

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

20 ans d'expertise au service des solidarités et de la santé
Drees
STATISTIQUE PUBLIQUE



MAI
2018
NUMÉRO
1064

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la généralisation de la complémentaire santé oblige les entreprises du secteur privé à fournir à leurs salariés une couverture collective. Les contrats collectifs représentent 46 % des cotisations collectées en 2016 contre 44 % en 2015. Cette hausse, bien que la plus forte de ces dernières années, n'est pas le signe d'une transformation importante du marché.

Entre 2015 et 2016, le marché des contrats collectifs s'est accru de 912 millions d'euros hors taxes, soit une hausse de 5,8 %. Par ailleurs, les gains réalisés ont été très concentrés puisque, à eux seuls, 9 organismes ont aussi vu leurs cotisations en collectif progresser de 900 millions. Des trois catégories d'organismes complémentaires en santé (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance), les assureurs sont ceux dont les parts de marché ont le plus augmenté. Enfin, les nouveaux acteurs sur ce marché ont été peu nombreux : seuls 17 organismes ont commencé à développer une activité d'assurance santé collective en 2016.

Les charges de gestion des organismes, et notamment celles liées à la conquête de parts de marché, ont peu évolué entre 2015 et 2016. Les rentabilités des contrats individuels et collectifs se sont maintenues, de sorte que le marché de l'assurance santé a dégagé, au total, 104 millions d'euros d'excédents en 2016, soit 0,3 % des cotisations, comme en 2015.

La DREES réalise chaque année un rapport au Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires santé. Les principaux enseignements du rapport portant sur les données 2016 sont présentés ici.

Alexis Montaut (DREES)

La généralisation de la complémentaire santé¹ oblige les entreprises du secteur privé à fournir à leurs salariés une couverture santé collective. La couverture santé est un marché important pour les organismes d'assurances, puisqu'elle représente 15 % de leur chiffre d'affaires. En 2016, 492 organismes pratiquent une activité d'assurance complémentaire santé en France (source : fonds CMU). Le nombre d'organismes exerçant sur ce marché recule chaque année², principalement en raison de la concurrence et des exigences réglementaires³. Entre 2015 et 2016, il s'est réduit de 42 organismes. À titre de comparaison, depuis 2011, on dénombre 30 à 40 organismes en moins chaque année, notamment à la suite de fusions, absorptions ou cessations d'activité. La généralisation de la complémentaire d'entreprise en 2016 ne semble donc pas avoir significativement affecté la dynamique de concentration.

La part des contrats collectifs en hausse

Un contrat collectif est souscrit par une entreprise au bénéfice d'une catégorie de personnes (l'ensemble de ses salariés, un groupe de cadres, etc.) à l'inverse de l'assurance individuelle, qui est souscrite directement par un particulier. Les contrats collectifs représentent 46 % des

1. La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, faisant suite à l'article 1 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, prévoit la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à compter du 1^{er} janvier 2016. Tout employeur est tenu de garantir un panier de soins minimal à ses salariés, mais peut proposer des garanties plus couvrantes (décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014). L'employeur doit aussi financer au moins 50 % de la cotisation du salarié (article L911-7 du Code de la Sécurité sociale).

2. 2001 est la première année pour laquelle des données sont disponibles.

3. Depuis le 1^{er} janvier 2016, en plus de la généralisation de la complémentaire d'entreprise, le nouveau régime prudentiel Solvabilité 2 a remplacé l'ancien régime Solvabilité 1

cotisations collectées en santé en 2016, contre 44 % en 2015 (graphique 1). Cette hausse de la part des contrats collectifs, la plus élevée des dernières années, n'est toutefois pas signe d'une transformation importante du marché. De nombreuses entreprises couvraient en effet déjà leurs salariés via des contrats collectifs, avant la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé. Les dispenses d'adhésion aux contrats collectifs sont également nombreuses. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et les salariés ou leurs conjoints déjà couverts par un contrat collectif ont ainsi la

possibilité de ne pas souscrire à la complémentaire collective de leur employeur. Les salariés préalablement couverts par un contrat individuel ont aussi la possibilité d'attendre l'échéance de ce dernier avant de basculer sur le contrat collectif de leur employeur, afin de ne pas se retrouver avec une double couverture. Enfin, certaines entreprises se seraient mises en conformité avec cette nouvelle obligation en cours d'année 2016. Cette année 2016 pourrait donc n'être encore qu'une année de montée en charge de la généralisation. Entre 2015 et 2016, la masse des cotisations collectées en santé a augmenté de 638 millions d'euros (hors taxes). Cela résulte d'une hausse de 912 millions d'euros

de cotisations pour les contrats collectifs conjuguée à une baisse de 274 millions d'euros pour les contrats individuels d'après les données de l'ACPR (tableau 1). À titre de comparaison, les contrats collectifs avaient déjà progressé de l'ordre de 900 millions d'euros par an entre 2011 et 2013, avant de croître plus faiblement entre 2013 et 2015. Les variations de la masse totale des cotisations peuvent toutefois résulter des évolutions du volume d'activité (nombre de personnes couvertes) mais aussi de celles des tarifs (changement de gamme des contrats, revalorisations tarifaires, etc.). Sous certaines hypothèses conventionnelles (encadré 1), la variation de la masse des cotisations entre 2015 et 2016 correspondrait à une hausse d'environ 1,5 million de personnes couvertes par un contrat collectif combinée à une baisse de 1,0 million en individuel.

••• pour la grande majorité des organismes d'assurances. Ce nouveau régime, plus contraignant, a pu inciter certaines structures à fusionner afin de respecter les exigences réglementaires. Ce passage au régime Solvabilité 2 a pu s'étaler sur plusieurs années, par anticipation.

GRAPHIQUE 1
 Part des contrats collectifs et individuels dans l'activité santé entre 2007 et 2016



Lecture • En 2016, les contrats collectifs représentent 46,1 % des cotisations collectées en santé.
Champ • Organismes assujettis à la taxe dite « CMU » et contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année.
Sources • ACPR, états comptables et prudentiels, calculs DREES.

Assureurs et paritaires : les pertes en individuel compensées par les gains en collectif

Trois catégories d'acteurs opèrent sur le marché de la complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Mais le marché de l'assurance est aussi structuré par des groupes, pouvant posséder des filiales issues des trois catégories. Il est donc utile de recomposer les catégories en tenant compte des groupes (encadré 2). Sont nommés ici « paritaires » les organismes qui appartiennent à des groupes de protection sociale (groupe dont la tête est une institution de prévoyance),

TABLEAU 1
 Variation du chiffre d'affaires et des parts de marchés entre 2015 et 2016 selon le type d'acteur

	Variation en millions d'euros, part en %								
	Individuel			Collectif			Ensemble		
	Variation 2015-2016	Part de marché 2015	Part de marché 2016	Variation 2015-2016	Part de marché 2015	Part de marché 2016	Variation 2015-2016	Part de marché 2015	Part de marché 2016
Ensemble, dont	-274	100,0	100,0	912	100,0	100,0	638	100,0	100,0
Paritaires	-123	12,1	11,7	281	44,2	43,5	158	26,3	26,3
Mutualistes	26	53,1	53,9	16	28,0	26,6	41	42,0	41,3
Assureurs	-177	34,8	34,4	615	27,8	30,0	438	31,7	32,4

Lecture • Entre 2015 et 2016, en collectif, les paritaires ont accru leur chiffre d'affaires de 281 millions d'euros, mais leur part de marché a baissé entre 2015 et 2016 (44,2 % contre 43,5 %).
Champ • Organismes assujettis à la taxe dite « CMU », hors mutuelles substituées, et contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année.
Sources • ACPR, états comptables et prudentiels, Fonds CMU, calculs DREES.

ENCADRÉ 1

Estimation d'un ordre de grandeur du nombre de personnes supplémentaires couvertes après la généralisation de la complémentaire santé

Une estimation du nombre supplémentaire de personnes couvertes après la généralisation de la complémentaire santé peut être réalisée, moyennant quelques hypothèses, assez fortes. Cela permet toutefois de donner un ordre de grandeur, en termes de nombres de personnes, de ce que représentent 900 millions d'euros de cotisations supplémentaires collectées en 2016 en assurance santé collective.

D'une part, avant la généralisation, 90 % de la population française possédait une couverture complémentaire santé souscrite auprès d'un organisme complémentaire (y compris aide à la complémentaire santé [ACS], mais hors couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C], source ESPS 2014, Irdes), soit 59,3 millions de personnes, dont 34,6 millions en individuel et 24,7 millions en collectif (partage individuel/collectif issu de l'enquête contrats les plus souscrits 2013, DREES). D'autre part, 34,4 milliards d'euros de cotisations ont été collectées en 2015 au titre de la complémentaire santé (source fonds CMU), dont 56 % au titre des contrats individuels et 44 % au titre des contrats collectifs (source ACPR). Ainsi, le coût moyen d'un contrat par an et par personne couverte serait de 550 euros en individuel et de 600 euros en collectif environ.

Sous l'hypothèse que les évolutions des cotisations entre 2015 et 2016 reflètent essentiellement des évolutions de nombre de personnes couvertes (et non des revalorisations tarifaires par exemple), que les personnes nouvellement couvertes l'ont été sur l'ensemble de l'année 2016 (et non en cours d'année) et sous l'hypothèse que les contrats collectifs nouvellement souscrits après la généralisation se situent dans la moyenne des contrats collectifs en matière de coûts (et notamment de niveau de garanties), 900 millions de cotisations supplémentaires en collectif en 2016 correspondraient à +1,5 million de personnes couvertes. Sous l'hypothèse supplémentaire que les contrats individuels

résiliés le seraient par des salariés basculant vers du collectif (donc des personnes ayant entre 20 et 60 ans) et que ces contrats individuels résiliés seraient en moyenne deux fois moins chers que la moyenne des contrats individuels (lesquels comportent de nombreux retraités, dont les contrats sont plus coûteux), alors - 300 millions de cotisations en individuel correspondraient à 1,0 million de personnes basculées de l'individuel vers le collectif. Le rapport entre les coûts des contrats individuels des salariés et des retraités est estimé à partir des tarifs à 20, 40, 60 et 75 ans des contrats individuels (Barlet et al., 2016).

Modifier les hypothèses précédentes permet de tester la sensibilité de l'estimation à ces hypothèses. Ainsi, dans le cas où les tarifs des contrats collectifs auraient été revalorisés de 1 % entre 2015 et 2016, le nombre de personnes supplémentaires couvertes serait alors de 1,25 million (au lieu de 1,5 million). Une hausse des tarifs de 2 % dans les contrats collectifs signifierait un nombre de personnes supplémentaires couvertes de 1,0 million, etc. Si un nombre important d'entreprises se sont mises en conformité avec la généralisation plus tard en 2016 ou que les assurés préalablement couverts en individuel ont attendu l'échéance de leur contrat avant de basculer vers la couverture collective de leur employeur, le nombre de personnes supplémentaires couvertes en collectif pourrait en revanche être plus élevé que le 1,5 million estimé ici. Enfin, si les contrats collectifs nouvellement souscrits après la généralisation sont plutôt des contrats d'entrée de gamme, le nombre de personnes supplémentaires couvertes en collectif pourrait également être plus important que l'estimation présentée ici. Les prochaines enquêtes Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'Irdes et de la DREES et Contrats les plus souscrits de la DREES permettront d'en savoir plus sur les niveaux de garanties des contrats, les choix opérés par les entreprises, la proportion de la cotisation qu'elles prennent en charge, etc.

ENCADRÉ 2

Les trois catégories d'organismes exerçant en assurance santé

Trois catégories d'organismes exercent une activité de complémentaire santé en France : les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Sur les 492 organismes exerçant en 2016 en santé, il y a 365 mutuelles, 102 sociétés d'assurances et 25 institutions de prévoyance (Fonds CMU). Toutefois le marché est aussi structuré par des groupes, pouvant être mutualistes, d'assurances ou de protection sociale en fonction de l'organisme qui est à la tête du groupe (respectivement une mutuelle, une société d'assurances et une institution de prévoyance). Certaines mutuelles sont, par exemple, des filiales de groupes de protection sociale ou de groupes d'assurances, dont elles portent tout ou partie des garanties santé. De même, certains groupes mutualistes ou de protection sociale possèdent des filiales du Code des assurances. Au sein d'un groupe, les stratégies des différentes filiales sont coordonnées, chacune pouvant être spécialisée sur un segment de marché. L'analyse des évolutions des parts de marché entre les trois catégories d'organismes doit donc être réalisée en tenant compte des groupes d'appartenance. Sont nommés ici « paritaires » les organismes qui appartiennent à des groupes de protection sociale (groupe dont la tête est une institution de prévoyance), ainsi que les institutions de prévoyance indépendantes. Les « mutualistes » rassemblent les groupes mutualistes ainsi que les mutuelles indépendantes. Enfin, les « assureurs » se composent des groupes d'assurances et des sociétés d'assurances indépendantes.

Le nom des organismes (raison sociale) peut renseigner sur le segment de marché sur lequel ils exercent (Montaut, 2018b). Les organismes ici qualifiés de « spécialisés professionnellement » sont ceux dont le nom fait référence à une entreprise spécifique, une administration, une profession ou un secteur d'activité, même s'il n'y a pas toujours correspondance parfaite entre le nom d'un organisme et son positionnement ; certains organismes spécialisés professionnellement peuvent avoir

aussi développé une offre grand public. Chez les mutualistes, il s'agit souvent de mutuelles de fonctionnaires qui couvrent les agents d'une administration *via* des contrats individuels, et des mutuelles d'entreprise qui couvrent en général les salariés de cette entreprise *via* des contrats collectifs et les anciens salariés retraités *via* des contrats individuels. Chez les paritaires également, des institutions de prévoyance sont spécialisées sur une entreprise ou une branche professionnelle. Enfin, des assureurs sont spécialisés sur certains secteurs d'activités (agriculture, BTP, professionnels de santé, etc.).

Les autres organismes sont qualifiés de « généralistes ». Ces organismes généralistes sont alors distingués selon leur spécialisation sur l'activité individuelle ou collective. Un organisme dont les cotisations en collectif représentent plus de 85 % de l'activité santé est considéré ici comme spécialisé en collectif. En effet, quasiment toutes les institutions de prévoyance, qui sont juridiquement spécialisées sur la couverture des entreprises, réalisent plus de 85 % de leur chiffre d'affaires en collectif, ce qui justifie le choix de ce seuil. Un organisme spécialisé sur la couverture des entreprises gère en effet souvent quelques contrats individuels destinés aux anciens salariés retraités qui souhaiteraient maintenir leur couverture (Loi Évin). Les organismes qui gèrent uniquement des contrats santé individuels sont dits « spécialisés en individuel ». Enfin, les autres organismes sont dits « exerçant une activité individuelle et collective ». En raison d'effectifs trop faibles, certains croisements entre catégorie d'organismes et spécialisations ont été regroupés.

Les masses des cotisations hors taxe en individuel et en collectif, ainsi que les charges de gestion et la rentabilité des organismes sont issues de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Les nombres d'organismes exerçant en santé sont issus du Fonds CMU (Montaut, 2018a).

ainsi que les institutions de prévoyance indépendantes. Les « mutualistes » rassemblent les groupes mutualistes ainsi que les mutuelles indépendantes. Enfin, les « assureurs » se composent des groupes d'assurances et des sociétés d'assurances indépendantes.

Les assureurs sont ceux dont le chiffre d'affaires sur les contrats collectifs a le plus augmenté entre 2015 et 2016 (615 millions d'euros de cotisations collectées supplémentaires sur les 912 millions). Leur part de marché a donc sensiblement progressé sur ce secteur, passant de 27,8 % à 30,0 %. Ils ont également enregistré le plus de pertes sur les contrats individuels (-177 millions). Au total, les gains réalisés sur les contrats collectifs compensent nettement ces pertes. Les paritaires ont aussi accru leur activité en collectif en 2016 (281 millions d'euros). Mais compte tenu de l'extension globale de ce marché, leur part de marché en collectif recule donc légèrement, à 43,5 % en 2016. Pour les paritaires également, les gains réalisés en collectif ont dépassé les pertes en individuel. Enfin, les mutua-

listes n'ont que très légèrement gagné en collectif (16 millions d'euros), leur part de marché recule donc par rapport aux assureurs notamment. En individuel au contraire, leur chiffre d'affaires s'est maintenu entre 2015 et 2016.

En collectif, 900 millions d'euros de cotisations supplémentaires partagés entre 9 organismes

Les gains en collectif ont été très concentrés : les 9 organismes qui ont le plus accru leur montant de cotisations collectées entre 2015 et 2016 ont perçu 900 millions d'euros supplémentaires, soit autant que l'accroissement de l'ensemble du marché de l'assurance santé collective durant cette période. Il s'agit de 5 assureurs et de 4 paritaires (graphique 2), dont 8 d'entre eux étaient déjà des acteurs majeurs du secteur de l'assurance santé en 2015⁴. À eux seuls, ils expliquent donc, pour l'essentiel, les variations des chiffres d'affaires et des parts de marché des trois familles sur les contrats collectifs. Toutefois, d'autres

organismes ont vu aussi leur chiffre d'affaires augmenter, mais dans une moindre mesure.

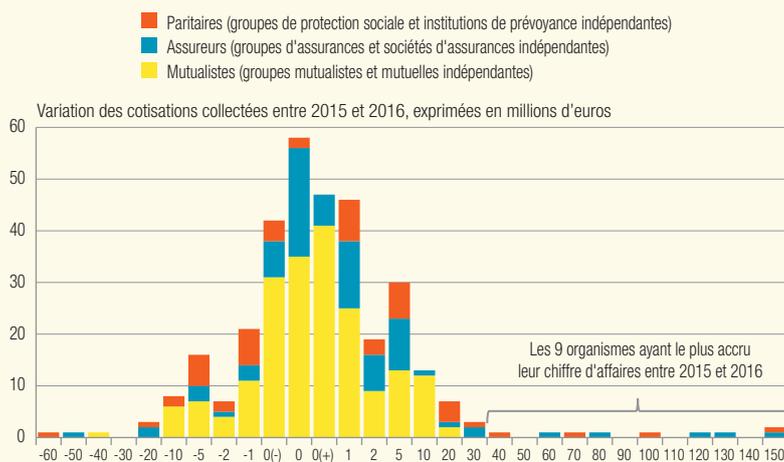
Dans les trois catégories d'acteurs du secteur, certains organismes sont « spécialisés professionnellement », sur une entreprise, une administration, une profession ou une branche professionnelle. Les autres organismes sont dits « généralistes ». Certains d'entre eux ont toutefois orienté leur activité sur les couvertures collectives pour les entreprises. D'autres sont spécialisés sur les couvertures individuelles des particuliers. D'autres, enfin, exercent aussi bien en individuel qu'en collectif (encadré 2).

De ces trois catégories d'acteurs, les organismes spécialisés professionnellement ont eu tendance à être moins touchés par la généralisation de la complémentaire santé. Par rapport aux organismes généralistes, leurs parts de marché en individuel ont rarement reculé car leurs populations cibles (fonctionnaires, retraités, indépendants) n'entraient pas dans le champ de la réforme. En collectif, ils ont aussi moins souvent gagné des parts de marché.

Parmi les organismes spécialisés professionnellement, les assureurs ont un peu plus souvent perdu des parts de marché en individuel que leurs homologues mutualistes ou paritaires. Cette divergence s'explique probablement par leur positionnement sur des secteurs (agriculture, BTP) qui comprennent des entreprises ou salariés qui ont pu basculer vers des couvertures collectives.

•••
 4. Sur ces 9 organismes, 8 faisaient partie des 30 plus grands acteurs en santé en 2015. Le 9^e est un acteur majeur de l'assurance, mais dont l'activité santé était plus marginale en 2015.

GRAPHIQUE 2
 Nombre d'organismes selon la variation des cotisations en santé collective entre 2015 et 2016



Note • La variation de chiffre d'affaires de chaque organisme a été arrondie à l'une des valeurs indiquées en abscisses sur le graphique. Par exemple, un organisme dont les cotisations en santé ont reculé de 6 millions est arrondi à la tranche « -5 ». Les organismes dont le chiffre d'affaires a été arrondi à « 0 » ont été subdivisés en 3 groupes : « 0(-) » correspond aux organismes dont le chiffre d'affaires a toutefois reculé, « 0(+) » à ceux dont le chiffre d'affaires a augmenté. Enfin, la classe « 0 » comprend les organismes dont le chiffre d'affaires en collectif a été stable entre 2015 et 2016. Ces organismes ne pratiquent pas d'activité santé collective, ni en 2015 ni en 2016.

Lecture • Entre 2015 et 2016, en collectif, deux organismes ont accru leur chiffre d'affaires de 150 millions d'euros. Il s'agit d'un paritaire et d'un assureur.

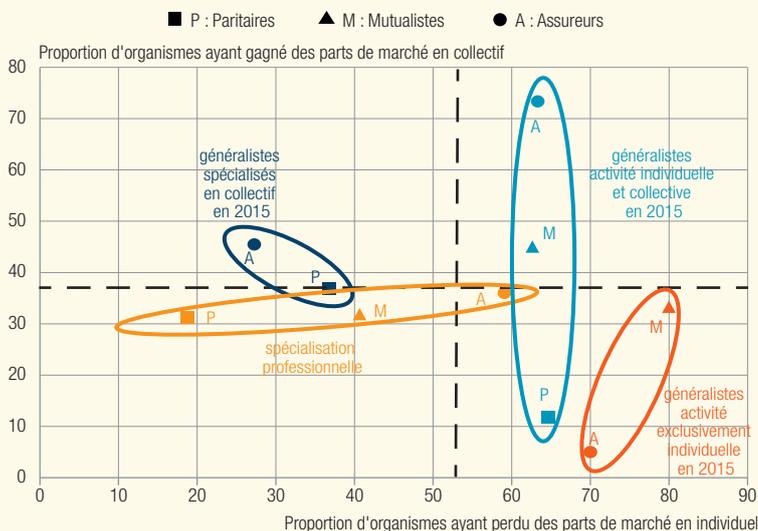
Champ • Les organismes contrôlés par l'ACPR et ayant fourni leurs comptes détaillés en 2015 et 2016, assujettis à la taxe dite « CMU » et hors mutuelles substituées.

Sources • ACPR, états comptables et prudentiels, calculs DREES.

Les assureurs ont plus souvent gagné des parts de marché en collectif

Les organismes généralistes et qui exerçaient en 2015 à la fois en individuel et en collectif étaient, d'une part, exposés à des pertes sur les contrats individuels mais avaient, d'autre part, les moyens de gagner des parts de marché en collectif puisqu'ils pratiquaient déjà cette activité. Parmi eux, les assureurs sont la catégorie qui a le mieux tiré son épingle du jeu pour les contrats collectifs : 73 % d'entre eux ont gagné des parts de marché entre 2015 et 2016, contre 45 % pour les mutualistes et 12 % pour les paritaires (graphique 3). Les organismes généralistes et spécialisés sur les couvertures collectives pouvaient aussi espérer des gains de parts de mar-

GRAPHIQUE 3 Proportion des organismes dont la part de marché en santé a augmenté en collectif et reculé en individuel, entre 2015 et 2016



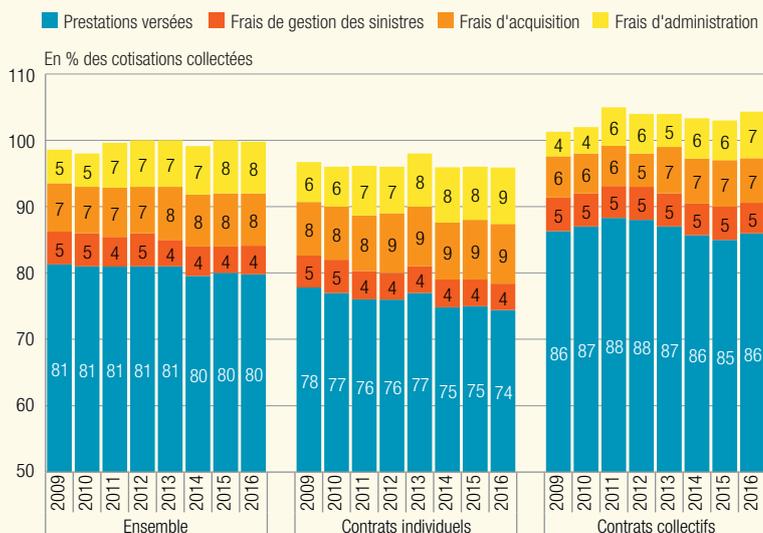
Note • L'axe des abscisses correspond aux contrats individuels et l'axe des ordonnées aux contrats collectifs. Les lignes en pointillés représentent la moyenne de la population (53 % des organismes ont perdu des parts de marché en individuel de 2015 à 2016 et 37 % en ont gagné en collectif). Ces moyennes délimitent donc 4 zones : en haut à gauche, les organismes qui ont souvent gagné en collectif et rarement perdu en individuel ; en bas à droite ceux qui ont souvent perdu en individuel et rarement gagné en collectif, en haut à droite ceux qui ont à la fois souvent perdu en individuel et souvent gagné en collectif, et enfin en bas à gauche, ceux qui étaient peu concernés par la généralisation (rarement perdu en individuel et rarement gagné en collectif). Pour les définitions des paritaires, mutualistes et assureurs, ainsi que les définitions des organismes généralistes ou à spécialisation professionnelle, voir encadré 1.

Lecture • En 2016, parmi les assureurs généralistes qui exercent une activité d'assurance santé individuelle et collective, 73 % ont accru leur part de marché en santé collective entre 2015 et 2016, et 63 % ont vu leur part de marché en individuel reculer entre ces deux mêmes années (parts de marché correspondant aux cotisations collectées).

Champ • Les organismes contrôlés par l'ACPR et ayant fourni leurs comptes détaillés en 2015 et 2016, assujettis à la taxe dite « CMU » et hors mutuelles substituées.

Sources • ACPR, états comptables et prudentiels, calculs DREES.

GRAPHIQUE 4 Prestations et charges de gestion rapportées aux cotisations



Note • Montants moyens exprimés en pourcentage des cotisations collectées, hors contribution et hors taxe CMU sur toute la période.

Lecture • En 2016, pour les contrats individuels, 9 % des cotisations collectées sont consacrées aux frais d'acquisition.

Champ • Organismes assujettis à la taxe dite « CMU » et contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année.

Sources • ACPR, états E4 et FR13, calculs DREES.

ché en collectif, tout en étant peu exposés à des pertes en individuel. Parmi ces organismes, 46 % des assureurs et 37 % des paritaires ont effectivement gagné des parts de marché entre 2015 et 2016 sur les contrats collectifs. Ces organismes spécialisés en collectif ont toutefois moins souvent gagné des parts que les assureurs du groupe précédent (73 %). Enfin, les organismes généralistes qui exerçaient en 2015 uniquement en individuel ont eu tendance à perdre des parts de marché. Pour compenser cette perte, 15 d'entre eux ont développé en 2016 une activité en collectif, majoritairement des mutuelles. Par ailleurs, 2 organismes qui ne pratiquaient pas du tout d'activité de complémentaire santé en 2015 ont développé une activité en collectif. Ces 17 nouveaux acteurs⁵ ont récolté 38 millions d'euros de cotisations en collectif, soit 0,2 % de ce marché.

Les charges liées à la conquête de parts de marché sont restées stables

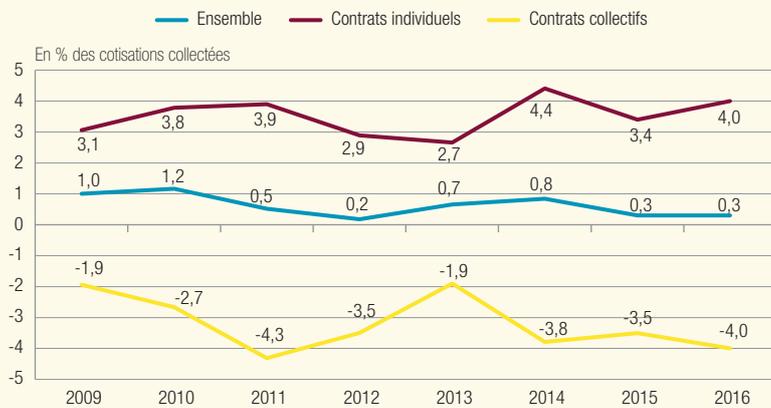
Les cotisations collectées hors taxes sont la principale ressource des organismes. Ces cotisations servent à rembourser aux assurés leurs frais de soins (prestations⁶). Elles servent aussi à régler les différentes charges de gestion des organismes : les frais de gestion des sinistres (traitement des feuilles de soins), les frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (réseau commercial, publicité, marketing, ouverture des dossiers, etc.) et les frais d'administration et autres charges techniques liés à la gestion des contrats et des systèmes d'informations (encaissement des cotisations, gestion des dossiers, contractualisation avec des professionnels de santé ou des réseaux de soins, etc.). Les frais d'acquisition, liés à la conquête de parts de marché, sont restés plutôt stables entre 2015 et 2016, en individuel comme en collectif (graphique 4). Les organismes qui ont gagné des parts de marché en collectif étaient déjà implantés, pour un grand nombre d'entre eux, sur ce marché et ont probablement mobilisé leurs canaux de distribution déjà existants. Enfin, les efforts faits par les organismes pour s'implanter en collectif ont aussi pu être répartis sur plusieurs années. Quant aux frais d'administration, ils augmentent depuis plusieurs années, en individuel

•••

5. 17 organismes sur les 332 exerçant en santé en 2015 ou 2016, assujettis à la taxe dite « CMU », hors mutuelles substituées, contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année, et ayant fourni leurs comptes détaillés à l'ACPR en 2015 et 2016 (encadré 1). Même si ces 332 organismes représentent 98 % des cotisations collectées en assurance santé en 2016, il subsiste une soixantaine d'organismes non-répondants dont certains ont pu commencer à développer une activité santé. Ce nombre de 17 organismes constitue donc une borne inférieure.

6. Y compris variations de provisions pour prestations à payer et participation aux excédents.

GRAPHIQUE 5
Rentabilité des contrats individuels et collectifs en santé, entre 2009 et 2016



Note • Montants moyens exprimés en pourcentage des cotisations collectées en santé, hors contribution et hors taxe CMU sur toute la période.
Lecture • En 2016, les organismes d'assurances ont dégagé des excédents sur leurs contrats individuels, représentant 4,0 % des cotisations collectées au titre des contrats individuels.
Champ • Organismes assujettis à la taxe dite « CMU » et contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année.
Sources • ACPR, états E4 et FR13, calculs DREES.

de leurs cotisations sous forme de prestations en 2016. Ce ratio varie peu depuis plusieurs années.

La rentabilité des organismes s'est maintenue

En 2016, les organismes complémentaires ont dans leur ensemble dégagé de légers excédents techniques sur leur activité santé : 104 millions d'euros, soit 0,3 % des cotisations collectées hors taxes, un ordre de grandeur comparable à celui de 2015 (graphique 5). L'activité santé est légèrement excédentaire depuis plusieurs années. Depuis 2009, première année pour laquelle les données sont disponibles, chaque année, les contrats collectifs ont été en moyenne techniquement déficitaires et les contrats individuels excédentaires. Les rentabilités respectives des contrats individuels et collectifs ne semblent pas avoir été particulièrement affectées pour le moment par la généralisation de la complémentaire d'entreprise. En 2016, les contrats individuels ont dégagé 4,0 % de bénéfices techniques et les contrats collectifs 4,0 % de pertes, soit le même ordre de grandeur que les deux années précédentes. En définitive, la généralisation de la complémentaire santé ne semble pas avoir fortement affecté le marché de l'assurance santé en 2016. Toutefois, ses conséquences devront aussi être évaluées au cours des prochaines années.

comme en collectif. La réforme des contrats responsables (mise à jour des contrats, information des assurés) et les demandes réglementaires (Solvabilité 2, etc.) qui obligent les organismes à modifier leurs systèmes d'informations peuvent notamment expliquer une partie de cette hausse. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne semble pas avoir eu

à ce stade de répercussions très notables sur les prestations reversées aux assurés. En individuel, en 2016, ces derniers récupèrent en moyenne 74 % de leurs cotisations hors taxes sous forme de prestations, contre 75 % en 2015, mais ce ratio « prestations sur cotisations » est en recul depuis plusieurs années. En collectif, les assurés récupèrent en moyenne 86 %

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)**, (2017). Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance en 2016.
- **Montaut, A.**, (2018a, mai). Rapport du gouvernement au Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – édition 2016, DREES.
- **Montaut, A.**, (2018b, janvier). Tarifs et prestations : que révèle le nom des organismes de complémentaire santé ?, DREES, *Études et Résultats*, 1047.
- **Barlet, M., Befy, M. et Raynaud, D.**, (2016). La complémentaire santé, acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr
 Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr
 Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert
Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara
Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger
Secrétaire de rédaction : Fabienne Brifault
Composition et mise en pages : T. B.
Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin
Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384