

Rapport 2023

Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé



RAPPORT 2023

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 L'assurance santé représente l'essentiel de l'activité assurantielle des mutuelles, la moitié de l'activité des institutions de prévoyance et seulement une partie mineure de l'activité des entreprises d'assurance.....	11
1.3 Sur le marché de l'assurance santé, le nombre de mutuelles a été divisé par presque six depuis 2001	14
1.4 Au sein des organismes actifs en santé, 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	15
1.5 Les vingt plus grands organismes en santé représentent 14 points de parts de marché de plus qu'en 2011.....	16
1.6 En santé, les contrats collectifs représentent un tiers de l'activité des mutuelles, la moitié de l'activité des entreprises d'assurance et l'essentiel de l'activité des institutions de prévoyance	19
2 Les cotisations en santé ont maintenu leur dynamisme en 2022, après le rebond observé en 2021	23
2.1 Les cotisations en santé ont été dynamiques en 2022 pour les trois types d'organismes complémentaires.....	24
2.2 En 2022, les masses totales de cotisations collectives et de cotisations individuelles ont été de même ampleur.....	25
3 La croissance des prestations servies aux assurés est restée soutenue en 2022	29
3.1 En 2022, les prestations versées par les organismes complémentaires ont évolué à un rythme soutenu	29
3.2 En 2022, la hausse des prestations a été particulièrement marquée pour les institutions de prévoyance, tandis qu'elle a été relativement modérée pour les mutuelles	30
3.3 La prise en charge des paniers « 100 % santé » par les organismes complémentaires, qui avait fortement évolué en 2021, a varié de façon moins significative en 2022	32
3.4 Les contrats collectifs reversent aux assurés une plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations	34
3.5 Le retour sur cotisations a légèrement progressé en 2022, en particulier pour les institutions de prévoyance	35
3.6 Par rapport aux contrats individuels, les contrats collectifs reversent une plus grande part de leurs cotisations en prestations d'optique et de dentaire, et une moins grande part en prestations d'hospitalisation	38
4 Le poids des charges de gestion dans les cotisations collectées est stable depuis 2015 à 20 %	45
4.1 Les charges de gestion des contrats collectifs sont inférieures à celles des contrats individuels	45

4.2	Les frais d'acquisition sont relativement plus élevés pour les entreprises d'assurance, en individuel comme en collectif	47
4.3	Les frais d'administration sont plus élevés pour les mutuelles.....	48
4.4	Les frais de gestion des sinistres dépendent peu du type d'organismes complémentaires	48
4.5	Les parts des charges de gestion dans les cotisations des différents types d'organismes et de contrats ont été quasi-stables en 2022	48
5	En 2022, le résultat technique global est resté quasiment nul sur l'activité santé, comme en 2021.....	52
5.1	Les résultats techniques des contrats individuels et collectifs ont été stables en 2022 par rapport à 2021.....	52
5.2	En 2022, les entreprises d'assurance ont dégagé des excédents sur leur activité santé et les institutions de prévoyance ont de nouveau été déficitaires tandis que les mutuelles ont eu une activité santé quasiment à l'équilibre.....	53
6	Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires.....	57
6.1	En 2022, le résultat net moyen des mutuelles a été à son niveau le plus bas depuis 2011 et celui des institutions de prévoyance à son niveau le plus haut depuis 2011	57
6.2	Les différences de structure de bilan entre organismes s'expliquent principalement par la spécialisation de leur activité.....	63
6.3	En 2022, le bilan comptable global a été en forte baisse, du fait de la création de nouveaux ORPS dont le bilan est sorti du champ des organismes complémentaires	67
6.4	Les organismes respectent les règles prudentielles du régime Solvabilité 2.....	68
	Pour en savoir plus	75
	Annexes.....	77
	Annexe 1 : Le champ du rapport et les redressements opérés sur les données	78
	Annexe 2 : Compte de résultat technique en santé en 2021 et 2022.....	81
	Glossaire	83

Liste des encadrés

Encadré 1 : Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique.....	12
Encadré 2 : Les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	17
Encadré 3 : La réforme des contrats responsables, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et la réforme « 100 % santé ».....	20
Encadré 4 : La taxation appliquée aux contrats de complémentaire santé	40
Encadré 5 : Gestion de la CMU-C, de l'ACS et de la complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires.....	43
Encadré 6 : Zoom sur les charges de gestion	50
Encadré 7 : Quid des organismes encore soumis au régime Solvabilité 1 ?	73

Rédacteur : Cyril de Williencourt, avec la participation d'Amaury Ducoulombier

Remerciements : La DREES tient à remercier :

- L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, direction des ressources humaines et des moyens, direction d'étude et d'analyse des risques et directions du contrôle des assurances) 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

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (article 12 modifiant l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale) charge le Gouvernement 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 2022 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 26 septembre 2023, ce qui peut expliquer des écarts avec certains chiffres publiés par l'ACPR.

La DREES met à disposition les données suivantes sur la situation financière des organismes d'assurance :

- Les données des graphiques et tableaux du présent rapport :

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/organismes_complementaires_rapport_annuel/information/

- L'historique des comptes de résultat technique en santé depuis 2011 à un niveau détaillé (cotisations, prestations, charges de gestion, etc.), par type d'organismes complémentaires et de contrats :

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/organismes_complementaires_comptes_detailles/information/

- Les montants de cotisations collectées et prestations versées par les organismes d'assurance sur le champ plus large des risques sociaux (santé, prévoyance et retraite) :

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/4161_couverture-des-risques-sociaux-a-partir-des-donnees-acpr/information/

Principaux enseignements

Le marché de la complémentaire santé a poursuivi sa concentration en 2022 : la part de marché des vingt plus grands organismes a progressé de 14 points depuis 2011

D'après l'Urssaf Caisse nationale, 397 organismes (272 mutuelles, y compris mutuelles substituées, 100 entreprises d'assurance et 25 institutions de prévoyance) exerçaient une activité de complémentaire santé au moins à un moment au cours de l'année 2022.

Le marché de la complémentaire santé comptait ainsi 20 organismes de moins en 2022 qu'en 2021. Le nombre de mutuelles a été divisé par presque six depuis 2001. Celui des institutions de prévoyance a été divisé par plus de deux entre 2001 et 2015 et il est stable depuis 2015. En revanche, le nombre d'entreprises d'assurance a peu baissé durant cette période, et est également quasi-stable depuis 2015.

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 2022, les vingt plus grands organismes ont concentré, à eux seuls, plus de la moitié du marché de la complémentaire santé en matière de cotisations collectées et les cent plus grands en détenaient 90 %. Les vingt plus grands organismes représentaient ainsi 14 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 2021, dernière année disponible pour ces données, la santé représentait 82 % des cotisations des mutuelles et 48 % de celles des institutions de prévoyance, mais seulement 6 % de celles des entreprises d'assurance.

Les cotisations en santé ont maintenu leur dynamisme en 2022, après le rebond observé en 2021

En 2022, la masse totale des cotisations collectées en santé (hors taxe) s'est établie à 40,5 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 et par la réforme de la complémentaire santé solidaire (cette dernière n'étant pas comptabilisée en cotisations, contrairement au dispositif qui la précédait), la masse totale des cotisations collectées en santé (hors taxe) avait rebondi en 2021 et a progressé de nouveau en 2022 : elle a augmenté de 1,2 milliard d'euros (+2,9 % après +3,1 % en 2021).

La hausse des cotisations a été dynamique pour les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance (+3,6 % en 2022 par rapport à 2021, soit respectivement +0,5 milliard d'euros et +0,2 milliard d'euros). Les cotisations collectées par les mutuelles ont quant à elles progressé de 2,2 % en 2022 (+0,4 milliard d'euros), soit le taux d'évolution le plus élevé depuis dix ans pour ce type d'organismes. Les mutuelles restent prédominantes sur le marché de l'assurance santé (47 % des cotisations collectées en 2022) même si leur part de marché globale a diminué depuis 2001, au profit des entreprises d'assurance.

En collectif, la masse des cotisations collectées en santé a augmenté de 0,5 milliard d'euros en 2022 (+2,7 %) ; en individuel, elle a progressé de 0,6 milliard d'euros (+3,2 %). Ces dix dernières années, les cotisations collectives en santé avaient progressé à un rythme en moyenne un peu plus élevé que les cotisations individuelles, mouvement de fond qui était déjà déjà antérieur à la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016.

Ainsi, en 2022 comme en 2021, les contrats collectifs ont représenté 50 % des cotisations collectées en santé. Les masses de cotisations en individuel et en collectif ont donc été de même ampleur en 2022, comme elles l'étaient en 2021. Depuis 2015, dernière année avant la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les contrats collectifs ont gagné 5,4 points de parts de marché. En 2011, les contrats collectifs représentaient 41 % des cotisations collectées.

Les prestations servies aux assurés ont continué de progresser à un rythme soutenu en 2022, après le fort rebond de 2021 qui avait fait suite à la baisse enregistrée en 2020 du fait de la crise sanitaire

Les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres versées par les organismes complémentaires se sont élevées à 32,8 milliards d'euros en 2022 (+3,8 % après +6,1 % en 2021). 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. Cette hausse des prestations fait suite au fort rebond observé en 2021 consécutif à la baisse enregistrée en 2020 du fait de la crise sanitaire (-1,8 %). En 2022, la hausse des prestations versées par les organismes complémentaires a concerné tous les grands postes de soins et a été tirée notamment par les dépenses d'optique (+5,3 %), qui sont majoritairement prises en charge par les organismes complémentaires.

Sur le champ un peu plus restreint de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui est celui retenu pour établir les comptes nationaux de la santé, les prestations des organismes complémentaires ont augmenté de 3,2 % entre 2021 et 2022. La part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM, qui avait fortement baissé au début de la crise sanitaire (12,1 % en 2020, après 13,4 % en 2019) et s'était redressée en 2021 (à 12,7 %), a été quasi stable en 2022, à 12,6 %. Elle demeure inférieure à la part financée par ces organismes avant la crise sanitaire.

En 2021, les taux de prise en charge par les organismes complémentaires avaient nettement augmenté pour les audioprothèses (37 % après 23 % en 2020) et pour les prothèses dentaires (56 % après 49 %). En 2022, ces parts ont beaucoup moins varié : elle a continué de progresser un peu pour les audioprothèses (+6 points, à 42 %) et est restée quasi-stable pour les prothèses dentaires (+1 point, à 57 %). Pour l'optique, la part prise en charge était déjà élevée avant le 100 % santé et demeure à ce niveau (71 % en 2022, après 69 % en 2021 et 68 % en 2020).

81 % des cotisations ont été reversées en prestations et 20 % des cotisations ont couvert les charges de gestion des organismes

En 2022, les organismes ont reversé 81 % de leurs cotisations (hors taxe) sous forme de prestations (charges de prestations y compris provisions pour sinistres, hors frais de gestion des sinistres), après 80 % en 2021. Les contrats collectifs offrent un retour sur cotisations plus élevé (87 %) que les contrats individuels (74 %). Ce sont les institutions de prévoyance qui offrent le meilleur retour sur cotisations (89 %), devant les mutuelles (80 %) et les entreprises d'assurance (78 %). Cette hiérarchie entre les trois familles d'organismes s'explique notamment 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), qui s'élève à 13,27 % des cotisations dans le cas général. Si on se place du point de vue des ménages, qui acquittent la TSA, ce ratio est donc inférieur (encadré 4).

En 2022, les charges de gestion ont représenté 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 %). Du point de vue des ménages, qui acquittent la TSA *in fine*, 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'information 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.

La part des charges de gestion des organismes dans les cotisations collectées est stable, elle représente 20 % des cotisations depuis 2015. En niveau, les charges de gestion ont donc globalement augmenté à un rythme similaire aux cotisations. En 2022, la part des charges de gestion dans les cotisations a peu varié pour les trois types d'organismes (+0,1 point pour les mutuelles, -0,4 point pour les entreprises d'assurance et +0,2 point pour les institutions de prévoyance).

Les résultats techniques en santé ont été, en moyenne, à l'équilibre en 2022, comme en 2021

En 2022, le résultat technique en santé a été au global quasi-nul : il s'est élevé à 0,1 % des cotisations collectées hors taxe, comme en 2021. Ce résultat technique moyen est le plus faible depuis 2011 (première année de la période étudiée dans ce rapport) et fait suite à des résultats techniques entre 2017 et 2020 (1,3 % des cotisations en 2017, 1,2 % en 2018 et 2019 et 1,7 % en 2020) légèrement supérieurs à ceux des années antérieures.

Le résultat technique s'est élevé en moyenne à 0,1 % des cotisations pour les mutuelles, 1,5 % pour les entreprises d'assurance et -2,7 % 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 2022, l'écart entre la rentabilité des contrats individuels et collectifs demeure élevé : les contrats individuels ont dégagé 4,1 % d'excédents en moyenne (relativement aux cotisations collectées hors taxe) tandis que les contrats collectifs ont enregistré 3,9 % de déficit en moyenne.

Au vu de l'ensemble de leur activité, les organismes complémentaires sont solvables

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 2022, les organismes complémentaires exerçant une activité d'assurance santé ont dégagé des excédents représentant en moyenne 3,5 % de l'ensemble des cotisations collectées hors taxe. Le résultat net moyen des mutuelles (+0,4 % de leurs cotisations) est à son niveau le plus bas depuis 2011 et celui des institutions de prévoyance (+2,0 % de leurs cotisations) à son niveau le plus haut depuis 2011. Les entreprises d'assurance sont les organismes qui dégagent le plus d'excédents (+4,1 % de leurs cotisations en 2022).

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 (234 % en 2022) et le MCR (569 % en 2022). 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

Les organismes d'assurance peuvent couvrir des risques qu'on peut qualifier de « sociaux » (maladie, handicap, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse, survie, famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion sociale) et des risques non sociaux (activités de capitalisation, automobile, dommages aux biens, catastrophes naturelles, responsabilité civile, protection juridique, assistance, etc.). Au sein des risques sociaux se trouve l'assurance « santé », dénommée assurance « frais de soins » dans la profession, qui correspond aux remboursements de dépenses de santé en nature qui complètent la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie. Le présent rapport s'attache principalement à décrire la situation financière des organismes qui assurent une couverture santé, dits « organismes complémentaires ».

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

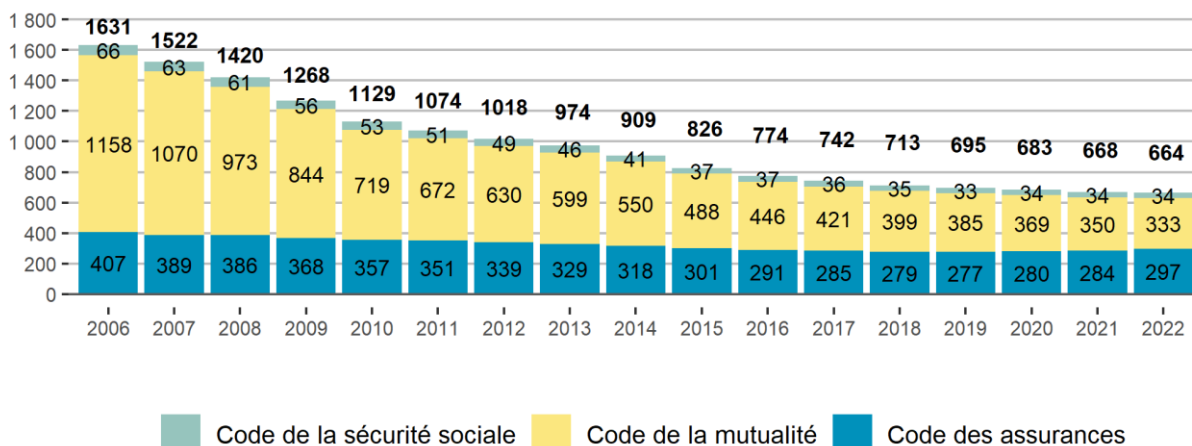
En France, les organismes d'assurance peuvent être régis par trois codes : le code de la mutualité, le code des assurances ou le code de la sécurité sociale. Le code dont relève un organisme détermine notamment les types d'activités d'assurance que l'organisme peut mener, ainsi que son mode de gouvernance (encadré 1). Ainsi, les mutuelles sont régies par le code de la mutualité, les entreprises d'assurance par le code des assurances et les institutions de prévoyance par le code de la sécurité sociale. Pour pouvoir pratiquer une activité d'assurance donnée, un organisme doit en outre avoir obtenu une autorisation spécifique, dénommée agrément, de la part de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, encadré 2). Selon l'ACPR, en 2022, 664 organismes ont pratiqué des activités d'assurance de toute nature (de la branche santé ou non) : 333 organismes régis par le code de la mutualité, 297 organismes régis par le code des assurances et 34 organismes régis par le code de la sécurité sociale (graphique 1.1).

Le nombre d'organismes habilités par l'ACPR à pratiquer des opérations d'assurance 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 : entre 2006 et 2022, il a baissé de 71 % pour les organismes régis par le code de la mutualité, de 48 % pour ceux régis par le code de la sécurité sociale et de 27 % pour ceux régis par le code des assurances, 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 2022 confirme la baisse du nombre d'organismes d'assurance comme une tendance de long terme (664 organismes après 668 en 2021). La hausse du nombre d'organismes relevant du code des assurances en 2022 est ponctuelle ; elle s'explique par la création de 12 nouveaux fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS¹) cette année-là (graphique 1.2). Certains organismes d'assurance ont notamment transféré leurs portefeuilles de retraite existants vers des organismes de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS, voir glossaire) avant la date limite pour cette opération, fixée au 31 décembre 2022.

¹ Un FRPS est un ORPS régi par le code des assurances, voir glossaire.

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 1.1 – Nombre d'organismes d'assurance agréés par l'ACPR



Lecture : Fin 2022, 333 organismes d'assurance relevant du code de la mutualité étaient agréés par l'ACPR.

Champ : Organismes d'assurance agréés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

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

Graphique 1.2 – Nombre d'organismes d'assurance agréés par l'ACPR, détaillé par type d'organismes

	2020	2021	2022
Entreprises d'assurance	258	258	257
Fonds de retraite professionnelle supplémentaire	6	8	20
Entreprises de réassurance	12	14	16
Succursales d'entreprise de pays tiers hors EEE	4	4	4
Code des assurances	280	284	297
Institutions de prévoyance	33	33	33
Institutions de retraite professionnelle supplémentaire	1	1	1
Code de la sécurité sociale	34	34	34
Mutuelles livre II non substituées	279	265	254
Mutuelles de retraite professionnelle supplémentaire	1	1	1
Mutuelles de réassurance	2	2	2
Mutuelles livre II substituées	87	82	76
Code de la mutualité	369	350	333
Ensemble	683	668	664

Note : Voir glossaire pour la définition des termes.

Lecture : Fin 2022, 257 entreprises d'assurance, relevant du code des assurances, étaient agréées par l'ACPR.

Champ : Organismes d'assurance agréés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : Rapport « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2022 », 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

Au sein des différents types d'organismes habilités à mener des activités d'assurance, trois catégories sont majoritaires : les mutuelles dites « du livre II » (254 mutuelles non substituées et 76 mutuelles substituées²), les entreprises d'assurance (257 organismes) et les institutions de prévoyance (33 organismes), soit au total 620 organismes sur l'ensemble des 664 organismes d'assurance agréés en 2022 (graphique 1.2). Parmi ces trois catégories (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance) se trouvent les organismes exerçant des affaires directes³ d'assurance en santé, sur lequel porte plus particulièrement le présent rapport.

1.2 L'assurance santé représente l'essentiel de l'activité assurantielle des mutuelles, la moitié de l'activité des institutions de prévoyance et seulement une partie mineure de l'activité des entreprises d'assurance

Au sein des différents risques couverts par les organismes d'assurance, les risques dits « sociaux » 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 interviennent en complément, en proposant une couverture de second niveau. En 2021, dernière année disponible pour ces données, la couverture des risques sociaux a représenté 31 % des cotisations de l'ensemble des organismes d'assurance⁴.

Les risques sociaux peuvent être distingués en trois catégories :

- (i) l'assurance « santé », dénommée assurance « frais de soins » dans la profession, qui correspond aux remboursements de dépenses de santé en nature qui complètent la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie (les prestations connexes, comme par exemple les chambres particulières à l'hôpital, sont incluses dans l'activité « santé », mais les indemnités journalières sont incluses dans l'activité « prévoyance ») ;
- (ii) l'assurance « prévoyance », qui regroupe les risques « autres dommages corporels » (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, etc.), décès (vie entière, temporaire), perte d'emploi et famille ;
- (iii) l'assurance « retraite », qui regroupe la retraite supplémentaire, la préretraite et les indemnités de fin de carrière.

L'assurance santé constitue le principal risque social couvert par les organismes d'assurance : elle a représenté 15 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2021 (hors réassurance et hors ORPS ; graphique 1.3). 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) et est demeuré stable depuis. L'année 2020 est marquée par une hausse exceptionnelle de cette part à 17 % liée à la chute de l'activité assurantielle hors risques sociaux, sous l'effet conjugué de la crise de Covid-19 et d'un environnement de taux bas (ACPR, 2021). Cette part est retournée à son niveau pré-crise dès 2021. La prévoyance et la retraite ont représenté quant à elles respectivement 9 % et 7 % des cotisations des organismes d'assurance (hors ORPS) en 2021.

Les mutuelles et les institutions de prévoyance sont spécialisées en couverture des risques sociaux. Les mutuelles sont plus particulièrement spécialisées en assurance santé, qui représente 82 % de leur chiffre d'affaires, devant la prévoyance (9 %) et la retraite (7 %). Le code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer d'autres activités telles que la caution immobilière, la protection juridique ou l'assistance

² Voir glossaire.

³ Voir glossaire.

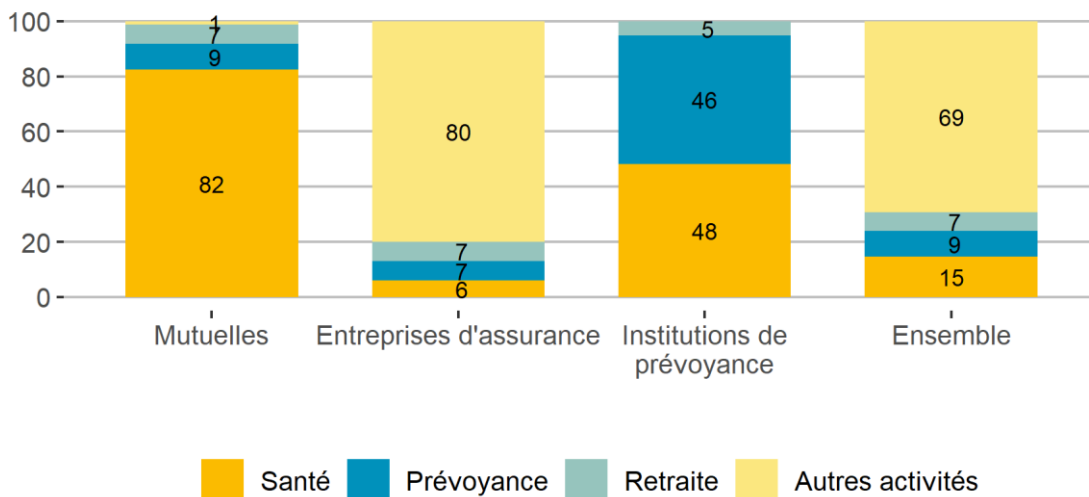
⁴ Hors ORPS. Ces chiffres n'intègrent pas non plus l'activité de gestion des régimes Agirc-Arrco, Ircantec et RAFF, qui sont des régimes obligatoires de retraite.

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

(encadré 1), mais celles-ci restent marginales. Les deux principales activités des institutions de prévoyance sont la santé et la prévoyance (respectivement 48 % et 46 % des cotisations collectées), loin devant la retraite (5 %). 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 (20 % de leurs cotisations en 2021, dont 6 % 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.

Graphique 1.3 – Répartition de l'activité par type d'organismes en 2021

En % des cotisations collectées



Note : La « santé » correspond aux remboursements de dépenses de santé en nature qui complètent la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie (les prestations connexes, comme par exemple les chambres particulières à l'hôpital, sont incluses dans l'activité « santé », mais les indemnités journalières sont incluses dans l'activité « prévoyance »). La « prévoyance » regroupe les risques « autres dommages corporels » (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, etc.), décès (vie entière, temporaire), perte d'emploi et famille. La « retraite » regroupe la retraite supplémentaire, la préretraite et les indemnités de fin de carrière. 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 hors taxe collectées en santé ont représenté 82 % de l'ensemble des cotisations hors taxe collectées en 2021.

Champ : Affaires directes (i.e. hors réassurance, voir glossaire) de l'ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2021, hors activité retraite des ORPS. Il s'agit de l'année la plus récente disponible pour ces données.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 1 : Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique

Les acteurs du marché de l'assurance

En France, les organismes d'assurance peuvent être régis par trois codes :

- (i) Le code de la mutualité. Les organismes relevant du code de la mutualité sont dénommés « mutuelles ». Ces mutuelles sont des organismes à but non lucratif qui 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

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

activités hors de ce champ (caution immobilière, protection juridique, assistance et capitalisation) mais celles-ci restent en pratique très marginales.

- (ii) Le code de la sécurité sociale. Les institutions de prévoyance, qui relèvent de ce code, sont également à but non lucratif. Elles appartiennent à leurs adhérents et participants et réinvestissent à leur profit les bénéfices qu'elles peuvent réaliser. Le code de la sécurité sociale 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.
- (iii) Le code des assurances. Les organismes relevant de ce code, qui sont majoritairement des entreprises d'assurance, peuvent exercer une plus grande variété d'activités d'assurance (assurance automobile, habitation, responsabilité civile, catastrophes naturelles, dommages aux biens, capitalisation et assurance vie, etc.). Les entreprises d'assurance peuvent être des mutuelles d'assurance (ou sociétés d'assurance mutuelles) ou des 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 quant à elles 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

Pour pratiquer une activité d'assurance donnée, l'organisme assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée « agrément », de la part de l'ACPR. Il existe 25 branches d'agrément d'assurance, qui recensent toutes les opérations pouvant être exercées par des organismes assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, autres dommages aux biens, vie-décès, etc.

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 2022, sur les 80 entreprises d'assurance exerçant en santé et ayant renseigné leurs comptes ACPR (annexe 1), il y avait 22 entreprises d'assurance Mixtes (exerçant une activité d'assurance Vie d'après le compte de résultat technique Vie FR.03.01) et 58 entreprises d'assurance Non vie. Parmi les 174 mutuelles ayant renseigné leurs comptes, il y avait 75 mutuelles Mixtes (lesquelles ont représenté environ 89 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles, ce sont donc plutôt de grandes mutuelles) et 99 mutuelles Non vie (en moyenne plus petites, représentant 11 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles). Quant aux 24 institutions de prévoyance exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes, elles exercent aussi une activité Vie et sont donc des organismes Mixtes.

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

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

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).

1.3 Sur le marché de l'assurance santé, le nombre de mutuelles a été divisé par presque six depuis 2001

Le présent rapport porte plus particulièrement sur les organismes dits « complémentaires », c'est-à-dire ceux ayant une activité d'assurance santé. Ces organismes exerçant sur le marché de la complémentaire santé sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA, encadré 4). Perçue par l'Urssaf Île-de-France, cette taxe finance la complémentaire santé solidaire, qui fait office de complémentaire santé pour les assurés disposant de faibles ressources. Le champ de la « complémentaire santé » est ainsi défini par l'ensemble des organismes assujettis à la TSA, au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières ; voir annexe 1).

En 2022, 397 organismes ont versé de la TSA, et ont donc exercé une activité de complémentaire santé sur le territoire français : 272 mutuelles, 100 entreprises d'assurance et 25 institutions de prévoyance d'après l'Urssaf Caisse nationale (graphique 1.4). Ainsi, environ 80 % des organismes relevant du code de la mutualité et 70 % de ceux relevant du code de la sécurité sociale pratiquent une activité santé, contre seulement 30 % des organismes relevant du code des assurances⁵.

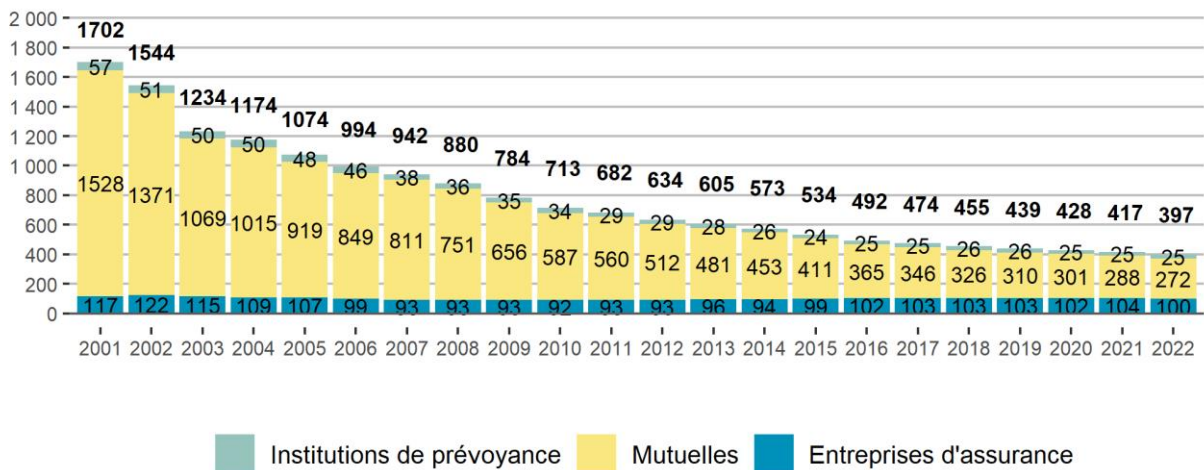
Depuis 2001, le nombre d'organismes présents sur le marché français de la complémentaire santé a été divisé par quatre. En particulier, le nombre de mutuelles assujetties à la TSA a été divisé par presque six depuis cette date. Le nombre d'institutions de prévoyance a été divisé par plus de deux entre 2001 et 2015, et est stable depuis 2015. Le nombre d'entreprises d'assurance exerçant en santé a en revanche peu diminué depuis 2001 et est légèrement plus élevé aujourd'hui qu'au début des années 2010. Le nombre d'organismes exerçant en santé a continué à reculer en 2022. 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.

⁵ Ces 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 (encadré 2).

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



Lecture : En 2022, 272 mutuelles étaient 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 2011-2022) ou une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (période 2001-2010) 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.

1.4 Au sein des organismes actifs en santé, 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

En 2022, la moitié des organismes qui ont exercé une activité santé ont eu un chiffre d'affaires total, i.e. toutes activités confondues, inférieur à 66 millions d'euros. Ces organismes sont ici conventionnellement qualifiés de « petits organismes d'assurance », tandis que ceux dont le chiffre d'affaires total a été supérieur à 66 millions d'euros sont qualifiés de « grands organismes d'assurance ». De même, la moitié des organismes complémentaires ont eu un chiffre d'affaires en santé (assimilé aux cotisations collectées en santé) inférieur à 32 millions d'euros, et sont ici qualifiés de « petits acteurs en santé », tandis que l'autre moitié, dont le chiffre d'affaires en santé a été 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 1.5). Les entreprises d'assurance actives en santé 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.

Par rapport aux champs des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance, celui des mutuelles apparaît ainsi 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. Alors qu'une mutuelle a géré en moyenne 84 millions d'euros de cotisations santé en 2022, une entreprise d'assurance active en santé a géré en moyenne 165 millions d'euros de cotisations santé et une institution de prévoyance 283 millions d'euros de cotisations santé.

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 1.5 – Répartition des organismes exerçant une activité santé selon leur chiffre d'affaires total et en santé en 2022

En nombre d'organismes

Chiffre d'affaires total	Chiffre d'affaires en santé	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Ensemble
Grand	Grand	54	41	17	112
Grand	Petit	0	26	1	27
Petit	Grand	26	1	0	27
Petit	Petit	94	12	6	112
Ensemble	Ensemble	174	80	24	278

Note : « Grand » chiffre d'affaires total = supérieur à 66 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires total = inférieur à 66 millions d'euros. « Grand » chiffre d'affaires en santé = supérieur à 32 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires en santé = inférieur à 32 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 2021, ils étaient respectivement de 63 millions et 28 millions d'euros.

Lecture : Sur les 174 mutuelles assujetties à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlées par l'ACPR au 31/12/2022 et ayant fourni leurs comptes, 54 peuvent être qualifiées d'organismes de grande taille en matière de chiffre d'affaires total et de chiffre d'affaires en santé.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022. Contrairement aux analyses présentées dans le reste du rapport, cette répartition des organismes est non pondérée et calculée uniquement sur les 278 organismes exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes (voir annexe 1).

Source : ACPR, calculs DREES.

1.5 Les vingt plus grands organismes en santé représentent 14 points de parts de marché de plus qu'en 2011

En 2022, les cotisations hors taxe⁶ collectées par les organismes d'assurance au titre de leur activité d'assurance santé (hors indemnités journalières) se sont élevées à 39,8 milliards d'euros d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale et 40,5 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 2). 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.). Le champ du rapport est ainsi constitué de 340 organismes. Il s'agit, au sein des 397 organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2022, des organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2022 (i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et scissions ayant eu lieu au cours de l'année 2022), hors mutuelles substituées⁷ (annexe 1).

Les vingt plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (8 mutuelles, 9 entreprises d'assurance et 3 institutions de prévoyance) ont représenté à eux seuls 59 % du marché français de l'assurance santé en 2022 (tableau 1.6). En 2011, les vingt organismes qui dominaient le marché concentraient 45 % de celui-ci, soit 14 points de moins. Les cent organismes complémentaires les plus importants en matière de cotisations collectées ont représenté 90 % du marché en 2022 contre 84 % en 2011, d'après les données de l'ACPR.

⁶ Les cotisations considérées sont les cotisations émises nettes (voir glossaire).

⁷ 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 sont donc écartées afin d'éviter des doubles comptes.

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 – Parts de marché des plus grands acteurs de la complémentaire santé en 2022

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

	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Parts de marché 2022	Parts de marché 2011
Top 10	3	4	3	41	29
Top 20	8	9	3	59	45
Top 50	22	18	10	78	68
Top 100	52	33	15	90	84
Ensemble du champ : 340 organismes	227	88	25	100	100

Note : Les plus grands organismes de 2022 ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux de 2011.

Lecture : En 2022, les 10 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (3 mutuelles, 4 entreprises d'assurance et 3 institutions de prévoyance) ont collecté 41 % de l'ensemble des cotisations en santé en 2022. En 2011, les 10 plus grands organismes avaient collecté 29 % des cotisations totales.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année, hors mutuelles substituées (voir annexe 1).

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 2 : 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 ». L'ACPR transmet l'ensemble de ces états à la DREES, à des fins statistiques, en vertu de l'article L862-7 e) du code de la sécurité sociale. Ces états constituent la source de données principale du présent rapport. Ils alimentent également 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 catégorie d'assurances (états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03) : produits, charges et résultat technique, par catégorie d'assurances ;
- 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) ;
- cotisations et prestations par type de garanties (état FR.14.02) ;
- prestations santé par type de soins (état FR.14.03) ;

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

- frais de gestion des organismes complémentaires (état FR.14.04).

Sur le champ des organismes assujettis en 2022 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières, annexe 1), 39,8 milliards d'euros de cotisations ont été collectées sur le marché de la complémentaire santé en 2022 d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale, contre 40,5 milliards d'euros d'après les calculs de la DREES réalisés sur la base des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR (tableau 1.7).

Tableau 1.7 – Montant de cotisations en santé en 2022

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	18,9	19,0	0,2
Entreprises d'assurance	14,0	14,5	3,7
Institutions de prévoyance	6,9	7,1	2,6
Ensemble	39,8	40,5	1,9

Note : Les cotisations présentées ici, pour les données de l'Urssaf Caisse nationale comme pour les données de l'ACPR, sont les cotisations émises nettes (voir glossaire) en santé (hors indemnités journalières).

Lecture : En 2022, les mutuelles ont collecté 18,9 milliards d'euros d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale et 19,0 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 0,2 % entre les deux sources de données.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (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 (annexe 1) ;
- 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.

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

Les données comptables de ce rapport commencent en 2011, pour des raisons techniques. 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 à partir de l'année 2011. En revanche, les années 2010 et antérieures nécessitant des retraitements plus lourds pour être comparables aux années 2011 et suivantes, elles ne sont pas présentées dans ce rapport.

1.6 En santé, les contrats collectifs représentent un tiers de l'activité des mutuelles, la moitié de l'activité des entreprises d'assurance et l'essentiel de l'activité des institutions de prévoyance

Les contrats individuels sont souscrits par des particuliers, tandis que les contrats collectifs sont souscrits par une personne morale⁸, 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 88 % des cotisations qu'elles ont collectées en 2022⁹. Les mutuelles sont quant à elles largement positionnées sur les contrats santé individuels (66 % de leurs cotisations en 2022). Les entreprises d'assurance sont dans une position intermédiaire, avec 52 % des cotisations collectées au titre de contrats collectifs en 2022 (graphique 1.8). Au global, la part des contrats collectifs dans l'activité de l'ensemble des organismes s'est élevée à 50 % en 2022.

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

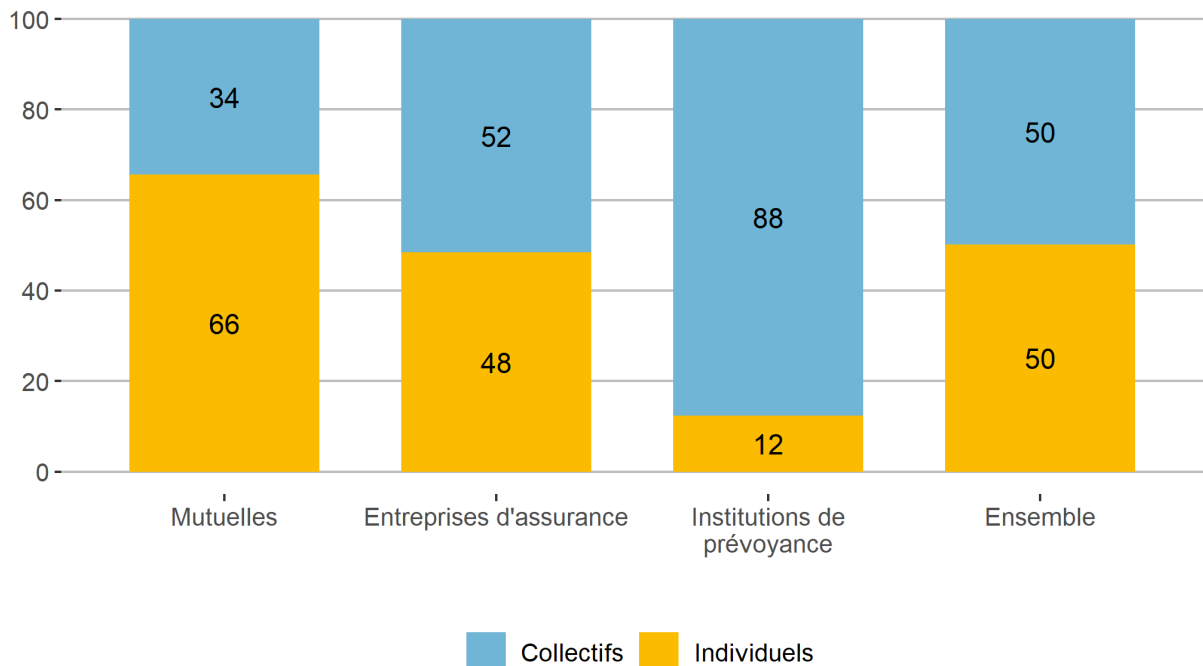
⁸ À l'exception des contrats collectifs pour les indépendants souscrits par des personnes physiques.

⁹ Leurs contrats individuels sont spécifiques puisque destinés aux anciens salariés chômeurs au titre du mécanisme de portabilité des droits prévu à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, et surtout aux retraités des entreprises couvertes en collectif au titre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, et éventuellement à leurs ayants droit

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 1.8 – Part des contrats individuels et collectifs dans l'ensemble des cotisations collectées en santé par les différents types d'organismes en 2022

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2022, les contrats individuels ont représenté 66 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022.

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 dits « 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 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

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

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.

Un contrat peut également être qualifié de « solidaire » lorsque l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré. Les contrats à la fois responsables et solidaires bénéficient de taux réduits de taxe de solidarité additionnelle (TSA, encadré 4). Ces contrats responsables et solidaires représentent la grande majorité des contrats santé : en 2022, les contrats responsables et solidaires (qu'ils soient classiques ou agricoles, c'est-à-dire adressés aux salariés agricoles rattachés à la Mutualité sociale agricole) ont représenté 96,0 % de l'ensemble des contrats de complémentaire santé (hors indemnités journalières) d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale (tableau 1.9). Cette part est en légère augmentation depuis 2016 (+1,2 point).

Tableau 1.9 – Parts des différents types de contrats de complémentaire santé

En % des cotisations de l'ensemble des contrats de complémentaire santé (hors indemnités journalières)

Type de contrats	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Classiques - solidaires et responsables	91,5	92,4	92,3	92,5	92,5	92,8	93,1
Classiques - non solidaires et responsables	3,6	3,5	3,8	3,6	4,0	3,7	3,4
Agricoles - solidaires et responsables	3,2	2,9	2,9	2,8	3,0	2,9	2,8
Agricoles - non solidaires et responsables	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Au 1er euro	0,3	0,5	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2
Relatifs au 1 de l'article 998 du CGI	1,3	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4

Note : Voir glossaire pour la définition des termes.

Lecture : En 2022, 93,1 % des contrats de complémentaire santé (hors indemnités journalières) ont été des contrats classiques responsables et solidaires, d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) au cours de l'année.

Source : Urssaf Caisse nationale, calculs DREES.

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 degré élevé 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

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

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 »¹⁰ destiné au financement d'une couverture individuelle, en remplacement de l'adhésion au contrat collectif d'entreprise.

La réforme « 100 % santé »

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 des paniers de prestations de soins et d'équipements intégralement remboursés par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires dans le cadre des contrats solidaires et responsables, pour trois postes de soins : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). 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.

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.

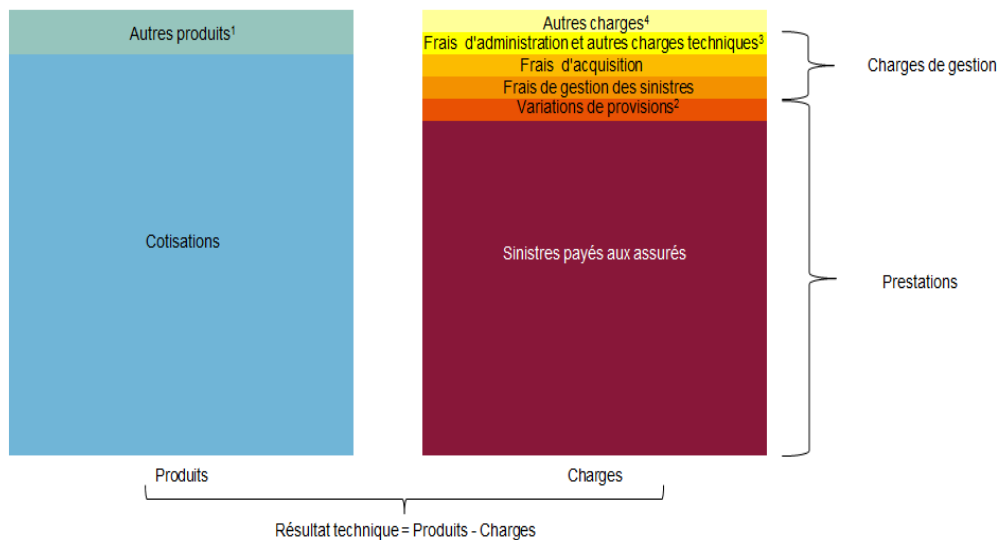
La nouvelle convention dentaire d'avril 2019 qui accompagne le « 100 % santé » instaure une revalorisation des tarifs des soins conservateurs et un plafonnement du prix de certaines prothèses dentaires. La réforme en dentaire distingue trois paniers de soins prothétiques : le panier « 100 % santé », 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.

¹⁰ Ce dispositif a été instauré par l'article 34 de la LFSS pour 2016 (article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale).

2 Les cotisations en santé ont maintenu leur dynamisme en 2022, après le rebond observé en 2021

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 TSA¹¹, car c'est sur ces cotisations hors taxe que les organismes exercent leur métier d'assurance, 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 2022, les prestations et les charges de gestion ont représenté respectivement 81 % et 20 % des cotisations collectées.

- 1 : Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations 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 soins¹²) et des variations des provisions pour sinistres à payer (l'organisme assureur provisionne tous les sinistres survenus à la date de clôture et non encore ou non suffisamment réglés, y compris ceux dont il n'a pas encore connaissance mais statistiquement prévisibles, ceux déclarés mais non encore indemnisés, etc.). Les charges comprennent aussi l'ensemble des charges de gestion des organismes, qui comprennent les frais de gestion des sinistres (traitement des feuilles de soins, des contentieux, etc.), les frais

¹¹ 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 incluaient l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), en produits comme en charges.

¹² Les sinistres payés incluent également la contribution des organismes complémentaires au financement forfaitaire des médecins traitants.

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'information, 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.

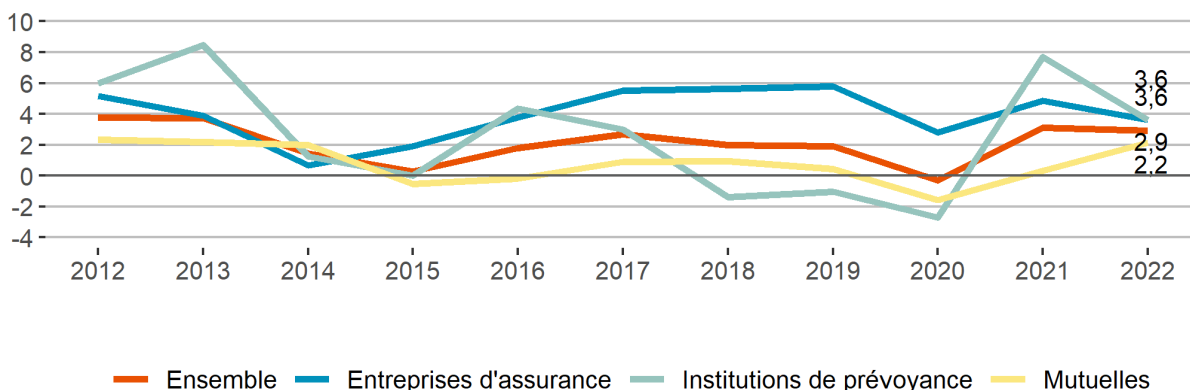
2.1 Les cotisations en santé ont été dynamiques en 2022 pour les trois types d'organismes complémentaires

En 2022, les organismes complémentaires ont collecté 40,5 milliards d'euros d'après les données de l'ACPR, hors taxe¹³. Alors que la dynamique des cotisations avait été enrayerée en 2020 par la crise de Covid-19, la masse totale des cotisations collectées en santé (hors taxe) avait rebondi en 2021, et a poursuivi en 2022 sa progression : elle a augmenté de 1,2 milliard d'euros, soit +2,9 % (graphique 2.2) après +3,1 % en 2021 et -0,3 % en 2020. 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.

Les cotisations ont augmenté de 3,6 % pour les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance ; celles des mutuelles ont progressé un peu moins (+2,2 %). Pour ces dernières, l'augmentation est néanmoins la plus élevée enregistrée depuis dix ans pour ce type d'organismes.

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

Évolution en %



Lecture : Entre 2021 et 2022, les cotisations collectées par les entreprises d'assurance ont augmenté de 3,6 %.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

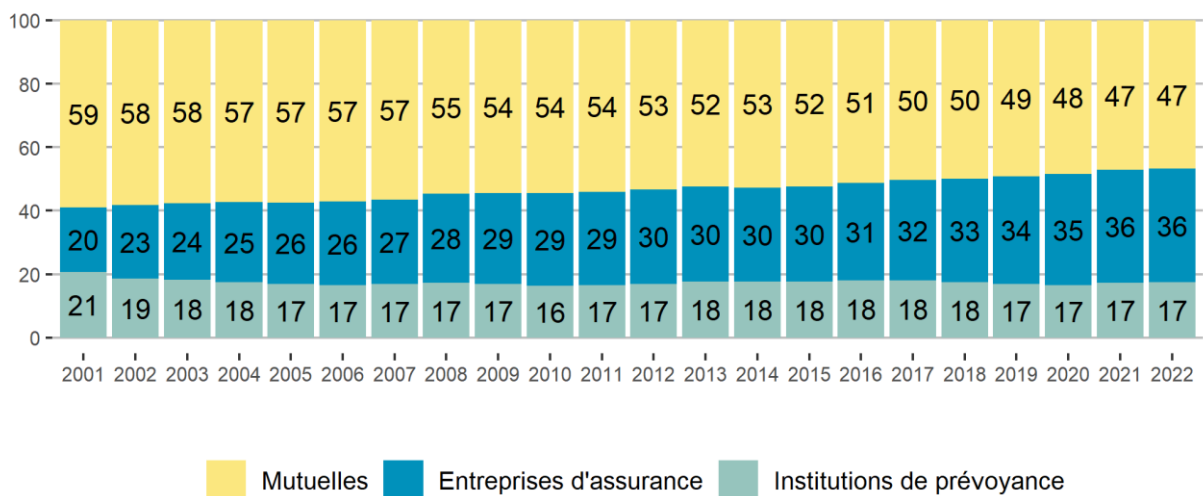
Source : ACPR, calculs DREES.

Au global, les mutuelles ont collecté 47 % des cotisations (graphique 2.3), contre 36 % pour les entreprises d'assurance et 17 % pour les institutions de prévoyance. La part de marché des entreprises d'assurance a continué d'augmenter en 2022 comme au cours des années précédentes, tandis que celle des mutuelles a légèrement diminué.

¹³ Les cotisations considérées sont les cotisations émises nettes (voir glossaire).

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

En % des cotisations collectées



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 2022, les cotisations collectées en santé par les mutuelles ont représenté 47 % de l'ensemble des cotisations collectées en santé par les trois types d'organismes complémentaires.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (à partir de 2011) ou à la contribution CMU (avant 2011) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières). 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 peuvent entrer ou sortir du périmètre de surveillance de l'ACPR ou changer de catégorie d'organismes¹⁴. Ces mouvements de champ peuvent expliquer une partie des évolutions des cotisations et des parts de marché des trois catégories. En 2022 toutefois, il n'y a pas eu de mouvements entre types d'organismes.

2.2 En 2022, les masses totales de cotisations collectives et de cotisations individuelles ont été de même ampleur

En 2022, les cotisations collectives en santé ont augmenté de +2,7 % (+0,5 milliard d'euros). Les cotisations individuelles ont progressé de 3,2 % (+0,6 milliard d'euros, graphique 2.4). Ces dix dernières années, les cotisations collectives en santé avaient progressé à un rythme en moyenne plus fort que les cotisations individuelles¹⁵ ; ce mouvement de fond avait commencé avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016.

En 2022, la croissance des contrats individuels est tirée par les entreprises d'assurance (graphique 2.5). La hausse des contrats individuels par rapport aux années précédentes s'explique notamment par un

¹⁴ 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 interrompent ou cèdent tout ou partie de leur activité santé ; d'autres 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'organismes (mutuelles, entreprises d'assurance ou institutions de prévoyance).

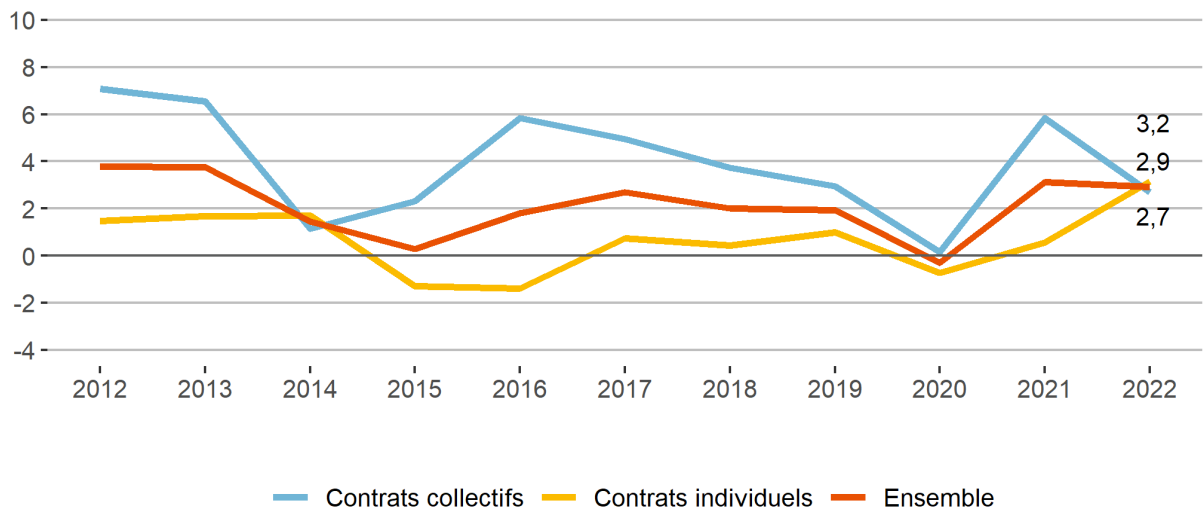
¹⁵ En 2014, la hausse des cotisations individuelles (+1,7 %) avait été plus forte que celle des cotisations collectives (+1,1 %). Cela s'explique par des sorties de champ : les entreprises d'assurance Allianz Vie et Allianz IARD avaient en effet cédé leur activité de couverture santé « internationale » (principalement des contrats collectifs à l'étranger) à une autre filiale du groupe Allianz, hors du champ du présent rapport. Pour les organismes présents à la fois en 2013 et 2014, les cotisations des contrats collectifs avaient augmenté plus vite (+3,1 %) que celles des contrats individuels (+1,7 %).

reclassement comptable de contrats collectifs en contrats individuels, à hauteur de 0,3 milliard d'euros pour une entreprise d'assurance et de 0,1 milliard d'euros pour une mutuelle.

En 2022, comme en 2021, les contrats collectifs ont représenté 50 % des cotisations collectées en santé (graphique 2.6).

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

Évolution en %



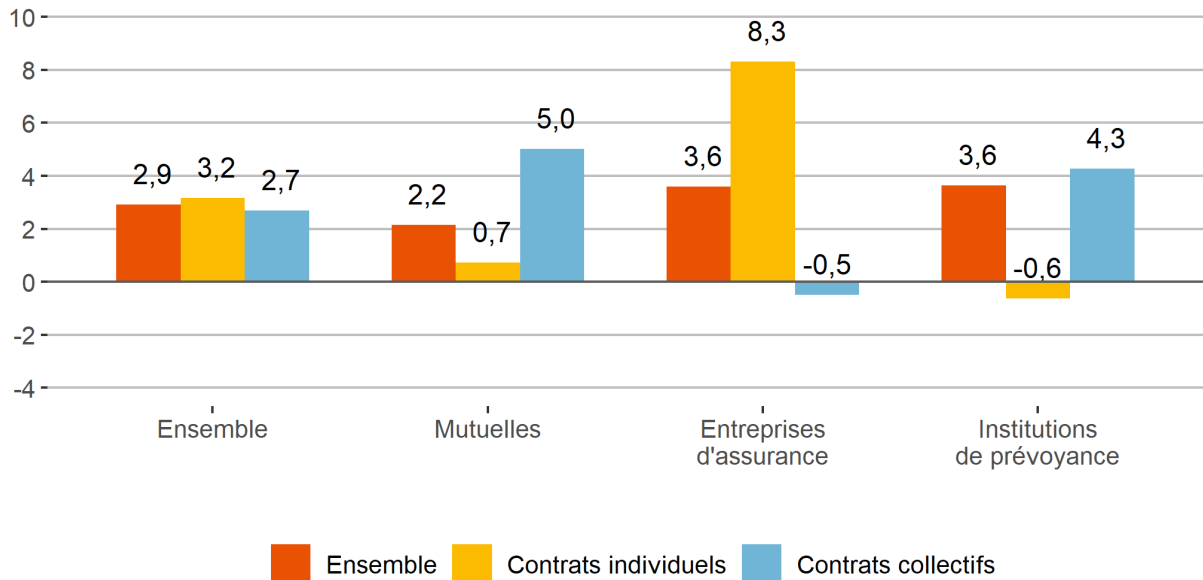
Lecture : Entre 2021 et 2022, les cotisations collectées en contrats individuels ont augmenté de 3,2 %.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) 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 2021 et 2022, par type d'organismes et de contrats

Évolution entre 2021 et 2022 en %



Lecture : Entre 2021 et 2022, les cotisations collectées par les entreprises d'assurance ont augmenté de 3,6 %.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

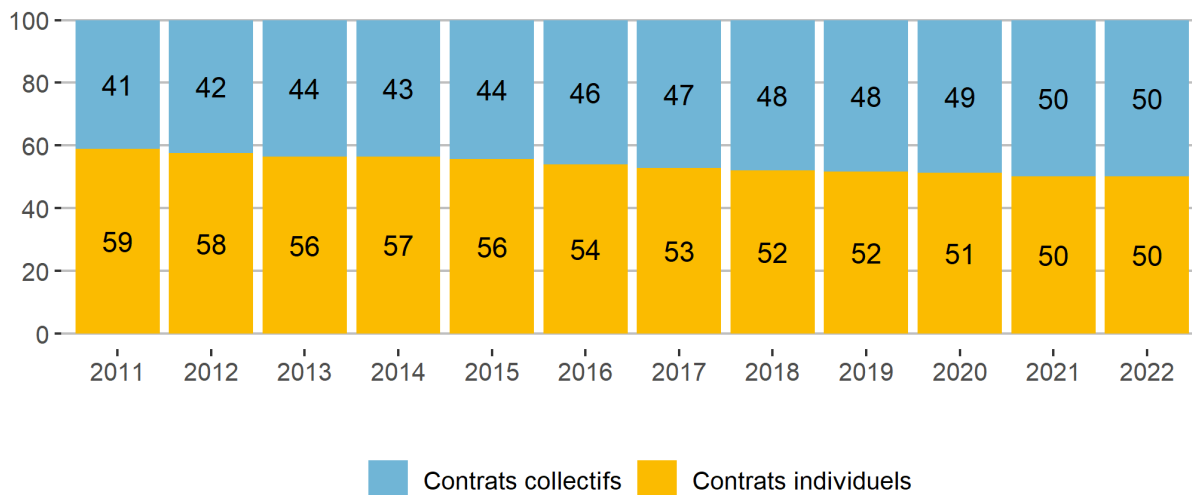
En 2015, dernière année avant la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, la part des contrats collectifs s'élevait à 44 %. Entre 2015 et 2022, les contrats collectifs ont gagné 5,4 points de parts de marché. La hausse de la part des contrats collectifs a connu un rythme 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 du champ de l'enquête¹⁶, 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

¹⁶ Le champ de l'enquête PSCE est l'ensemble des établissements employant au moins un salarié, tous secteurs confondus, à l'exception de ceux attachés à la fonction publique d'Etat, territoriale ou hospitalière, de ceux menant des activités extraterritoriales et des particuliers employeurs.

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 2022

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2022, les contrats individuels ont représenté 50 % de l'ensemble des cotisations collectées en santé.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la contribution ou à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

3 La croissance des prestations servies aux assurés est restée soutenue en 2022

En 2022, les prestations servies aux assurés se sont élevées à 32,8 milliards d'euros. Elles ont augmenté de 3,8 % (+1,2 milliard d'euros). Ces prestations correspondent aux charges liées à l'indemnisation des assurés. Elles comprennent non seulement les sinistres payés, qui incluent généralement la contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT, encadré 4), 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 (encadré 5).

3.1 En 2022, les prestations versées par les organismes complémentaires ont évolué à un rythme soutenu

Entre 2021 et 2022, les charges de prestations (hors frais de gestion des sinistres) ont augmenté (+3,8 %, soit +1,2 milliard d'euros) plus fortement que les cotisations (+2,9 %) (graphique 3.1). Cette hausse des prestations fait suite au fort rebond observé en 2021 (+6,1 %), à la suite de la baisse enregistrée en 2020 du fait de la crise sanitaire (-1,8 %).

Sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui est celui retenu pour établir les comptes nationaux de la santé¹⁷, les prestations des organismes complémentaires ont augmenté de 3,2 % entre 2021 et 2022 (Arnaud F. et al., 2023). La part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM, qui avait fortement baissé au début de la crise sanitaire (12,1 % en 2020, après 13,4 % en 2019) et s'était redressée en 2021 (à 12,7 %), a été quasi stable en 2022, à 12,6 %. Elle demeure 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).

Après avoir repris un rythme un peu plus élevé en 2018 et 2019, les prestations ont fortement diminué en 2020, dans le contexte de la crise de Covid-19 qui a entraîné un ralentissement historique de l'ensemble de la consommation de soins et de 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 par les organismes complémentaires sont élevés. Cette forte diminution des prestations en 2020 a néanmoins été modérée par l'instauration d'une 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 4). Cette contribution, d'un montant total de 1,5 milliard d'euros, a été entièrement provisionnée en 2020 par les organismes complémentaires, augmentant d'autant leurs prestations cette année-là, et faisant passer la baisse de ces prestations de -6,6 % (hors contribution) à -1,8 % (y compris contribution) en 2020 (pour plus de détails, voir le rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé).

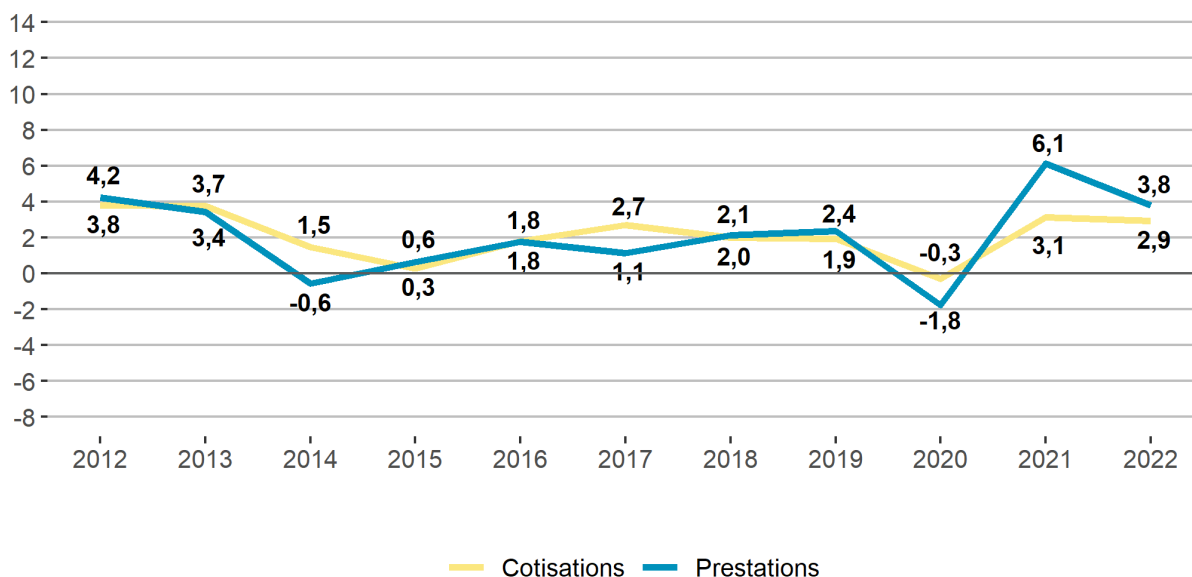
¹⁷ Le champ de la CSBM est un peu plus restreint que le champ des prestations retenu dans ce rapport, ce qui peut expliquer des écarts de chiffres. Contrairement au champ de ce rapport, la CSBM exclut les prestations de médecine alternative (ostéopathe, psychologue, etc.), les prestations de prévention (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.), les soins en unités de soins de longue durée (USLD) ainsi que les variations de provisions pour sinistres restant à payer.

En 2021, les prestations ont nettement rebondi, 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 » provenaient 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 2022, la hausse des prestations versées par les organismes complémentaires a concerné tous les grands postes de dépense de la CSBM et a été tirée notamment par les dépenses d'optique (+0,3 milliard d'euros), qui sont majoritairement prises en charge par les organismes complémentaires (Arnaud F. et al., 2023).

Graphique 3.1 – Évolution des cotisations et prestations en santé

Évolution en %



Lecture : Les prestations ont augmenté de 3,8 % entre 2021 et 2022. Les « prestations » sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

3.2 En 2022, la hausse des prestations a été particulièrement marquée pour les institutions de prévoyance, tandis qu'elle a été relativement modérée pour les mutuelles

La hausse des prestations en 2022 varie nettement entre type d'organismes : elle a été plus faible pour les mutuelles (+1,8 %) que pour les entreprises d'assurance (+4,3 %) et les institutions de prévoyance (+8,0 % ; graphique 3.2). Le rythme de croissance des prestations des entreprises d'assurance a ainsi été globalement en ligne avec leur tendance passée, tandis que les prestations des mutuelles ont évolué à un rythme un peu supérieur à celui observé avant la crise sanitaire. À l'inverse, le rythme d'évolution des prestations des institutions de prévoyance en 2022 a été le plus élevé depuis 2012, prolongeant ainsi la forte hausse des prestations observée en 2021.

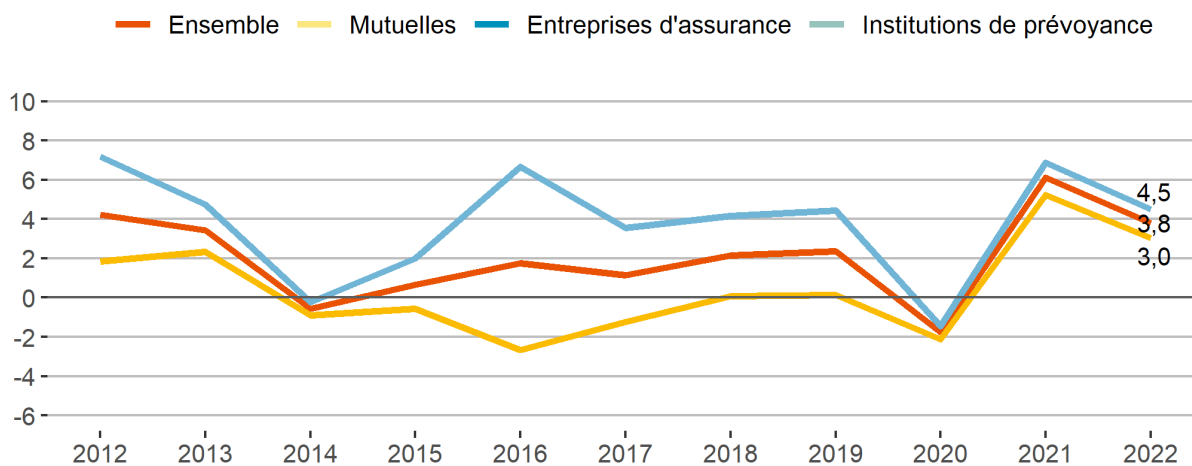
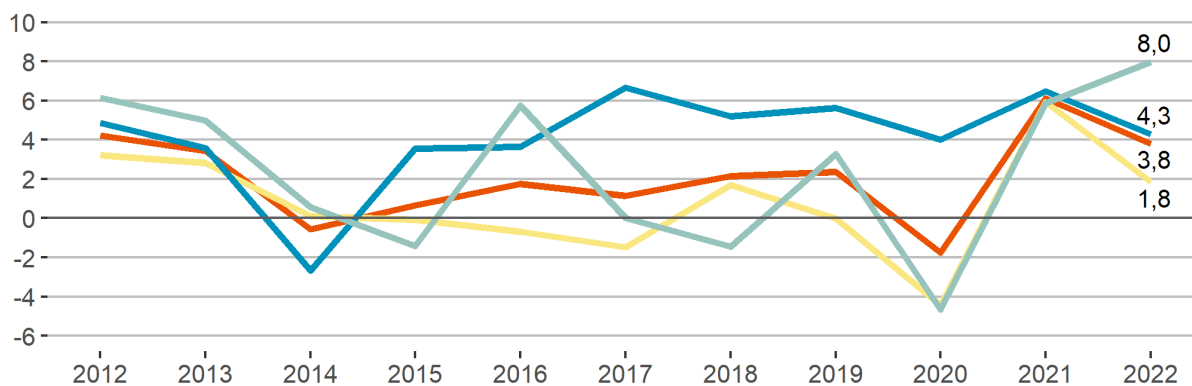
L'écart d'évolution entre les prestations des contrats individuels et celles des contrats collectifs a persisté en 2022 (3,0 % pour les contrats individuels contre 4,5 % pour les contrats collectifs), mais cet écart a

toutefois été 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 (graphique 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.

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 1,8 % entre 2021 et 2022. Les « prestations » sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

3.3 La prise en charge des paniers « 100 % santé » par les organismes complémentaires, qui avait fortement évolué en 2021, a varié de façon moins significative en 2022

Les organismes complémentaires jouent un rôle important dans le financement des trois postes du « 100 % santé » : les audioprothèses, l'optique et les prothèses dentaires. En 2022, année qui suit la fin de montée en charge de la réforme « 100 % santé », ils ont financé 61 % des dépenses de soins de l'ensemble de ces trois postes (42 % de la dépense en audioprothèses, 71 % de la dépense en optique et 57 % de la dépense en prothèses dentaires, tableau 3.3). Leur part de financement est particulièrement élevée pour les paniers « 100 % santé » (67 % pour l'ensemble des trois postes en 2022) : cette part s'est élevée à 63 % pour le panier « 100 % santé » en audioprothèses et à 71 % pour le panier « 100 % santé » en prothèses dentaires, tandis que cette part est plus faible pour le panier « 100 % santé » en optique (45 %).

En 2021, les parts de prise en charge par les organismes complémentaires des audioprothèses et prothèses dentaires avaient fortement augmenté. En 2022, cette part de financement a évolué de façon moins significative qu'en 2021 : elle a augmenté pour les audioprothèses (42 % en 2022, après 37 % en 2021 et 23 % en 2020) et a peu varié pour l'optique (71 % en 2022 après 69 % en 2021 et 68 % en 2020) et pour les prothèses dentaires (57 % en 2022, après 56 % en 2021 et 49 % en 2020).

Au total, les prestations versées par les organismes complémentaires sur les trois postes du « 100 % santé » ont augmenté de 4,0 % en 2022 (tableau 3.4), tandis que l'ensemble de la dépense de soins sur ces postes, tous financeurs confondus, a légèrement diminué (-0,2 %). Ces évolutions sont fortement contrastées selon le poste de soins et le type de paniers. En audioprothèses, pour les deux types de paniers, les dépenses ont fortement augmenté pour les organismes complémentaires (+7,6 % pour le panier « 100 % santé » et +15,1 % pour le panier à tarif libre) tandis qu'elles ont diminué pour l'ensemble des financeurs (-4,5 % pour le panier « 100 % santé » et -1,8 % pour le panier à tarif libre). En optique, les dépenses des organismes complémentaires ont évolué à l'opposé des dépenses de l'ensemble des financeurs : pour le panier « 100 % santé », la dépense des organismes complémentaires a diminué de 0,6 % alors que la dépense de l'ensemble des financeurs a augmenté de 7,4 % ; à l'inverse, pour le panier à tarif libre, la dépense des organismes complémentaires a augmenté de 4,0 % alors que la dépense de l'ensemble des financeurs a diminué de 0,8 %. Enfin, pour les prothèses dentaires, les dépenses totales ont progressé modérément pour l'ensemble des paniers (+0,7 %), alors que l'évolution a été très contrastée pour la dépense des organismes complémentaires : +2,5 % pour le panier « 100 % santé », +10,3 % pour le panier à tarif maîtrisé et -3,5 % pour le panier à tarif libre.

Tableau 3.3 – Financement du « 100 % santé » par les organismes complémentaires en 2022*En millions d'euros*

					<i>dont</i>		
	Panier	Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	dont prestations versées par les organismes complémentaires	Part prise en charge par les organismes complémentaires (en %)	mutuelles	entreprises d'assurance	institutions de prévoyance
Audio-prothèses	« 100 % santé »	474	297	63	41	14	8
	Tarif libre	1 503	541	36	22	7	7
	Total	1 977	838	42	26	9	8
Optique	« 100 % santé »	379	170	45	31	10	4
	Tarif libre	6 335	4 626	73	29	26	17
	Total	6 715	4 796	71	29	25	17
Prothèses dentaires	« 100 % santé »	3 022	2 145	71	36	22	12
	Tarif maîtrisé	1 993	886	44	20	13	11
	Tarif libre	2 057	976	47	20	16	12
	Total	7 072	4 007	57	27	18	12
Total	« 100 % santé »	3 875	2 613	67	36	20	11
	Hors « 100 % santé »	11 889	7 028	59	25	20	14
	Total	15 764	9 641	61	28	20	13

Note : Les prestations sur les paniers en prothèses dentaires incluent les prestations dentaires en centres de santé. Les paniers en dentaire et optique excluent les biens non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (en particulier les lentilles et examens en optique). Les piles et accessoires des audioprothèses 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.

Lecture : En 2022, les mutuelles ont pris en charge 31 % des dépenses de CSBM du panier « 100 % santé » en optique.

Source : DREES, comptes de la santé.

Tableau 3.4 – Financement du « 100 % santé » par les organismes complémentaires en 2022, en évolution par rapport à 2021*Évolution en %*

	Panier	Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	Prestations versées par les			
			organismes complémentaires	mutuelles	entreprises d'assurance	institutions de prévoyance
Audio-prothèses	« 100 % santé »	-4,5	7,6	6,8	8,3	NA
	Tarif libre	-1,8	15,1	5,6	11,5	NA
	Total	-2,5	12,3	6,1	10,3	NA
Optique	« 100 % santé »	7,4	-0,6	6,1	-22,8	24,3
	Tarif libre	-0,8	4,0	0,1	9,9	2,2
	Total	-0,3	3,8	0,5	8,9	2,5
Prothèses dentaires	« 100 % santé »	0,8	2,5	3,6	1,9	0,2
	Tarif maîtrisé	0,6	10,3	11,5	3,6	16,5
	Tarif libre	0,6	-3,5	1,0	-5,3	-7,9
	Total	0,7	2,5	4,6	0,2	1,5
Total	« 100 % santé »	0,7	2,8	4,3	0,8	1,8
	Hors « 100 % santé »	-0,4	4,4	2,3	6,9	4,8
	Total	-0,2	4,0	2,9	5,3	4,2

Note : Les prestations sur les paniers en prothèses dentaires incluent les prestations dentaires en centres de santé. Les paniers en dentaire et optique excluent les biens non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (en particulier les lentilles et examens en optique). Les piles et accessoires des audioprothèses 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 6,1 % en 2022 par rapport à 2021.

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

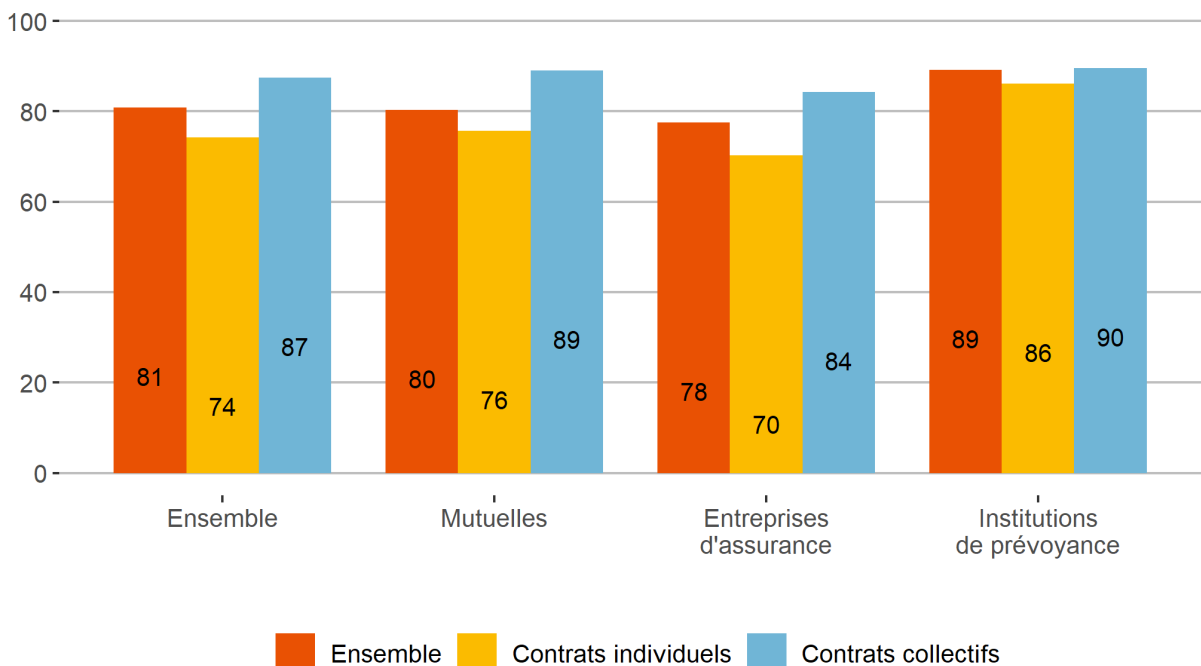
En 2022, les organismes ont reversé globalement aux assurés 81 % de leurs cotisations hors taxe sous forme de prestations. Les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés, 87 % de leurs cotisations ayant été reversées en prestations en 2022 contre 74 % en individuel (graphique 3.5). 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 2022, les institutions de prévoyance ont reversé la part la plus élevée de cotisations sous forme de prestations (89 %), devant les mutuelles (80 %) et les entreprises d'assurance (78 %). Cette hiérarchie entre les trois familles s'explique en partie par le poids du collectif, particulièrement élevé pour les institutions de prévoyance, mais aussi par la spécialisation de certaines mutuelles et institutions de prévoyance sur des professions ou des branches professionnelles plus ou moins « captives », induisant des charges de gestion plus faibles (partie 4). Toutefois, ces spécialisations évoluent sur certains segments du marché, comme celui des mutuelles de fonctionnaires. La deuxième vague de référencement dans la fonction publique d'État (2016-2018) a par exemple 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 4).

Graphique 3.5 – Prestations sur cotisations par type d'organismes et de contrats en 2022

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2022, les entreprises d'assurance ont reversé 78 % 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 au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022.

Source : ACPR, calculs DREES.

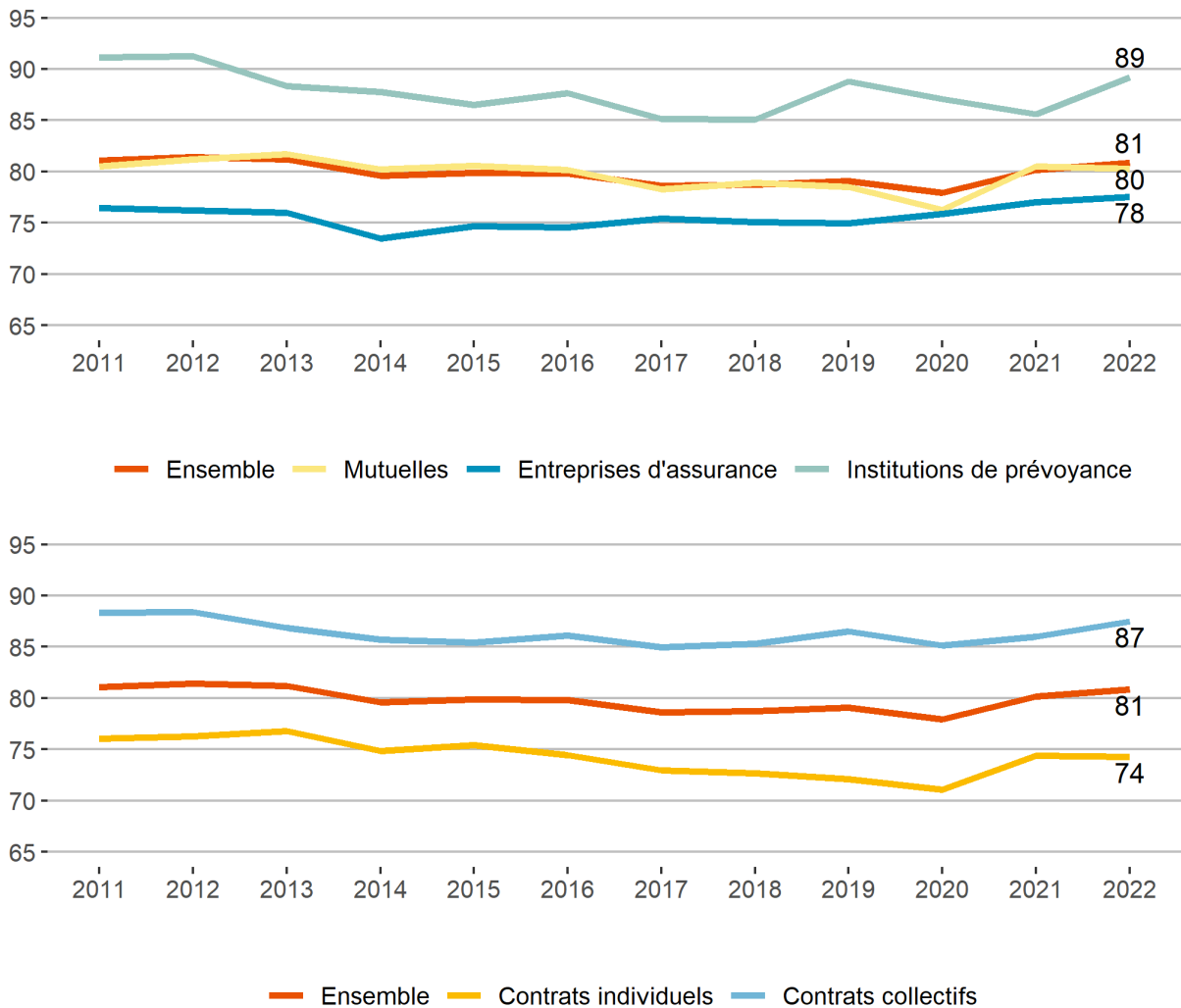
3.5 Le retour sur cotisations a légèrement progressé en 2022, en particulier pour les institutions de prévoyance

En 2020, le retour sur cotisations de l'assurance santé avait atteint son point le plus bas sur la période étudiée dans ce rapport, à 78 %, 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 puis 2022, ce retour sur cotisations était remonté à 80 % en 2021, et a atteint 81 % en 2022. Ce ratio, qui avait progressivement diminué depuis 2013 (80 % entre 2014

et 2016 et 79 % entre 2017 et 2019), a donc retrouvé un niveau identique à celui observé entre 2011 et 2013.

Graphique 3.6 – Prestations sur cotisations entre 2011 et 2022

En % des cotisations collectées

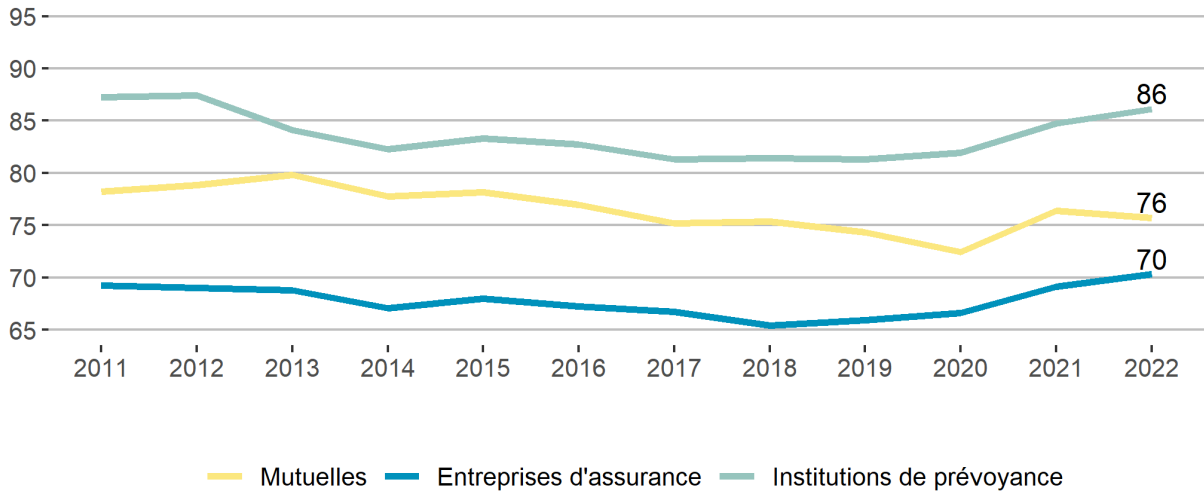
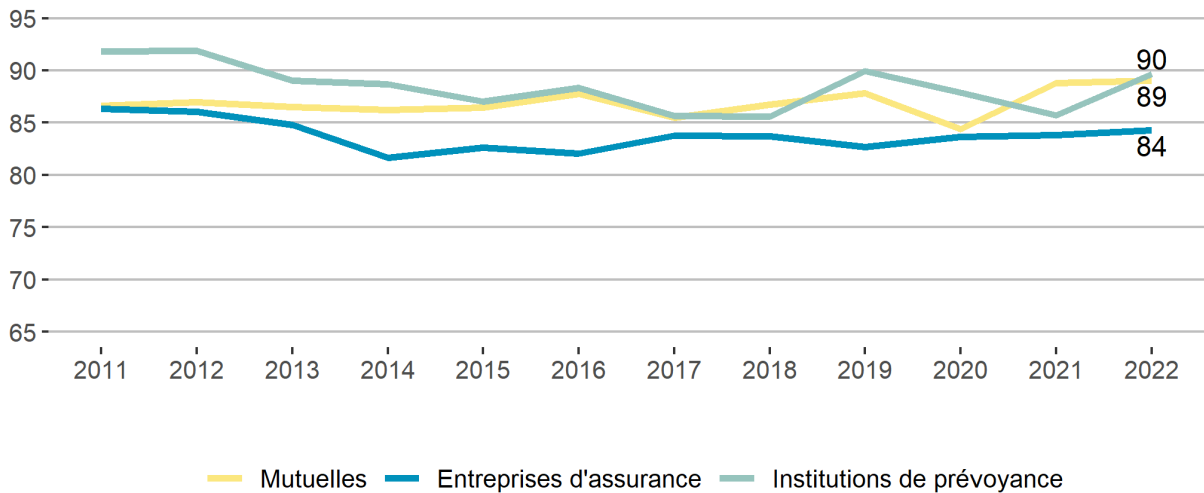


Lecture : En 2022, les contrats individuels ont reversé aux assurés 74 % de leurs cotisations sous forme de prestations. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Le ratio des mutuelles, qui avait chuté à son plus bas niveau en 2020 (76 %) et s'était redressé en 2021 à un niveau supérieur à la période d'avant-crise (81 % en 2021 contre 79 % en 2019), a légèrement rediminué en 2022 à 80 %, du fait d'une légère baisse en contrats individuels (graphique 3.7). Le ratio des institutions de prévoyance a quant à lui fortement augmenté en 2022 (89 %, après 86 % en 2021), porté par les contrats collectifs. Le ratio des entreprises d'assurance a atteint 78 %, son plus haut niveau depuis 2011 (début de la période d'étude de ce rapport).

Graphique 3.7 – Prestations sur cotisations par type d'organismes et de contrats entre 2011 et 2022*En % des cotisations collectées**Contrats individuels**Contrats collectifs*

Lecture : En 2022, les contrats individuels des mutuelles ont reversé aux assurés 76 % de leurs cotisations sous forme de prestations.

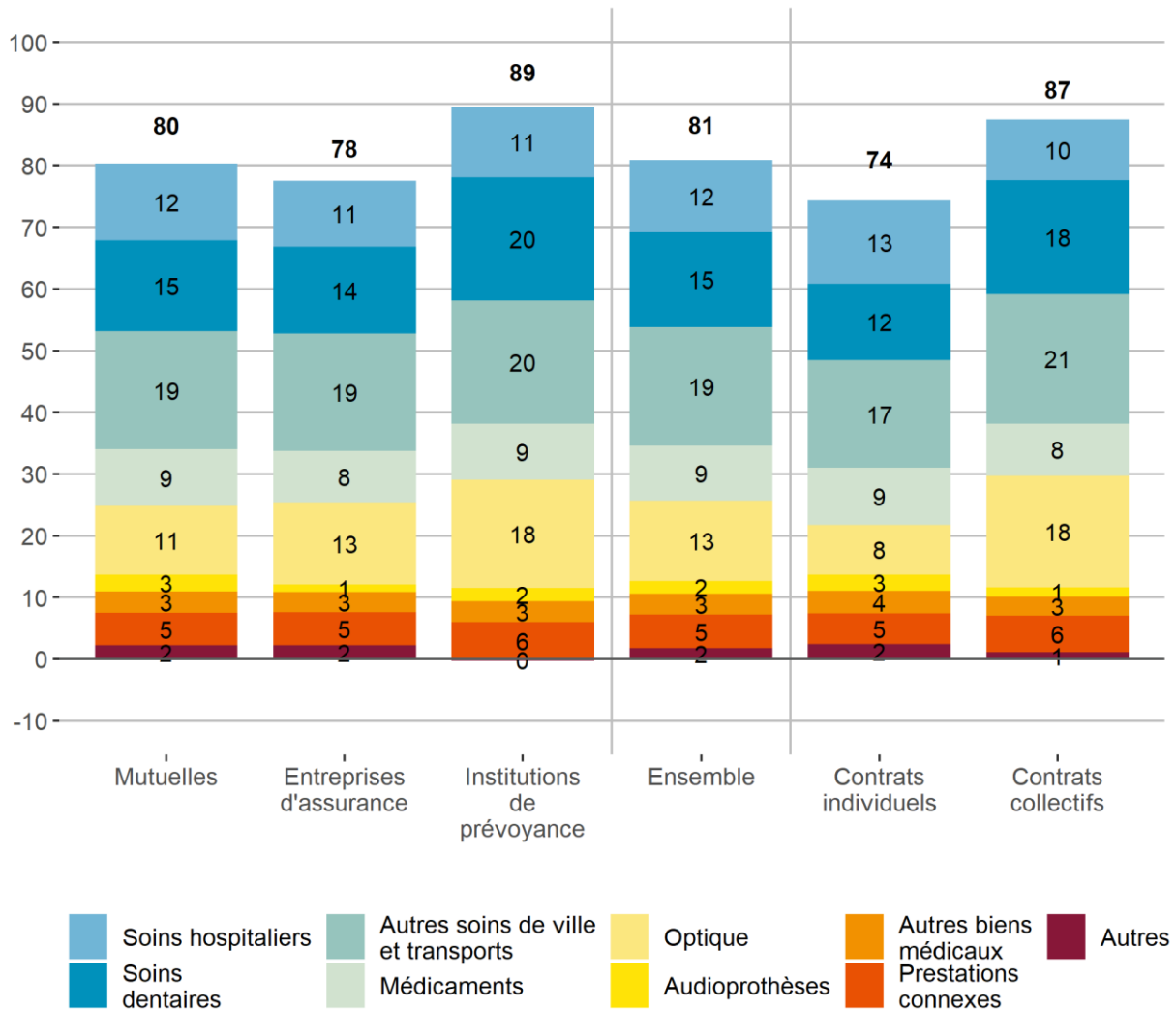
Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

3.6 Par rapport aux contrats individuels, les contrats collectifs reversent une plus grande part de leurs cotisations en prestations d'optique et de dentaire, et une moins grande part en prestations d'hospitalisation

La part des soins dentaires et de l'optique dans l'ensemble des prestations est plus élevé pour les institutions de prévoyance que pour les mutuelles et les entreprises d'assurance. Pour 100 € de cotisations en 2022, les institutions de prévoyance ont reversé en moyenne 18 € en optique contre 13 € pour les entreprises d'assurance et 11 € pour les mutuelles (graphique 3.8) ; en dentaire elles ont reversé 20 €, contre 14 € 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 de meilleures garanties 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 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 2022*En % des cotisations collectées*

Note : Les « soins hospitaliers » correspondent aux soins à l'hôpital public ou en cliniques privées et aux honoraires des praticiens libéraux exerçant en cliniques privées. Les « soins dentaires » correspondent aux soins des dentistes (y compris prothèses dentaires) exerçant en cabinets libéraux ou en centres de santé. Les « autres soins de ville et transports » correspondent aux soins des médecins (qui incluent la contribution au forfait patientèle médecin traitant ; FPMT, encadré 4), des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, en cabinets libéraux ou en centres de santé, à la consommation des laboratoires de biologie médicale, aux transports sanitaires et aux établissements thermaux. Les « médicaments » correspondent aux médicaments en ambulatoire. L'« optique » correspond à l'optique médicale. Les « audioprothèses » correspondent aux audioprothèses y compris entretien, réparation, prestations de suivi, etc. Les « autres biens médicaux » correspondent au matériel, pansements, orthèses, prothèses et véhicules pour handicapés physiques, hors audioprothèses et optique. Les « prestations connexes » correspondent aux prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.) et aux 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 » correspondent aux prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.), aux soins en unités de soins de longue durée (USLD) et aux variations de provisions pour sinistres restant à payer (qui ne peuvent être ventilées par poste de soins).

Lecture : En 2022, les prestations de soins dentaires versées par les mutuelles ont représenté 15 % de leurs cotisations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 4 : La taxation appliquée aux contrats de complémentaire santé

Les contrats de complémentaire santé sont soumis à deux prélèvements obligatoires spécifiques : la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT). Ces deux prélèvements ont représenté respectivement 5,4 milliards d'euros et 0,3 milliard d'euros en 2022, soit un total de 5,8 milliards d'euros. Le taux de prélèvement apparent sur les cotisations collectées par les organismes complémentaires s'est ainsi élevé à 14,2 % en 2022. Par le passé, deux prélèvements ponctuels sur les contrats santé ont également existé : la contribution exceptionnelle H1N1 et la contribution exceptionnelle Covid. Les contrats collectifs et les contrats pour les indépendants sont en outre soumis à un régime socio-fiscal spécifique.

La taxe de solidarité additionnelle (TSA)

Les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé acquittent, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite de solidarité additionnelle (TSA). La TSA actuelle résulte de la fusion¹⁸ de l'ancienne TSA¹⁹ avec la part de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA²⁰) qui portait également sur les contrats d'assurance complémentaire santé. Le taux de cette taxe varie en fonction du type de contrat d'assurance ; dans le cas général (contrats solidaires et responsables « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), ce taux s'élève à 13,27 % des cotisations émises en santé²¹. 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 a remplacé la CMU-C et l'ACS au 1^{er} novembre 2019 (encadré 5). En 2017, la TSA est devenue l'unique source de financement du Fonds C2S, anciennement Fonds CMU, 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. 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 (voir rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour plus de détails).

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 2022, les organismes ont ainsi reversé aux assurés 81 % de leurs cotisations en santé sous forme de prestations.

¹⁸ Article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

¹⁹ L'ancienne TSA (créée par l'article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011) remplaçait la contribution CMU (créée par l'article 27 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000. Le taux de cette contribution avait été augmenté à deux reprises, en 2006 et 2009.

²⁰ La TSCA, créée par l'article 21 de la loi n° 75 du 31 janvier 1944 portant réforme fiscale, s'appliquait à l'ensemble des contrats d'assurance, y compris les garanties santé. Les taux de TSCA sur les contrats santé sont nuls depuis la fusion avec l'ancienne TSA en 2016. Depuis 2016, la TSCA continue néanmoins de porter sur les activités d'assurance autres que la santé.

²¹ Pour plus de détails, voir le chapitre 3 du rapport annuel de la complémentaire santé solidaire.

En revanche, les assurés acquittent la TSA et peuvent bénéficier, sous conditions de ressources, de la complémentaire santé solidaire. De leur point de vue, le rapport prestations sur cotisations toutes taxes comprises (TTC) apparaît donc différent, dans un sens ou dans l'autre selon les cas.

→ Les assurés qui ont un contrat de complémentaire santé ont un ratio prestations sur cotisations TTC moindre, qui avoisine environ 71 % en moyenne (81 € de prestations reçues pour 100 € de cotisations payées à l'organisme assureur²², cotisations auxquelles s'ajoutent, pour la grande majorité des contrats, 13,27 € de taxes).

→ 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 2022, les assurés ont perçu 32,8 milliards d'euros de prestations auxquels s'ajoutent les prestations versées aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, à hauteur de 0,5 milliard d'euros pour ceux dont la couverture est gérée par un organisme complémentaire et 2,7 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 40,5 milliards d'euros de cotisations hors taxe aux organismes complémentaires, d'après les données ACPR, auxquels s'ajoutent 5,4 milliards d'euros de TSA et 0,3 milliard d'euros de participations à la complémentaire santé solidaire avec participation, versées à l'assurance maladie obligatoire et aux organismes complémentaires gestionnaires. En 2022, le ratio prestations sur cotisations s'est donc établi globalement, en tenant compte de la TSA et de la complémentaire santé solidaire, à 77,8 %, contre 80,8 % hors TSA et complémentaire santé solidaire (tableau 3.9). Ce ratio estimé ne peut toutefois pas être entièrement assimilé à un retour sur cotisations dans la mesure où la TSA collectée ne peut être redistribuée aux assurés directement par les organismes complémentaires.

²² Une partie des cotisations peut néanmoins être payée par l'employeur le cas échéant (pour plus de détails, voir la fiche 13 du Panorama « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019 », DREES).

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 2022

	Cotisations, participations CSS, ou TSA payées par les ménages (en Md€)	Prestations reçues par les ménages (en Md€)	Ratio prestations sur cotisations (en %)
Cotisations et prestations gérées par les organismes complémentaires (hors CSS et TSA)	40,5	32,8	80,8
Participations et prestations CSS dont :	0,3	3,2	
<i>gérées par les organismes complémentaires</i>	<i>0,1</i>	<i>0,5</i>	
<i>gérées par le régime de base</i>	<i>0,2</i>	<i>2,7</i>	
TSA	5,4		
Total	46,3	36,0	77,8

Lecture : En 2022, le ratio prestations sur cotisations s'est élevé à 80,8 % 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 77,8 % en les intégrant.

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

La contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT)

Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT)²³ consiste en un surplus de rémunération pour les médecins traitants ; entré en vigueur au 1^{er} janvier 2018, il remplace les anciens forfaits qui jouaient un rôle similaire avant 2018. Le FPMT est cofinancé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie. Le taux de la contribution des organismes complémentaires à ce financement est fixé à 0,8 % de leurs cotisations d'assurance maladie, depuis l'année 2019²⁴. Entre 2013 et 2018, il existait une participation des organismes complémentaires à la prise en charge des modes de rémunération des médecins²⁵. Elle était égale au produit d'un forfait annuel par le nombre d'assurés et d'ayants droit couverts par l'organisme et ayant consulté leur médecin traitant dans l'année²⁶.

Dans les données ACPR mobilisées dans ce rapport, la contribution FPMT due par les organismes complémentaires est généralement incluse dans leurs prestations versées. Le montant total de cette contribution s'est élevé à 0,3 milliard d'euros en 2022.

La contribution exceptionnelle Covid

Dans le contexte de la crise de Covid-19, une contribution exceptionnelle d'un montant total de 1,5 milliard d'euros 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, était fixée à 2,6 % des cotisations en santé (hors indemnités

²³ Défini à l'article 15.4.1 de l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

²⁴ Article L862-4-1 du code de la sécurité sociale créé par la LFSS pour 2019.

²⁵ Mise en place par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

²⁶ Le forfait était fixé à 2,5 € pour l'année 2013, a augmenté jusqu'à 5 € en 2017, puis 8,10 € en 2018.

journalières) collectées en 2020, soit 1,0 milliard d'euros, et 1,3 % de celles collectées en 2021, soit 0,5 milliard d'euros (pour plus de détails, voir l'encadré 5 du rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé). 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.

Comptablement, 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 en 2020. 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 (respectivement 2022), le versement de la contribution au titre de 2020 (respectivement 2021) a été essentiellement comptabilisé en sinistres payés et les provisions pour sinistres à payer ont été diminuées du même montant. Ainsi, en 2021 et en 2022, 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.

La contribution exceptionnelle H1N1

Dans le contexte de la grippe aviaire de 2009, une contribution exceptionnelle a été prélevée sur les organismes complémentaires en 2010 au titre de leur contribution aux dépenses de gestion de l'épidémie. Cette contribution exceptionnelle²⁷ s'est élevée à 0,34 % des cotisations en santé collectées en 2010, soit 110 millions d'euros.

Les avantages socio-fiscaux sur les contrats de complémentaire santé

Les contrats de complémentaire santé sont soumis à un régime socio-fiscal spécifique. La participation de l'employeur aux cotisations des contrats collectifs (assimilable à un surcroît de rémunération du salarié) n'est pas soumise à cotisations sociales, mais à un forfait social à taux dérogatoire, inférieur au taux des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité. De plus, la part de cotisation de complémentaire santé payée par le salarié est déduite de son revenu imposable. Enfin, les indépendants bénéficient eux aussi d'un avantage fiscal sur leur contribution à une complémentaire santé : leur cotisation est entièrement déductible de leur assiette de revenu imposable. Ces avantages socio-fiscaux s'adressant aux personnes en emploi, ils favorisent davantage les ménages de niveau de vie élevé (Fouquet M., Pollak C., 2022).

Encadré 5 : 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 4), 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

²⁷ Instituée par l'article 10 de loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

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 2019 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 s'inscrire sur une liste²⁸, publique, qui les référence : en 2022, 98 organismes complémentaires étaient habilités à gérer la complémentaire santé solidaire, dont 96 % de mutuelles et 4 % d'entreprises d'assurance. Sur les 3,2 milliards d'euros de prestations de complémentaire santé solidaire versés en 2022, 2,7 milliards d'euros ont été versés par le régime de base et 0,5 milliard d'euros ont été versés par les organismes complémentaires (tableau 3.9).

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. Le montant de TSA qui lui est versé par les organismes complémentaires 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.

²⁸ <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/liste-organismes-complementaires.php>

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 comprennent les frais de gestion au titre de la complémentaire santé solidaire, mais ne comprennent pas les « autres charges » qui sont les participations aux excédents et le solde de réassurance.

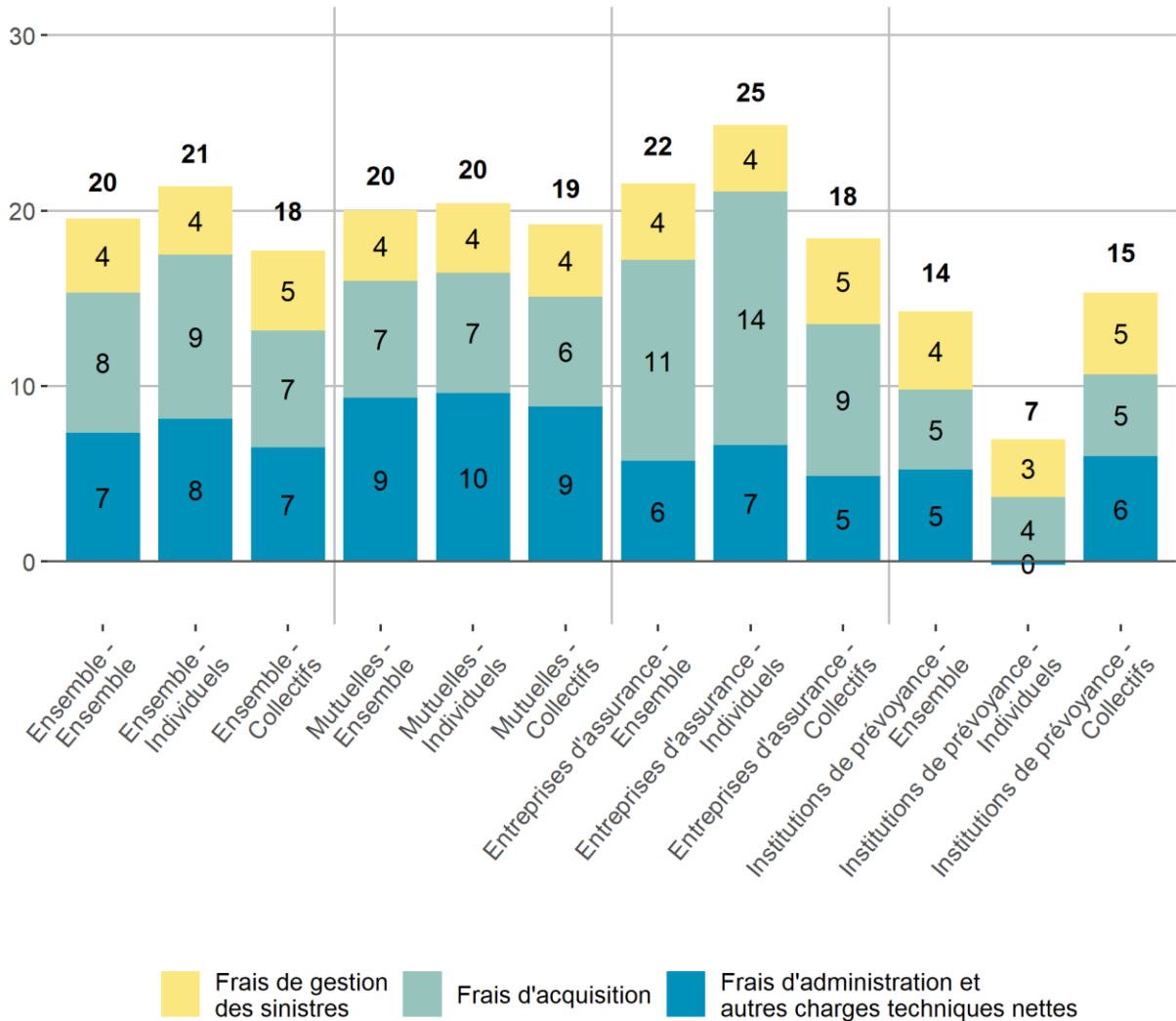
4.1 Les charges de gestion des contrats collectifs sont inférieures à celles des contrats individuels

En 2022, l'ensemble des charges de gestion a représenté 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 du fait du nombre d'interlocuteurs réduit qui diminue le coût de publicité et de vente des contrats. 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 2022, par type d'organismes complémentaires et de contrats

En % des cotisations collectées



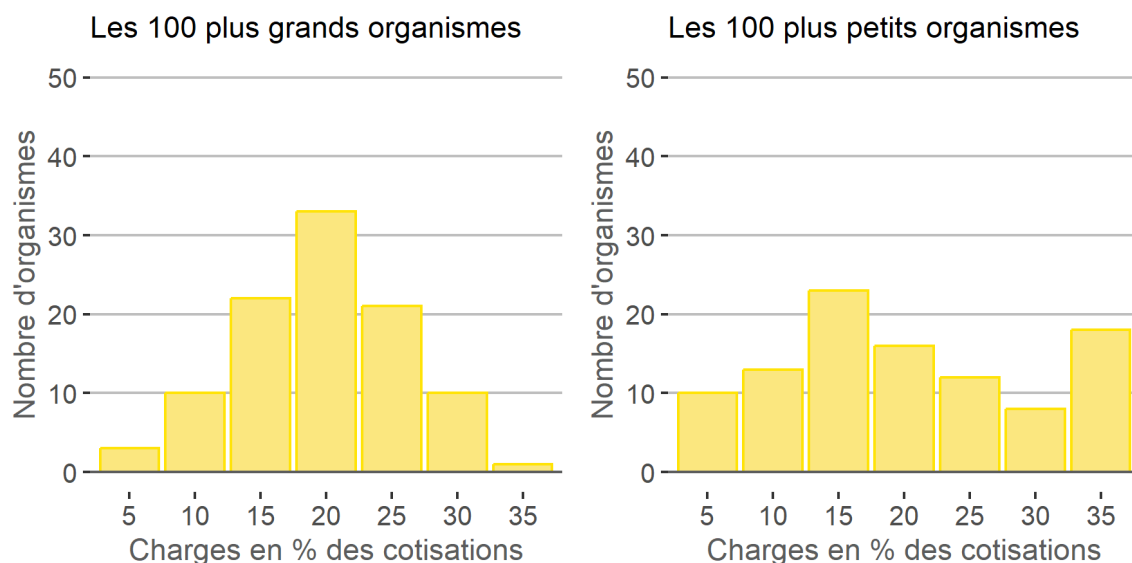
Note : Les contrats individuels des institutions de prévoyance, principalement destinés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif, sont très spécifiques. Les frais d'administration et autres charges techniques nettes représentent la somme des frais d'administration 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 ont représenté 18 % des cotisations collectées en 2022, 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 au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022.

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 ont été respectivement inférieures à 7,5 % et supérieures à 32,5 %.

Lecture : Parmi les 100 plus grands organismes en 2022, 33 % d’entre eux ont eu des charges de gestion qui ont représenté environ 20 % des cotisations en santé (entre 17,5 % et 22,5 % des cotisations).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l’ACPR au 31/12/2022 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. Néanmoins, en tenant compte des autres charges de gestion, les charges des entreprises d’assurance en individuel sont également plus élevées que celles des mutuelles. Le recours à des intermédiaires représente ainsi 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 qui ont 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 2022, ils ont représenté 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 6).

4.5 Les parts des charges de gestion dans les cotisations des différents types d'organismes et de contrats ont été quasi-stables en 2022

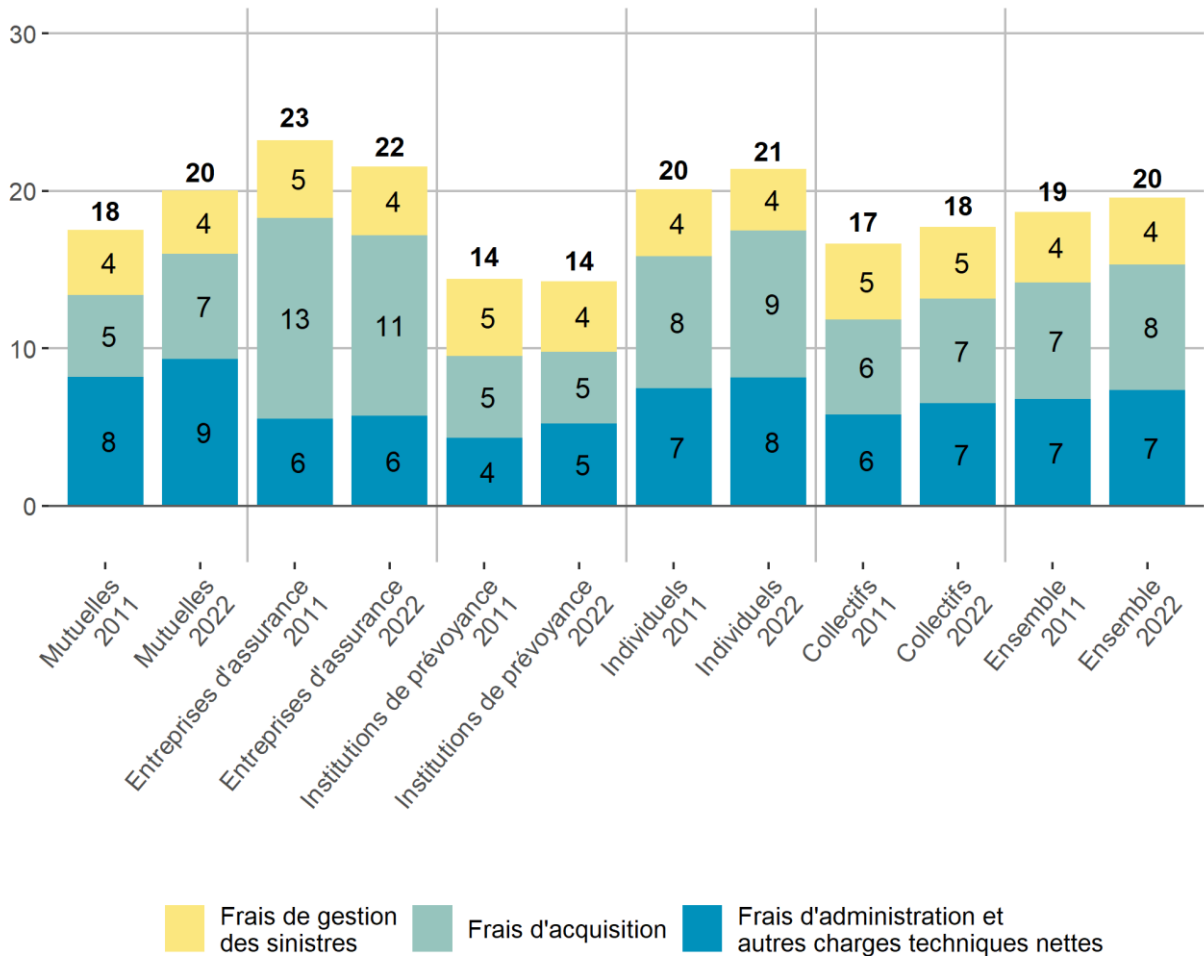
La part des charges de gestion dans les cotisations a été en légère augmentation sur les dix dernières années, passant de 19 % en 2011 à 20 % en 2022 (graphique 4.3) malgré la hausse de la part des contrats collectifs dont les charges de gestion sont un peu plus faibles. Depuis 2015, le ratio des charges de gestion aux cotisations est néanmoins stable à 20 % des cotisations. En 2022, la part des charges de gestion dans les cotisations n'a pas évolué (0,0 point d'évolution par rapport à 2021) et a peu varié pour les trois types d'organismes (+0,1 point pour les mutuelles, -0,4 point pour les entreprises d'assurance et +0,2 point pour les institutions de prévoyance).

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 disposaient d'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'information 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 2022

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 ont représenté 9 % des cotisations des contrats individuels en 2022 contre 8 % en 2011.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 6 : 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., 2023, 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. En 2022, le coût d'acquisition médian a été de 66 € par an et par assuré en individuel et de 53 € en collectif (tableau 4.4). La médiane des frais d'acquisition par assuré a été la plus élevée pour les entreprises d'assurance 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, la médiane étant moins sensible que la moyenne à ces valeurs atypiques.

Tableau 4.4 – Médiane des frais d'acquisition par assuré en 2022

	Individuel (en €)	Organismes répondants en individuel	Collectif (en €)	Organismes répondants en collectif
Mutuelles	58	143 sur 160	51	126 sur 147
Entreprises d'assurance	119	59 sur 69	75	50 sur 67
Institutions de prévoyance	49	14 sur 16	39	22 sur 24
Ensemble	66	216 sur 245	53	198 sur 238

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

Lecture : En 2022, pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'acquisition par assuré s'est située à 58 €, ce qui signifie que pour la moitié des mutuelles, les frais d'acquisition par assuré ont été inférieurs à 58 €, et pour l'autre moitié ils ont été supérieurs à 58 €. 143 sur 160 mutuelles exerçant en santé individuelle ont renseigné les données permettant ces estimations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022 et ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Source : ACPR, 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 2022

	Individuel (en €)	Organismes répondants en individuel	Collectif (en €)	Organismes répondants en collectif
Mutuelles	94	147 sur 160	80	128 sur 147
Entreprises d'assurance	69	56 sur 69	46	51 sur 67
Institutions de prévoyance	83	13 sur 16	62	21 sur 24
Ensemble	85	216 sur 245	71	200 sur 238

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

Lecture : En 2022, pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'administration par assuré s'est située à 94 €, ce qui signifie que pour la moitié des mutuelles, les frais d'administration par assuré ont été inférieurs à 94 €, et pour l'autre moitié ils ont été supérieurs à 94 €. 147 sur 160 mutuelles exerçant en santé individuelle ont renseigné les données permettant ces estimations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022 et ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Source : ACPR, 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, en 2022, le coût de traitement d'une ligne d'acte par les organismes complémentaires s'est situé autour de 43 centimes d'euros en médiane (tableau 4.6), ce qui signifie que la moitié des organismes a eu un coût de traitement par ligne d'acte inférieur à ce seuil et l'autre moitié un coût supérieur. En collectif, cette médiane s'est élevée à 49 centimes d'euros. Ces estimations doivent cependant être interprétées avec prudence car, parmi les organismes étudiés, 127 sur 245 ont renseigné ces informations en individuel et 124 sur 238 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 2022

	Individuel (en €)	Organismes répondants en individuel	Collectif (en €)	Organismes répondants en collectif
Ensemble	0,43	127 sur 245	0,49	124 sur 238

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

Lecture : En 2022, pour les contrats individuels, la médiane des coûts de traitement par ligne d'acte s'est située à 0,43 €, ce qui signifie que pour la moitié des organismes, le traitement d'une ligne d'acte a coûté moins de 0,43 € et pour l'autre moitié il a coûté plus de 0,43 €. 127 sur 245 organismes exerçant en santé individuelle ont renseigné les données permettant ces estimations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022 et ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Source : ACPR, calculs DREES.

5 En 2022, le résultat technique global est resté quasiment nul sur l'activité santé, comme en 2021

En 2022, le résultat technique en santé a été au global quasi-nul : il s'est élevé à 0,1 % des cotisations collectées hors taxe, comme c'était le cas en 2021 (graphique 5.1 ; les cotisations considérées sont les cotisations nettes). Ces résultats techniques sont les plus faibles depuis 2011 (première année de la période étudiée dans ce rapport) et font suite à des années marquées par des résultats techniques supérieurs à la tendance (1,3 % des cotisations en 2017, 1,2 % en 2018 et 2019 et 1,7 % en 2020).

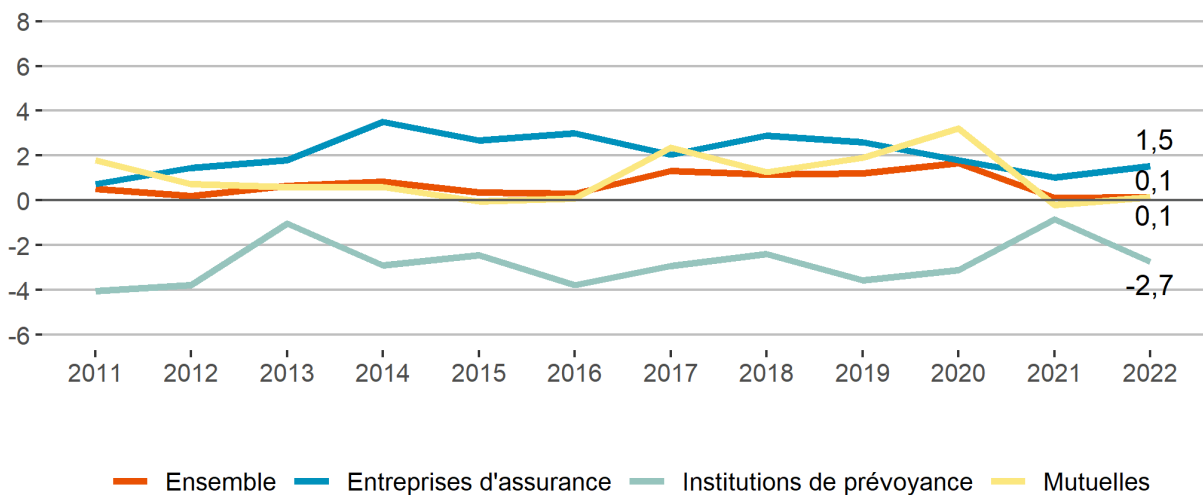
Les contrats collectifs se caractérisent par des résultats techniques globalement négatifs ; depuis 2011, leur déficit fluctue autour de 4 % des cotisations. Les contrats individuels dégagent un excédent technique, compris entre 2,7 % et 7,1 % depuis 2011.

5.1 Les résultats techniques des contrats individuels et collectifs ont été stables en 2022 par rapport à 2021

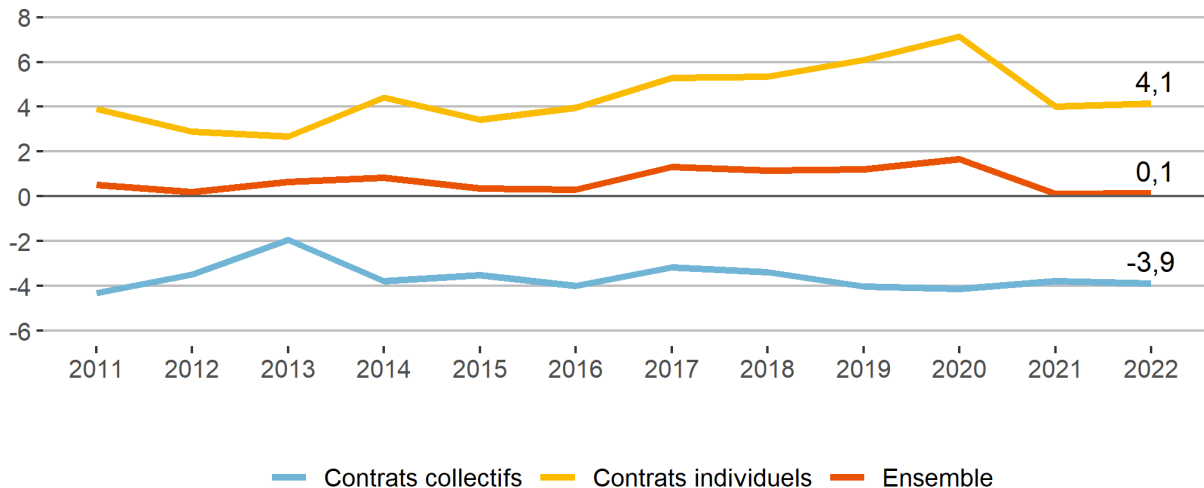
Depuis 2011, les contrats collectifs sont globalement déficitaires, « ce qui contraint les organismes à compenser ce déficit technique par des produits financiers afin de maintenir leur rentabilité globale » (ACPR, 2016). En moyenne, leur résultat technique s'est élevé à -3,9 % des cotisations en 2022, niveau similaire à celui de 2021 (-3,8 %). À l'inverse, les contrats individuels continuent à dégager en moyenne des excédents. En 2022, le résultat technique de ces contrats s'est élevé à 4,1 %, niveau également similaire à celui de l'année 2021 (4,0 %).

Graphique 5.1 – Résultat technique en santé entre 2011 et 2022

En % des cotisations collectées



5 En 2022, le résultat technique global est resté quasiment nul sur l'activité santé, comme en 2021



Lecture : En 2022, le résultat technique en santé des mutuelles s'est établi à 0,1 % de leurs cotisations.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

5.2 En 2022, les entreprises d'assurance ont dégagé des excédents sur leur activité santé et les institutions de prévoyance ont de nouveau été déficitaires tandis que les mutuelles ont eu une activité santé quasiment à l'équilibre

En 2022, les excédents des entreprises d'assurance se sont établis à 1,5 % des cotisations, après 1,0 % en 2021. Cette hausse provient des contrats collectifs de ces entreprises, le résultat technique de leurs contrats individuels étant resté quant à lui quasi-stable entre 2021 et 2022 (graphique 5.2).

En 2022, les cotisations et prestations des mutuelles ont évolué à un rythme relativement similaire, de sorte que leur résultat technique a été à nouveau quasi-nul en 2022 (0,1 % des cotisations), comme c'était le cas en 2021 (-0,2 % des cotisations).

Enfin, les institutions de prévoyance sont déficitaires sur leur activité santé, avec des pertes de 2,7 % des cotisations collectées hors taxe en 2022. Les institutions de prévoyance sont déficitaires depuis plusieurs années en raison de leur spécialisation sur l'activité collective. Les déficits en santé des institutions de prévoyance ont néanmoins été contrebalancés en 2022 par des excédents sur leurs activités d'assurance Vie (partie 6).

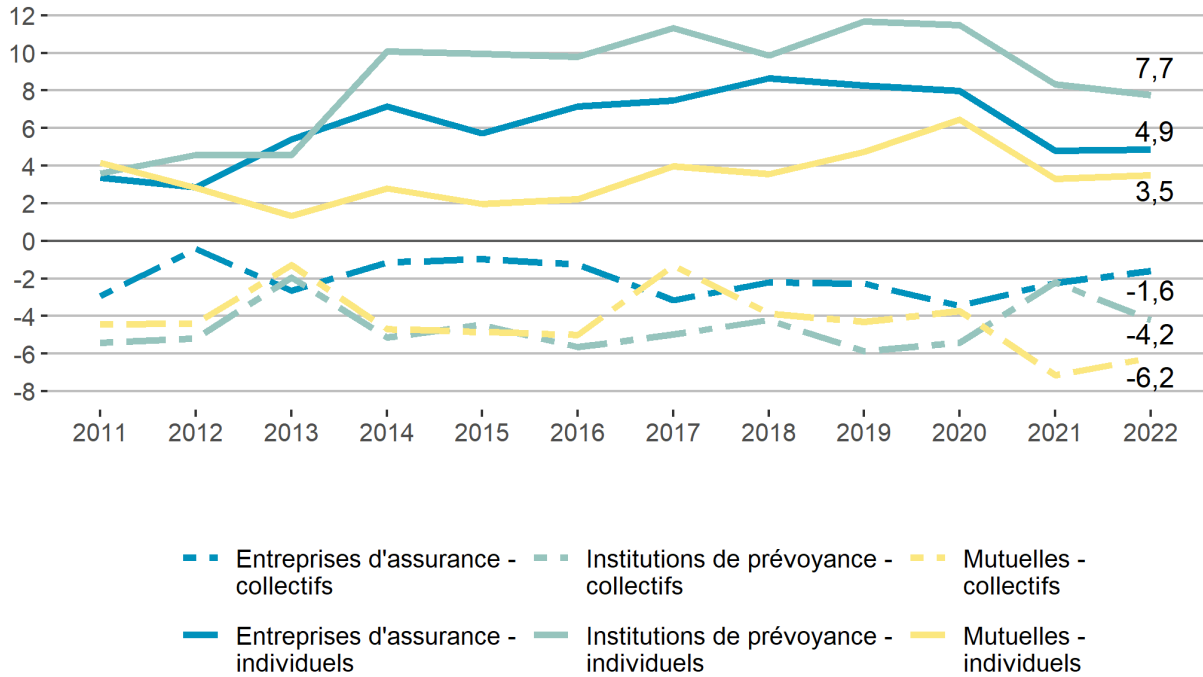
Entre 2011 et 2022, les contrats collectifs des entreprises d'assurance ont été déficitaires, mais moins en moyenne que ceux des mutuelles et des institutions de prévoyance (graphique 5.2). Il semble y avoir un effet de structure des portefeuilles, les entreprises d'assurance vendant relativement plus 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 par le fait 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 (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 : En 2022, le résultat technique en santé des mutuelles en contrats individuels s'est établi à 3,5 % de leurs cotisations en contrats individuels.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) 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 2022

Mutuelles	Individuel (millions d'euros)	Collectif (millions d'euros)	Total (millions d'euros)	Individuel (% des cotisations)	Collectif (% des cotisations)	Total (% des cotisations)	Évolution 2022 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	12 502	6 558	19 060	100,4	100,5	100,4	2,2	
Cotisations collectées	12 456	6 527	18 982	100,0	100,0	100,0		2,15
Autres produits	46	32	78	0,4	0,5	0,4		0,01
Charges	12 069	6 964	19 032	96,9	106,7	100,3	1,8	
Prestations	9 428	5 812	15 240	75,7	89,0	80,3		1,48
Frais de gestion des sinistres	493	270	763	4,0	4,1	4,0		0,00
Frais d'acquisition	856	408	1 264	6,9	6,2	6,7		0,20
Frais d'administration	1 195	578	1 772	9,6	8,8	9,3		0,36
Autres charges	95	-103	-8	0,8	-1,6	-0,0		-0,23
Résultat technique	433	-405	28	3,5	-6,2	0,1		
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 2022 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	6 993	7 514	14 508	99,5	100,6	100,1	3,5	
Cotisations collectées	7 025	7 466	14 492	100,0	100,0	100,0		3,59
Autres produits	-32	48	16	-0,5	0,6	0,1		-0,14
Charges	6 652	7 633	14 286	94,7	102,2	98,6	2,9	
Prestations	4 939	6 295	11 234	70,3	84,3	77,5		3,31
Frais de gestion des sinistres	267	366	633	3,8	4,9	4,4		0,07
Frais d'acquisition	1 016	645	1 661	14,5	8,6	11,5		0,23
Frais d'administration	465	364	830	6,6	4,9	5,7		0,12
Autres charges	-35	-37	-72	-0,5	-0,5	-0,5		-0,82
Résultat technique	341	-119	222	4,9	-1,6	1,5		

5 En 2022, le résultat technique global est resté quasiment nul sur l'activité santé, comme en 2021

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 2022 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	880	6 202	7 082	100,4	100,2	100,2	3,5	
Cotisations collectées	876	6 191	7 067	100,0	100,0	100,0		3,62
Autres produits	4	11	15	0,4	0,2	0,2		-0,15
Charges	812	6 463	7 275	92,7	104,4	102,9	5,4	
Prestations	755	5 549	6 303	86,1	89,6	89,2		6,75
Frais de gestion des sinistres	29	287	316	3,3	4,6	4,5		0,62
Frais d'acquisition	32	289	321	3,7	4,7	4,5		0,09
Frais d'administration	-2	372	370	-0,2	6,0	5,2		-0,01
Autres charges	-1	-35	-36	-0,2	-0,6	-0,5		-2,03
Résultat technique	68	-261	-193	7,7	-4,2	-2,7		
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 2022 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	20 376	20 274	40 650	100,1	100,4	100,3	2,8	
Cotisations collectées	20 357	20 184	40 541	100,0	100,0	100,0		2,91
Autres produits	19	91	109	0,1	0,4	0,3		-0,07
Charges	19 533	21 060	40 593	96,0	104,3	100,1	2,8	
Prestations	15 122	17 655	32 777	74,3	87,5	80,8		3,05
Frais de gestion des sinistres	789	923	1 712	3,9	4,6	4,2		0,14
Frais d'acquisition	1 904	1 343	3 247	9,4	6,7	8,0		0,19
Frais d'administration	1 659	1 314	2 972	8,1	6,5	7,3		0,21
Autres charges	59	-175	-116	0,3	-0,9	-0,3		-0,76
Résultat technique	843	-785	57	4,1	-3,9	0,1		

Note : Un compte de résultat technique pour les années 2021 et 2022 est présenté en annexe 2. Les « cotisations collectées » sont les cotisations nettes (hors taxe). Les « autres produits » correspondent aux variations de provisions pour cotisations non acquises, aux subventions d'exploitation reçues et au solde financier. Les « prestations » sont les charges de prestations, hors frais de gestion des sinistres. Les « frais d'administration » correspondent aux frais d'administration et autres charges nettes de produits techniques. Les « autres charges » correspondent à la participation aux résultats et au solde de réassurance.

Lecture : En 2022, le résultat technique en santé des mutuelles s'est élevé à 28 millions d'euros, dont 433 millions au titre des contrats individuels et -405 millions au titre des contrats collectifs. Ce résultat technique a représenté 0,1 % des cotisations santé collectées en 2022. Entre 2021 et 2022, les charges des mutuelles ont globalement augmenté de 1,8 %. Les prestations versées ont contribué pour 1,48 point de pourcentage à cette hausse des charges.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022.

Source : ACPR, calculs DREES.

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

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 En 2022, le résultat net moyen des mutuelles a été à son niveau le plus bas depuis 2011 et celui des institutions de prévoyance à son niveau le plus haut depuis 2011

En 2022, le résultat net des mutuelles a été légèrement positif (0,4 % de leurs cotisations acquises²⁹), comme c'était le cas en 2021 (0,6 % ; tableau 6.2). Il s'agit du résultat net le moins élevé pour cette catégorie d'organismes depuis 2011 (début de la période d'étude de ce rapport ; tableau 6.3). Leur résultat technique Non vie a été quasi-nul, de même que leur résultat non technique (tableau 6.1). Ainsi, en 2022, le résultat net des mutuelles a été tiré à la hausse essentiellement par leur résultat technique Vie.

À l'inverse, les institutions de prévoyance, qui avaient un résultat net légèrement positif en 2021 (0,5 % de leurs cotisations), ont dégagé un résultat net plus important en 2022 (2,0 %). Il s'agit du résultat net le plus élevé pour cette catégorie d'organismes depuis 2011. Leur résultat technique Non vie a été à nouveau négatif en 2022, mais a été nettement compensé par leur résultat technique Vie ainsi que dans une moindre mesure par leur résultat non technique.

Les entreprises d'assurance sont les organismes qui dégagent le plus d'excédents (4,1 % du total des cotisations collectées toutes activités d'assurance confondues en 2022). Ces excédents s'expliquent surtout par leurs activités d'assurance autres que la santé, notamment les activités Vie (assurance vie, retraite et décès). Les excédents dégagés par les entreprises d'assurance ont été un peu plus élevés en 2022 qu'en 2021, en part des cotisations (4,1 % en 2022 après 3,5 % en 2021).

²⁹ Dans cette partie, qui concerne l'ensemble des activités assurantielles des organismes, les cotisations considérées sont les cotisations acquises nettes, et non les cotisations émises nettes comme dans le reste du rapport (voir glossaire).

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

Tableau 6.1 – Résultat technique et résultat net total des organismes actifs en santé en 2022

En millions d'euros

	Résultat technique	dont			Résultat non technique	Résultat net
		Santé	Autre Non vie	Vie		
Mutuelles	79	28	-37	88	4	82
Entreprises d'assurance	7 552	222	1 885	5 444	-971	6 581
Institutions de prévoyance	213	-193	35	372	98	311
Ensemble	7 843	57	1 883	5 903	-869	6 974

Lecture : En 2022, les mutuelles ont eu un résultat technique de 79 millions d'euros et un résultat non technique de 4 millions d'euros, pour un résultat net de 82 millions d'euros.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022.

Source : ACPR, calculs DREES.

Au total, les organismes du secteur de l'assurance santé ont dégagé des excédents en 2022 sur l'ensemble de leur activité (en moyenne 3,5 % de l'ensemble des cotisations collectées ; tableau 6.2). Les évolutions du résultat net de l'ensemble des organismes sont proches des évolutions du résultat net des entreprises d'assurance, ces dernières ayant un poids largement dominant lorsque l'on considère l'ensemble des activités d'assurance (et non uniquement la santé).

Tableau 6.2 – Évolution entre 2021 et 2022 du résultat net total des organismes actifs en santé, et mouvements de champ

En % des cotisations acquises chaque année, et en points de pourcentage pour la variation et les contributions

	Résultat net rapporté aux cotisations			Dont contributions		
	2021	2022	Variation 2021-2022	Pérennes	Entrées	Sorties
Mutuelles	0,6	0,4	-0,2	-0,2	0,0	0,0
Entreprises d'assurance	3,5	4,1	0,5	0,5	0,0	0,0
Institutions de prévoyance	0,5	2,0	1,5	1,5	0,0	0,0
Ensemble	3,0	3,5	0,5	0,5	0,0	0,0

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

Lecture : En 2022, le résultat net des mutuelles a représenté 0,4 % de leurs cotisations, contre 0,6 % en 2021, soit une variation de -0,2 point de pourcentage. En 2022, les entrées et sorties d'organismes soumis au régime Solvabilité 2, vis-à-vis du champ des mutuelles exerçant une activité en santé, n'ont pas contribué à cette variation.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) 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

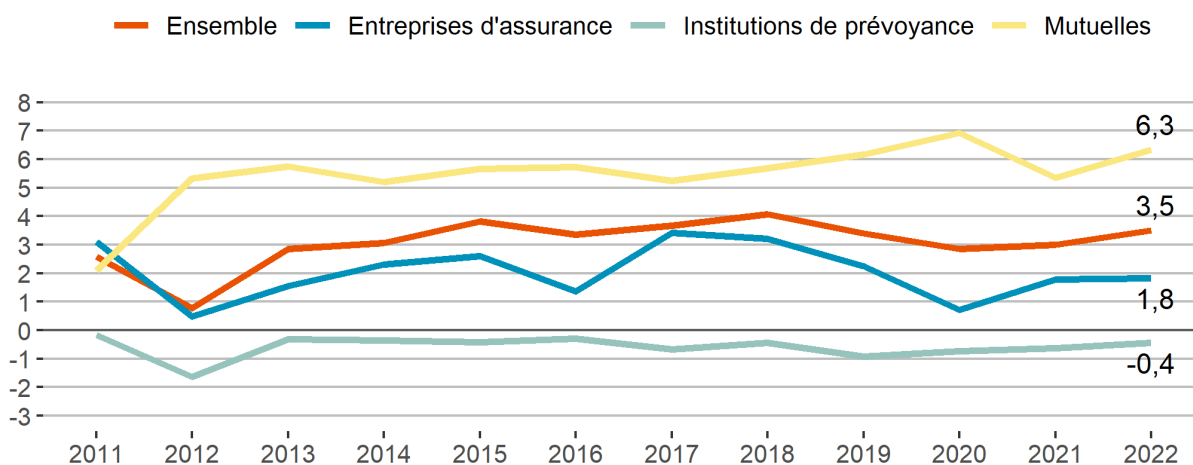
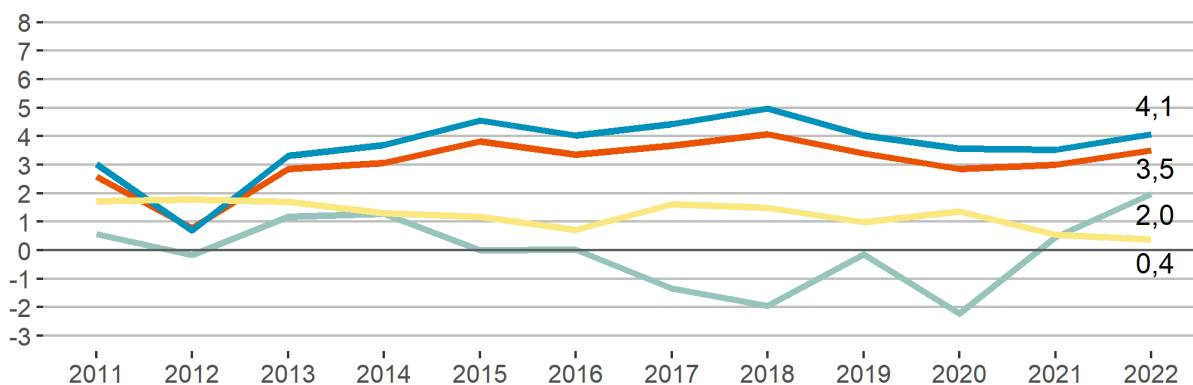
Depuis 2011, les différentes catégories d'organismes du secteur de la complémentaire santé ont généralement été excédentaires ou à l'équilibre sur l'ensemble de leur activité (graphique 6.3). Seule l'année 2012 a été un peu moins favorable pour les entreprises d'assurance ainsi que les années 2017, 2018 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 un compte de résultat 2022 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 2022

En % des cotisations acquises



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

Lecture : En 2022, les organismes ont dégagé des excédents représentant 3,5 % de l'ensemble des cotisations. Les excédents des activités Vie ont représenté 6,3 % des cotisations Vie, les excédents des activités Non vie ont représenté 1,8 % des cotisations Non vie et enfin l'activité non technique a accusé un déficit égal à -0,4 % de l'ensemble des cotisations.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) 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 2022 des organismes exerçant en santé

En millions d'euros

Mutuelles	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Cotisations acquises*	1 017	21 323	18 975	22 340
Prestations** (-)	697	18 002	15 973	18 699
Produits financiers	49	124	60	172
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	235	3 392	3 012	3 626
Solde réassurance (-)	47	62	23	109
Résultat technique	88	-9	28	79
Produits financiers du résultat non technique				244
Autres éléments non techniques				-240
Résultat net				82

Entreprises d'assurance	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Cotisations acquises*	89 434	71 965	14 415	161 399
Prestations** (-)	57 691	56 902	11 870	114 592
Produits financiers	-14 836	2 381	92	-12 455
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	11 201	15 613	2 490	26 814
Solde réassurance (-)	262	-277	-76	-14
Résultat technique	5 444	2 108	222	7 552
Produits financiers du résultat non technique				1 276
Autres éléments non techniques				-2 247
Résultat net				6 581

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
Cotisations acquises*	2 849	12 969	7 066	15 819
Prestations** (-)	2 316	12 222	6 627	14 538
Produits financiers	218	336	16	554
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	248	1 278	691	1 527
Solde réassurance (-)	132	-37	-43	95
Résultat technique	372	-158	-193	213
Produits financiers du résultat non technique				185
Autres éléments non techniques				-87
Résultat net				311

Ensemble des organismes	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Cotisations acquises*	93 300	106 258	40 457	199 558
Prestations** (-)	60 703	87 126	34 470	147 829
Produits financiers	-14 570	2 841	168	-11 729
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	11 684	20 283	6 193	31 967
Solde réassurance (-)	440	-251	-96	189
Résultat technique	5 903	1 940	57	7 843
Produits financiers du résultat non technique				1 705
Autres éléments non techniques				-2 575
Résultat net				6 974

*Cotisations acquises = cotisations émises + variations de provisions pour cotisations 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 2022, les mutuelles ont eu un résultat technique de 88 millions d'euros dans leur activité Vie.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022.

Source : ACPR, calculs DREES.

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

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 nécessairement exactement 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, 1 529,5 milliards d'euros en 2022 soit 10,4 fois plus que leur chiffre d'affaires global (tableau 6.5). À titre de comparaison, en 2022, les organismes Non vie ont présenté 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 : en 2022, leurs provisions (provisions d'assurance Vie et autres provisions techniques) ont représenté 8,5 fois le montant de l'ensemble des cotisations collectées par ces organismes (tableau 6.5) ; il s'agit majoritairement de provisions d'assurance Vie. Les organismes Non vie ont provisionné 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 en 2022. 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. En 2022, les provisions techniques (provisions d'assurance Vie et autres provisions techniques) ont donc représenté 33 % du passif pour les mutuelles (graphique 6.6), contre 82 % pour les entreprises d'assurance et 64 % 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 2022

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	199,6	22,3	161,4	15,8	147,4	52,1
Fonds propres	103,3	16,2	75,1	12,0	72,5	30,7
Provisions d'assurance vie	1 106,6	1,8	1 094,9	9,8	1 106,6	0,0
Autres provisions techniques	257,2	10,0	217,8	29,4	150,5	106,7
Autres passifs	221,4	7,6	203,5	10,3	199,9	21,5
Total passif	1 688,5	35,6	1 591,4	61,5	1 529,5	158,9
Provisions techniques réassurées	69,0	2,9	52,4	13,6	44,2	24,8
Placements	1 499,4	26,5	1 434,2	38,6	1 391,5	107,9
Autres actifs	120,1	6,2	104,7	9,2	93,8	26,3
Total actif	1 688,5	35,6	1 591,4	61,5	1 529,5	158,9
Bilan comptable	1 688,5	35,6	1 591,4	61,5	1 529,5	158,9
Plus-values latentes	-38,6	0,5	-37,1	-1,9	-39,1	0,5
Bilan en valeur de marché	1 649,9	36,1	1 554,2	59,5	1 490,4	159,4

Note : Le total du chiffre d'affaires correspond aux cotisations collectées pour l'ensemble de l'activité. Le bilan en valeur de marché correspond à la somme 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 2022). La valeur de l'actif correspond à celle du passif.

Lecture : En 2022, les fonds propres des mutuelles se sont élevés à 16,2 milliards d'euros.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022.

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 (ou du fonds d'établissement pour les mutuelles), 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 : en 2022 les fonds propres se sont élevés à 47 % des cotisations collectées annuellement pour les entreprises d'assurance alors qu'ils ont représenté 72 % des cotisations pour les mutuelles et 76 % des cotisations pour les institutions de prévoyance (tableau 6.5). Ces fonds propres ont ainsi représenté 5 % du passif des entreprises d'assurance, contre 19 % du passif des institutions de prévoyance et 45 % du passif des mutuelles (graphique 6.6).

Les provisions doivent être garanties par des actifs pouvant être liquidés afin de payer les prestations. En effet, une spécificité du secteur de l'assurance réside dans le fait que les cotisations sont collectées avant la matérialisation du risque, i.e. l'organisme assureur encaisse avant d'avoir à supporter les coûts du service qu'il vend. Il peut ainsi placer les cotisations perçues par les organismes (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et dépôts, etc.) afin de les faire fructifier et de générer

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

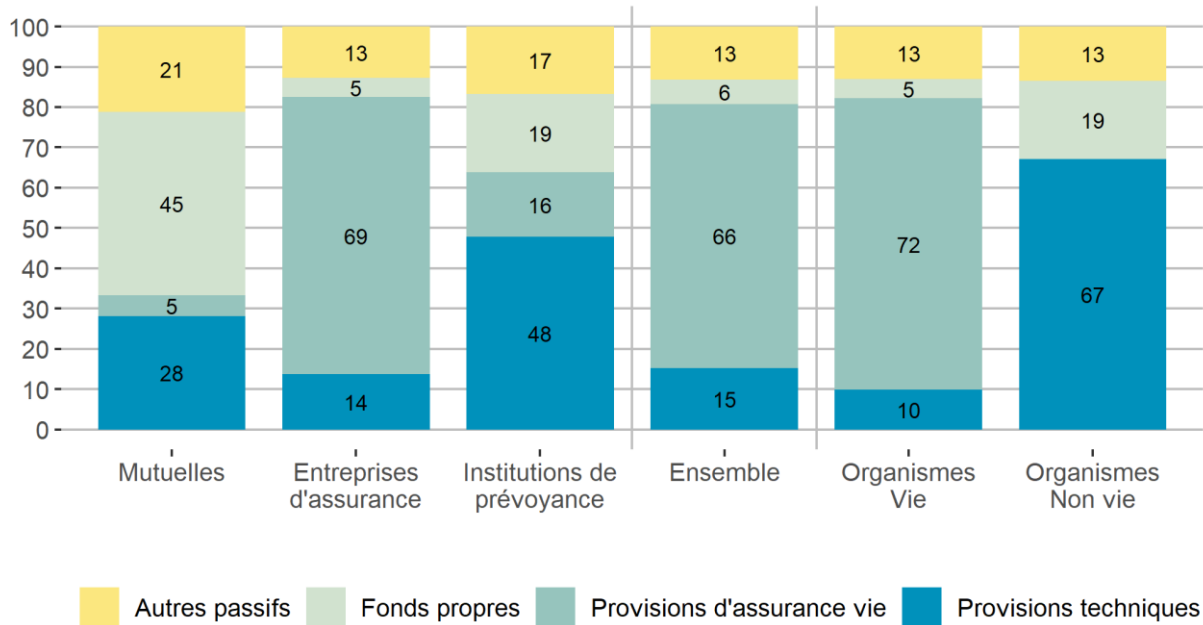
des produits financiers. La réglementation impose que ces investissements soient de bonne qualité car les assurés doivent être confiants dans le fait que les organismes pourront honorer à tout moment leurs engagements, c'est-à-dire payer les prestations. Les fonds propres des organismes peuvent également être placés afin de les faire fructifier.

Fin 2022, 89 % des ressources à l'actif étaient placées (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et de dépôts). De plus, 4 % des ressources étaient données en réassurance et le reste (7 %) représentait des avoirs en banque, d'autres créances, des intérêts acquis non échus, etc. Enfin, les placements peuvent être en situation de plus-value ou de moins-value latente (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 2022). Le bilan d'un organisme en valeur de marché est ainsi supérieur (respectivement inférieur) à son bilan comptable si l'organisme détient des placements en situation de plus-value latente (respectivement de moins-value latente). En 2022, les organismes ont eu en moyenne des moins-values latentes équivalentes à -2,3 % de leur bilan comptable (graphique 6.7). Parmi les trois catégories d'organismes, seules les mutuelles ont eu des plus-values latentes en 2022, d'ampleur toutefois relativement faible (1,4 % de leur bilan comptable). Il s'agit de la première année pour laquelle les organismes complémentaires ont eu des moins-values latentes depuis 2011 (première année de la période étudiée dans ce rapport). Cela s'explique essentiellement par les moins-values latentes sur les placements obligataires liées à la hausse des taux d'intérêt : « L'année 2022 est marquée par une forte remontée des taux d'intérêt, mettant fin à une longue période de taux bas [...]. Jusqu'au 1^{er} trimestre 2022, les portefeuilles obligataires des assureurs vie étaient en plus-values latentes, dans la continuité des années précédentes. À partir du 2^e trimestre 2022, l'accélération de la hausse des taux a pesé sur les placements obligataires des organismes d'assurance-vie et mixte, enregistrant ainsi des moins-values latentes » (ACPR, 2023).

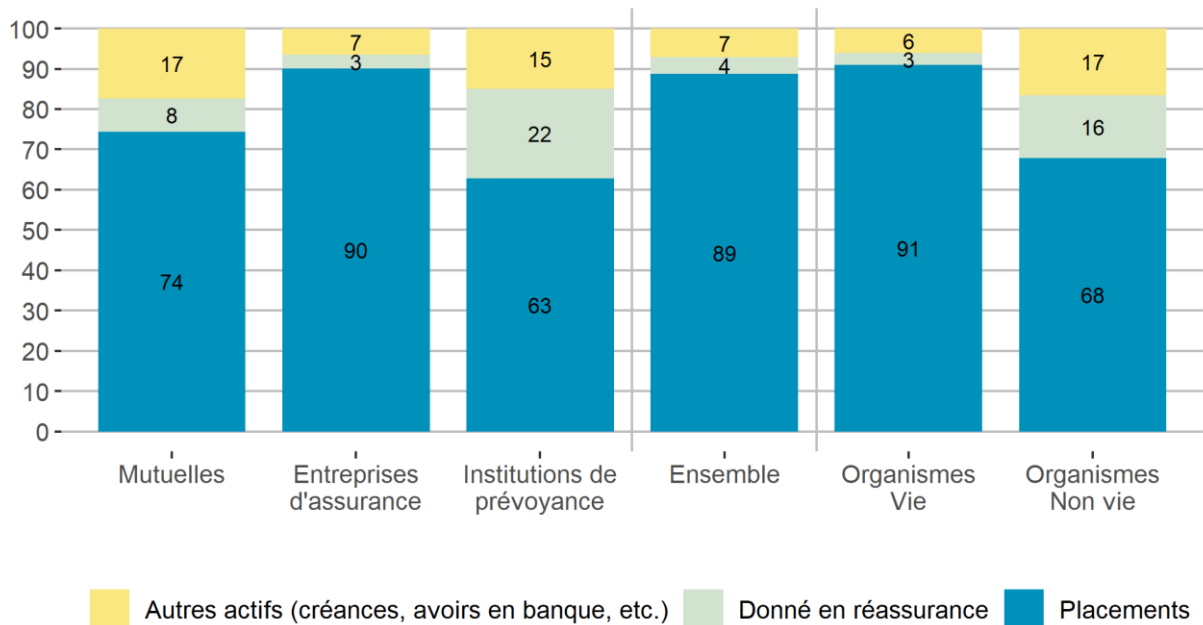
6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Graphique 6.6 – Structures du passif et de l’actif des organismes actifs en santé fin 2022

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. En 2022, les fonds propres ont représenté 5 % du passif des entreprises d'assurance et les placements ont représenté 90 % de leur actif.

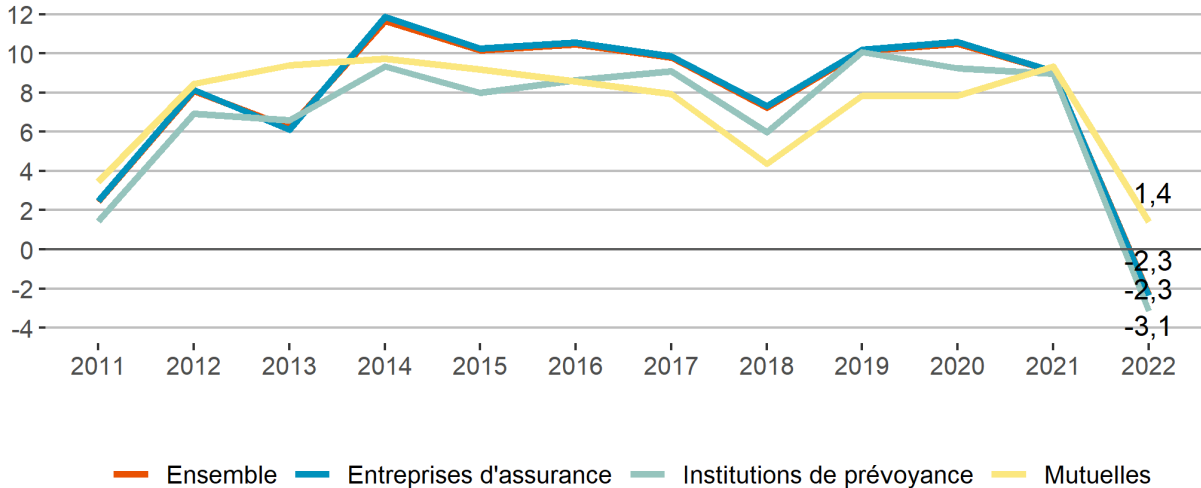
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022.

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 : Les plus-values latentes des mutuelles se sont élevées à 1,4 % de leur bilan comptable en 2022.

Champ : Organismes d’assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l’ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

6.3 En 2022, le bilan comptable global a été en forte baisse, du fait de la création de nouveaux ORPS dont le bilan est sorti du champ des organismes complémentaires

Le bilan comptable (hors plus-values latentes) des organismes assurant une couverture santé a diminué de 7,7 % entre 2021 et 2022 (tableau 6.8). Cette diminution a principalement suivi celle du bilan des entreprises d’assurance (-7,9 %). Le bilan des institutions de prévoyance a également fortement diminué (-6,3 %), tandis que le bilan des mutuelles a en revanche augmenté (+1,9 %). En 2022, les entrées et sorties d’organismes soumis au régime Solvabilité 2, vis-à-vis du champ des organismes exerçant une activité en santé, n’ont pas contribué aux variations de bilan. En revanche, l’année 2022 a vu la création de 12 nouveaux organismes de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS, voir glossaire), qui sont ainsi sortis du champ des complémentaires santé mais qui ne sont pas comptabilisés dans les entrées et sorties observées en 2022 au sein des organismes d’assurance soumis au régime Solvabilité 2 (ces organismes relevant d’un régime qui leur est propre ; tableau 6.8). D’après l’ACPR, le bilan total agrégé des ORPS est passé « de 48,1 milliards d’euros en 2021 à 201,8 milliards d’euros en 2022 » (ACPR, 2023). Cette variation du bilan des ORPS équivaut à 9,1 % du bilan comptable de l’ensemble des organismes complémentaires en 2022 et constitue donc le facteur principal de l’évolution de -7,7 % de ce dernier.

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

Tableau 6.8 – Évolution entre 2021 et 2022 du bilan total des organismes actifs en santé, et mouvements de champ

Évolution en %, et contributions en points de pourcentage

	Croissance du bilan	dont contributions			Croissance du bilan des organismes pérennes
		Pérennes	Entrées	Sorties	
Mutuelles	1,9	1,9	0,0	0,0	1,9
Entreprises d'assurance	-7,9	-7,9	0,0	0,0	-7,9
Institutions de prévoyance	-6,3	-6,3	0,0	0,0	-6,3
Ensemble	-7,7	-7,7	0,0	0,0	-7,7

Lecture : Le total du bilan des mutuelles exerçant une activité santé a varié de 1,9 % entre 2021 et 2022. En 2022, les entrées et sorties d'organismes soumis au régime Solvabilité 2, vis-à-vis du champ des mutuelles exerçant une activité en santé, n'ont pas contribué à cette variation.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) 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 des règles dites « 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 7).

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 de Capital Requis (*Minimum Capital Requirement*, MCR) et le Capital de Solvabilité Requis (*Solvability Capital Requirement*, SCR). Le MCR correspond au minimum de fonds propres nécessaires à un organisme pour exercer, en deçà duquel les autorités prudentielles interviennent et peuvent lui retirer l'agrément. Le SCR, en général supérieur au MCR, correspond au montant de fonds propres dont un organisme d'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 le MCR et sur le 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 (ils correspondent principalement à des titres de dettes non-prioritaires en cas de défaut de l'organisme assureur)³⁰.

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 ont représenté 263 % du SCR en 2022, tableau 6.9), devant les institutions de prévoyance (241 %) et les entreprises d'assurance (230 %). 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 100 % par des fonds de la meilleure qualité (niveau 1), contre 93 % pour les institutions de prévoyance et 91 % pour les entreprises d'assurance en 2022.

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 2022 (ratio inférieur à 100 %).

Tableau 6.9 – Couverture moyenne du SCR en 2022 et qualité des fonds propres

	Couverture SCR (en %)	par des fonds propres de		
		Niveau 1 (en %)	Niveau 2 (en %)	Niveau 3 (en %)
Mutuelles	263	100	0	0
Entreprises d'assurance	230	91	8	1
Institutions de prévoyance	241	93	5	2
Ensemble	234	92	7	1

Lecture : En 2022, les fonds propres des mutuelles couvraient en moyenne pondérée 263 % du capital de solvabilité requis (SCR) et étaient 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 au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022 et soumis au régime Solvabilité 2.

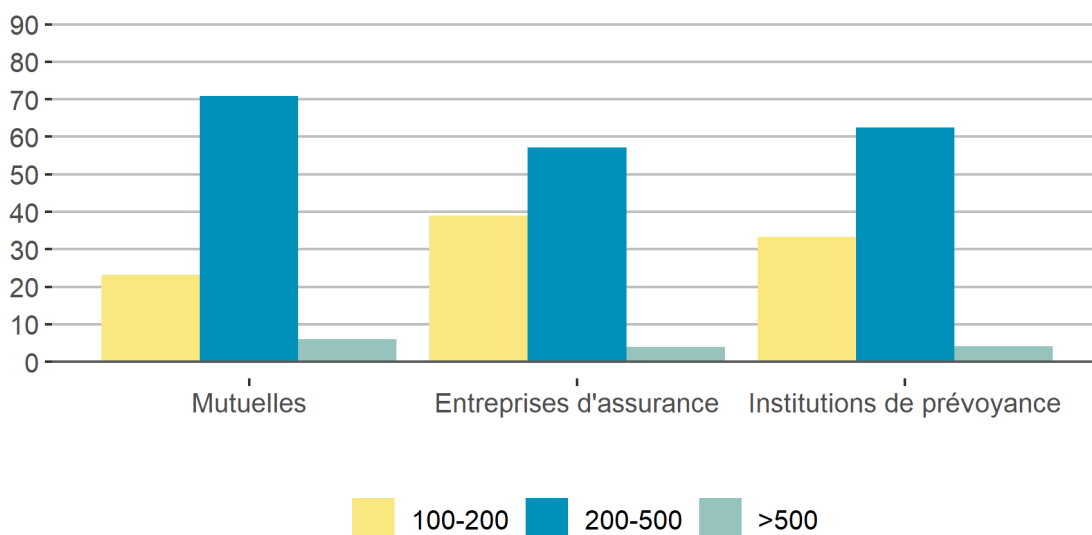
Source : ACPR, calculs DREES.

³⁰ 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 2022

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



Lecture : En 2022, pour 23 % des mutuelles les fonds propres couvraient entre 100 % et 200 % du SCR.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022 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 ont représenté 951 % du MCR en 2022, tableau 6.11), devant les institutions de prévoyance (733 %) et les entreprises d'assurance (532 %). 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 à 98 % et celui des entreprises d'assurance à 98 % en 2022.

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 2022.

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 2022 et qualité des fonds propres

	Couverture MCR (en %)	par des fonds propres de	
		Niveau 1 (en %)	Niveau 2 (en %)
Mutuelles	951	100	0
Entreprises d'assurance	532	98	2
Institutions de prévoyance	733	98	2
Ensemble	569	98	2

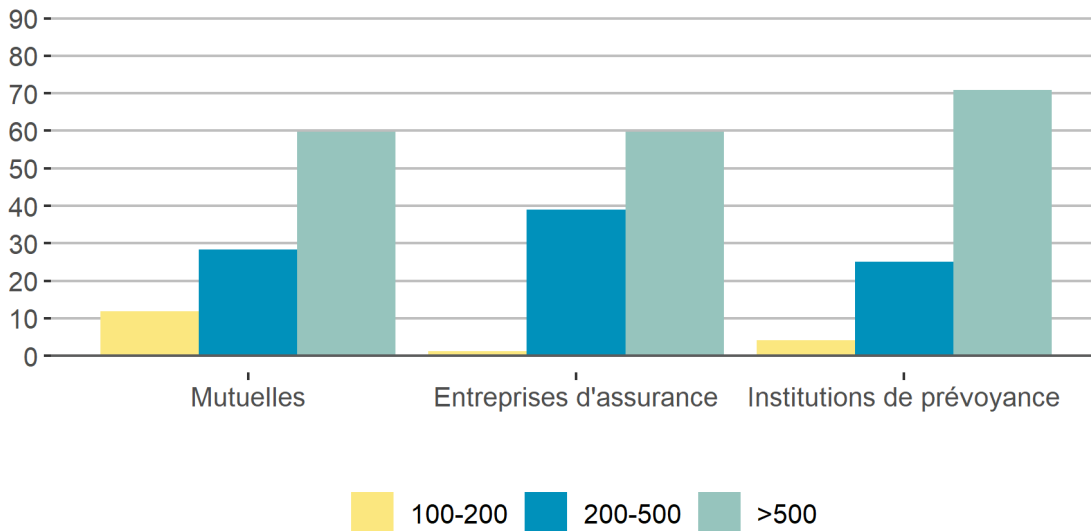
Lecture : En 2022, les fonds propres des mutuelles couvraient en moyenne pondérée 951 % du minimum de capital requis (MCR) et étaient composés à 100 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.12 – Distribution de la couverture du MCR en 2022

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



Lecture : En 2022, pour 12 % des mutuelles les fonds propres couvraient entre 100 % et 200 % du MCR.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022 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 des mutuelles et des institutions de prévoyance. Les taux de couverture des entreprises d'assurance ont augmenté en 2019 grâce à l'arrêté relatif aux fonds excédentaires en assurance vie, qui autorise sous certaines conditions à prendre en compte une partie de la provision pour participation aux bénéfices dans

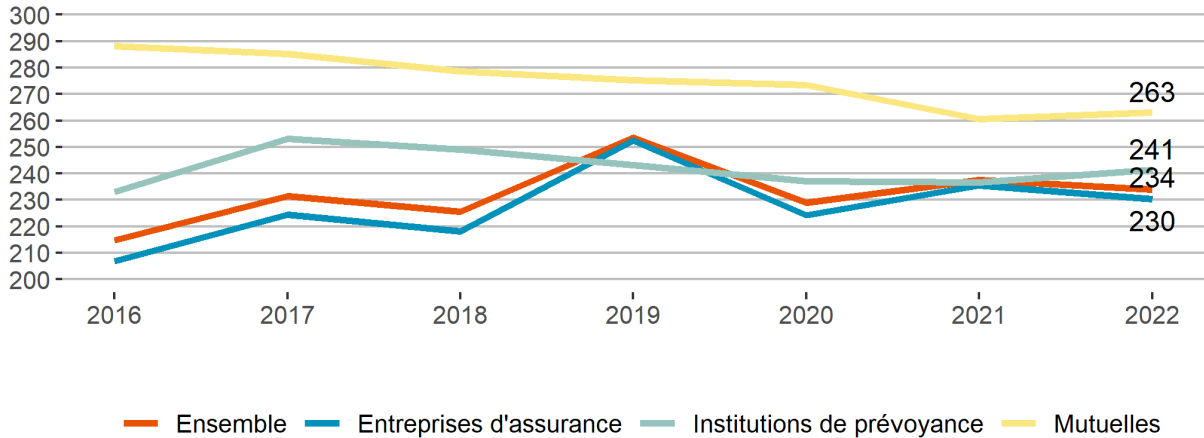
6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé est sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

les fonds propres éligibles en couverture des exigences de capital. Ces taux ont ensuite diminué en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire. 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 s'appuyer sur d'autres indicateurs.

Graphique 6.13 – Couverture moyenne du SCR entre 2016 et 2022

En %



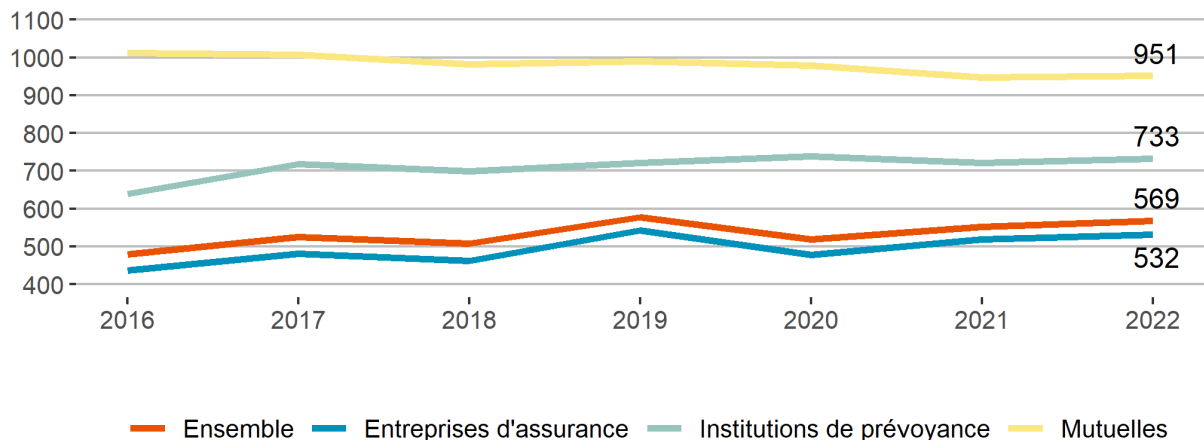
Lecture : En 2022, les fonds propres des mutuelles couvraient en moyenne pondérée 263 % du capital de solvabilité requis (SCR).

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), 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 2022

En %



Lecture : En 2022, les fonds propres des mutuelles couvraient en moyenne pondérée 951 % du minimum de capital requis (MCR).

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 7 : 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).

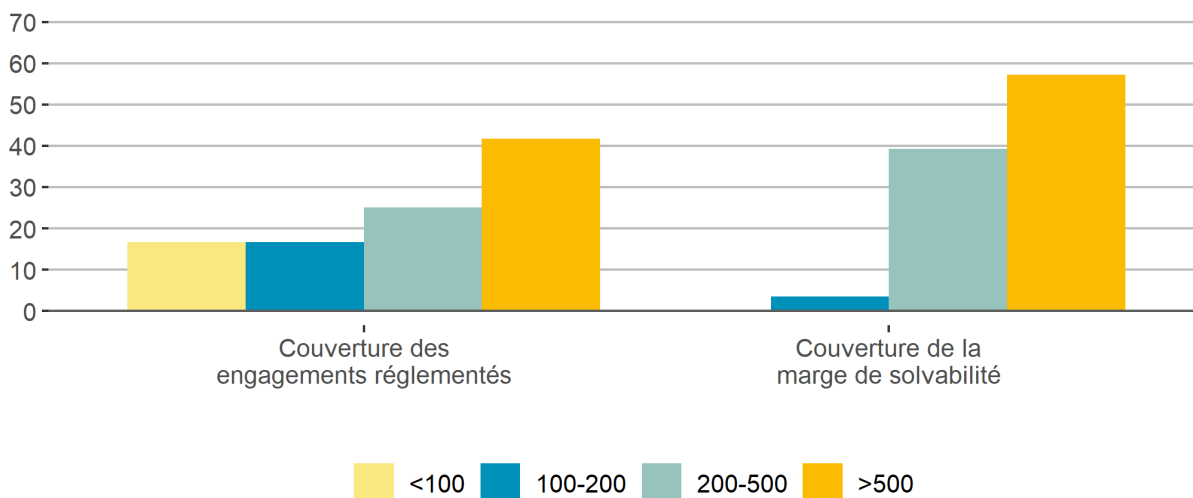
Fin 2022, sur les 340 organismes du champ de ce rapport, 256 étaient soumis au régime Solvabilité 2 et 84 demeuraient soumis au régime Solvabilité 1 précédemment en vigueur. Ces 84 organismes soumis à Solvabilité 1, qui sont majoritairement des mutuelles, sont de très petite taille, et ne représentaient que de l'ordre de 0,2 % du marché de l'assurance santé en matière de cotisations collectées en 2022. À la date de figement des données Solvabilité 1 pour ce rapport, 24 organismes ont renseigné leurs états prudentiels C5 permettant de calculer leur ratio de couverture des engagements réglementés, et 28 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 leur sont imposées. Ces organismes possèdent en effet des actifs admissibles qui représentaient en moyenne 367 % de leurs engagements réglementés, et des fonds propres représentant 600 % de leur marge de solvabilité. Une minorité d'entre eux couvraient 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.

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 pour les organismes soumis au régime Solvabilité 1

Proportion d'organismes dans chaque catégorie de couverture



Lecture : En 2022, pour 17 % des organismes, les actifs admissibles représentaient entre 100 % et 200 % des engagements réglementés.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022, 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, 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 (2023). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2022 ».

<https://acpr.banque-france.fr/les-chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l-assurance-2022>

ACPR (2021). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2020 ».

<https://acpr.banque-france.fr/les-chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l-assurance-2020>

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. (2023). « Les dépenses de santé en 2022 ». Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

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

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>

Fouquet, M., Pollak, C. (2022). « Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie », DREES, Les dossiers de la DREES, 101.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/impact-des-assurances-complementaires>

Pour en savoir plus

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-lassurance-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.

<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 2022 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « TSA », au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières³¹) – 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 4).

Le champ des organismes assujettis à la TSA et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022 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, absorptions et scissions ayant eu lieu courant 2022, 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 63 millions sur les 40,5 milliards d'euros de cotisations collectées en complémentaire santé en 2022 (soit 0,16 % des cotisations). Les rapprochements, fusions, absorptions, transferts de portefeuilles et scissions doivent être traités pour mettre en cohérence les deux sources de données, ACPR et Urssaf Caisse nationale.

Le champ du rapport – tableau A1.1, 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 340 organismes du champ du rapport, 278 ont fourni à l'ACPR leurs états comptables et prudentiels à la date du 26 septembre 2023 – tableau A1.1, 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 2).

Les résultats présentés dans ce rapport sont donc calculés à partir des comptes des 278 organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et ayant fourni à l'ACPR leurs comptes pour l'année 2022, 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 (98,2 % du marché en matière de cotisations collectées – tableau A1.1, 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.

³¹ 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 (3,0 % en 2022).

Tableau A1.1 – Nombre d’organismes ayant une activité de complémentaire santé en 2022, avant repondération

	Assujettis à la TSA en 2022 (1)	Assujettis à la TSA en 2022 et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022 (2)	Champ du rapport (3)	dont ayant renseigné les états ACPR (4)	dont ayant renseigné les états ACPR, en % des cotisations (5)
Mutuelles	272	261	227	174	96,3
Entreprises d'assurance	100	89	88	80	99,9
Institutions de prévoyance	25	25	25	24	100,0
Ensemble	397	375	340	278	98,2

1 : Organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2022 (définition différente du dénombrement en fin d'année).

2 : Organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2022 et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022, i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et scissions ayant eu lieu en 2022.

3 : Organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2022 et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022, hors 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 : 227 mutuelles font partie du champ de ce rapport, i.e. ont été assujetties à la TSA au cours de l'année 2022 et contrôlées par l'ACPR au 31/12/2022, hors mutuelles substituées.

Source : Urssaf Caisse nationale, ACPR, 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 2022 (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 2022, 278 organismes ont été « 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 erroné, 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), les taux de remplissage peuvent varier d'une variable (par exemple les prestations d'audioprothèses) à l'autre.

Tableau A1.2 – Taux de réponse par état en 2022

	Nombre d'organismes	% des cotisations en santé
ayant renseigné les comptes publics et bilans	278	98,2
ayant renseigné les états FR.13	278	98,2
ayant renseigné l'état FR.14.01	139	52,7
ayant renseigné l'état FR.14.02	225	91,5
ayant renseigné l'état FR.14.03	271	98,0
ayant renseigné l'état FR.14.04	130	71,0

Note : Un état est indiqué ici comme ayant été renseigné lorsque les principales cases de totaux ont été 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 : 278 organismes, représentant 98,2 % 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 2021 et 2022

Tableau A2.1 – Compte de résultat technique en santé en 2021 et 2022

En millions d'euros

Mutuelles	Individuel 2021	Collectif 2021	Total 2021	Individuel 2022	Collectif 2022	Total 2022
Produits	12 416	6 242	18 658	12 502	6 558	19 060
Cotisations collectées	12 367	6 215	18 582	12 456	6 527	18 982
Autres produits	50	27	76	46	32	78
Charges	12 009	6 685	18 694	12 069	6 964	19 032
Prestations	9 445	5 519	14 964	9 428	5 812	15 240
Frais de gestion des sinistres	500	262	762	493	270	763
Frais d'acquisition	852	376	1 228	856	408	1 264
Frais d'administration	1 168	537	1 705	1 195	578	1 772
Autres charges	44	-8	36	95	-103	-8
Résultat technique	407	-444	-36	433	-405	28

Entreprises d'assurance	Individuel 2021	Collectif 2021	Total 2021	Individuel 2022	Collectif 2022	Total 2022
Produits	6 466	7 558	14 024	6 993	7 514	14 508
Cotisations collectées	6 486	7 503	13 989	7 025	7 466	14 492
Autres produits	-20	56	35	-32	48	16
Charges	6 154	7 727	13 881	6 652	7 633	14 286
Prestations	4 485	6 289	10 774	4 939	6 295	11 234
Frais de gestion des sinistres	260	362	623	267	366	633
Frais d'acquisition	934	696	1 630	1 016	645	1 661
Frais d'administration	422	391	813	465	364	830
Autres charges	53	-11	43	-35	-37	-72
Résultat technique	312	-169	143	341	-119	222

Annexes

Institutions de prévoyance	Individuel 2021	Collectif 2021	Total 2021	Individuel 2022	Collectif 2022	Total 2022
Produits	886	5 959	6 844	880	6 202	7 082
Cotisations collectées	882	5 937	6 819	876	6 191	7 067
Autres produits	4	21	25	4	11	15
Charges	812	6 089	6 901	812	6 463	7 275
Prestations	747	5 090	5 838	755	5 549	6 303
Frais de gestion des sinistres	26	248	274	29	287	316
Frais d'acquisition	33	283	315	32	289	321
Frais d'administration	-4	375	371	-2	372	370
Autres charges	11	93	104	-1	-35	-36
Résultat technique	73	-130	-57	68	-261	-193

Ensemble des organismes	Individuel 2021	Collectif 2021	Total 2021	Individuel 2022	Collectif 2022	Total 2022
Produits	19 768	19 758	39 526	20 376	20 274	40 650
Cotisations collectées	19 735	19 655	39 389	20 357	20 184	40 541
Autres produits	33	104	137	19	91	109
Charges	18 976	20 501	39 477	19 533	21 060	40 593
Prestations	14 677	16 898	31 575	15 122	17 655	32 777
Frais de gestion des sinistres	786	872	1 659	789	923	1 712
Frais d'acquisition	1 819	1 354	3 173	1 904	1 343	3 247
Frais d'administration	1 586	1 302	2 888	1 659	1 314	2 972
Autres charges	108	75	183	59	-175	-116
Résultat technique	792	-743	49	843	-785	57

Note : Les « cotisations collectées » sont les cotisations nettes (hors taxe). Les « autres produits » correspondent aux variations de provisions pour cotisations non acquises, aux subventions d'exploitation reçues et au solde financier. Les « prestations » sont les charges de prestations, hors frais de gestion des sinistres. Les « frais d'administration » correspondent aux frais d'administration et autres charges nettes de produits techniques. Les « autres charges » correspondent à la participation aux résultats et au solde de réassurance.

Lecture : En 2022, le résultat technique en santé des mutuelles s'est établi à 28 millions d'euros, dont 433 millions au titre des contrats individuels et -405 millions au titre des contrats collectifs.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) 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 coassurance, désigne l'organisme qui gère pour le compte de tous les coassureurs.

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'information, des exigences réglementaires, etc.

Branches : Il existe 25 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 ».

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 : Contrat permettant à plusieurs organismes d'assurance de s'associer 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 de santé 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 relevant du 1^o de l'article 998 du code général des impôts (CGI) : L'article 998-1^o du CGI prévoit une exonération de taxe pour les assurances de groupe et opérations collectives souscrites par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés ou par un groupement professionnel représentatif d'entreprises au profit de ses salariés ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents des collectivités publiques au profit de ses membres, et dont 80 % au moins de la prime ou de la cotisation globale sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires.

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 (encadré 3). 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 : Également appelée indistinctement « prime », il s'agit de la somme payée par l'assuré en contrepartie des garanties accordées par l'assureur. Il existe différentes notions techniques de cotisations détaillées ci-dessous.

Cotisation « acquise » : Lorsque la cotisation due ou payée par le client (ou estimée) correspond à une période de garantie qui dépasse le 31 décembre de l'exercice, la cotisation acquise est la fraction de la cotisation qui couvre les risques de la période qui se termine le 31 décembre de l'exercice. Dans ce cas, l'excédent de la cotisation est reporté, en comptabilité, sous forme de provision. Il constituera la provision pour cotisations 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 cotisations non acquises à l'ouverture. Par exemple, pour un contrat dont la cotisation est annuelle et est émise au 1^{er} mai 2022, la cotisation acquise est la part de cette cotisation qui couvre la période comprise entre le 1^{er} mai 2022 et le 31 décembre 2022, tandis que la cotisation non acquise est la part de cette cotisation qui couvre la période comprise entre le 1^{er} janvier 2023 et le 30 avril 2023. Ainsi, le concept des cotisations acquises en comptabilité des assurances concorde avec le principe d'enregistrement sur la base des droits constatés dans les comptes nationaux, tandis que les cotisations émises correspondent à des dates de versements.

Cotisation « émise » : Cotisation demandée à la date d'anniversaire du contrat ou à la date d'échéance (contrats collectifs et contrats à cotisation fractionnée). La cotisation est considérée comme émise, dès que l'échéance est atteinte. L'émission de la cotisation entraîne sa mise en recouvrement. Dans ce rapport, les cotisations nettes émises s'entendent comme la somme des cotisations et accessoires émis et de la variation des cotisations à émettre nettes (cotisations à émettre nettes à la clôture moins cotisations à émettre nettes à l'ouverture), diminuée des charges d'annulations et des ristournes.

Cotisation « nette » : Une cotisation est qualifiée de « nette » lorsqu'elle ne tient pas compte des taxes (TSA ou TSCA, encadré 4). La cotisation totale, payée par le souscripteur, correspond à la somme de la cotisation nette et des taxes (TSA ou TSCA).

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

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

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

EIOPA (en français AEAPP, Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles) : Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la structure de la supervision financière européenne, cette autorité européenne a remplacé depuis le 1^{er} janvier 2011 le Comité européen des contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles (CECAPP). 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.

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.

Exigence de marge de solvabilité : Minimum de fonds propres qu'un organisme 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.

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 aux ministères chargés 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 de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS) : Voir « Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) ».

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 ».

France Assureurs : France Assureurs, anciennement appelée Fédération française de l'assurance (FFA), est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 252 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.

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 régies 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.

Institution de retraite professionnelle supplémentaire (IRPS) : Voir « Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) ».

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.

Mutuelle de retraite professionnelle supplémentaire (MRPS) : Voir « Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) ».

Noémie (Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs) : Application qui permet le transfert dématérialisé des décomptes de remboursement de la Sécurité sociale vers les assureurs complémentaire santé. Cette application 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 professionnelle supplémentaire peuvent être gérés par ce nouveau type d'organismes. 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. Les organismes d'assurance ont eu la possibilité de transférer leurs portefeuilles de retraite existants vers des ORPS jusqu'à la date limite du 31 décembre 2022. Un ORPS peut être soit un fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS), s'il est régi par le code des assurances, soit une institution de retraite professionnelle supplémentaire (IRPS), s'il est régi par le code de la sécurité sociale, soit une mutuelle de retraite professionnelle supplémentaire (MRPS), s'il est régi par le code de la mutualité.

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 des risques « autres dommages corporels » (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, etc.), décès (vie entière, temporaire), perte d'emploi et famille. La prévoyance permet, selon les garanties souscrites, d'assurer un maintien partiel ou total des revenus, de bénéficier d'un complément financier ou de percevoir un capital ou une rente. Elle complète les prestations des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Produits financiers : Les 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 cotisation. 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.

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 cotisations originales versées par le ou les assurés. La réassurance permet de mieux disperser les risques.

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 »).

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.

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 (y compris sur les contrats d'indemnités journalières), et finançant la complémentaire santé solidaire (encadré 4).

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.