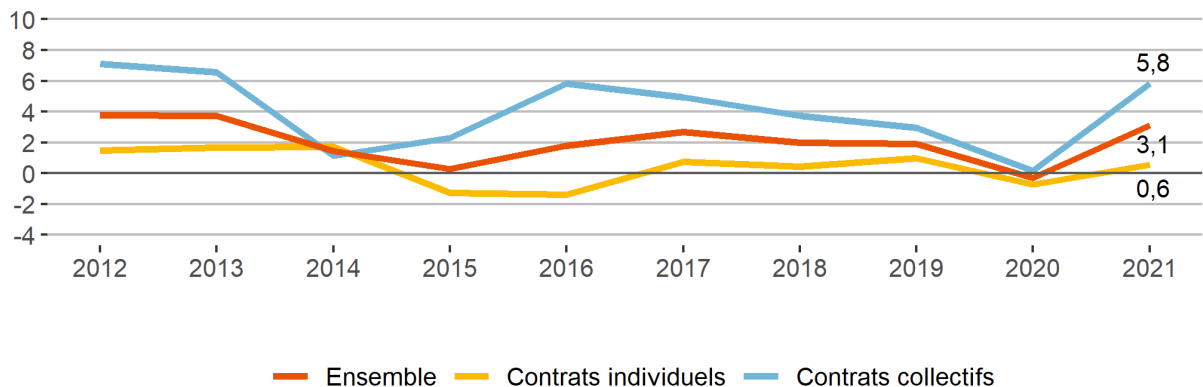
En collectif, la masse des cotisations collectées en santé a augmenté de 1,1 milliard d'euros en 2021, soit une hausse de +5,8 % (graphique 2.4). Les cotisations en collectif retrouvent ainsi un fort dynamisme après la faible hausse enregistrée en 2020 (+0,2 %) en lien avec les effets de la crise sanitaire. Cette évolution confirme la progression des contrats collectifs par rapport aux contrats individuels, mouvement de fond antérieur à la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016. La masse des cotisations en individuel, elle, augmente de 0,1 milliard d'euros entre 2020 et 2021, soit +0,6 %.

Ainsi, en 2021, les contrats collectifs représentent 50 % des cotisations collectées en santé, soit une augmentation de 1,3 point en 2021 par rapport à 2020 (graphique 2.6). Pour la première fois, les masses de cotisations en individuel et en collectif sont donc équivalentes.

2 Les cotisations en santé rebondissent en 2021 et les contrats collectifs atteignent désormais la moitié de la masse totale des cotisations

Graphique 2.4 – Évolution de la masse des cotisations en santé par type de contrats

Évolution en %



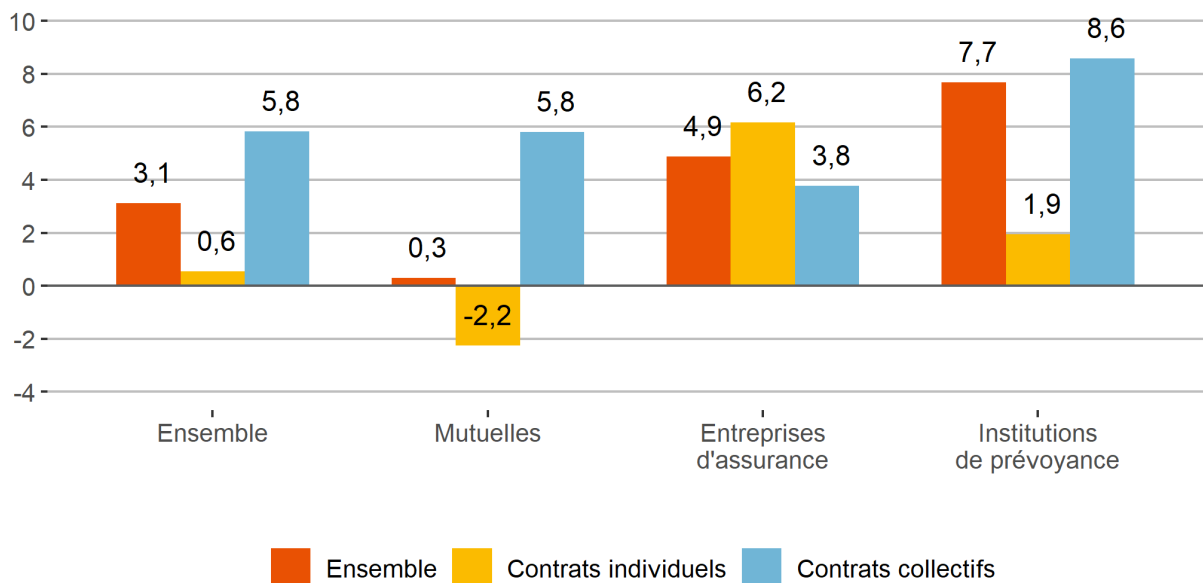
Lecture : Entre 2020 et 2021, les cotisations collectées en contrats individuels ont augmenté de 0,6 %.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 2.5 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2020 et 2021, par type d'organismes et de contrats

Évolution entre 2020 et 2021 en %



Lecture : Entre 2020 et 2021, la masse des cotisations collectées par les entreprises d'assurance a augmenté de 4,9 %.

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

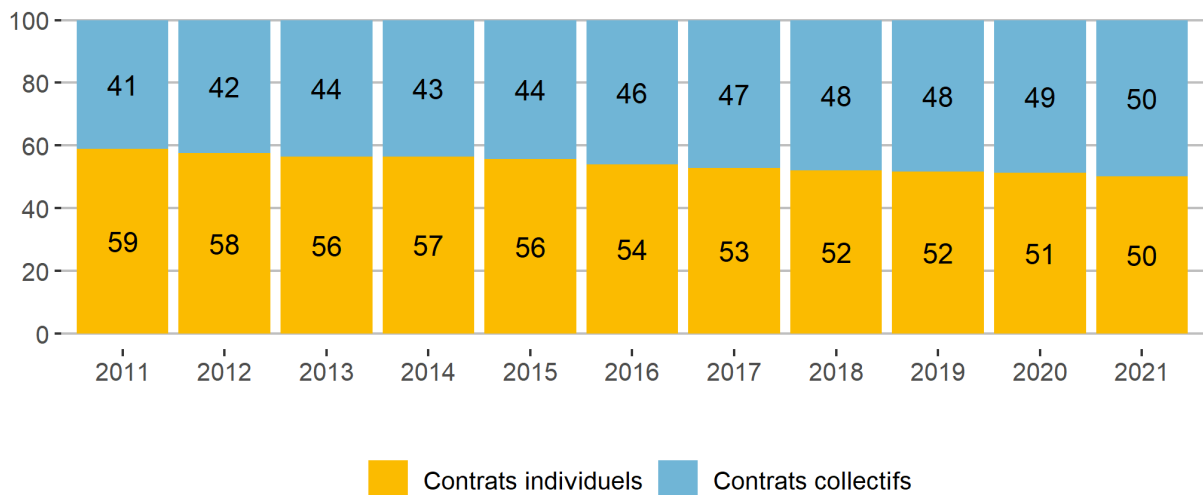
Source : ACPR, calculs DREES.

En 2015, dernière année avant la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, la part des contrats collectifs s'élevait à 44 %. Entre 2015 et 2021, les contrats collectifs ont gagné 5,6 points de parts de marché. La hausse de la part des contrats collectifs a connu un rythme

particulièrement soutenu en 2016 (+1,8 point). En favorisant le dynamisme de l'activité en collectif, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise aurait donc contribué à la hausse de la part des contrats collectifs. Cette tendance à la hausse de la part des contrats collectifs est cependant visible depuis au moins 2011. Ainsi, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne semble pas avoir généré une transformation brutale du marché, mais plutôt l'avoir accentuée. En effet, de nombreuses entreprises couvraient déjà leurs salariés *via* des contrats collectifs avant 2016 : d'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, 51 % des établissements couvrant 74 % des salariés proposaient déjà une complémentaire santé avant que cela ne devienne obligatoire. En 2017, 84 % des établissements, employant 96 % des salariés, proposaient un contrat de complémentaire santé. La quasi-totalité des salariés (97 %) bénéficiaient d'une complémentaire santé, individuelle ou collective, avant 2016. La réforme a donc conduit à accroître la part de salariés couverts par une complémentaire collective, en partie du fait de salariés nouvellement couverts, mais principalement via un transfert de salariés couverts par une couverture complémentaire individuelle vers une complémentaire collective. Par ailleurs, des dispenses d'adhésion aux contrats collectifs sont permises par la loi (bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, salariés ou conjoints déjà couverts à titre collectif, travailleurs en contrats courts). À la suite de la généralisation, en 2017, 14 % des salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion parmi les 17 % qui déclarent ne pas être couverts via la complémentaire santé de leur entreprise (Barlet et al., 2019). En outre, les salariés préalablement couverts par un contrat individuel avaient aussi la possibilité d'attendre l'échéance de ce dernier avant de basculer sur le contrat collectif de leur employeur, afin de ne pas être contraints de financer une double couverture.

Graphique 2.6 – Part des contrats individuels et collectifs dans l'ensemble des cotisations en « frais de soins » entre 2011 et 2021

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2021, les contrats individuels représentent 50 % de l'ensemble des cotisations collectées en santé.

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.

Encadré 4 : Analyse des évolutions et des 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, entreprises d'assurance ou institutions de prévoyance). L'évolution des indicateurs financiers entre 2020 et 2021 peut alors s'exprimer comme la somme de trois contributions : la contribution des organismes présents à la fois en 2020 et 2021 (organismes dits « pérennes »), celle des organismes qui entrent dans le champ ou le secteur en 2021 (« entrées »), et celle des organismes qui en sortent en 2020 (« sorties »).

Ainsi, l'agrégat en 2021 se calcule comme la somme de cet agrégat en 2021 sur les organismes pérennes et sur les entrants. L'agrégat en 2020 se calcule comme la somme de cet agrégat en 2020 sur les organismes pérennes et sur les sortants. Par exemple, le montant total des cotisations en 2020 et en 2021 peut s'exprimer ainsi :

$$Cotis(2020) = Cotis^{peren.}(2020) + Cotis^{sort.}(2020)$$

$$Cotis(2021) = Cotis^{peren.}(2021) + Cotis^{entr.}(2021)$$

L'évolution du montant total des cotisations entre 2020 et 2021 s'exprime donc comme la somme de trois facteurs :

$$\frac{Cotis(2021)}{Cotis(2020)} - 1 = \frac{Cotis^{entr.}(2021)}{Cotis(2020)} - \frac{Cotis^{sort.}(2020)}{Cotis(2020)} + \frac{Cotis^{peren.}(2020)}{Cotis(2020)} \times \left(\frac{Cotis^{peren.}(2021)}{Cotis^{peren.}(2020)} - 1 \right)$$

Le premier terme correspond aux entrées, le second aux sorties, et le troisième terme aux entreprises pérennes.

Les données de cotisation de ce rapport commencent en 2011, pour des raisons opérationnelles. En 2011, la taxe de solidarité additionnelle a remplacé la contribution CMU. Jusqu'en 2010, les cotisations déclarées dans les états incluaient la contribution tandis que, depuis 2011, elles l'excluent. En pratique, la transition de la contribution CMU vers la taxe de solidarité additionnelle 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 2011 et suivantes, il a été décidé de ne pas les présenter dans ce rapport.

3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

En 2021, les prestations servies aux assurés s'élèvent à 31,6 milliards d'euros. Elles augmentent de 6,1 % (+1,8 milliard d'euros). Ces prestations correspondent aux charges liées à l'indemnisation des assurés. Elles comprennent non seulement les sinistres payés mais également les variations de provisions pour sinistres. En revanche, elles ne tiennent pas compte des prestations versées au titre de la complémentaire santé solidaire.

3.1 En 2021, les prestations versées par les organismes complémentaires sont en forte hausse, par effet de rattrapage de la chute observée en 2020

Entre 2020 et 2021, les charges de prestations (hors frais de gestion des sinistres) ont augmenté (+6,1 %, soit +1,8 milliard d'euros) plus fortement que les cotisations (+3,1 %) (graphique 3.1). En 2020, les provisions pour sinistres avaient fortement augmenté du fait des provisions constituées au titre de la contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19, due par les organismes complémentaires santé (encadré 6). *A contrario*, en 2021, le versement de la première partie de cette contribution a été essentiellement comptabilisé en tant que sinistres payés et a été déduit des provisions pour sinistres pour un même montant, de sorte que le montant des charges de prestations n'a pas été affecté dans son ensemble en 2021 par cette contribution exceptionnelle. Ainsi, en excluant cette contribution des charges de prestations, l'évolution des prestations aurait été plus faible en 2020 (-6,6 % au lieu de -1,8 %), et plus forte en 2021 (+11,6 % au lieu de +6,1 %). L'évolution sur deux ans, entre 2019 et 2021, n'est pas affectée par la contribution exceptionnelle et s'élève à +4,2 %.

Sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui ne tient pas compte de la contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19, et qui est celui retenu pour établir les comptes de la santé, les prestations des organismes complémentaires ont augmenté de 13,5 % entre 2020 et 2021 (Arnaud F. et al., 2022). La part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM repart à la hausse en 2021 pour s'établir à 12,9 %, après la chute à 12,2 % en 2020⁸. Elle demeure toutefois inférieure à la part financée par ces organismes avant la crise sanitaire.

De 2014 à 2017, les prestations ont crû à un rythme inférieur à celui des années 2012 et 2013, car certains organismes complémentaires ont mis en place des actions afin de modérer leurs dépenses, notamment en optique : limitation des garanties les plus élevées, réseaux de soins aux tarifs négociés, remboursements « bonus » en cas de non-consommation sur les deux ou trois dernières années, etc. La réforme des contrats responsables entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015 (encadré 3) avait accompagné ce mouvement, en limitant la prise en charge des lunettes par les organismes complémentaires à une année sur deux sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les assurés de moins de 16 ans, 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). En 2018 et 2019, la croissance des prestations est légèrement supérieure à celle des cotisations. Cela pourrait s'expliquer en partie par l'augmentation de la part de marché des contrats collectifs, qui reversent plus de prestations en pourcentage des cotisations que les contrats individuels. En 2020, les prestations ont fortement diminué, dans le contexte de la crise de Covid-19 qui a entraîné un ralentissement historique de l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux. En particulier, les mesures de confinement ont entraîné une baisse des soins ambulatoires (soins de ville, médicaments, optique, dentaire, etc.) pour lesquels les taux de prise en charge

⁸ Le champ de la CSBM est un peu plus restreint que le champ des prestations retenu dans ce rapport, ce qui peut expliquer des écarts de chiffres. Contrairement au champ de ce rapport, la CSBM exclut les prestations de médecine alternative (ostéopathe, psychologue, etc.), les prestations de prévention (patchs anti-tabac, vaccinations internationales, etc.), les prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.), les prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.) ainsi que les soins en unités de soins de longue durée (USLD). Par ailleurs, s'agissant d'un transfert des organismes complémentaires en direction de l'assurance maladie, le champ de la CSBM exclut la contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19.

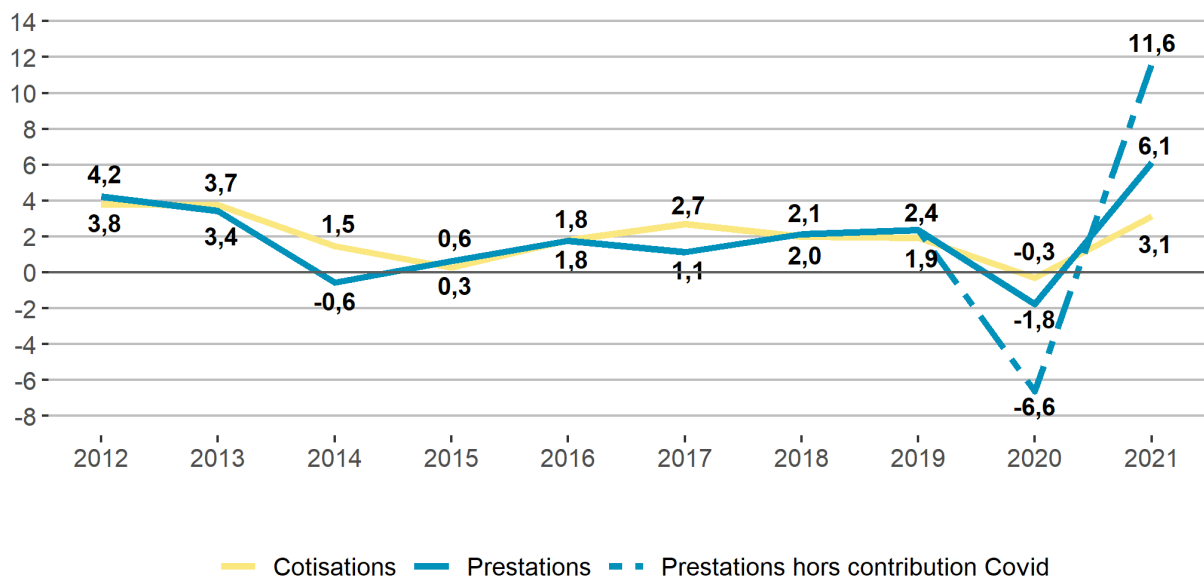
3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

par les organismes complémentaires sont élevés. En 2021, les prestations rebondissent nettement, notamment du fait du rattrapage de la baisse de 2020 et d'une forte hausse des remboursements pour les soins concernés par la réforme du « 100 % santé », en particulier les soins dentaires. Ces hausses des prestations de soins concernés par le « 100 % santé » proviennent à la fois de la hausse de la dépense totale sur ces postes de soins, et de la part croissante des organismes complémentaires dans le financement de ces postes (Arnaud F. et al., 2022).

En 2020 et 2021, l'évolution des prestations est freinée – à la marge – par la montée en charge de la réforme de la complémentaire santé solidaire (encadré 7). En effet, alors que les cotisations perçues et prestations versées par les organismes complémentaires au titre d'un contrat d'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) étaient incluses dans leur comptabilité technique jusqu'à l'extinction définitive de ces contrats fin octobre 2020, la complémentaire santé solidaire n'est pas comptabilisée dans les cotisations ou les prestations des organismes complémentaires. La réforme a ainsi entraîné une baisse de cotisations de 0,3 milliard d'euros en 2020 par rapport à 2019 et une baisse supplémentaire de 0,1 milliard d'euros en 2021 par rapport à 2020, ce qui réduit pour ces deux années les prestations versées en contrepartie de ces cotisations.

Graphique 3.1 – Évolution des cotisations et prestations en santé

Évolution en %



Lecture : Les prestations ont augmenté de 6,1 % entre 2020 et 2021. Les « prestations » sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres. Les « prestations hors contribution Covid » représentent les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres et hors provisions et versements de la contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

3.2 En 2021, les prestations versées par les trois types d'organismes complémentaires sont en forte hausse

La forte hausse des prestations en 2021 est partagée par les trois types d'organismes : la hausse est de 6,1 % pour l'ensemble des organismes, de 5,9 % pour les mutuelles, de 6,5 % pour les entreprises d'assurance et de 5,9 % pour les institutions de prévoyance (graphique 3.2). Cette relative uniformité contraste avec les tendances passées, les prestations des entreprises d'assurance ayant été notamment plus dynamiques que celles des mutuelles et des institutions de prévoyance ces dernières années.

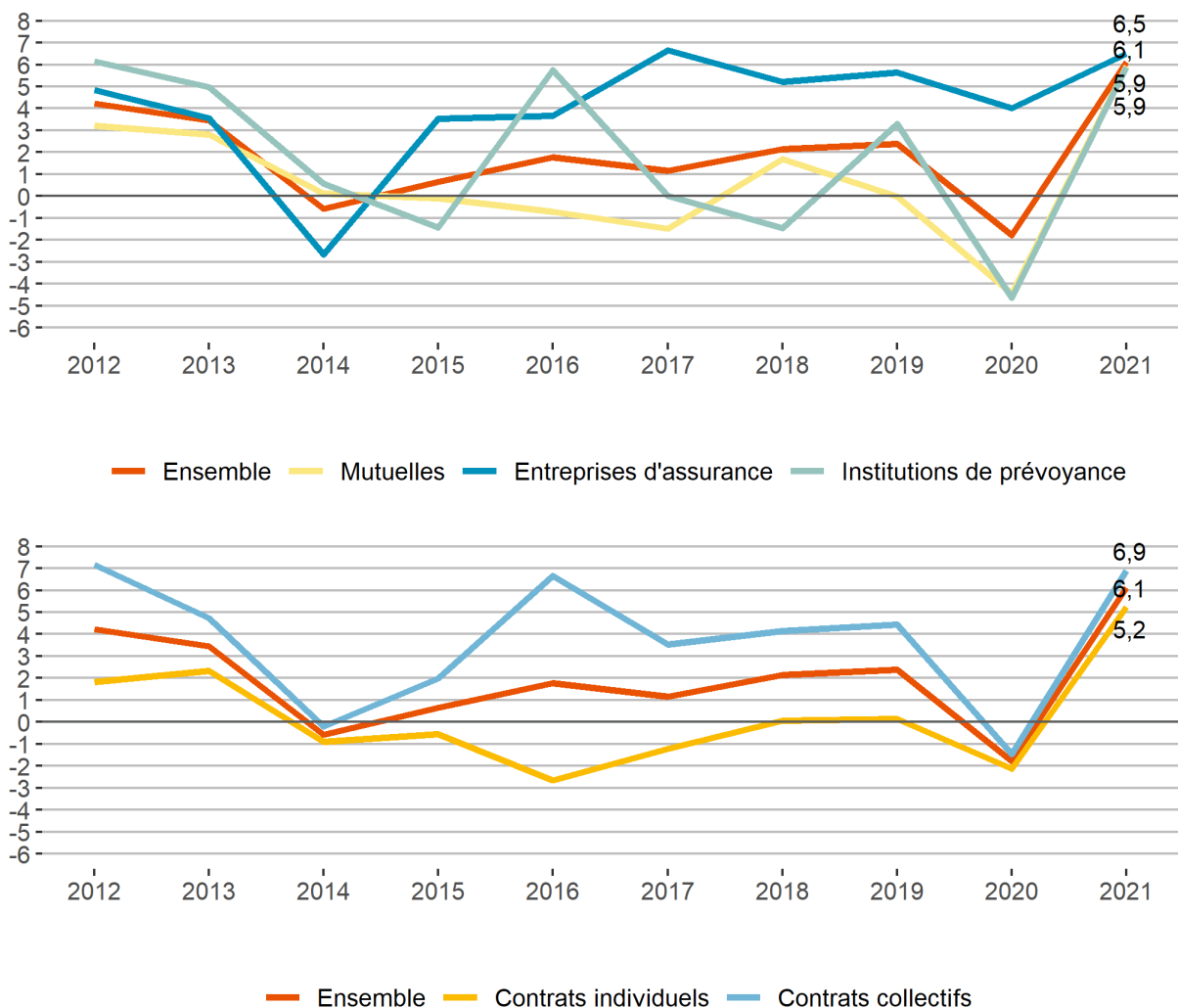
3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

L'écart d'évolution entre les prestations des contrats individuels et celles des contrats collectifs persiste en 2021 (5,2 % pour les contrats individuels contre 6,9 % pour les contrats collectifs), mais cet écart est toutefois plus resserré que l'écart moyen observé sur les années précédant la crise de Covid-19 (graphique 3.2).

Les évolutions des prestations par type d'organismes et de contrats sont fortement liées aux évolutions de leurs parts de marché respectives (tableau 2.3 et graphique 2.6). En particulier, depuis plusieurs années, la part des entreprises d'assurance augmente, tandis que celle des mutuelles diminue, ce qui se reflète dans l'évolution de leurs prestations. De même, les contrats collectifs gagnent des parts de marché, ce qui contribue à expliquer la forte croissance de leurs prestations par rapport à celles des contrats individuels.

Graphique 3.2 – Évolution des prestations en santé, par type d'organismes complémentaires ou de contrats

Évolution en %



Lecture : Les prestations des mutuelles ont augmenté de 5,9 % entre 2020 et 2021. Les prestations recouvrent 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.

3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

3.3 En 2021, les taux de prise en charge des paniers « 100 % santé » par les organismes complémentaires augmentent pour les prothèses auditives et dentaires

Les organismes complémentaires jouent un rôle important dans le financement des postes du « 100 % santé ». En 2021, année de fin de montée en charge de la réforme « 100 % santé », ils financent 61 % de la dépense en prothèses dentaires, 37 % de la dépense en audioprothèses et 71 % de la dépense en optique (tableau 3.3).

La consommation de prothèses dentaires a fortement augmenté en 2021 (+17 %) pour les trois types de paniers, la hausse la plus élevée étant celle du panier « 100 % santé » (+23 % ; tableau 3.4). Parmi ces dépenses de prothèses dentaires, les organismes complémentaires financent la part la plus importante du panier « 100 % santé », et cette part est en forte progression cette année (65 % en 2021 contre 52 % en 2020). Les organismes complémentaires prennent également en charge 46 % des dépenses du panier à tarif maîtrisé et 70 % du panier à tarif libre, pour une prise en charge totale de 61 %.

En audiologie, la réforme du « 100 % santé » est entièrement entrée en vigueur début 2021, ce qui a probablement contribué à la forte hausse de la consommation d'audioprothèses en 2021 (+58 %), notamment du fait du panier « 100 % santé » (+572 %). En 2021, les organismes complémentaires prennent en charge 70 % de la dépense sur le panier « 100 % santé », une part nettement plus élevée qu'en 2020 (36 %). Sur l'ensemble des deux paniers d'audioprothèses, la part des organismes complémentaires passe ainsi de 23 % en 2020 à 37 % en 2021.

Les évolutions sont plus mesurées en optique pour les organismes complémentaires, la réforme étant déjà intégralement mise en œuvre en 2020. Le financement des organismes complémentaires en optique est de 46 % pour la dépense du panier « 100 % santé » et 72 % pour le reste de la dépense, soit 71 % au total.

3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

Tableau 3.3 – Financement du « 100 % santé » par les organismes complémentaires en 2021

En millions d'euros

					<i>dont</i>		
	Panier	Conso- mmation de soins et de biens médicaux (CSBM)	dont prestations versées par les organismes complé- mentaires	Part prise en charge par les organismes complé- mentaires (en %)	mutuelles	entre- prises d'assu- rance	insti- tutions de prévoy- ance
Audio- prothèses	« 100 % santé »	506	352	70	NA	NA	NA
	Tarif libre	1 515	397	26	NA	NA	NA
	Total	2 021	750	37	NA	NA	NA
Optique	« 100 % santé »	352	160	46	29	13	3
	Tarif libre	6 807	4 935	72	30	25	18
	Total	7 159	5 095	71	30	25	17
Prothèses dentaires	« 100 % santé »	2 984	1 942	65	33	20	12
	Tarif maîtrisé	1 974	907	46	21	14	11
	Tarif libre	2 037	1 419	70	29	24	17
	Total	6 995	4 268	61	29	19	13
Total	Total	16 174	10 112	63	NA	NA	NA

Note : Les prestations sur les paniers en prothèses dentaires incluent les prestations dentaires en centres de santé. Les paniers à tarif libre en dentaire et optique incluent les biens non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. En optique, les lentilles sont intégrées au panier à tarif libre, et pour les audioprothèses, les piles et accessoires sont intégrés au panier à tarif libre. Les taux de réponse étant faibles pour certains postes de prestations, les résultats doivent être considérés avec précaution, et la distinction par type d'organismes du financement des audioprothèses n'est pas présentée.

Lecture : En 2021, les mutuelles prennent en charge 29 % des dépenses de CSBM du panier « 100 % santé » en optique.

Source : DREES, comptes de la santé.

3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

Tableau 3.4 – Financement du « 100 % santé » par les organismes complémentaires en 2021, en évolution par rapport à 2020

Évolution en %

			Prestations versées par les			
	Panier	Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	organismes complémentaires	mutuelles	entreprises d'assurance	institutions de prévoyance
Audio-prothèses	« 100 % santé »	572	1211	967	1534	NA
	Tarif libre	26	47	35	20	NA
	Total	58	152	130	119	NA
Optique	« 100 % santé »	24	2	7	29	-54
	Tarif libre	13	17	20	11	19
	Total	14	16	20	12	17
Prothèses dentaires	« 100 % santé »	23	55	57	42	81
	Tarif maîtrisé	16	47	49	24	81
	Tarif libre	11	18	21	10	23
	Total	17	39	43	26	54
Total	Total	20	30	36	20	36

Note : Les prestations sur les paniers en prothèses dentaires incluent les prestations dentaires en centres de santé. Les paniers à tarif libre en dentaire et optique incluent les biens non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. En optique, les lentilles sont intégrées au panier à tarif libre, et pour les audioprothèses, les piles et accessoires sont intégrés au panier à tarif libre. Les taux de réponse étant faibles pour certains postes de prestations, les résultats doivent être considérés avec précaution, et les évolutions du financement des audioprothèses pour les institutions de prévoyance ne sont pas présentées.

Lecture : Les dépenses de CSBM des mutuelles pour le panier « 100 % santé » en optique ont crû de 7 % en 2021 par rapport à 2020.

Source : DREES, comptes de la santé.

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

Les organismes reversent globalement aux assurés 80 % de leurs cotisations hors taxe sous forme de prestations. Les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés, 86 % de leurs cotisations étant reversées en prestations en 2021 contre 74 % en individuel (graphique 3.5). Cet écart s'explique principalement par des contrats collectifs déficitaires (partie 5). Les entreprises, qui souscrivent ces contrats collectifs au profit de leurs salariés, sont en effet davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que des particuliers dans le cas des contrats individuels. De plus, les charges de gestion sont un peu plus faibles en collectif (partie 4), en raison d'économies d'échelles.

En 2021, les institutions de prévoyance reversent la part la plus élevée de cotisations sous forme de prestations (86 %), devant les mutuelles (81 %) et les entreprises d'assurance (77 %). Cette hiérarchie entre les trois familles s'explique en partie par le poids du collectif, plus élevé pour les institutions de prévoyance, mais aussi par la spécialisation de certaines mutuelles et institutions de prévoyance sur des

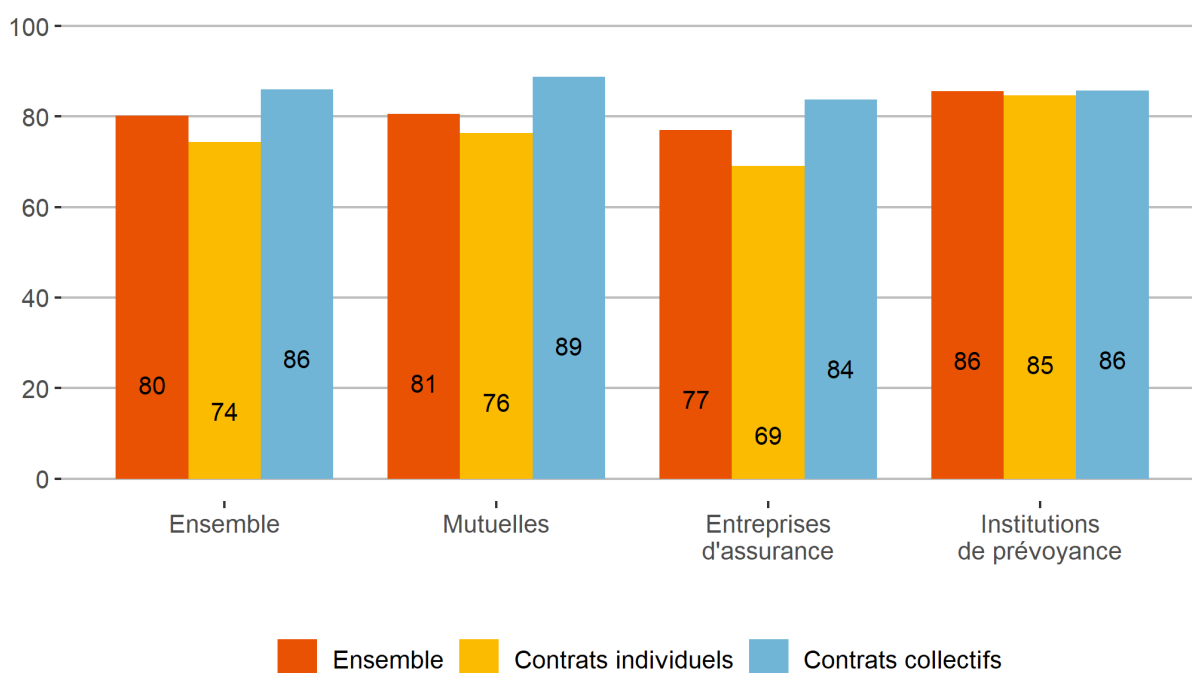
3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

professions ou des branches professionnelles. En 2017, en individuel, ce sont les mutuelles d'entreprises ou corporatistes qui offrent le meilleur retour sur cotisations aux assurés tandis qu'en collectif, il s'agit des 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 (partie 4). Toutefois, certains segments du marché ont subi des changements à cet égard, comme celui des mutuelles de fonctionnaires. En effet, la deuxième vague de référencement dans la fonction publique d'État (2016-2018) a abouti à des multiréférencements dans certains ministères.

Les ratios rapportant les prestations aux cotisations sont ici présentés hors TSA. Les ratios rapportant les prestations aux cotisations sont inférieurs du point de vue des assurés (encadré 5).

Graphique 3.5 – Prestations sur cotisations par type d'organismes et de contrats en 2021

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2021, les entreprises d'assurance reversent 77 % 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 31/12/2021.

Source : ACPR, calculs DREES.

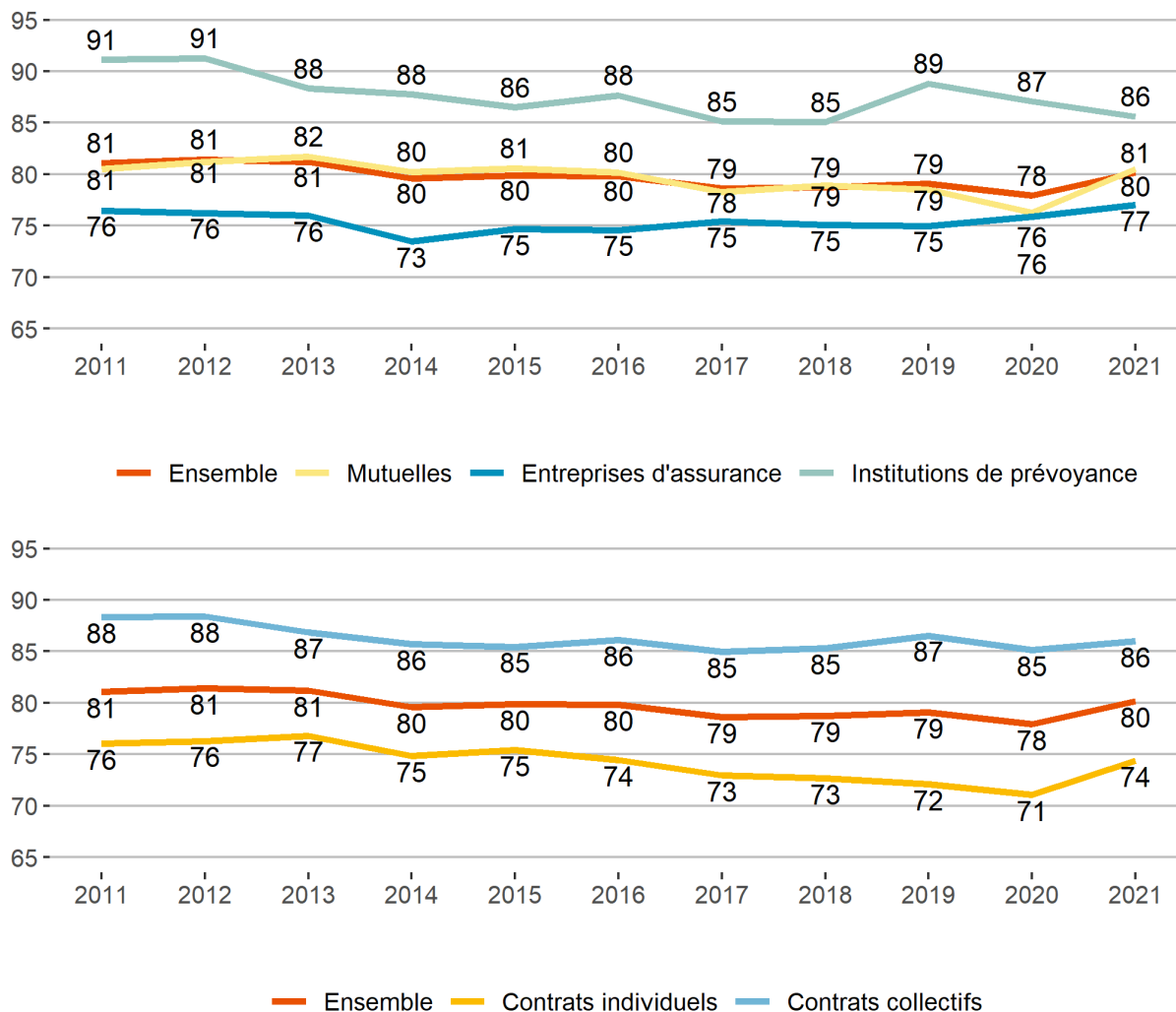
3.5 Le retour sur cotisations rebondit en 2021

En 2020, le retour sur cotisations de l'assurance santé avait globalement un peu diminué, à 78 % après 79 %, conséquence de la diminution des prestations plus forte que celle des cotisations dans le contexte particulier de la crise liée à la pandémie de Covid-19 (graphique 3.6). Du fait du fort rattrapage des prestations en 2021, ce retour sur cotisations remonte à 80 %. Cette hausse contraste avec le léger recul observable sur plus longue période, avec un ratio passant de 81 % entre 2011 et 2013 à 80 % entre 2014 et 2016 et 79 % entre 2017 et 2019.

3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

Graphique 3.6 – Prestations sur cotisations entre 2011 et 2021

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2021, les contrats individuels reversent aux assurés 74 % 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.

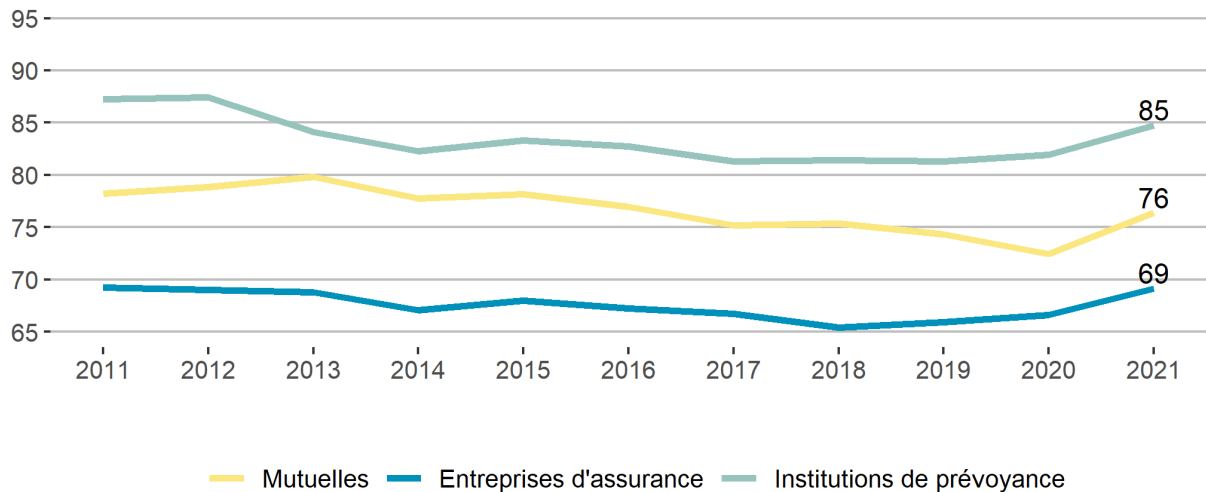
Le ratio des mutuelles, qui avait chuté en 2020 et s'était rapproché de celui des entreprises d'assurance, atteint en 2021 un niveau supérieur à la période d'avant-crise (81 % en 2021, après 76 % en 2020 et 79 % avant la crise). Cette hausse du ratio des mutuelles provient à la fois des contrats collectifs et des contrats individuels (graphique 3.7).

3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

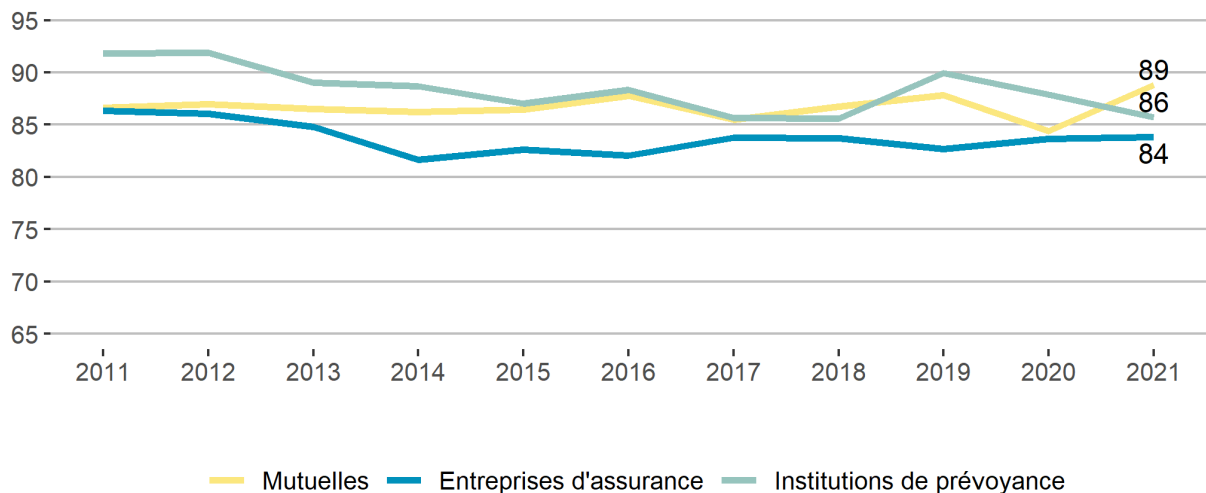
Graphique 3.7 – Prestations sur cotisations par type d'organismes et de contrats entre 2011 et 2021

En % des cotisations collectées

Contrats individuels



Contrats collectifs



Lecture : En 2021, les contrats individuels des mutuelles reversent aux assurés 76 % 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.

3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

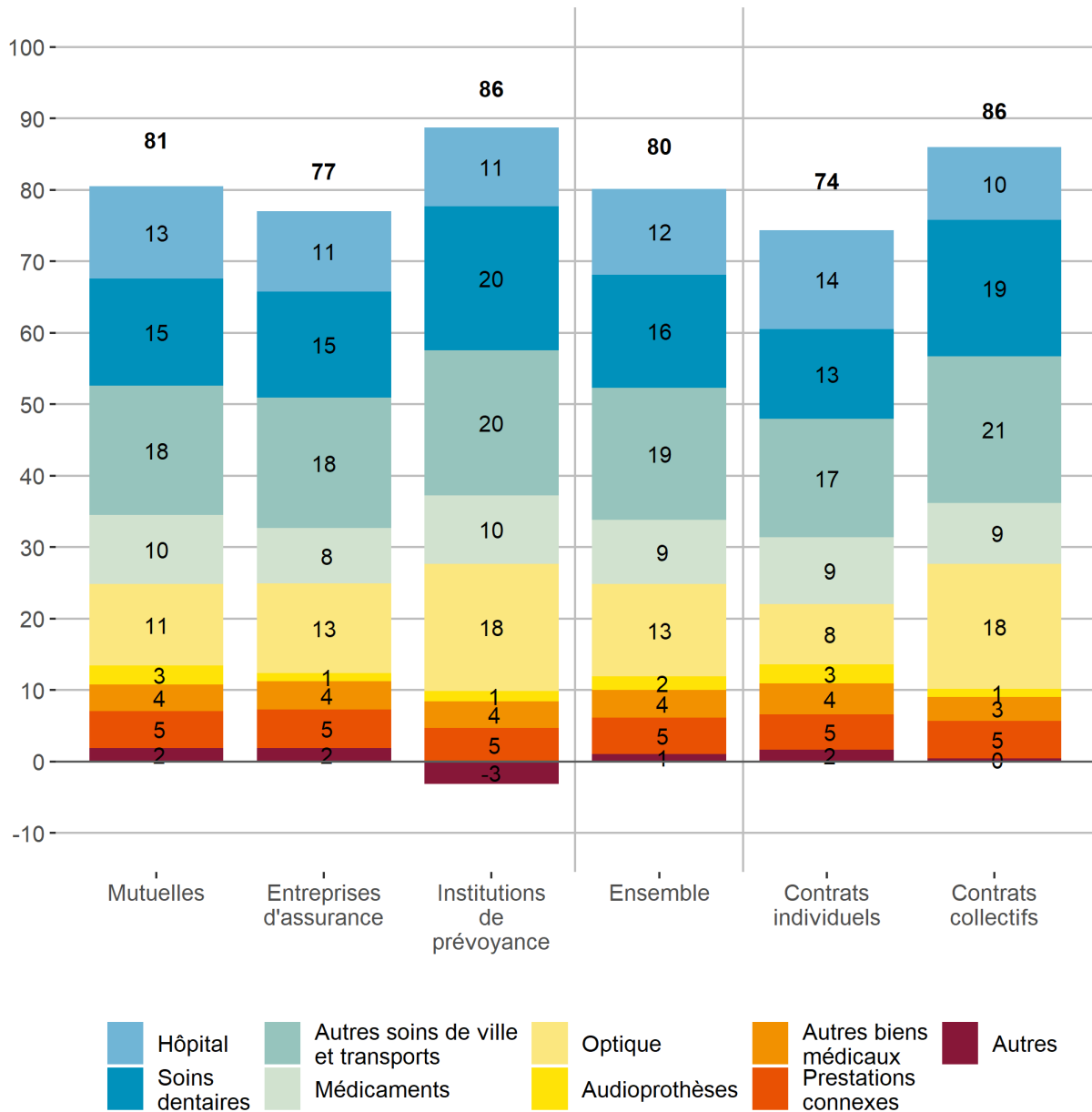
3.6 Les contrats collectifs versent une plus grande part de prestations en optique et en dentaire, et une moins grande part en hospitalisation

La part des soins dentaires et de l'optique dans l'ensemble des prestations est plus élevée pour les institutions de prévoyance que pour les mutuelles et les entreprises d'assurance. À titre d'exemple, pour 100 € de cotisations en 2021, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 18 € en optique contre 13 € pour les entreprises d'assurance et 11 € pour les mutuelles (graphique 3.8) et elles reversent 20 € en dentaire, contre 15 € pour les entreprises d'assurance et 15 € pour les mutuelles.

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, 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 de soins hospitaliers que les bénéficiaires des contrats individuels, plus fréquemment retraités ou sans emploi et dont l'état de santé est en moyenne moins bon (Barlet et al., 2019).

Graphique 3.8 – Prestations par postes de soins en 2021

En % des cotisations collectées



Note : Les « prestations connexes » comportent des prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.) et des prestations à la périphérie des soins de santé, comme la médecine alternative (ostéopathe, psychologue, etc.) et la prévention (patchs anti-tabac, vaccinations internationales, etc.). Les prestations « Autres » comportent les prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.), les soins en unités de soins de longue durée (USLD), les variations de provisions pour sinistres restant à payer (qui ne peuvent être ventilées par poste de soins) ainsi que le versement de la contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19 (en 2021, ce versement est toutefois entièrement compensé, au sein des prestations « Autres », par le déprovisionnement de cette contribution dans les variations de provisions pour sinistres). Les variations de provisions pour sinistres pouvant être négatives, les prestations « Autres » peuvent également être négatives.

Lecture : En 2021, les prestations de soins dentaires versées par les mutuelles représentent 15 % de leurs cotisations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 5 : La taxe de solidarité additionnelle payée par les assurés sur les contrats de complémentaire santé

Les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé acquittent, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite de solidarité additionnelle (TSA), qui s'élève en 2021, dans le cas général (contrats solidaires et responsables « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), à 13,27 % des cotisations émises en santé⁹. La TSA est prélevée par les organismes d'assurance et est ensuite intégralement reversée à l'Urssaf Ile-de-France. Une partie du produit de cette taxe finance la complémentaire santé solidaire, qui remplace la CMU-C et l'ACS depuis le 1^{er} novembre 2019 (encadré 7). En 2017, le produit de la TSA est devenu l'unique source de financement du Fonds C2S, qui servait à financer la complémentaire santé solidaire avant sa dissolution au 1^{er} janvier 2021. Le pilotage de la complémentaire santé solidaire a été modifié au 1^{er} janvier 2021 dans le cadre du PLFSS pour 2021, suite à la décision de suppression du Fonds C2S par le Comité interministériel de la transformation publique (CITP) de novembre 2019. Les missions du Fonds ont été réaffectées à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à l'Urssaf Caisse nationale, et au ministère de la santé et de la prévention, au titre de leurs compétences respectives (voir rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour plus de détails). En particulier, un fonds comptable de financement de la complémentaire santé solidaire a été créé auprès de la CNAM, en remplacement du Fonds C2S. L'article 28 de la LFSS pour 2018 avait modifié les modalités de financement du fonds de façon à équilibrer strictement ses dépenses. Le produit de la taxe concernant les garanties santé est attribué au fonds à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits. Le montant de la TSA affecté au fonds est donc déterminé *ex post*, et le solde affecté à la CNAM.

Ce rapport adopte le point de vue des organismes d'assurance dont la situation financière est examinée. 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 2021, les organismes reversent ainsi aux assurés 80 % de leurs cotisations en santé sous forme de prestations.

Les assurés, en revanche, paient la TSA et bénéficient éventuellement de la complémentaire santé solidaire. 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 (80 € de prestations reçues pour 100 € de cotisations payées à l'organisme assureur, cotisations auxquelles s'ajoutent 13,27 € de taxes environ).

→ Les assurés qui bénéficient de la complémentaire santé solidaire avec participation financière ont un rapport prestations sur cotisations TTC plus élevé, qui dépend du montant de leur participation financière à la complémentaire santé solidaire, cette participation étant croissante avec l'âge.

→ Quant aux personnes couvertes par la complémentaire santé solidaire sans participation financière, elles reçoivent des prestations sans devoir régler de cotisations en contrepartie.

Au global, en 2021, les assurés ont perçu 31,6 milliards d'euros de prestations auxquels s'ajoutent les prestations versées aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, à hauteur de 0,6 milliard d'euros pour ceux dont la couverture est gérée par un organisme complémentaire et 2,5 milliards d'euros pour ceux dont la couverture est gérée par les régimes d'Assurance maladie obligatoire (voir rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour plus de détails). Les assurés ont par ailleurs versé 39,4 milliards d'euros de cotisations hors taxe aux organismes complémentaires, d'après les données ACPR, auxquels s'ajoutent 5,3 milliards de TSA, et 0,3 milliards d'euros de participations à la complémentaire santé solidaire avec participation, versées à l'assurance maladie obligatoire et aux organismes complémentaires

⁹ Pour plus de détails, voir le chapitre 4 du rapport annuel de la complémentaire santé solidaire.

3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

gestionnaires. En 2021, le ratio prestations sur cotisations s'établit donc globalement, en tenant compte de la TSA et de la complémentaire santé solidaire, à 77,2 %, contre 80,2 % hors TSA et complémentaire santé solidaire (tableau 3.9). Une partie des cotisations est payée par l'employeur (pour plus de détails, voir la fiche 13 du Panorama « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019 », DREES). En outre, ce ratio estimé ne peut se comparer à un retour sur cotisations dans la mesure où les cotisations considérées ici incluent la TSA qui est perçue par l'État et ne peut être redistribuée aux assurés directement par les organismes complémentaires.

Tableau 3.9 – Ratio prestations sur cotisations tenant compte ou non de la TSA et de la complémentaire santé solidaire (CSS) gérée par le régime de base ou les organismes complémentaires, en 2021

	Cotisations et prestations gérées par les organismes complémentaires (hors CSS)	Participations et prestations CSS gérées par le régime de base ou les organismes complémentaires	TSA collectée par l'État	Total
Cotisations, participations CSS, ou TSA payées par les ménages (en Md€)	39,4	0,3	5,3	45,0
Prestations ou CSS reçues par les ménages (en Md€)	31,6	3,1		34,7
Ratio prestations sur cotisations (en %)	80,2			77,2

Lecture : Le ratio prestations sur cotisations s'élève à 80,2 % hors prise en compte de la TSA et de la complémentaire santé solidaire gérée par le régime de base ou les organismes complémentaires, et à 77,2 % en les intégrant.

Source : ACPR, Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire.

Encadré 6 : La contribution exceptionnelle versée par les organismes complémentaires dans le cadre de la pandémie de Covid-19

Dans le contexte de la crise de Covid-19, une contribution exceptionnelle a été prélevée sur les organismes complémentaires en 2020 et en 2021 au titre de leur contribution aux dépenses de gestion de l'épidémie. Cette contribution exceptionnelle, instituée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021, s'est élevée à 2,6 % des cotisations en santé collectées (hors indemnités journalières) en 2020 et 1,3 % de celles collectées en 2021. La contribution au titre de 2020 a été versée au début de l'année 2021 et la contribution au titre de 2021 a été versée au début de l'année 2022.

Dans les données ACPR, qui sont celles principalement utilisées dans ce rapport, la contribution n'apparaît pas de façon isolée mais est incluse dans des lignes comptables existantes. En 2020, comme prescrit par l'Autorité des Normes Comptables (ANC), l'intégralité de la contribution, au titre de 2020 et de 2021, a été comptabilisée en provision pour sinistres à payer. Elle majorait par conséquent le montant des « prestations » versées en 2020 (charges de prestations hors frais de gestion des sinistres) et diminuait le résultat technique en santé pour le même montant. En 2021, le versement de la contribution au titre de 2020 a été essentiellement comptabilisé en sinistres payés et les provisions pour sinistres à payer ont été diminuées du même montant. Ainsi, en 2021, cette contribution exceptionnelle n'a pas d'effet sur le montant des « prestations » (charges de prestations hors frais de gestion des sinistres) ni sur le résultat technique.

Les données de l'Urssaf Caisse nationale fournissent quant à elles les montants de contribution exceptionnelle versés selon le type d'organismes complémentaires et le type de contrats (tableau 3.10). Le montant total versé début 2021 au titre de 2020 s'élève ainsi à 0,97 milliard d'euros, et le montant total versé début 2022 au titre de 2021 s'élève à 0,51 milliard d'euros. La répartition par type d'organismes complémentaires et type de contrats suit logiquement leurs parts de marché respectives (tableau 2.3 et graphique 1.7).

Tableau 3.10 – Contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19 versée au titre des années 2020 et 2021, selon le type d'organismes complémentaires et le type de contrats

En milliards d'euros

	2020			2021		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	0,31	0,16	0,47	0,16	0,08	0,24
Entreprises d'assurance	0,17	0,17	0,34	0,09	0,09	0,18
Institutions de prévoyance	0,03	0,14	0,16	0,02	0,07	0,09
Ensemble	0,51	0,46	0,97	0,27	0,24	0,51

Note : Les contrats de surcomplémentaires et les contrats au premier euro sont intégrés dans la catégorie des contrats individuels. La répartition entre contrats individuels et collectifs peut légèrement différer de celle obtenue à l'aide des données ACPR.

Lecture : Les mutuelles ont versé une contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19 de 0,31 milliard d'euros début 2021 au titre de leurs contrats individuels de 2020.

Source : Urssaf Caisse nationale, calculs DREES.

Encadré 7 : Zoom sur la gestion de la CMU-C, de l'ACS et de la complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019). La suppression de l'ACS s'est faite progressivement à compter du 1^{er} novembre 2019, avec l'impossibilité de souscrire un contrat ACS après le 31 octobre 2019. Les contrats ACS en cours à cette date pouvant aller jusqu'à leur terme, l'ACS a disparu définitivement fin octobre 2020.

La CMU-C était une complémentaire santé individuelle gratuite accordée aux plus modestes. La CMU-C pouvait être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. En 2018, 9 % des bénéficiaires de la CMU-C avaient choisi un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits d'après le Fonds C2S. À partir d'une fraction des produits de la taxe de solidarité additionnelle aux contrats d'assurance complémentaire santé (encadré 5), le Fonds remboursait aux organismes les prestations qu'ils avaient versées aux bénéficiaires de la CMU-C, dans la limite d'un plafond indexé sur l'inflation (401 € par bénéficiaire pour l'année 2019). Ces remboursements de la part du Fonds C2S étaient nommés « participation légale » et pouvaient être interprétés, du point de vue des organismes assureurs, comme les « cotisations » des contrats CMU-C.

L'ACS était une aide qui s'adressait aux personnes dont les revenus se situaient entre le seuil d'attribution de la CMU-C et ce même seuil majoré de 35 %. Elle visait à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel. Le montant de cette aide par personne variait selon l'âge de l'assuré. En 2018, il variait de 100 € annuels pour les moins de 16 ans à 550 € pour les 60 ans ou plus (Rapport d'activité du Fonds C2S). Les montants d'ACS étaient attribués dans la limite de la cotisation à la complémentaire santé, et l'assuré s'acquittait du reste de la cotisation.

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

Au 1^{er} novembre 2019, l'ACS et la CMU-C ont fusionné pour devenir la complémentaire santé solidaire. Selon les ressources du demandeur, la complémentaire santé solidaire peut être sans ou avec participation financière. Les organismes complémentaires peuvent gérer le dispositif avec et sans participation financière. La complémentaire santé solidaire offre une large couverture : son panier de soins correspond à celui de la CMU-C mais intègre aussi les paniers de soins « 100 % santé » en optique, audiologie et soins dentaires, avec des tarifs spécifiques et des prises en charge supplémentaires en matière de soins dentaires (orthodontie par exemple). Les organismes complémentaires participant à la gestion de la complémentaire santé solidaire doivent prendre en charge les dépenses de santé des bénéficiaires dans le cadre du tiers payant coordonné. En outre, ils doivent s'inscrire sur la liste¹⁰, publique, des organismes complémentaires participant à la gestion de la complémentaire santé solidaire : en 2021, 121 organismes complémentaires étaient habilités à gérer la complémentaire santé solidaire, dont 84 % de mutuelles et 16 % d'entreprises d'assurance.

Le Fonds de financement de la complémentaire santé solidaire rattaché à la CNAM a remplacé au 1^{er} janvier 2021 le Fonds C2S. Ce nouveau Fonds a ainsi repris la gestion des dépenses de complémentaire santé solidaire.

¹⁰ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/liste-organismes-complementaires.php>

3 Les prestations servies aux assurés rebondissent nettement en 2021, par contrecoup après la baisse enregistrée en 2020 liée à la crise de Covid-19

Dans le cadre du tiers payant intégral¹¹, ce sont en réalité les régimes obligatoires qui avancent la part complémentaire des prestations pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Dans un premier temps, les organismes complémentaires gestionnaires remboursent les régimes obligatoires de cette part complémentaire, puis dans un second temps déduisent cette même part complémentaire de leur taxe de solidarité additionnelle (TSA). Ces opérations se neutralisent donc pour les organismes complémentaires.

En outre, ce montant de TSA est, d'une part, majoré des participations payées par les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire payante, et d'autre part, minoré du remboursement des frais de gestion supportés par les organismes complémentaires au titre de la complémentaire santé solidaire payante.

Pour les organismes complémentaires, les opérations relatives à la complémentaire santé solidaire constituent des opérations réalisées pour compte de tiers. Les flux de règlement de prestations et d'encaissement de participations n'apparaissent pas dans la comptabilité technique des organismes. En revanche, les frais de gestion de ces contrats sont portés dans les « autres charges techniques » du compte de résultat et les produits acquis en contrepartie de la prestation de gestion rendue dans les « autres produits techniques ». Ainsi, les frais de gestion des organismes qui couvrent de nombreux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont majorés par rapport à ceux des organismes qui n'en couvrent pas.

¹¹ Le tiers payant intégral représente la quasi-totalité des prestations et actes réalisés pour le compte des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

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

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

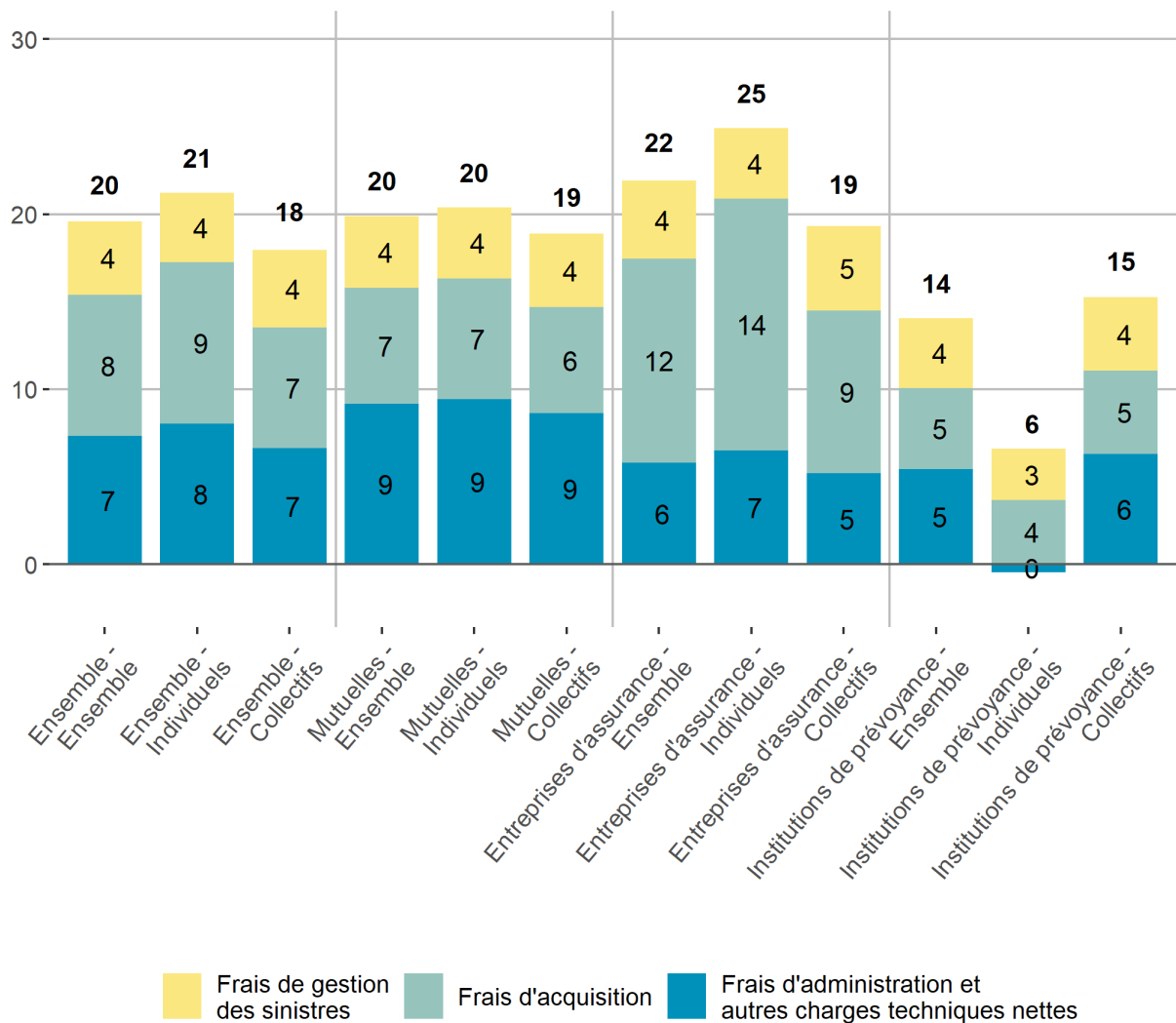
4.1 Les charges de gestion des contrats collectifs sont inférieures à celles des contrats individuels

En 2021, l'ensemble des charges de gestion représente 20 % des cotisations collectées hors TSA (graphique 4.1). Les entreprises d'assurance ont les charges de gestion relatives les plus élevées (22 % des cotisations), devant les mutuelles (20 %) et les institutions de prévoyance (14 %).

Cette hiérarchie s'explique en partie par le poids du collectif dans le portefeuille des organismes. En effet, les charges de gestion des contrats collectifs sont en moyenne plus faibles que celles des contrats individuels (respectivement 18 % contre 21 %). Les frais d'acquisition sont plus faibles en collectif car faire de la publicité et vendre des contrats auprès des entreprises est moins coûteux qu'auprès du grand public, le nombre d'interlocuteurs étant réduit. De même, les frais d'administration sont un peu plus faibles en collectif car les cotisations peuvent être prélevées par les entreprises et reversées globalement aux organismes assureurs. Seules les institutions de prévoyance se caractérisent par des charges de gestion en individuel plus faibles qu'en collectif mais leurs contrats individuels sont destinés aux anciens salariés des entreprises couvertes en collectif (L. 932-14 du Code de la sécurité sociale) et à ce titre se distinguent des autres contrats individuels. 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 2021, par type d'organismes complémentaires et de contrats

En % des cotisations collectées

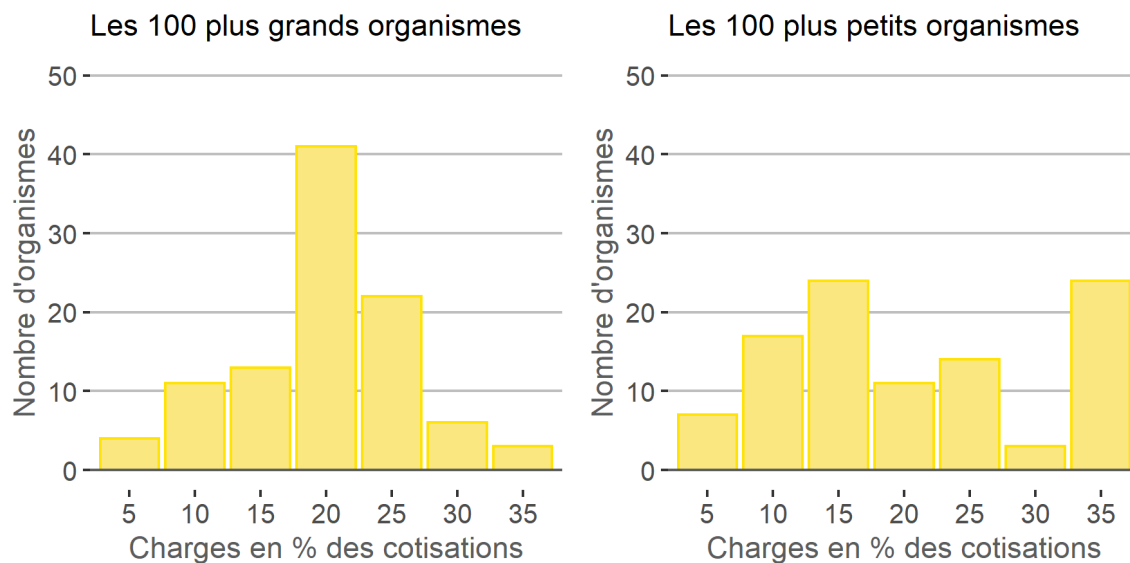


Note : Les contrats individuels des institutions de prévoyance, principalement destinés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif, sont très spécifiques. Les frais d'administration et autres charges techniques nettes représentent la somme des frais d'administration 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 légèrement négatif.

Lecture : Les charges de gestion des contrats collectifs des entreprises d'assurance représentent 19 % des cotisations collectées, dont 5 % au titre des frais de gestion des sinistres, 9 % pour les frais d'acquisition et 5 % pour les frais d'administration.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021.

Source : ACPR, calculs DREES.

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

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

Lecture : Parmi les 100 plus grands organismes, 41 % 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, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021 et ayant renseigné leurs charges de gestion et leurs cotisations en santé.

Source : ACPR, calculs DREES.

4.2 Les frais d'acquisition sont relativement plus élevés pour les entreprises d'assurance, en individuel comme en collectif

En individuel, les entreprises 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, dans une certaine mesure, captives (Leduc A., Montaut A., 2017). Les entreprises 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 entreprises d'assurance de bénéficier en contrepartie de frais d'administration réduits.

En tenant compte des autres charges de gestion, les charges des entreprises d'assurance en individuel sont aussi plus élevées 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 car ils couvrent en grande majorité d'anciens salariés retraités des entreprises couvertes en collectif, qui basculent vers un contrat individuel lors de leur départ à la retraite. Leurs frais d'acquisition sont donc difficilement comparables à ceux des autres organismes. En individuel, les frais d'acquisition, engagés pour attirer un client, sont aussi davantage amortis lorsque le prix du contrat qu'il souscrit est élevé (Leduc A., Montaut A., 2016). Les frais d'acquisition, rapportés aux cotisations, sont donc davantage amortis pour les organismes dont la clientèle est plus âgée ou a opté en moyenne pour des garanties plus couvrantes puisque les cotisations sont globalement plus élevées.

En collectif, les institutions de prévoyance présentent les frais d'acquisition les plus faibles. Comme en individuel, certains de ces organismes sont spécialisés (sur une entreprise, une profession, une branche) et bénéficient de populations bien identifiées et moins volatiles. En 2016, les « clauses de désignation » (par lesquelles les entreprises d'une certaine branche pouvaient se voir d'office assignées à adhérer à un certain organisme complémentaire, voir encadré 3) ont disparu, sans toutefois s'accompagner d'une hausse des frais d'acquisition pour les institutions de prévoyance en proportion de leurs cotisations. Enfin, par rapport aux mutuelles généralistes (non spécialisées sur une profession), les entreprises d'assurance affichent des frais d'acquisition plus élevés, mais compensés par des frais d'administration plus faibles, si bien qu'elles s'en distinguent finalement peu en matière de charges totales. D'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, les entreprises ayant mis en place une couverture ou souhaité la modifier à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise se sont davantage tournées vers les entreprises d'assurance et moins souvent vers des mutuelles que les entreprises qui étaient déjà couvertes et n'ont pas modifié leur contrat (Barlet et al., 2019).

4.3 Les frais d'administration sont 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 entreprises 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.

En individuel, les organismes de grande taille ont tendance à réaliser des économies d'échelle sur l'administration des contrats. Ceux dont les assurés sont en moyenne plus âgés réalisent également des économies sur ces frais, probablement parce que les situations personnelles des personnes âgées sont moins changeantes que celles des plus jeunes (moins de changement de domicile, de compte bancaire, de régime obligatoire, etc.).

4.4 Les frais de gestion des sinistres dépendent peu du type d'organismes complémentaires

Enfin, les frais de gestion des sinistres sont très homogènes. En 2021, ils représentent de l'ordre de 3 % à 5 % des cotisations, quelle que soit la catégorie d'organismes et le type de contrats. 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 8).

4.5 Les charges de gestion des institutions de prévoyance diminuent en 2021

La part des charges de gestion dans les cotisations est en légère augmentation sur les dix dernières années, passant de 19 % en 2011 à 20 % en 2021 (graphique 4.3) malgré la hausse de la part des contrats collectifs dont les charges de gestion sont un peu plus faibles. Depuis 2015, le ratio des charges de gestion aux cotisations est néanmoins stable à 20 % des cotisations. En 2021, l'évolution de la part des charges de gestion dans les cotisations varie selon le type d'organismes : les charges de gestion des entreprises d'assurance et des mutuelles ont été relativement stables (respectivement -0,2 point et -0,1 point), tandis que celles des institutions de prévoyance ont baissé (-1,4 point).

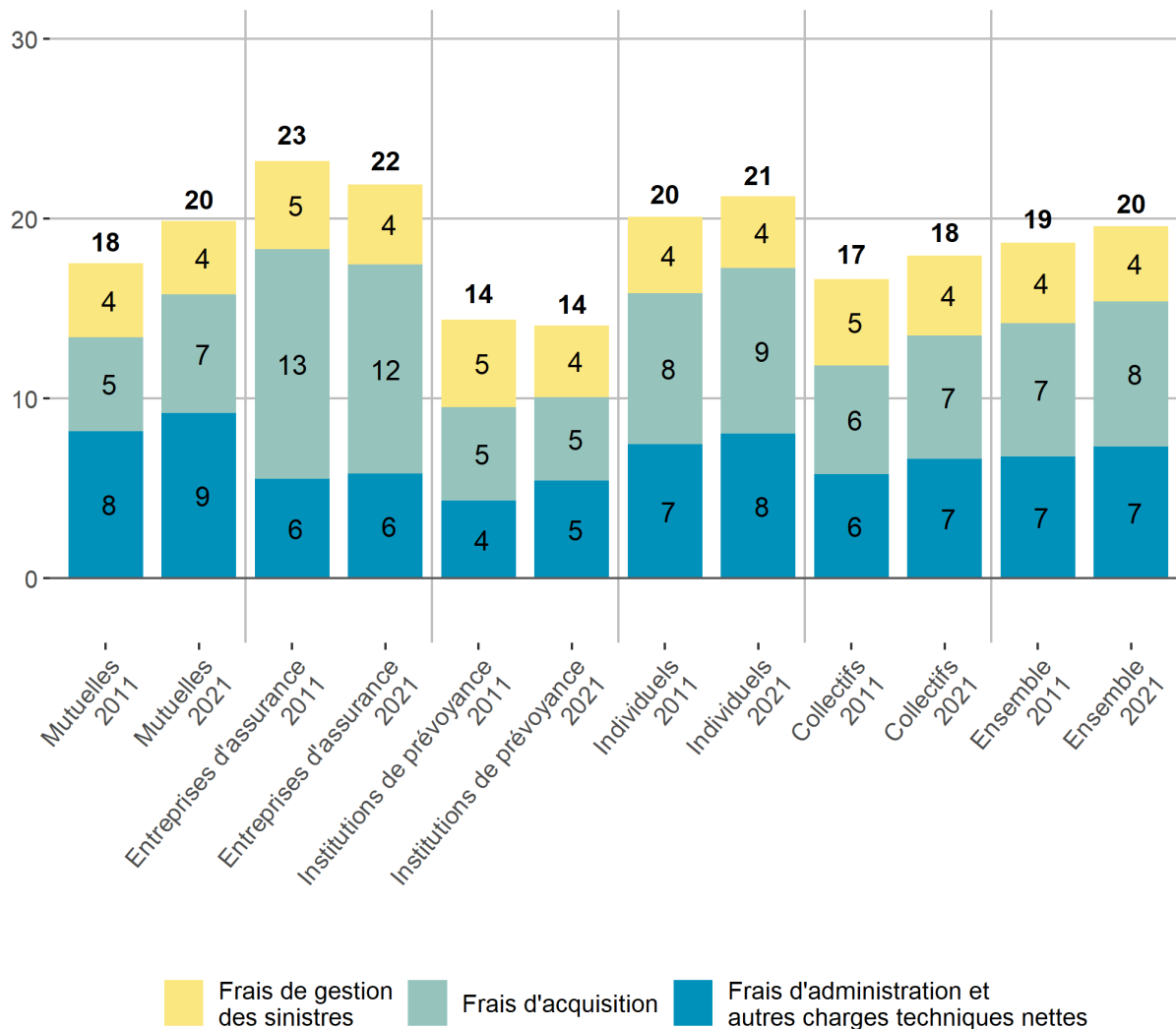
Les frais d'acquisition et d'administration ont légèrement augmenté en individuel comme en collectif en pourcentage des cotisations depuis 2011, tandis que les frais de gestion des sinistres sont restés globalement stables sur cette période. Pour les frais d'acquisition, cela pourrait s'expliquer par le fait que le marché de l'assurance santé est un marché « mature ». En effet, la quasi-totalité de la population française est couverte depuis de nombreuses années (96 % des personnes avaient une complémentaire santé en 2017, voir Fouquet, 2020). Pour gagner des parts de marché, les organismes doivent donc en général attirer des clients déjà couverts par des concurrents. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pourrait expliquer aussi une partie de la hausse de ces frais.

La réforme « 100 % santé » qui a débuté en 2019, la réforme des contrats responsables en 2015 ponctuellement 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, dans une certaine mesure, des frais d'administration et autres charges techniques supplémentaires pour les organismes (modification des garanties pour le « 100 % santé » et pour les contrats responsables, évolution des systèmes d'informations et honoraires de conseils pour les réformes réglementaires, etc.). Le développement des réseaux de soins depuis plusieurs années (Durand N, et Emmanuelli J., 2017) contribue aussi probablement à 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 en 2021

En % des cotisations collectées



Note : 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.

Lecture : Les frais d'acquisition en contrats individuels représentent 9 % des cotisations des contrats individuels en 2021, et 8 % en 2011.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 8 : Zoom sur les charges de gestion

Les coûts de gestion des organismes complémentaires ne sont pas directement comparables aux coûts des régimes de base. Les activités de ces deux catégories sont en effet à la fois différentes et imbriquées (Arnaud F. et al., 2022, fiche 25). Certaines activités ne relèvent que des régimes de base obligatoires (par exemple délivrer des attestations de complémentaire santé solidaire, anciennement de couverture maladie universelle complémentaire - CMU-C - et d'aide au paiement d'une complémentaire santé - ACS). En revanche, les régimes de base obligatoires peuvent plus facilement réaliser des économies d'échelle ; le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux organismes complémentaires. Enfin, les organismes complémentaires interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, traitent des feuilles de soins papier en l'absence de signature de la convention d'échange Noémie (voir glossaire), réalisent des actions ou offrent des services complémentaires au remboursement.

Les frais d'acquisition d'un organisme sont engagés pour attirer le souscripteur d'un contrat. Le coût d'acquisition médian est de 67 € par an et par assuré en individuel et de 56 € en collectif (tableau 4.4). La médiane des frais d'acquisition par assuré est la plus faible pour les institutions de prévoyance par rapport aux autres types d'organismes, comme les années passées. Ainsi, la hiérarchie entre les trois familles d'organismes est inchangée par rapport à celle présentée en partie 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, car la médiane est plus robuste que la moyenne.

Tableau 4.4 – Médiane des frais d'acquisition par assuré en 2021

	Individuel (en €)	Organismes répondants en individuel	Collectif (en €)	Organismes répondants en collectif
Mutuelles	57	146 sur 167	46	123 sur 148
Entreprises d'assurance	123	59 sur 72	80	57 sur 69
Institutions de prévoyance	52	14 sur 16	33	24 sur 25
Ensemble	67	219 sur 255	56	204 sur 242

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Lecture : Pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'acquisition par assuré se situe à 57 €, ce qui signifie que pour la moitié des mutuelles, les frais d'acquisition par assuré sont inférieurs à 57 €, et pour l'autre moitié ils sont supérieurs à 57 €. 146 sur 167 mutuelles exerçant en santé individuelle ont renseigné les données permettant ces estimations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021 et ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Source : ACPR, états FR.13.03, FR.14.01 et FR.14.04, calculs DREES.

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 4.5), probablement parce que les entreprises participent à la collecte des cotisations pour le compte de l'organisme assureur. Certains organismes, comme les mutuelles de fonctionnaires, gèrent en outre 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, ce qui viendrait augmenter les frais d'administration de ces organismes.

Tableau 4.5 – Médiane des frais d'administration par assuré en 2021

	Individuel (en €)	Organismes répondants en individuel	Collectif (en €)	Organismes répondants en collectif
Mutuelles	89	151 sur 167	79	124 sur 148
Entreprises d'assurance	64	57 sur 72	46	55 sur 69
Institutions de prévoyance	99	13 sur 16	55	23 sur 25
Ensemble	85	221 sur 255	69	202 sur 242

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Lecture : Pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'administration par assuré se situe à 89 €, ce qui signifie que pour la moitié des mutuelles, les frais d'administration par assuré sont inférieurs à 79 €, et pour l'autre moitié ils sont supérieurs à 79 €. 151 sur 167 mutuelles exerçant en santé individuelle ont renseigné les données permettant ces estimations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021 et ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Source : ACPR, états FR.13.03, FR.14.01 et FR.14.04, calculs DREES.

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. 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 43 centimes d'euros en médiane (tableau 4.6), ce qui signifie que la moitié des organismes a un coût de traitement par ligne d'acte inférieur à ce seuil et l'autre moitié un coût supérieur. En collectif, cette médiane s'élève à 52 centimes d'euros. Ces estimations doivent cependant être interprétées avec prudence car, parmi les organismes étudiés, 133 sur 255 ont renseigné ces informations en individuel et 124 sur 242 en collectif. Le coût médian pour les contrats individuels est du même ordre de grandeur que celui pour les contrats collectifs, bien que légèrement inférieur, le traitement d'une ligne d'acte n'étant a priori pas différent entre ces deux types de contrats. Les résultats par famille ne peuvent être présentés dans le tableau 4.6 en raison d'effectifs trop faibles.

Tableau 4.6 – Médiane des frais de gestion des sinistres par ligne d'acte en 2021

	Individuel (en €)	Organismes répondants en individuel	Collectif (en €)	Organismes répondants en collectif
Ensemble	0,43	133 sur 255	0,52	124 sur 242

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Lecture : Pour les contrats individuels, la médiane des coûts de traitement par ligne d'acte se situe à 0,43 €, ce qui signifie que pour la moitié des organismes, le traitement d'une ligne d'acte coûte moins de 0,43 € et pour l'autre moitié il coûte plus de 0,43 €. 133 sur 255 organismes exerçant en santé individuelle ont renseigné les données permettant ces estimations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021 et ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Source : ACPR, états FR.13.03, FR.14.01 et FR.14.04, calculs DREES.

5 En 2021, le résultat technique est quasiment nul

En 2021, les prestations ont augmenté sensiblement plus que les cotisations. Le résultat technique en santé est au global quasi-nul : il s'élève à 0,1 % des cotisations collectées hors taxe (graphique 5.1 ; les cotisations considérées sont les primes nettes). C'est le résultat technique le plus faible depuis 2011. Les années récentes étaient marquées par des résultats techniques relativement élevés (1,3 % des cotisations en 2017 et 1,2 % en 2018 et 2019). En 2020, le résultat technique incluait les provisions constituées pour le versement de la contribution exceptionnelle Covid au titre des années 2020 et 2021, mais avait été néanmoins particulièrement élevé (1,7 % des cotisations) du fait de la baisse des prestations induite par les épisodes de confinement.

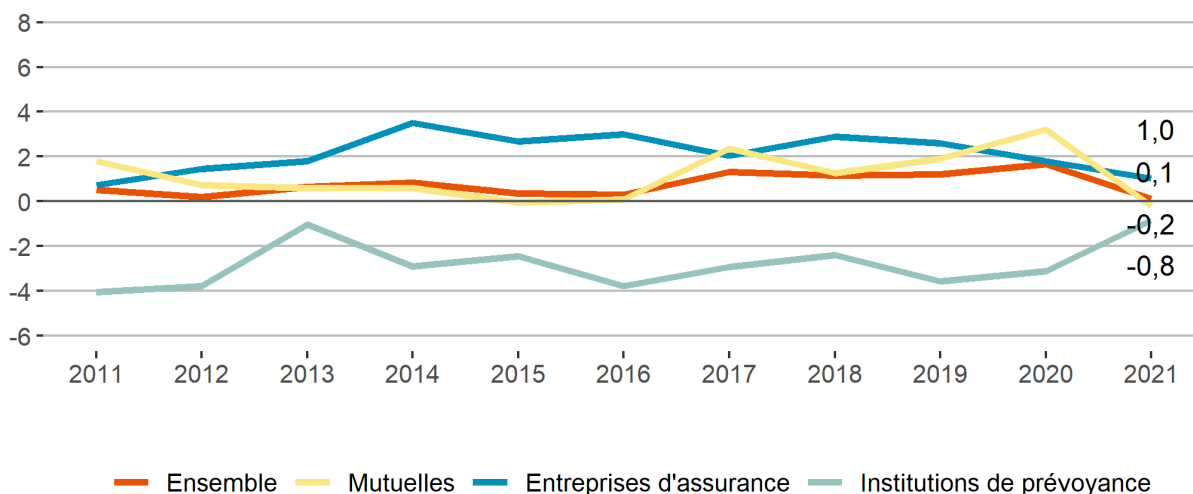
Les contrats collectifs se caractérisent par des résultats techniques globalement négatifs ; depuis 2011, leur déficit fluctue autour de 4 % des cotisations. Les contrats individuels dégagent un excédent technique, variable suivant les années.

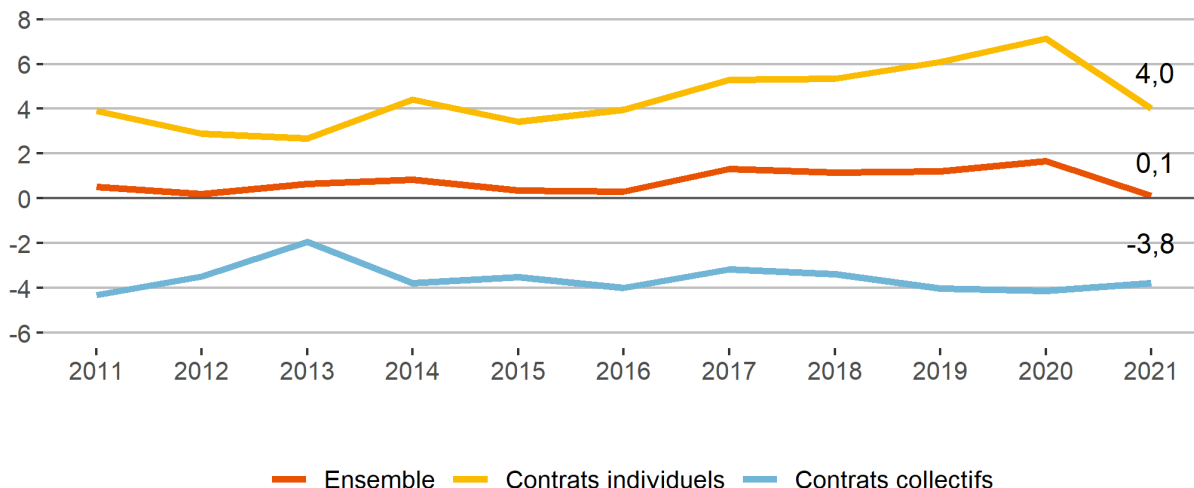
5.1 Le résultat technique des contrats individuels fléchit nettement en 2021

Depuis 2011, les contrats collectifs sont globalement déficitaires, « ce qui contraint les organismes à compenser ce déficit technique par des produits financiers afin de maintenir leur rentabilité globale » (ACPR, 2016). En moyenne, leur résultat technique s'élève à -3,8 % des cotisations (-4,1 % en 2020). À l'inverse, les contrats individuels continuent à dégager en moyenne des excédents ; en 2021, le résultat technique de ces contrats s'élève à 4,0 %. Ces excédents sont toutefois en baisse par rapport à l'année 2020 qui était particulièrement favorable (7,1 %).

Graphique 5.1 – Résultat technique en santé entre 2011 et 2021

En % des cotisations collectées





Lecture : Le résultat technique en santé des mutuelles vaut -0,2 % de leurs cotisations en 2021.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

5.2 En 2021, les résultats techniques sont relativement proches pour les trois types d'organismes complémentaires

En 2021, les trois types d'organismes ont des résultats techniques qui se rapprochent de l'équilibre (-0,2 % des cotisations pour les mutuelles, 1,0 % pour les entreprises d'assurance et -0,8 % pour les institutions de prévoyance).

Les mutuelles ont un résultat technique quasi-nul en 2021 (-0,2 % des cotisations, après +3,2 %) ; leurs prestations rebondissent nettement mais leurs cotisations stagnent quasiment. Cette baisse du résultat technique concerne les contrats individuels comme les contrats collectifs (graphique 5.2).

Les excédents des entreprises d'assurance diminuent également en 2021, à 1,0 % des cotisations, après 1,8 % en 2020.

Enfin, les institutions de prévoyance sont déficitaires sur leur activité santé, avec des pertes de 0,8 % des cotisations collectées hors taxe. Les institutions de prévoyance sont déficitaires depuis plusieurs années en raison de leur spécialisation sur l'activité collective. L'année 2021 présente néanmoins les déficits les plus faibles depuis 2011 (première année de la période étudiée dans ce rapport). Par ailleurs, les déficits en santé des institutions de prévoyance sont contrebalancés en 2021 par des excédents sur leurs activités d'assurance Vie (partie 6).

Entre 2011 et 2021, les contrats collectifs des entreprises d'assurance ont été déficitaires, mais moins en moyenne que ceux des mutuelles et des institutions de prévoyance (graphique 5.2). Il semble y avoir un effet de structure des portefeuilles, les entreprises d'assurance vendant relativement plus de contrats haut de gamme, sur lesquels les frais d'acquisition et d'administration sont mieux amortis. À qualité comparable des contrats gérés, les entreprises d'assurance ne semblent pas significativement plus rentables que les mutuelles et les institutions de prévoyance (Leduc A., Montaut A., 2017).

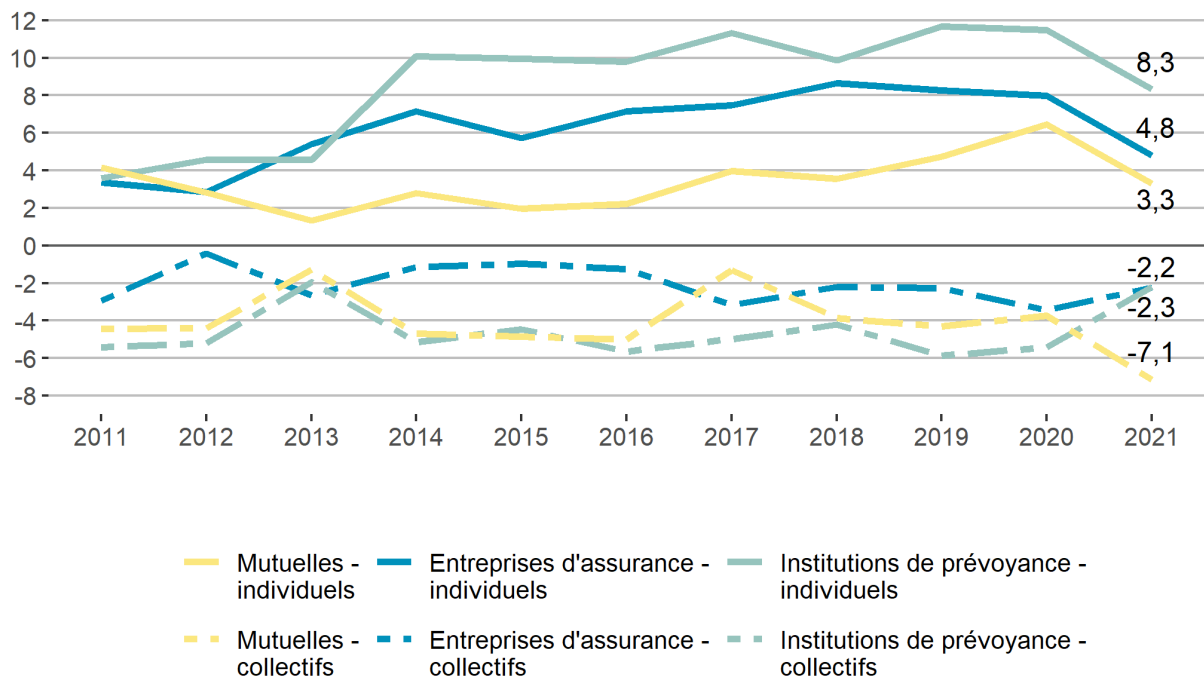
En individuel, les contrats des entreprises d'assurance ont été eux aussi en moyenne plus rentables que ceux des mutuelles (ceux des institutions de prévoyance, peu nombreux et spécifiques, sont difficilement comparables). Cela s'explique par le fait que le résultat technique en individuel a tendance à être plus élevé pour les organismes ayant des chiffres d'affaires élevés, et que les entreprises d'assurance ont, en moyenne, des chiffres d'affaires plus élevés que ceux des mutuelles. À chiffre d'affaires comparable, une

entreprise d'assurance ne semble pas significativement plus rentable sur son activité santé individuelle qu'une mutuelle ou une institution de prévoyance (Leduc A., Montaut A., 2017).

Au total, les compagnies d'assurance, qui sont des entreprises d'assurance à but lucratif appartenant à leurs actionnaires, ont tendance à générer de plus gros excédents que les sociétés d'assurance mutuelles, les mutuelles et les institutions de prévoyance, qui sont à but non lucratif, et qui doivent donc réinvestir leurs éventuels excédents dans l'organisme au bénéfice des adhérents.

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

En % des cotisations collectées



Lecture : Le résultat technique en santé des mutuelles en contrats individuels vaut 3,3 % de leurs cotisations en contrats individuels en 2021.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Tableau 5.3 – Compte de résultat technique en santé en 2021

Mutuelles	Individuel (millions d'euros)	Collectif (millions d'euros)	Total (millions d'euros)	Individuel (% des cotisations)	Collectif (% des cotisations)	Total (% des cotisations)	Évolution 2021 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	12 416	6 242	18 658	100,4	100,4	100,4	0,5	
Cotisations collectées	12 367	6 215	18 582	100,0	100,0	100,0		0,32
Autres produits	50	27	76	0,4	0,4	0,4		0,16
Charges	12 009	6 685	18 694	97,1	107,6	100,6	4,0	
Prestations	9 445	5 519	14 964	76,4	88,8	80,5		4,66
Frais de gestion des sinistres	500	262	762	4,0	4,2	4,1		-0,02
Frais d'acquisition	852	376	1 228	6,9	6,0	6,6		0,29
Frais d'administration	1 168	537	1 705	9,4	8,6	9,2		-0,32
Autres charges	44	-8	36	0,4	-0,1	0,2		-0,61
Résultat technique	407	-444	-36	3,3	-7,1	-0,2		
Entreprises d'assurance	Individuel (millions d'euros)	Collectif (millions d'euros)	Total (millions d'euros)	Individuel (% des cotisations)	Collectif (% des cotisations)	Total (% des cotisations)	Évolution 2021 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	6 466	7 558	14 024	99,7	100,7	100,3	4,7	
Cotisations collectées	6 486	7 503	13 989	100,0	100,0	100,0		4,85
Autres produits	-20	56	35	-0,3	0,7	0,3		-0,14
Charges	6 154	7 727	13 881	94,9	103,0	99,2	5,5	
Prestations	4 485	6 289	10 774	69,1	83,8	77,0		4,99
Frais de gestion des sinistres	260	362	623	4,0	4,8	4,5		0,45
Frais d'acquisition	934	696	1 630	14,4	9,3	11,7		0,20
Frais d'administration	422	391	813	6,5	5,2	5,8		0,21
Autres charges	53	-11	43	0,8	-0,1	0,3		-0,31
Résultat technique	312	-169	143	4,8	-2,3	1,0		

Institutions de prévoyance	Individuel (millions d'euros)	Collectif (millions d'euros)	Total (millions d'euros)	Individuel (% des cotisations)	Collectif (% des cotisations)	Total (% des cotisations)	Évolution 2021 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	886	5 959	6 844	100,4	100,4	100,4	7,6	
Cotisations collectées	882	5 937	6 819	100,0	100,0	100,0		7,64
Autres produits	4	21	25	0,4	0,4	0,4		-0,08
Charges	812	6 089	6 901	92,1	102,6	101,2	5,2	
Prestations	747	5 090	5 838	84,7	85,7	85,6		4,94
Frais de gestion des sinistres	26	248	274	2,9	4,2	4,0		-0,14
Frais d'acquisition	33	283	315	3,7	4,8	4,6		0,25
Frais d'administration	-4	375	371	-0,4	6,3	5,4		-0,39
Autres charges	11	93	104	1,2	1,6	1,5		0,53
Résultat technique	73	-130	-57	8,3	-2,2	-0,8		
Ensemble des organismes	Individuel (millions d'euros)	Collectif (millions d'euros)	Total (millions d'euros)	Individuel (% des cotisations)	Collectif (% des cotisations)	Total (% des cotisations)	Évolution 2021 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	19 768	19 758	39 526	100,2	100,5	100,3	3,1	
Cotisations collectées	19 735	19 655	39 389	100,0	100,0	100,0		3,11
Autres produits	33	104	137	0,2	0,5	0,3		0,01
Charges	18 976	20 501	39 477	96,2	104,3	100,2	4,7	
Prestations	14 677	16 898	31 575	74,4	86,0	80,2		4,82
Frais de gestion des sinistres	786	872	1 659	4,0	4,4	4,2		0,12
Frais d'acquisition	1 819	1 354	3 173	9,2	6,9	8,1		0,25
Frais d'administration	1 586	1 302	2 888	8,0	6,6	7,3		-0,15
Autres charges	108	75	183	0,5	0,4	0,5		-0,31
Résultat technique	792	-743	49	4,0	-3,8	0,1		

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 2020 et 2021 est présenté en annexe 2. En raison d'une date de gel des données plus tardive dans ce rapport que dans le rapport annuel de l'ACPR, les données présentées peuvent différer de celles présentées par l'ACPR (en raison de transmissions de nouveaux organismes ou de corrections apportées par les organismes dans leurs données).

Lecture : En 2021, le résultat technique en santé des mutuelles s'élève à -36 millions d'euros, dont 407 millions au titre des contrats individuels et -444 millions au titre des contrats collectifs. Ce résultat technique représente -0,2 % des cotisations santé collectées en 2021. Entre 2020 et 2021, les charges des mutuelles ont globalement augmenté de 4,0 %. Les prestations versées ont contribué pour 4,66 points de pourcentage à cette hausse des charges.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021.

Source : ACPR, calculs DREES.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

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.).

6.1 Le résultat net moyen des trois catégories d'organismes complémentaires est excédentaire en 2021, mais proche de l'équilibre pour les mutuelles et les institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance, qui avaient un résultat net négatif en 2020, dégagent au global un résultat net légèrement positif en 2021, leur résultat technique Non vie négatif étant plus que compensé par leur résultat technique Vie et leur résultat non technique (tableau 6.1). Le résultat net des institutions de prévoyance s'élève ainsi à 0,5 % de leurs cotisations en 2021, après -2,2 % en 2020 (tableau 6.2).

Les mutuelles ont également un résultat net légèrement positif en 2021, avec un résultat technique Non vie négatif plus que compensé par leur résultat technique Vie et leur résultat non technique (tableau 6.1). Leur résultat net est toutefois plus faible en 2021 (0,6 % de leurs cotisations) qu'en 2020 (1,4 % ; tableau 6.2).

Les entreprises d'assurance sont les organismes qui dégagent le plus d'excédents (3,5 % du total des cotisations collectées toutes activités d'assurance confondues en 2021, tableau 6.2). Ces excédents s'expliquent surtout par leurs activités d'assurance autres que la santé, notamment les activités Vie (assurance vie, retraite et décès ; tableau 6.1). Les excédents dégagés par les entreprises d'assurance sont du même ordre en 2021 qu'en 2020, en part des cotisations (3,5 % en 2021 après 3,6 % en 2020).

Tableau 6.1 – Résultat technique et résultat net total des organismes actifs en santé en 2021

En millions d'euros

	Résultat technique	dont			Résultat non technique	Résultat net
		Santé	Autre Non vie	Vie		
Mutuelles	-10	-36	-32	59	130	120
Entreprises d'assurance	7 456	143	1 887	5 426	-1 449	6 007
Institutions de prévoyance	31	-57	-110	198	40	71
Ensemble	7 477	49	1 745	5 683	-1 279	6 198

Lecture : En 2021, les mutuelles ont eu un résultat technique de -10 millions d'euros, un résultat non technique de 130 millions d'euros, pour un résultat net de 120 millions d'euros.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021.

Source : ACPR, calculs DREES.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.2 – Évolution du résultat net total de 2020 à 2021 et mouvements de champ

En % des cotisations acquises

	Résultat net rapporté aux primes			Dont contributions		
	2020	2021	Variation 2020-2021	Pérennes	Entrées	Sorties
Mutuelles	1,4 %	0,6 %	-0,8	-0,8	0,0	0,0
Entreprises d'assurance	3,6 %	3,5 %	0,0	0,0	0,0	0,0
Institutions de prévoyance	-2,2 %	0,5 %	2,7	2,7	0,0	0,0
Ensemble	2,9 %	3,0 %	0,1	0,1	0,0	0,0

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

Lecture : En 2021, pour les mutuelles, le résultat net représente 0,6 % des cotisations, contre 1,4 % l'année précédente. Cette variation (de -0,8 point de pourcentage) s'explique principalement par l'évolution du résultat net des mutuelles présentes les deux années (dites « pérennes » et qui contribuent pour -0,8 point de pourcentage à cette variation). La contribution des organismes qui ont commencé à exercer une activité en santé (entrées de champ) ou terminé d'exercer (sorties de champ) est marginale.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

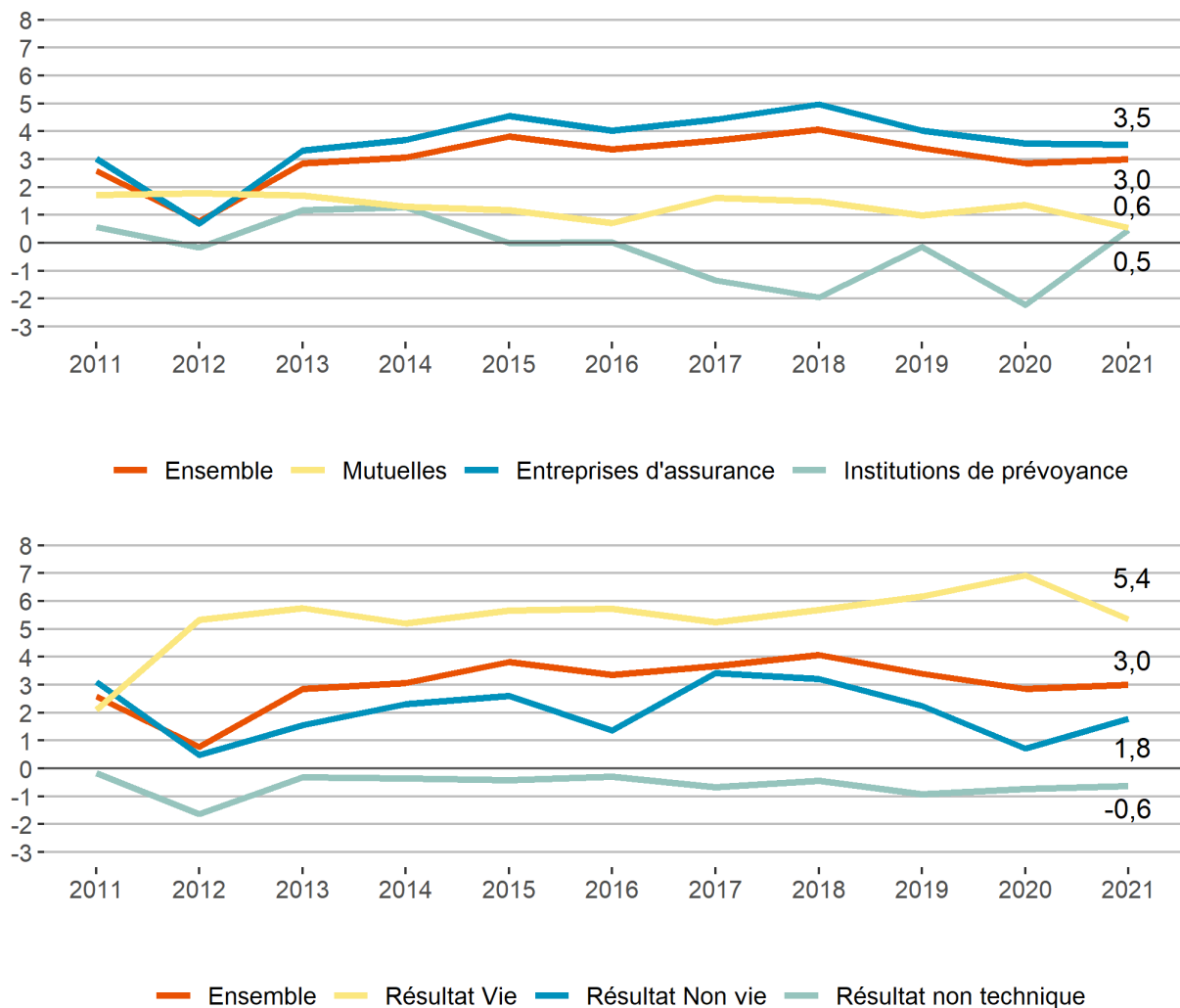
Au total, les organismes du secteur de l'assurance santé dégagent des excédents en 2021 sur l'ensemble de leur activité (en moyenne 3,0 % de l'ensemble des cotisations collectées). Depuis 2011, les différentes catégories d'organismes du secteur de la complémentaire santé ont généralement été excédentaires 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 entreprises d'assurance ainsi que les années 2017, 2018 et 2020 pour les institutions de prévoyance.

Les excédents ont souvent été portés par les activités d'assurance Vie et dans une moindre mesure Non vie, tandis que les activités non techniques ont plutôt tiré à la baisse le résultat net global chaque année. Le tableau 6.4 présente également un compte de résultat 2021 technique et non technique plus détaillé par type d'organismes.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Graphique 6.3 – Résultat net (toutes activités confondues) entre 2011 et 2021

En % des cotisations acquises



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

Lecture : En 2021, les organismes ont dégagé des excédents représentant 3,0 % de l'ensemble des cotisations. Les excédents des activités Vie représentent 5,4 % des cotisations Vie, les excédents des activités Non vie représentent 1,8 % des cotisations Non vie et enfin l'activité non technique accuse un déficit égal à -0,6 % de l'ensemble des cotisations.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.4 – Comptes de résultat détaillés en 2021 des organismes exerçant en santé

En millions d'euros

Mutuelles	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Primes acquises*	919	20 664	18 583	21 582
Prestations** (-)	700	17 637	15 733	18 336
Produits financiers	69	157	67	226
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	211	3 223	2 925	3 434
Solde réassurance (-)	18	30	29	48
Résultat technique	59	-69	-36	-10
Produits financiers du résultat non-technique				369
Autres éléments non techniques				-240
Résultat net				120

Entreprises d'assurance	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Primes acquises*	102 171	68 017	13 921	170 187
Prestations** (-)	137 664	51 535	11 395	189 199
Produits financiers	52 336	2 382	102	54 719
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	11 812	15 294	2 442	27 106
Solde réassurance (-)	-395	1 539	44	1 144
Résultat technique	5 426	2 030	143	7 456
Produits financiers du résultat non-technique				1 345
Autres éléments non techniques				-2 794
Résultat net				6 007

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Institutions de prévoyance	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Primes acquises*	2 987	12 413	6 819	15 401
Prestations** (-)	2 679	11 818	6 106	14 497
Produits financiers	365	328	25	693
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	260	1 274	686	1 534
Solde réassurance (-)	216	-184	109	31
Résultat technique	198	-167	-57	31
Produits financiers du résultat non-technique				190
Autres éléments non techniques				-150
Résultat net				71

Ensemble des organismes	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Primes acquises*	106 077	101 093	39 323	207 170
Prestations** (-)	141 042	80 990	33 234	222 032
Produits financiers	52 771	2 867	194	55 638
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	12 284	19 791	6 053	32 075
Solde réassurance (-)	-161	1 385	182	1 223
Résultat technique	5 683	1 794	49	7 477
Produits financiers du résultat non-technique				1 904
Autres éléments non techniques				-3 183
Résultat net				6 198

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

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

***Frais d'acquisition et d'administration : 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 précédentes parties de ce rapport. Notamment, ici, les prestations incluent les frais de gestion des sinistres.

Lecture : En 2021, les mutuelles ont eu un résultat technique de 59 millions d'euros dans leur activité Vie.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021.

Source : ACPR, calculs DREES.

6.2 Les différences de structure de bilan entre organismes s'expliquent principalement par la spécialisation de leur activité

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 filet 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.

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, 1 677,8 milliards d'euros soit 10,7 fois plus que leur chiffre d'affaires global (tableau 6.5). À titre de comparaison, les organismes Non vie présentent un bilan 3,0 fois plus élevé que leur chiffre d'affaires global. La hiérarchie entre les trois familles d'organismes en matière de bilans s'explique donc avant tout par l'importance de leur activité Vie (tableau 6.1).

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

Les organismes « Vie » provisionnent le plus : leurs provisions (provisions d'assurance Vie et autres provisions techniques) représentent 8,9 fois le montant de l'ensemble des cotisations collectées par ces organismes en 2021 (tableau 6.5) ; il s'agit majoritairement de provisions d'assurance Vie. Les organismes Non vie provisionnent quant à eux 2,0 fois le montant de leurs cotisations annuelles. Enfin, les mutuelles se démarquent en ne provisionnant qu'un montant équivalent à 53 % de leurs cotisations. La singularité des mutuelles s'explique notamment par leur spécialisation dans l'activité santé dont le règlement rapide des prestations ne nécessite pas la détention de placements importants. Les provisions techniques (provisions d'assurance Vie et autres provisions techniques) représentent donc 33 % du passif pour les mutuelles (graphique 6.6), contre 83 % pour les entreprises d'assurance et 66 % pour les institutions de prévoyance, qui assurent davantage de risques longs.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.5 – Bilan des organismes exerçant une activité santé en 2021

En milliards d'euros

	Ensemble des organismes	dont			dont	
		Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Organismes Vie	Organismes Non vie
Total chiffre d'affaires	207,2	21,6	170,2	15,4	157,5	49,7
Fonds propres	107,6	16,0	79,6	11,9	78,2	29,3
Provisions d'assurance vie	1 241,8	1,6	1 226,6	13,6	1 241,8	0,0
Autres provisions techniques	255,1	9,9	215,4	29,8	154,1	101,0
Autres passifs	224,7	7,5	207,0	10,3	203,7	21,0
Total passif	1 829,2	35,0	1 728,6	65,6	1 677,8	151,3
Provisions techniques réassurées	78,3	2,7	61,1	14,5	56,3	22,0
Placements	1 639,2	25,7	1 571,7	41,9	1 534,8	104,4
Autres actifs	111,6	6,6	95,8	9,2	86,7	24,9
Total actif	1 829,2	35,0	1 728,6	65,6	1 677,8	151,3
Bilan comptable	1 829,2	35,0	1 728,6	65,6	1 677,8	151,3
Plus-values latentes	166,2	3,3	157,1	5,9	150,4	15,9
Bilan en valeur de marché	1 995,4	38,2	1 885,7	71,5	1 828,2	167,2

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 (plus-values ou moins-values qui auraient été réalisées par l'organisme s'il avait revendu ses actifs à leur valeur de marché l'année considérée, soit ici celle de 2021). La valeur de l'actif correspond à celle du passif.

Lecture : En 2021, les fonds propres des mutuelles s'élèvent à 16,0 milliards d'euros.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021.

Source : ACPR, calculs DREES.

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 entreprises 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 annuellement pour les entreprises d'assurance alors qu'ils représentent 74 % des cotisations pour les mutuelles et 78 % des cotisations pour les institutions de prévoyance (tableau 6.5). Ces fonds propres représentent ainsi 5 % du passif des entreprises d'assurance, contre 18 % du passif des institutions de prévoyance et 46 % 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 honorer à tout moment leurs engagements, c'est-à-dire payer les prestations. En effet, une spécificité du secteur de l'assurance réside dans le fait que les cotisations sont collectées avant la

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

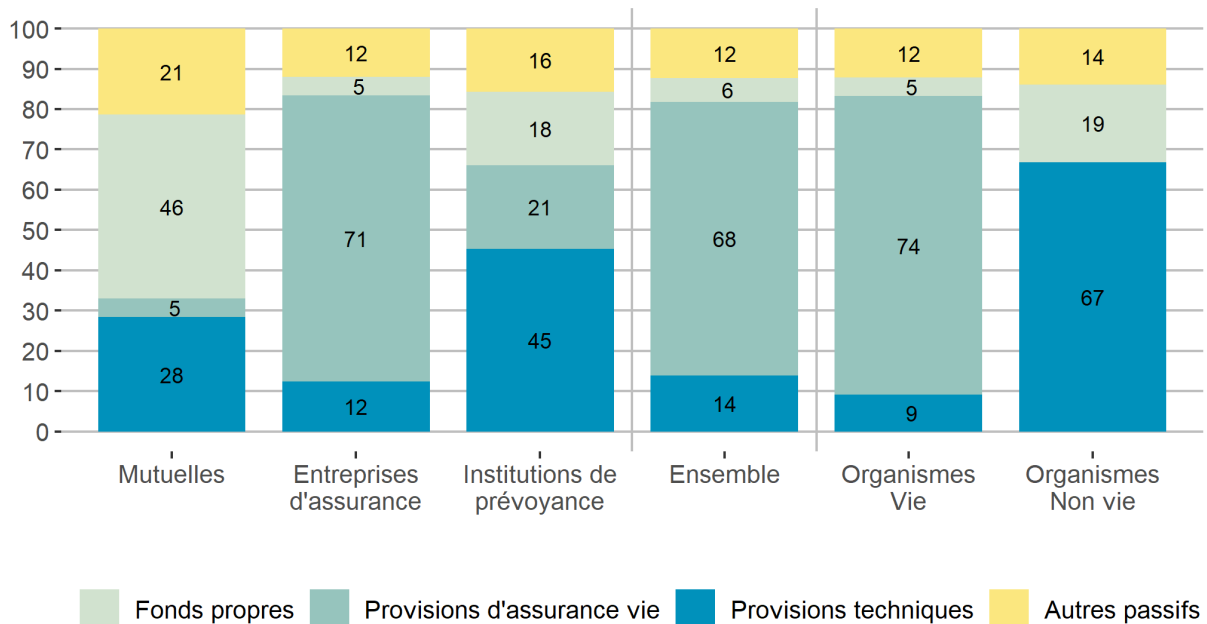
matérialisation du risque, i.e. l'organisme assureur encaisse *avant* d'avoir à supporter les coûts du service qu'il vend. Les fonds propres des organismes peuvent également être placés afin de les faire fructifier.

Fin 2021, 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-values ou moins-values qui auraient été réalisées par l'organisme assureur s'il avait revendu ses actifs à leur valeur de marché l'année considérée, soit ici en 2021). Les plus-values latentes viendraient augmenter le bilan comptable des organismes de 9 % en moyenne (graphique 6.7). L'année 2021 marque une baisse par rapport à 2020.

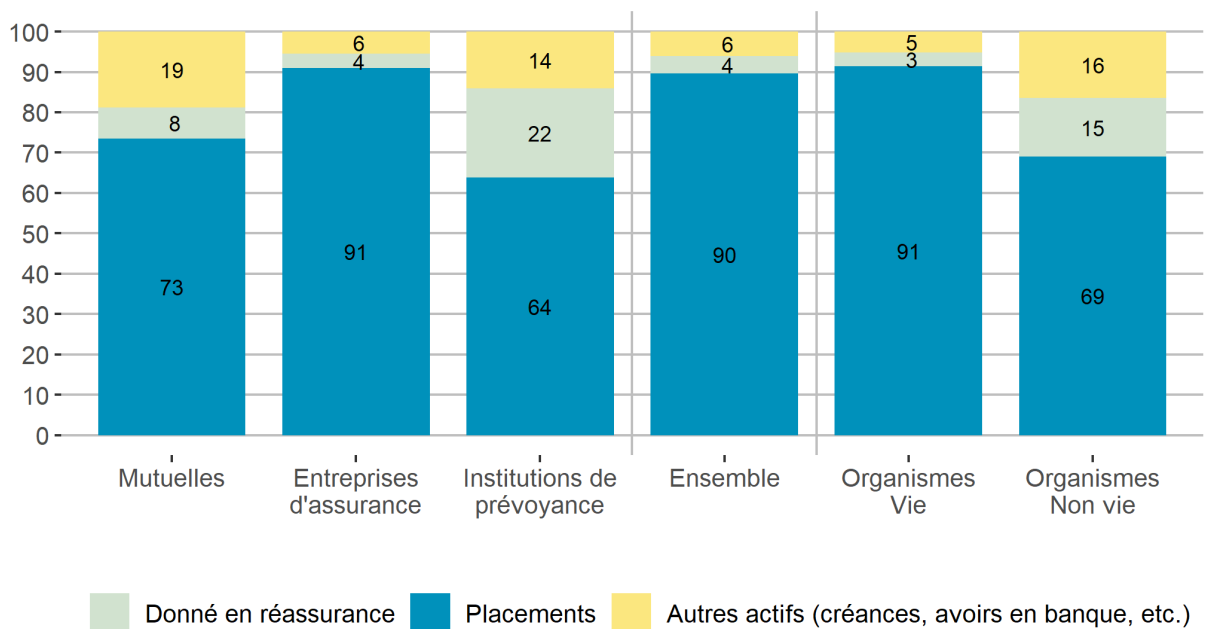
6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Graphique 6.6 – Structures du passif et de l'actif des organismes actifs en santé fin 2021

Structure du passif exprimée en % du total



Structure de l'actif exprimée en % du total



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

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

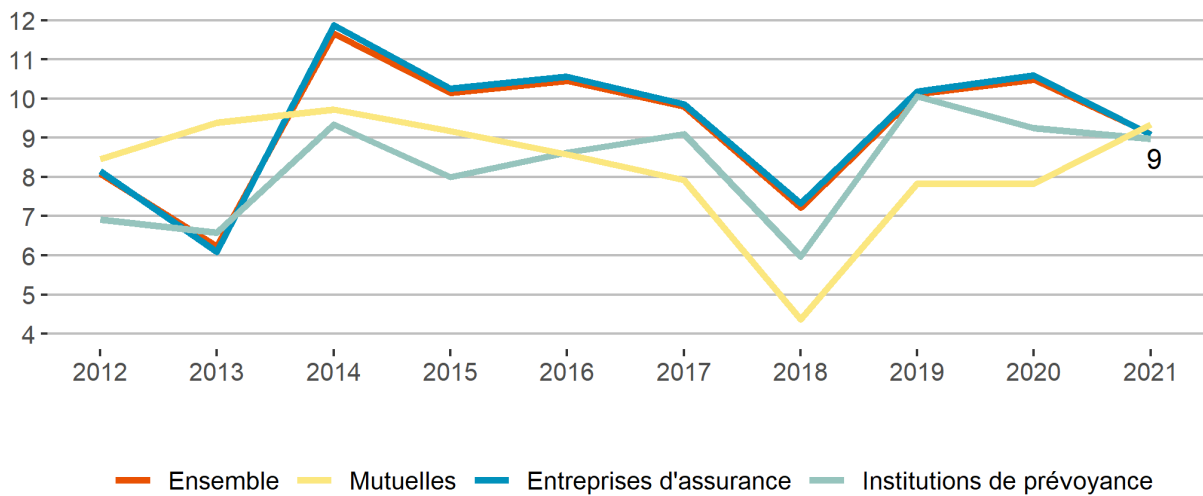
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021.

Source : ACPR, calculs DREES.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

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

En % du bilan comptable



Note : En raison de la part prépondérante des plus-values latentes des entreprises d'assurance dans le total, les courbes « Ensemble » et « Entreprises d'assurance » sont quasiment confondues.

Lecture : La prise en compte des plus-values latentes augmenterait le bilan comptable des mutuelles de 9 % en 2021.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

6.3 Le bilan comptable global est en hausse, du fait de la croissance du bilan des entreprises d'assurance

Le bilan comptable (hors plus-values latentes) des organismes a augmenté de 3,6 % entre 2020 et 2021 (tableau 6.8). Cette augmentation suit celle du bilan des entreprises d'assurance (+3,8 %). Le bilan des mutuelles est en revanche plutôt stable (-0,2 %), tandis que celui des institutions de prévoyance diminue (-1,5 %). Ces évolutions proviennent des bilans comptables des organismes présents les deux années (dits « pérennes »), les entrées et sorties d'organismes sur le marché de l'assurance santé n'ayant que peu d'effets cette année sur l'évolution globale du bilan comptable des organismes actifs en santé.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.8 – Évolution du bilan total entre 2020 et 2021 des organismes actifs en santé

Évolution en %

	Croissance du bilan	dont contribution			Croissance du bilan des organismes pérennes
		Pérennes	Entrées	Sorties	
Mutuelles	-0,2	-0,2	0,0	0,0	-0,2
Entreprises d'assurance	3,8	3,8	0,0	0,0	3,8
Institutions de prévoyance	-1,5	-1,5	0,0	0,0	-1,5
Ensemble	3,6	3,6	0,0	0,0	3,6

Lecture : Le total du bilan des entreprises d'assurance exerçant une activité santé a augmenté de 3,8 % entre 2020 et 2021. Cette hausse peut se décomposer en trois facteurs : le bilan des entreprises d'assurance présentes les deux années (dites « pérennes ») a augmenté de 3,8 %, contribuant à hauteur de 3,8 point de pourcentage à la hausse du secteur, tandis que l'entrée ou la sortie de nouvelles entreprises d'assurance sur le marché de l'assurance santé ne contribue pas cette année à la croissance du bilan total des entreprises d'assurance.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

6.4 Les organismes respectent les règles prudentielles du régime Solvabilité 2

Pour protéger les intérêts des assurés, le contrôle prudentiel impose aux organismes de respecter certaines règles, nommées « règles prudentielles ». Depuis le 1^{er} janvier 2016, c'est le régime « Solvabilité 2 » qui s'applique à la grande majorité des organismes d'assurance, même si certains, de très petite taille, restent soumis à l'ancien régime « Solvabilité 1 » (encadré 9).

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

Deux indicateurs quantifient 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 of 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, en général 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 correspondent

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

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-prioritaires en cas de défaut de l'organisme assureur)¹².

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 261 % du SCR en 2021, tableau 6.9), devant les institutions de prévoyance (237 %) et les entreprises d'assurance (235 %). Les trois familles d'organismes respectent de plus en moyenne largement les contraintes imposées sur la qualité des fonds propres admissibles. Les mutuelles se distinguent à nouveau, avec un SCR couvert à 99 % par des fonds de la meilleure qualité (niveau 1), contre 94 % pour les institutions de prévoyance et 90 % pour les entreprises d'assurance.

La grande majorité des organismes couvrent à plus de 200 % le SCR. Les entreprises d'assurance 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 2021 (ratio inférieur à 100 %).

Tableau 6.9 – Couverture moyenne du SCR en 2021 et qualité des fonds propres

	Couverture SCR (en %)	par des fonds propres de		
		Niveau 1 (en %)	Niveau 2 (en %)	Niveau 3 (en %)
Mutuelles	261	99	1	0
Entreprises d'assurance	235	90	9	1
Institutions de prévoyance	237	94	5	1
Ensemble	237	91	8	1

Lecture : En 2021, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne pondérée 261 % 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 31/12/2021 et soumis au régime Solvabilité 2.

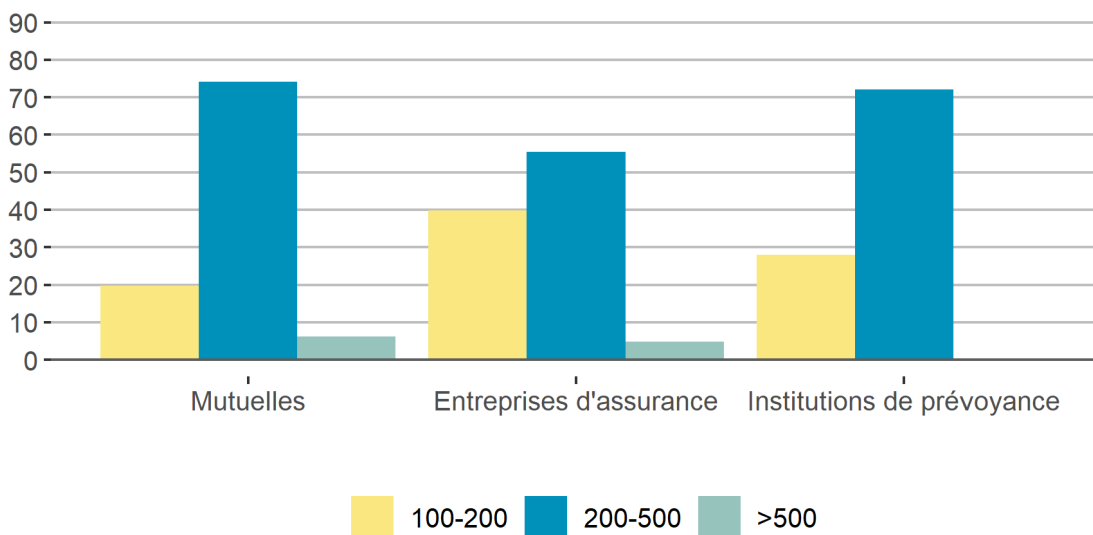
Source : ACPR, calculs DREES.

¹² 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.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Graphique 6.10 – Distribution de la couverture du SCR en 2021

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



Lecture : En 2021, pour 20 % 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 31/12/2021 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

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 947 % du MCR en 2021, tableau 6.11), devant les institutions de prévoyance (721 %) et les entreprises d'assurance (518 %). 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 entreprises d'assurance à 98 %.

La 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. Enfin, aucun organisme ne couvrait insuffisamment le MCR en 2021.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.11 – Couverture moyenne du MCR en 2021 et qualité des fonds propres

	Couverture MCR (en %)	par des fonds propres de	
		Niveau 1 (en %)	Niveau 2 (en %)
Mutuelles	947	100	0
Entreprises d'assurance	518	98	2
Institutions de prévoyance	721	99	1
Ensemble	553	98	2

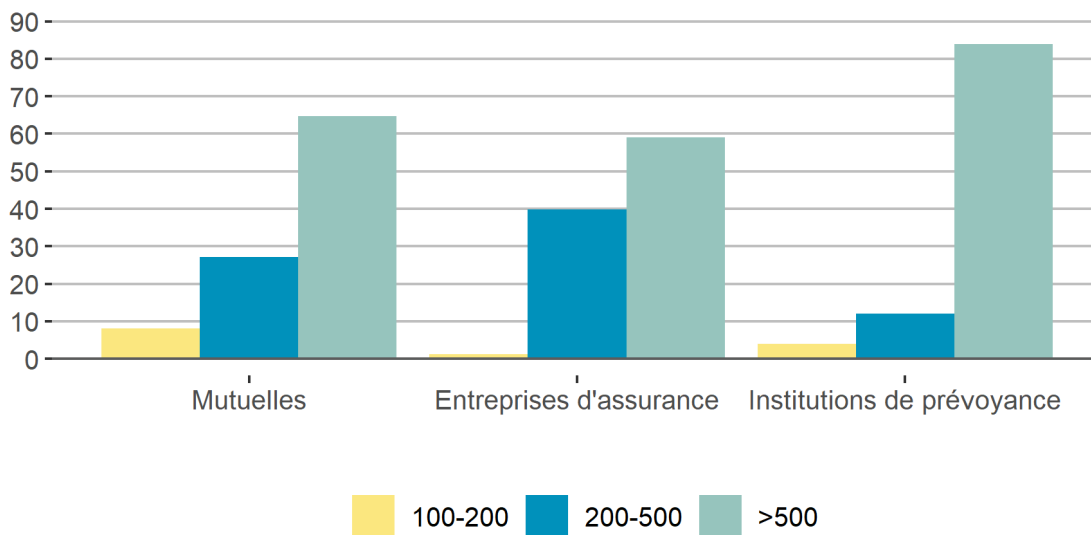
Lecture : En 2021, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne pondérée 947 % du minimum de capital requis (MCR) et sont composés à 100 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.12 – Distribution de la couverture du MCR en 2021

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



Lecture : En 2021, pour 8 % 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 31/12/2021 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Depuis la mise en œuvre du régime Solvabilité 2 au 1^{er} janvier 2016, les SCR et MCR ont tendance à être de mieux en mieux couverts en moyenne (graphiques 6.13 et 6.14). Ces taux de couverture moyens sont essentiellement tirés par ceux des entreprises d'assurance, dont le bilan est nettement supérieur à celui

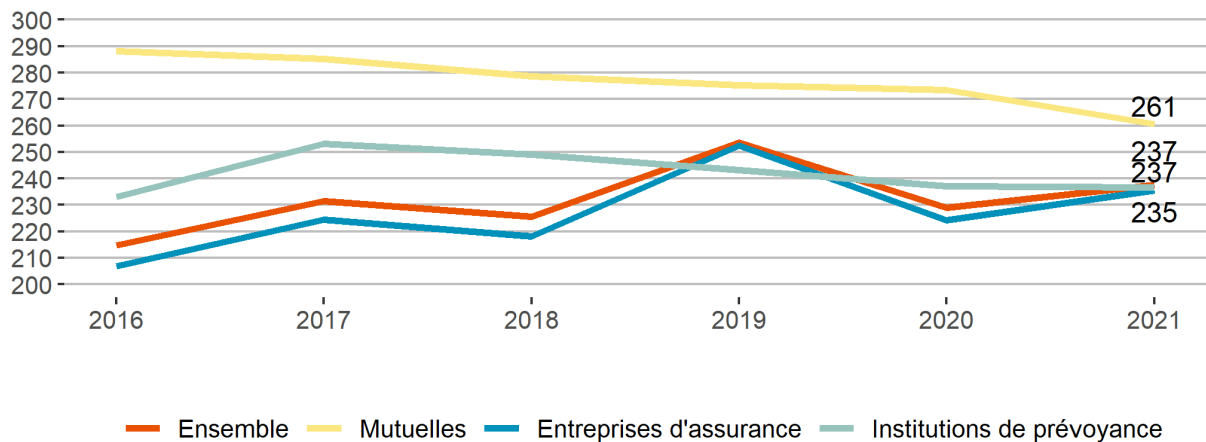
6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

des mutuelles et des institutions de prévoyance. Les taux de couverture des mutuelles sont à des niveaux plus élevés que ceux des autres types d'organismes, mais ont toutefois tendance à diminuer depuis 2016.

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.

Graphique 6.13 – Couverture moyenne du SCR entre 2016 et 2021

En %



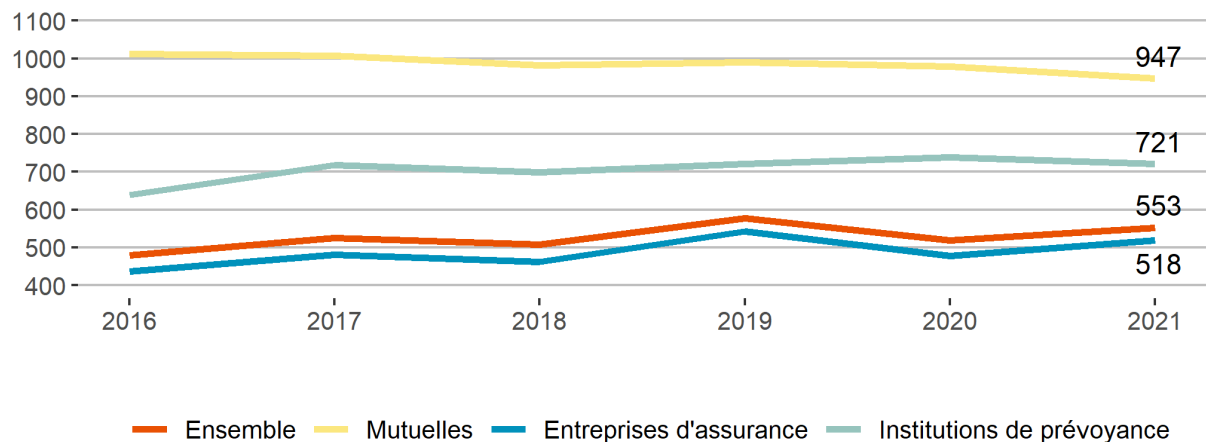
Lecture : En 2021, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne pondérée 261 % du capital de solvabilité requis (SCR).

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.14 – Couverture moyenne du MCR entre 2016 et 2021

En %



Lecture : En 2021, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne pondérée 947 % du minimum de capital requis (MCR).

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 9 : 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).

Fin 2021, sur les 355 organismes du champ de ce rapport, 262 sont soumis au régime Solvabilité 2, 92 demeurent soumis au régime Solvabilité 1 précédemment en vigueur, et 1 organisme est devenu un organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS, voir glossaire) en cours d'année¹³. Ces 92 organismes soumis à Solvabilité 1, qui sont majoritairement des mutuelles, sont de très petite taille, et ne représentent que 0,5 % du marché de l'assurance santé en matière de cotisations collectées. À la date de figement des données Solvabilité 1 pour ce rapport, 30 organismes ont renseigné leurs états prudentiels C5 permettant de calculer leur ratio de couverture des engagements réglementés, et 32 organismes ont renseigné leurs états prudentiels C6 permettant de calculer leur ratio de couverture de la marge de solvabilité.

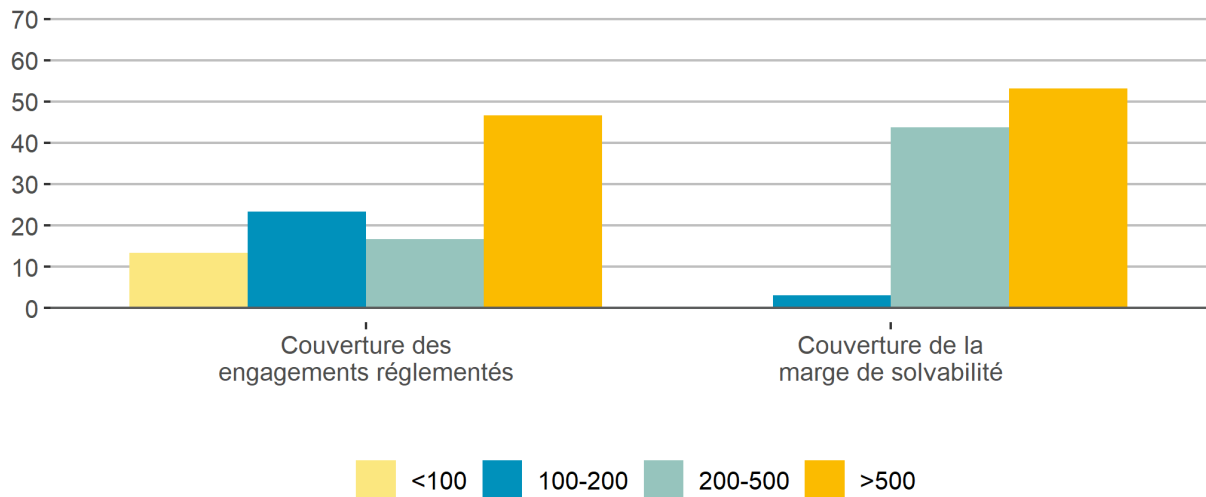
Les organismes soumis à Solvabilité 1 et ayant renseigné leurs états C5 et C6 respectent globalement les règles qui leurs sont imposées. Ces organismes possèdent en effet des actifs admissibles qui représentent en moyenne 387 % de leurs engagements réglementés, et des fonds propres représentant 682 % de leur marge de solvabilité. Une minorité d'entre eux couvrent insuffisamment leurs engagements réglementés et leur marge de solvabilité (graphique 6.15). Ces organismes qui se situent au-dessous 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.

¹³ Les ORPS ne mènent pas d'activité santé, et ne renseignent donc pas d'états ACPR au titre de la catégorie « frais de soins ». Dans le cas où l'organisme a néanmoins mené des activités santé dans l'année écoulée, avant sa date de transformation en ORPS, son activité santé est imputée comme de la non-réponse totale (annexe 1).

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Graphique 6.15 – Distribution des ratios de couverture des engagements réglementés et de couverture de la marge de solvabilité pour les organismes soumis au régime Solvabilité 1

Proportion d'organismes dans chaque catégorie de couverture



Lecture : En 2021, pour 23 % des organismes, les actifs admissibles représentent entre 100 % et 200 % des engagements réglementés.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021, soumis au régime Solvabilité 1 et ayant renseigné leurs états C5 pour le calcul du ratio de couverture des engagements réglementés (respectivement leurs états C6 pour le calcul du ratio de couverture de la marge de solvabilité).

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

Pour en savoir plus

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/premiere-estimation-du-nombre-de-personnes-couvertes-par-les>

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/complementaire-sante-la-hausse-moderee-de-la-part-des-contrats>

ACPR (2022). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2021 ».

<https://acpr.banque-france.fr/les-chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l-assurance-2021>

ACPR (2016). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2015 ».

<https://acpr.banque-france.fr/les-chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l-assurance-2015>

Arnaud, F., et al. (2022). « Les dépenses de santé en 2021 ». Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022>

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/la-complementaire-sante-acteurs>

Cour des comptes (2021, juin). « Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient ».

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-07/20210721-132-3-1-rapport-complementaires-sante.pdf>

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

<https://www.argusdelassurance.com/les-editions-de-l-argus-de-l-assurance/les-grands-principes-de-solvabilite-2.156039>

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

<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-107R.pdf>

Fonds de la complémentaire santé solidaire (2020), Rapport d'activité 2019.

https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RA_2019_VF.pdf

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/une-hausse-moderee-de-la-couverture-de-la-population-apres-la>

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/la-place-de-l-assurance-maladie-privée-dans-six-pays-europeens>

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/tarification-des-complementaires-sante-declin-des-solidarites-dans>

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

Pour en savoir plus

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/complementaire-sante-les-charges-reduites-des-organismes>

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

<https://en3s.fr/articles-regards/Intervention-DL/PS-complementaire-solidarite.pdf>

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/tarifs-et-prestations-que-revele-le-nom-des-organismes-de>

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

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-generalisation-de-la-complementaire-sante-dentreprise-peu-fait>

Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire, Édition 2021 (2022).

<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport%20de%20la%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire%20-%202021.pdf>

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

<https://www.economica.fr/livre-assurance-comptabilite-reglementation-actuariat-tosetti-alain-thomas-behar-michel-fromenteau-s-c2x32210748>

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 2021 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « TSA », hors indemnités journalières¹⁴ – tableau A1.1, colonne (1). Le produit de cette taxe finance notamment la complémentaire santé solidaire. La taxe porte sur l'ensemble des cotisations que les organismes collectent dans l'année au titre de leur activité d'assurance santé, souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France. Les complémentaires obligatoires indivisibles du régime de base (Alsace-Moselle, industries électriques et gazières, etc.) sont en revanche hors du champ de la taxe. Le taux de cette taxe peut varier selon les types de contrats mais dans le cas général (contrats de complémentaire santé responsables « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), son taux s'élève à 13,27 % (encadré 5).

Le champ des organismes assujettis à la TSA et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021 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 A1.1, colonne (2). Ce champ est très proche de celui des seuls organismes assujettis à la TSA – tableau A1.1, colonne (1). L'écart entre les deux s'explique surtout par des fusions et absorptions ayant eu lieu courant 2021, ainsi que, pour les entreprises 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 48 millions sur les 39,4 milliards d'euros de cotisations collectées en complémentaire santé en 2021 (soit 0,12 % des cotisations). Les rapprochements, fusions, absorptions et transferts de portefeuilles doivent être traités pour mettre en cohérence les deux sources de données, ACPR et Urssaf Caisse nationale.

Le champ du rapport – tableau A1.0, 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 355 organismes du champ du rapport, 291 ont fourni à l'ACPR leurs états comptables et prudentiels à la date du 23 septembre 2022 – tableau A1.0, colonne (4). Sont considérés comme ayant fourni leurs comptes les organismes ayant renseigné au minimum les états comptables et le compte de résultat technique par type de contrats (états prudentiels « FR.13 », ex « C1 », voir encadré 1).

Les résultats présentés dans ce rapport sont donc calculés à partir des comptes des 291 organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et ayant fourni à l'ACPR leurs comptes pour l'année 2021, hors mutuelles substituées. Ce champ est en effet le seul pour lequel on peut disposer des données comptables de l'ACPR (cotisations, prestations, charges de gestion, etc.). Il présente une très bonne représentativité du marché de la complémentaire santé en France (99,4 % du marché en matière de cotisations collectées – tableau A1.0, colonne (5)). Les organismes qui n'ont pas encore, au moment de l'élaboration de ce rapport, renseigné leurs comptes 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'organismes et, pour les mutuelles, également en fonction de leur taille.

¹⁴ Plus précisément, parmi les huit sous-assiettes concernées par la TSA, seules les six suivantes constituent le champ de la « complémentaire santé » dans ce rapport : (i) contrats classiques responsables, (ii) contrats classiques non responsables, (iii) contrats agriculteurs responsables, (iv) contrats agriculteurs non responsables, (v) contrats relevant de l'article 998-1 du code général des impôts et (vi) contrats au premier euro. Les deux autres sous-assiettes, à savoir (i) les contrats indemnités journalières solidaires et (ii) les contrats indemnités journalières non solidaires, sont exclues du champ dans la mesure où elles ne relèvent pas d'une garantie « frais de soins » mais d'une garantie « autres dommages corporels ». Les indemnités journalières représentent une faible part de l'assiette de la TSA, de l'ordre de 3 %.

Tableau A1.1 – Nombre d’organismes ayant une activité de complémentaire santé en 2021, avant repondération

	Assujettis à la TSA en 2021 (1)	Assujettis à la TSA en 2021 et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021 (2)	Champ du rapport (3)	dont ayant renseigné les états ACPR (4)	dont ayant renseigné les états ACPR, en % des cotisations (5)
Mutuelles	288	275	237	183	99,3
Entreprises d'assurance	104	94	93	83	99,3
Institutions de prévoyance	25	25	25	25	100,0
Ensemble	417	394	355	291	99,4

1 : Organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2021 (définition différente du dénombrement en fin d'année).

2 : Organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2021 et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021, i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et absorptions ayant eu lieu en 2021.

3 : Organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2021 et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021, après avoir intégré les unions de mutuelles et exclu les mutuelles substituées. Ce champ est celui décrit dans ce rapport.

4 : Organismes utilisés pour l'analyse, c'est-à-dire ayant renseigné au minimum les comptes et les états prudentiels FR.13.

5 : Assiette de TSA des organismes ayant renseigné les états - colonne (4) - sur l'assiette de TSA des organismes du champ du rapport - colonne (3) - avant repondération.

Lecture : 237 mutuelles font partie du champ de ce rapport, i.e. sont assujetties à la TSA au cours de l'année 2021 et contrôlées par l'ACPR au 31/12/2021, y compris unions de mutuelles et hors mutuelles substituées.

Source : ACPR et Urssaf Caisse nationale, calculs DREES.

La correction de la non-réponse totale

Les organismes conservés pour l'analyse sont ceux ayant renseigné les comptes de résultats publics et les états FR.13 (organismes dits « répondants » ; les autres formant la non-réponse dite « totale »). Afin de garantir la représentativité des résultats, une repondération est nécessaire : les organismes n'ayant pas transmis leurs comptes et les états FR.13 en 2021 (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, qui est fournie par l'Urssaf Caisse nationale pour tous les organismes, qu'ils aient transmis ou non leurs comptes à l'ACPR. Cette correction de la non-réponse totale peut expliquer des écarts avec certains chiffres publiés par l'ACPR.

La correction de la non-réponse partielle

En 2021, 291 organismes sont « répondants », c'est-à-dire qu'ils ont renseigné leurs comptes de résultats publics et les états FR.13. Certains de ces organismes n'ont pas renseigné les états FR.14, indispensables eux aussi à la rédaction de ce rapport (tableau A1.2). L'état FR.14.03 ventile les prestations versées par types de soins et bien médicaux (soins hospitaliers, médicaments, etc.). Lorsqu'il est non renseigné, incomplet ou manifestement faux, celui-ci est imputé sur la base du total des prestations renseigné dans l'état FR.13.03 auquel est appliquée la structure moyenne des organismes de même catégorie ayant renseigné l'état FR.14.03. Les autres états statistiques (FR.14.01, FR.14.02, FR.14.04), moins bien renseignés, ne sont en revanche pas imputés.

Au cours du temps, les taux de remplissage des différents états sont demeurés relativement stables. Ces taux de remplissage varient non seulement d'un organisme à l'autre mais également, à un niveau plus fin, d'une variable à l'autre. Ainsi, au sein d'un état donné (par exemple le FR.14.03), chaque variable (par exemple les prestations d'audioprothèses) peut avoir un taux de remplissage différent.

Tableau A1.2 – Taux de réponse par état en 2021

	Nombre d'organismes	% des cotisations en santé
ayant renseigné les comptes publics et bilans	291	99,4
ayant renseigné les états FR.13	291	99,4
ayant renseigné l'état FR.14.01	145	51,5
ayant renseigné l'état FR.14.02	228	92,6
ayant renseigné l'état FR.14.03	276	98,7
ayant renseigné l'état FR.14.04	123	60,1

Note : Un état est indiqué ici comme étant renseigné lorsque les principales cases de totaux sont renseignées. Toutefois, pour certains organismes, seuls les totaux sont renseignés, mais pas les ventilations plus fines, ce qui constitue également de la non-réponse partielle.

Lecture : 291 organismes, représentant 99,4 % des cotisations en santé du champ de ce rapport, ont renseigné leurs états ACPR FR.13.

Source : Urssaf Caisse nationale, ACPR, calculs DREES.

Annexe 2 : Compte de résultat technique en santé en 2020 et 2021

En millions d'euros

Mutuelles	Individuel 2020	Collectif 2020	Total 2020	Individuel 2021	Collectif 2021	Total 2021
Produits	12 677	5 894	18 571	12 416	6 242	18 658
Cotisations collectées	12 651	5 873	18 524	12 367	6 215	18 582
Autres produits	26	21	47	50	27	76
Charges	11 863	6 113	17 976	12 009	6 685	18 694
Prestations	9 168	4 958	14 126	9 445	5 519	14 964
Frais de gestion des sinistres	510	257	766	500	262	762
Frais d'acquisition	822	354	1 176	852	376	1 228
Frais d'administration	1 254	509	1 763	1 168	537	1 705
Autres charges	109	36	145	44	-8	36
Résultat technique	815	-219	596	407	-444	-36

Entreprises d'assurance	Individuel 2020	Collectif 2020	Total 2020	Individuel 2021	Collectif 2021	Total 2021
Produits	6 150	7 243	13 393	6 466	7 558	14 024
Cotisations collectées	6 109	7 230	13 338	6 486	7 503	13 989
Autres produits	41	13	54	-20	56	35
Charges	5 662	7 492	13 154	6 154	7 727	13 881
Prestations	4 070	6 047	10 117	4 485	6 289	10 774
Frais de gestion des sinistres	229	334	564	260	362	623
Frais d'acquisition	877	727	1 604	934	696	1 630
Frais d'administration	417	369	786	422	391	813
Autres charges	69	14	84	53	-11	43
Résultat technique	488	-249	239	312	-169	143

Institutions de prévoyance	Individuel 2020	Collectif 2020	Total 2020	Individuel 2021	Collectif 2021	Total 2021
Produits	869	5 495	6 363	886	5 959	6 844
Cotisations collectées	865	5 468	6 333	882	5 937	6 819
Autres produits	3	27	30	4	21	25
Charges	769	5 792	6 561	812	6 089	6 901
Prestations	709	4 804	5 513	747	5 090	5 838
Frais de gestion des sinistres	27	256	283	26	248	274
Frais d'acquisition	32	267	299	33	283	315
Frais d'administration	-4	400	396	-4	375	371
Autres charges	5	64	69	11	93	104
Résultat technique	99	-297	-198	73	-130	-57

Ensemble des organismes	Individuel 2020	Collectif 2020	Total 2020	Individuel 2021	Collectif 2021	Total 2021
Produits	19 696	18 632	38 327	19 768	19 758	39 526
Cotisations collectées	19 625	18 571	38 196	19 735	19 655	39 389
Autres produits	70	61	131	33	104	137
Charges	18 294	19 396	37 690	18 976	20 501	39 477
Prestations	13 947	15 810	29 756	14 677	16 898	31 575
Frais de gestion des sinistres	766	847	1 613	786	872	1 659
Frais d'acquisition	1 730	1 348	3 078	1 819	1 354	3 173
Frais d'administration	1 667	1 277	2 944	1 586	1 302	2 888
Autres charges	183	115	298	108	75	183
Résultat technique	1 402	-765	637	792	-743	49

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.

Lecture : En 2021, le résultat technique en santé des mutuelles vaut -36 millions d'euros, dont 407 millions au titre des contrats individuels et -444 millions au titre des contrats collectifs.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Glossaire

ACS (Aide à la complémentaire santé) : Aide créée par la loi du 13 août 2004 et mise en place en 2005, destinée aux personnes dont les revenus se situaient entre le seuil d'attribution de la CMU-C (voir CMU-C) et ce même seuil majoré de 35 %. Elle visait à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel. La CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire depuis le 1^{er} novembre 2019. Les contrats ACS en cours à cette date pouvaient aller jusqu'à leur terme. Le dispositif ACS a été définitivement clôturé au 31 octobre 2020.

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

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

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

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

Autres charges techniques : Partie des charges d'un organisme assureur incluant les autres charges liées à l'évolution des systèmes d'informations, des exigences réglementaires, etc.

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 entreprises d'assurance.

Charges de gestion : Charges liées au fonctionnement des organismes pour leur activité d'assurance. Elles comprennent les « frais de gestion des sinistres », les « frais d'acquisition » et les « frais d'administration et autres charges techniques nettes de produits techniques ».

Charges de prestations : Charges liées à l'indemnisation des assurés. Elles comprennent les « sinistres payés », les « variations de provisions » (estimation des sinistres qui restent à payer) et les « frais de gestion des sinistres ». En 2020, les provisions à la clôture contiennent le provisionnement pour le règlement de la contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19, au titre des années 2020 et 2021 ; en 2021, les provisions à la clôture contiennent le provisionnement pour le règlement de cette contribution au titre de l'année 2021 ; en 2021, les sinistres payés contiennent le versement de cette contribution au titre de l'année 2020.

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

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

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

Complémentaire santé solidaire : Dispositif permettant la prise en charge, à titre gratuit ou moyennant une contribution financière modeste (selon le niveau de ressources de l'assuré), de la part complémentaire de ses frais de santé. La complémentaire santé solidaire a remplacé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) depuis le 1^{er} novembre 2019. La complémentaire santé solidaire permet d'avoir accès au tiers payant intégral et donc, à une dispense d'avance de frais médicaux et de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires, quel que soit le secteur (1 ou 2), sur un large panier de soins (consultations médicales, hospitalisations, médicaments, etc.).

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

Contrats solidaires et responsables : Un contrat santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonné, 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 et respecte des minima et maxima de prise en charge. 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 (CECAP). Les missions confiées à l'EIOPA visent notamment à améliorer la protection des consommateurs et des assurés, à harmoniser les règles de contrôle à travers l'Union européenne, à renforcer la surveillance des groupes transfrontaliers et à soutenir la stabilité du système financier.

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 : Minimum de fonds propres qu'une entreprise d'assurance doit détenir réglementairement. Les actifs détenus par l'assureur doivent être supérieurs à ses engagements ; l'écart constitue un matelas de sécurité qui doit être supérieur aux exigences réglementaires. 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 2, les notions d'« exigences de fonds propres » ou de « capital requis » sont utilisées.

France Assureurs : France Assureurs, anciennement appelée Fédération française de l'assurance (FFA), est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 247 entreprises d'assurance et de réassurance opérant en France. Depuis juillet 2016, France Assureurs réunit la Fédération française des sociétés d'assurances (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 488 mutuelles.

Fonds C2S : Fonds qui finançait la complémentaire santé solidaire entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2021, et qui avait succédé au Fonds CMU qui finançait la CMU-C et l'ACS. Le Fonds C2S était un établissement public national à caractère administratif, comme le Fonds CMU qui avait été créé par la loi du 27 juillet 1999. Ses trois missions principales étaient (1) financer la complémentaire santé solidaire, (2) suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et à ce titre formuler des propositions d'amélioration et (3) élaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la complémentaire santé solidaire. Le Fonds C2S a été dissous le 1^{er} janvier 2021, et ses missions ont été réaffectées à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), désormais renommée Urssaf Caisse nationale, et au Ministère des Solidarités et de la Santé, au titre de leurs compétences respectives. En particulier, un fonds comptable de financement de la complémentaire santé solidaire a été créé auprès de la CNAM.

Fonds CMU : (voir Fonds C2S).

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

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

Frais d'administration : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut 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 et du contentieux lié aux cotisations.

Frais de gestion des sinistres : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les frais occasionnés par le traitement des dossiers sinistres (ouverture des dossiers, règlement, etc.), les commissions versées au titre de la gestion des sinistres ainsi que les frais de contentieux liés aux sinistres. Dans le Code des assurances, le terme utilisé est « Frais de règlement des sinistres ».

Fusion (transfert/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 : Personnes morales de droit privé à but non lucratif régie par le Code de la sécurité sociale. Elles ont été créées par la loi d'août 1994 obligeant la séparation des activités retraite et prévoyance-santé au sein des caisses de retraite complémentaire. Les institutions de prévoyance sont dirigées 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) : (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 immobilière. Certaines mutuelles, dites « du livre II », pratiquent des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation, tandis que d'autres, dites « du livre III » pratiquent la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales. L'article L111-1 du Code de la mutualité précise les activités que peuvent avoir les mutuelles, et indique en particulier qu'elles doivent choisir de façon exclusive entre les activités du livre II et celles du livre III. Une exception est que les mutuelles du livre II (assurance) peuvent exercer des activités du livre III mais uniquement de façon accessoire.

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.

Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) : Depuis le 1^{er} janvier 2018, les contrats de retraite supplémentaire professionnelle peuvent être gérés par ce nouveau type d'organisme. Créés par la loi relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique du 9 décembre 2016, dite « loi Sapin II », ils bénéficient d'une contrainte de fonds propres moins élevée que celle en vigueur auparavant.

Participations légales : Financements qui étaient reçus, avant la mise en place de la complémentaire santé solidaire, 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 d'un actif (valeur de marché, c'est-à-dire la valeur que cet actif aurait s'il était vendu sur le marché à la date de l'inventaire) et sa 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. La prime totale, payée par le souscripteur, correspond à la somme de la prime nette et des taxes (TSA).

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. Elle est « nette » dans la mesure où elle ne tient pas compte des taxes (TSA).

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 acquises 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 prend ainsi 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.

Remises de gestion : montants versés par l'Assurance maladie obligatoire à certains organismes complémentaires, telles que les mutuelles de fonctionnaires, en contrepartie de leur gestion du régime obligatoire de certains groupes d'assurés en lieu et place de l'Assurance maladie (voir « Délégation de gestion d'un régime obligatoire »).

Réassurance : La réassurance correspond à un contrat par lequel une société spécialisée (le réassureur ou le cessionnaire) prend en charge une partie (il s'agit d'« 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 un an 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.

Entreprises d'assurance : Sociétés soumises au Code des assurances. Deux grands types d'entreprises d'assurance existent :

- Les compagnies d'assurance 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'assurance mutuelles (ou mutuelles d'assurance) sont des sociétés civiles à but non lucratif. Le financement de la société se fait par les cotisations mensuelles des assurés, alors dénommés sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis au service de l'activité d'assurance, dans les cotisations, les prestations, les niveaux des garanties, l'action sociale, etc.

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

Substitution : Une convention de substitution permet à une mutuelle (dite « substituée ») de transférer 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.

TSA : Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, prélevée en France sur tous les contrats de complémentaire santé, et finançant la complémentaire santé solidaire (encadré 5).

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.