

Études & Résultats

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



JANVIER
2017
NUMÉRO
0992

Complémentaire santé : les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés

En 2013, 54 % des personnes sont couvertes par un contrat de complémentaire santé souscrit auprès d'un organisme spécialisé, c'est-à-dire créé pour des populations ciblées (fonctionnaires d'une administration, salariés ou retraités d'une entreprise ou d'une branche professionnelle...). Ces organismes se caractérisent par des charges réduites, en raison notamment des moindres frais qu'ils engagent pour attirer de nouveaux clients.

En individuel, à caractéristiques comparables, ce sont les mutuelles d'entreprises ou corporatistes (mutuelles ciblant les salariés ou retraités d'une entreprise ou d'une profession particulière) qui ont les charges les plus faibles et qui offrent le meilleur retour sur cotisations.

En collectif, les institutions de prévoyance bénéficient de charges réduites en raison de leur proximité avec certaines branches professionnelles, avec pour conséquence un meilleur retour sur cotisations pour leurs assurés. Ainsi, les assurés les plus captifs, couverts par des organismes spécialisés ou des contrats qui opèrent des solidarités tarifaires, ne sont pas désavantagés.

Les mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance sont les trois catégories d'organismes qui proposent des contrats de complémentaire santé. Ces contrats sont dits « individuels » lorsqu'ils sont souscrits par des particuliers et « collectifs » lorsqu'ils sont souscrits par un employeur ou une branche professionnelle au bénéfice de salariés.

Des organismes complémentaires « spécialisés » pour certaines populations

Certains organismes sont « spécialisés » pour des populations particulières. Les mutuelles de fonctionnaires proposent des contrats, principalement individuels¹, réservés aux fonctionnaires d'une administration (tableau 1). Les mutuelles d'entreprises ou corporatistes² couvrent le personnel salarié ou retraité d'une entreprise, d'une profession, d'un secteur d'activité ou d'un régime spécial. Enfin, les institutions de prévoyance ont, pour un bon nombre d'entre elles, été créées pour répondre aux besoins spécifiques de certaines entreprises ou branches professionnelles (BTP, transports, agriculteurs...). Elles ont gardé un lien étroit avec ces branches même si leur spécialisation est moins évidente aujourd'hui du fait des fusions-absorptions et des diversifications d'activité. Elles gèrent principalement des

...

1. Certaines mutuelles de fonctionnaires s'ouvrent en proposant aussi des contrats à destination du grand public et des entreprises. Leurs contrats collectifs restent toutefois rares.

2. Elles assurent en général les salariés *via* des contrats collectifs obligatoires et les retraités *via* des contrats individuels facultatifs. Néanmoins, dans certaines grandes entreprises nationales, les salariés sont couverts par des contrats individuels.



3. Au sein des sociétés d'assurances, les compagnies d'assurances sont à but lucratif, tandis que les sociétés d'assurances mutuelles sont à but non lucratif et doivent réinvestir leurs profits dans l'organisme. Les actionnaires des sociétés d'assurances mutuelles sont les assurés eux-mêmes, alors nommés sociétaires. Les mutuelles et les institutions de prévoyance sont également toutes à but non lucratif.

4. Mutuelle filiale d'une autre mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurances et qui porte tout ou partie de ses garanties santé. Il peut s'agir notamment de la filiale « grand public » d'un organisme spécialisé.

contrats collectifs. Leurs contrats individuels concernent surtout les anciens salariés retraités des entreprises couvertes en collectif.

À l'inverse, d'autres organismes sont « généralistes » et s'adressent au grand public ou à l'ensemble des entreprises. Les sociétés d'assurances³ sont, à quelques exceptions près, généralistes, ainsi que les mutuelles à recrutement général (mutuelles interprofessionnelles couvrant des salariés ou des entreprises sans être spécialisées, mutuelles locales ou régionales, mutuelles nationales ou mutuelles filiales⁴ d'autres organismes). Au global, 54 % des personnes couvertes le sont par un organisme spécialisé (mutuelle de fonctionnaires, mutuelle d'entreprises ou corporatiste ou institution de prévoyance) et 46 % par un organisme généraliste (société d'assurances ou mutuelle à recrutement général) d'après l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits (encadré 1).

Des charges réduites permettant un meilleur retour sur cotisations ou davantage de marges

Les cotisations servent principalement à verser des prestations aux assurés (schéma), c'est-à-dire à rembourser leurs frais de soins. Le retour sur cotisations représente, pour les assurés, la part des cotisations qu'ils récupèrent sous forme de prestations. Les cotisations servent aussi à régler les charges de gestion des organismes : à traiter les feuilles de soins (frais de gestion des sinistres), à attirer de nouveaux clients (frais d'acquisitions consacrés à la publicité et au marketing, à la rémunération du réseau commercial, à l'ouverture des dossiers...) et à gérer les contrats (frais d'administration pour l'encaissement des cotisations, l'administration du portefeuille...). Une fois les prestations versées et les charges acquittées, l'activité d'assurance santé donne lieu à un excédent ou à un déficit nommé résultat technique.

En individuel, les organismes spécialisés affichent des charges de gestion réduites. Les mutuelles de fonctionnaires et d'entreprises ou corporatistes supportent en effet de moindres frais d'acquisition car elles disposent d'une clientèle clairement



TABLEAU 1

Proportion de personnes couvertes par type d'organisme et type de contrat en 2013

	En %		
	Individuel	Collectif	Ensemble
Ensemble	58	42	100
Sociétés d'assurances	16	6	22
Mutuelles, dont	40	18	58
Mutuelles à recrutement général	12	12	24
Mutuelles de fonctionnaires	24	1	25
Mutuelles d'entreprises ou corporatistes	3	5	9
Institutions de prévoyance	2	18	20

Lecture • En 2013, 16 % des personnes sont couvertes par un contrat individuel souscrit auprès d'une société d'assurances.

Champ • Ensemble des contrats, hors couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Source • Enquête DREES « contrats les plus souscrits », 2013.



ENCADRÉ 1

Sources et méthodes

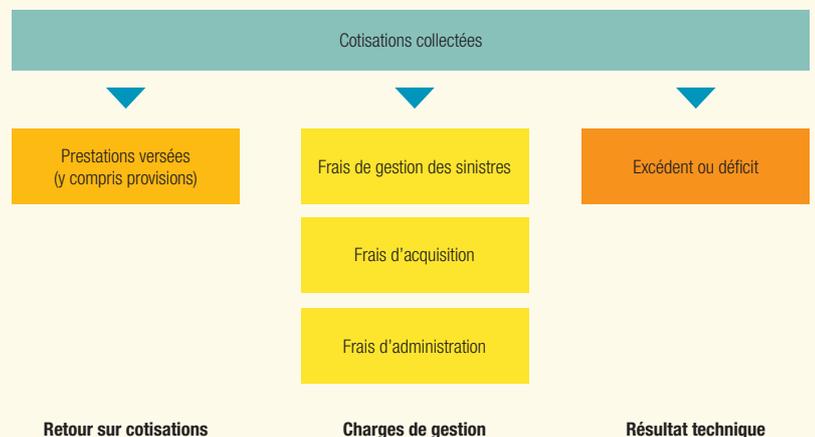
Pour cette étude, les enquêtes de la DREES sur les contrats les plus souscrits des années 2011 à 2013 ont été enrichies avec les données comptables et prudentielles de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) [voir sur ces deux sources de données : Barlet M., Befy M., Raynaud D., 2016]. Les organismes ont été classés en mutuelles de fonctionnaires, d'entreprise ou à recrutement général en fonction de leur activité majoritaire ou de leur positionnement historique, à partir de l'enquête sur les contrats les plus souscrits et des sites internet des mutuelles.

Une régression quantile est effectuée ici pour comprendre les déterminants de chacun des cinq ratios suivants : retour sur cotisations, frais de gestion, frais d'acquisition, frais d'administration et résultat technique, tous exprimés en pourcentage des cotisations collectées en santé. L'intérêt d'utiliser ici une régression quantile est lié à la présence de nombreuses valeurs extrêmes (Montaut A., 2016). La qualité du contrat est représentée par une lettre : A représentant les contrats de la meilleure qualité et E ceux de la moins bonne. Cette classification est issue de la typologie de la DREES (Garnero M., Le Palud V., 2013). Concernant leur chiffre d'affaires, les organismes ont été répartis en deux moitiés, ceux dont le chiffre d'affaires total (toutes activités) est supérieur à 60 millions d'euros (grands) et les autres (petits).



SCHÉMA

Représentation simplifiée des ressources et des charges de l'activité d'assurance santé



Note • L'activité d'assurance peut générer d'autres produits (produits financiers, réassurance...) et d'autres charges. Ils ne sont pas représentés ici.

identifiée et relativement captive. Les institutions de prévoyance se caractérisent aussi par des charges de gestion faibles en individuel, notamment parce que leurs assurés choisissent le plus souvent de basculer d'un contrat collectif vers un contrat individuel lorsqu'ils quittent l'entreprise⁵. En individuel, les organismes spécialisés sont ceux qui offrent à leurs assurés les retours sur cotisations les plus élevés. Au cours de la période 2011-2013, la moitié des mutuelles d'entreprises ou corporatistes reversent à leurs assurés au moins 86 % de leurs cotisations sous forme de prestations (tableau 2).

Les mutuelles à recrutement général doivent engager davantage de frais d'acquisition pour attirer des clients. Leur retour sur cotisations est donc un peu plus faible : la moitié de ces mutuelles reversent moins de 78 % des cotisations sous forme de prestations en individuel. Enfin, les sociétés d'assurances procurent aux assurés en contrat individuel

le retour sur cotisations le plus faible : la moitié d'entre elles reversent moins de 71 % de leurs cotisations au cours de la période 2011-2013. Les sociétés d'assurances se caractérisent par des frais d'acquisition encore plus importants que ceux des mutuelles à recrutement général, avec qui elles sont en concurrence auprès du grand public. La présence d'intermédiaires rémunérés à la commission (courtiers, agents généraux d'assurances) pourrait être une des explications. Toutefois, ces intermédiaires peuvent gérer la relation avec le client, permettant aux sociétés d'assurances de bénéficier en contrepartie de frais d'administration réduits⁶.

En collectif, les organismes spécialisés présentent également des frais d'acquisition réduits. Entre 2011 et 2013, ce sont les institutions de prévoyance qui offrent le meilleur retour sur cotisations médian (90%). Elles bénéficient en effet le plus des « clauses de

désignation », c'est-à-dire du fait que le contrat santé peut être négocié au niveau d'une branche professionnelle, toutes les entreprises de cette branche étant alors obligées de s'assurer auprès de l'organisme désigné⁷. Sur le champ du collectif, les mutuelles de fonctionnaires, d'entreprises ou corporatistes présentent les charges de gestion les plus faibles mais, contrairement à l'individuel, elles dégagent aussi la marge la plus élevée. C'est d'ailleurs la seule catégorie d'organismes dont les contrats collectifs sont plutôt excédentaires entre 2011 et 2013. Toutefois, les différences entre catégories d'organismes sont moins marquées en collectif qu'en individuel : le retour sur cotisations médian s'échelonne en collectif de 88 % à 90 % contre 71 % à 86 % en individuel. Ces différences de retour sur cotisations, de charges et de résultats entre les catégories d'organismes peuvent s'expliquer par la taille des organismes, la qualité des contrats souscrits ou encore la structure de leurs assurés (âge, composition familiale, localisation géographique). Toutes choses égales par ailleurs (encadré 1), il est possible d'identifier dans quelle mesure ces différences entre organismes sont liées à la nature du marché sur lequel ils exercent (spécialisation, clientèles captives...) et aux caractéristiques des personnes couvertes.

En individuel, plus le contrat est cher, mieux les frais d'acquisition sont amortis

Comme ils sont rapportés aux cotisations, les frais d'acquisition des contrats individuels engagés pour attirer des clients sont mieux amortis lorsque ces derniers choisissent des contrats de meilleure qualité, donc plus chers (tableau 3). Les organismes dont les assurés sont en moyenne plus âgés ont également des frais d'acquisition plus amortis, parce que pour un contrat donné, les prestations et donc les cotisations d'un senior sont en général plus élevées. Les organismes dont les assurés sont plus âgés ont aussi des frais d'administration réduits, car les seniors ont des situations personnelles plus stables (moins de changement de domicile, de compte en banque, de situation familiale, de régime

•••
5. Les institutions de prévoyance bénéficient en individuel du fait que les personnes couvertes l'étaient déjà en collectif. Les frais d'acquisition sont donc déjà amortis lorsque les clients en collectif souhaitent rester assurés auprès de leur organisme au moment de leur départ à la retraite.

6. Dans les comptes des organismes, les frais d'acquisition sont définis comme les frais engagés pour attirer de nouveaux clients, tandis que les frais d'administration et autres charges techniques sont les frais autres que les frais de gestion des sinistres et les frais d'acquisition. Dans les comptes des organismes qui chercheraient à fidéliser une clientèle, les dépenses de communication pourraient donc se retrouver classées en frais d'administration. Elles seraient en revanche classées en frais d'acquisition dans d'autres organismes, notamment les sociétés d'assurances, cherchant plutôt à gagner des parts de marché. Le partage entre frais d'acquisition et d'administration est donc fragile mais, au total, les charges de gestion des sociétés d'assurances restent supérieures à celles des mutuelles à recrutement général.
7. Les clauses de désignation ont été censurées par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 13 juin 2013 les jugeant contraires à la liberté contractuelle.

TABLEAU 2

Charges et rentabilité de l'assurance santé par type d'organisme sur la période 2011-2013

En % des cotisations collectées

	Individuel					Collectif				
	Retour sur cotisations	Charges de gestion			Résultat technique	Retour sur cotisations	Charges de gestion			Résultat technique
		Frais de gestion des sinistres	Frais d'acquisition	Frais d'administration			Frais de gestion des sinistres	Frais d'acquisition	Frais d'administration	
Ensemble	78	4	4	8	2	88	4	5	7	-3
Institutions de prévoyance	85	4	4	5	5	90	5	4	6	-4
Mutuelles d'entreprises ou corporatistes	86	4	1	7	2	88	4	0	5	2
Mutuelles de fonctionnaires	80	4	3	10	0					
Mutuelles à recrutement général	78	4	5	9	2	88	5	5	8	-5
Sociétés d'assurances	71	4	15	5	5	88	4	9	5	-3

Note • Le résultat technique ne se déduit pas exactement du retour sur cotisations et des charges de gestion en raison de l'étude de la médiane et de la présence d'autres charges et produits plutôt mineurs non présentés ici pour plus de simplicité. En collectif, les quelques mutuelles de fonctionnaires actives ont été regroupées avec les mutuelles d'entreprises ou corporatistes.

Lecture • En 2013, pour les contrats individuels, la moitié des mutuelles de fonctionnaires présente un retour sur cotisations supérieur à 80 %.

Champ • Contrats individuels et collectifs, hors CMU-C.

Sources • Enquête DREES « contrats les plus souscrits » et données comptables ACPR, 2011 à 2013.

TABLEAU 3
Déterminants du retour sur cotisations, des charges de gestion et du résultat technique en santé pour les contrats individuels (régression quantile)

En % des cotisations collectées

	Retour sur cotisations	Charges de gestion			Résultat technique
		Frais de gestion des sinistres	Frais d'acquisition	Frais d'administration	
Sociétés d'assurances	-6***	1*	7***	-4***	
Institutions de prévoyance			-1**		
Mutuelles de fonctionnaires		1*	-2**		
Mutuelles d'entreprises ou corporatistes	6***		-3***		
Mutuelles à recrutement général	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Tarifs qui dépendent du revenu°	6*				-4**
Tarifs avec solidarités entre classes d'âges°			-1*	-3***	3**
Contrats de meilleure qualité (A, B, C)°	3*		-1**		
Personnes couvertes de 60 ans ou plus°	10***		-2**	-4*	
Ayant droit supplémentaire	11***				
But lucratif	-4*		4**		
Grands organismes	-2**		1***	-2***	2***
Petits organismes	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.

Note • La façon dont les charges sont réparties entre frais d'acquisition et d'administration dans la comptabilité peut légèrement différer selon les organismes. Grands organismes : chiffre d'affaires total supérieur à 60 millions d'euros. Réf.: Catégorie de référence. *** : significatif à 1 %. ** : significatif à 5 %. * : significatif à 10 %. Sinon non significatif.

° : L'effet indiqué est l'effet maximal, entre la situation où par exemple l'organisme ne gère aucun contrat de qualité A, B ou C et celle où l'intégralité de son portefeuille est constitué de contrats de qualité A, B ou C. En pratique, les organismes ne sont toutefois pas forcément dans ces deux situations extrêmes, et l'effet mesuré s'applique proportionnellement à la part de contrats de qualité A, B ou C au sein du portefeuille.

Lecture de la troisième colonne (frais d'acquisition) : À autres caractéristiques identiques, la médiane des frais d'acquisition des sociétés d'assurances est supérieure de 7 points de pourcentage à celle des mutuelles à recrutement général, prises en référence. À autres caractéristiques identiques, la médiane des frais d'acquisition des organismes qui gèrent uniquement des contrats de catégories A, B ou C est inférieure de 1 point de pourcentage à celle des organismes qui n'en gèrent aucun.

Champ • Contrats individuels, hors CMU-C.

Sources • Enquête DREES « contrats les plus souscrits » et données comptables ACPR, 2011 à 2013.

obligatoire...). Ces frais d'acquisition et d'administration réduits s'accompagnent d'un meilleur retour sur cotisations pour les bénéficiaires.

En individuel, les ayants droit de l'assuré (conjoint, enfants) peuvent être couverts par son contrat. Les organismes qui gèrent des contrats avec de nombreux ayants droit ont tendance à offrir un meilleur retour sur cotisations à leurs assurés. En effet, les contrats individuels proposent souvent la couverture gratuite pour le deuxième, troisième ou quatrième enfant. Les suppléments de cotisations exigés pour la couverture des enfants sont donc en moyenne plus faibles que les prestations versées.

Les organismes de grande taille ont des frais d'acquisition plus élevés et des frais d'administration plus faibles. Ils engagent davantage de dépenses pour gagner des parts de marché mais réalisent des économies d'échelle sur la gestion des contrats. Ils offrent un retour sur cotisa-

tions un peu plus faible aux assurés et dégagent plus de marges.

Les organismes à but lucratif ont une stratégie plus offensive : ils avancent davantage de frais d'acquisition pour attirer de nouveaux clients et offrent un moins bon retour sur cotisations. En revanche, ils ne dégagent pas de marges plus importantes que ceux à but non lucratif.

Lorsqu'il est fait abstraction de ces différences entre organismes, les mutuelles d'entreprises ou corporatistes sont la catégorie qui présente le meilleur retour sur cotisations pour les assurés en individuel. À l'inverse, les sociétés d'assurances présentent le retour sur cotisations le plus faible, en raison de charges significativement plus élevées, notamment leurs frais d'acquisition (la façon dont les charges sont réparties entre frais d'acquisition et d'administration dans la comptabilité peut légèrement différer selon les organismes).

En individuel, les assurés les plus captifs ne sont pas désavantagés

Les organismes qui, en individuel, mettent en place des tarifications opérant des solidarités entre classes d'âges (institutions de prévoyance, mutuelles de fonctionnaires, d'entreprises ou corporatistes et certaines mutuelles à recrutement général [encadré 2]) bénéficient de clientèles suffisamment captives et de l'esprit de corps qui peut exister entre assurés d'une même profession ou d'une même région. Toutefois, si ces organismes choisissent de favoriser leur rentabilité, ils ne le font pas au détriment des assurés, dont le retour sur cotisations n'est pas différent des autres.

Un certain nombre de mutuelles de fonctionnaires et quelques mutuelles d'entreprises comprennent aussi des clientèles suffisamment captives pour instaurer des solidarités tarifaires entre assurés aisés et plus modestes. Ces organismes disposent en effet d'arguments commerciaux :

ENCADRÉ 2

Tarifications solidaires et organismes spécialisés

Les contrats de complémentaire santé peuvent opérer des solidarités entre assurés de différentes classes d'âges ou niveaux de revenus (Leduc A., Montaut A., 2016). En individuel, le tarif dépend généralement de l'âge de l'assuré et augmente plus ou moins vite à mesure que ce dernier vieillit. Lorsque ce tarif n'augmente pas plus vite que l'âge, on considère qu'il opère alors des solidarités des plus jeunes vers les plus âgés. Lorsque le tarif dépend du revenu, des solidarités des assurés aisés vers les plus modestes sont également à l'œuvre. En individuel, ces solidarités entre classes d'âges ou niveaux de revenus sont surtout présentes dans les organismes spécialisés (tableau ci-dessous), ainsi que dans certaines mutuelles à recrutement général (locales ou interprofessionnelles) qui bénéficient de clientèles plus captives que la moyenne. Les solidarités tarifaires sont plus rares chez les organismes généralistes en raison de la concurrence.

En collectif, les organismes spécialisés gèrent davantage de contrats dont le tarif dépend du revenu. Cela s'explique probablement par le fait que ces organismes couvrent plus de branches professionnelles et de grandes entreprises, lesquelles optent plus souvent pour ce mode de tarification. En effet, en collectif, le mode de tarification est davantage le choix du souscripteur que celui de l'organisme assureur.

Modes de tarifications solidaires par type d'organisme et type de contrat

Contrats dont le...	En % des personnes couvertes		
	Individuel		Collectif
	... tarif dépend du revenu	... tarif établit des solidarités entre classes d'âge	... tarif dépend du revenu
Mutuelles de fonctionnaires	45	90	60
Mutuelles d'entreprises ou corporatistes	12	84	
Mutuelles à recrutement général	2	36	20
Sociétés d'assurances	0	5	27
Institutions de prévoyance	2	97	59

Lecture • 45 % des personnes couvertes en individuel par une mutuelle de fonctionnaires ont un contrat dont le tarif dépend de leur revenu.

Champ • Ensemble des contrats, hors CMU-C.

Source • Enquête DREES « contrats les plus souscrits », 2013.

8. Les données disponibles ne permettent pas de le vérifier.

9. En collectif, il est également possible que les trois contrats les plus souscrits ne soient pas suffisamment représentatifs du portefeuille d'un organisme, ne recouvrant en moyenne que 23 % de celui-ci. Ces informations partielles ne sont utilisées que pour la construction de trois variables : l'existence d'une solidarité en fonction de l'âge, ou du revenu, et la qualité des contrats. Cette couverture imparfaite des trois contrats les plus souscrits empêche peut être d'établir précisément des liens entre caractéristiques des contrats gérés et rentabilité des organismes. En individuel, les trois contrats les plus souscrits représentent en revanche 60 % des personnes couvertes par les organismes.

guichet unique pour l'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour certains, référencements, garanties prévoyances couplées au contrat et faites sur mesure pour la fonction publique ou l'entreprise (complément de revenu en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité, garanties décès ou dépendance), etc. Cette tarification selon les revenus s'accompagne d'un retour sur cotisations significativement meilleur pour les assurés et de marges moindres pour les organismes. Néanmoins, ces marges plus faibles dans l'activité santé sont peut-être compensées par des excédents sur les autres garanties prévoyance obligatoires incluses dans le contrat⁸.

En collectif, les institutions de prévoyance offrent un meilleur retour sur cotisations

En collectif, comme en individuel, les organismes qui gèrent les contrats de meilleure qualité ont tendance à avoir des frais d'acquisition et d'administration plus faibles. Ceux-ci sont mieux amortis sur des contrats à cotisations élevées. Les frais d'acquisition, engagés pour contractualiser avec un employeur, sont également

amortis en fonction du nombre de salariés et à mesure que des ayants droit viennent s'ajouter aux contrats (tableau 4).

En collectif, les organismes de petite taille ont tendance à engager moins de frais d'acquisition et à dégager un peu plus de marges. En effet, ceux-ci gèrent en collectif plus de contrats sur mesure que les grands organismes. Les entreprises qu'ils couvrent sont de taille intermédiaire et à ancrage local. Les contrats sur mesure des grands organismes couvrent davantage de très grandes entreprises. La concurrence pour emporter ces marchés est forte et nécessite sans doute d'engager des frais importants. Par ailleurs, les grands organismes proposent une gamme de contrats standard, souscrits plutôt par des petites entreprises et dont il faut assurer la promotion sur le marché.

À qualité de contrats, pratiques tarifaires et taille comparables, ce sont les institutions de prévoyance qui offrent, en collectif, le meilleur retour sur cotisations aux assurés grâce aux économies réalisées sur les charges. Pour les mutuelles de fonctionnaires, d'entreprises ou corporatistes, les charges plus faibles s'accompagnent en revanche d'un résultat technique supé-

rieur. Les sociétés d'assurances ont des frais d'acquisition plus élevés que les mutuelles à recrutement général, compensés cependant par des frais d'administration plus faibles. Elles se distinguent donc finalement peu, que ce soit en termes de charges de gestion totales, de résultat technique ou de retour sur cotisations.

Contrairement au marché de l'individuel où les pratiques tarifaires sont révélatrices d'une conception ou d'une volonté de l'organisme assureur, en collectif, celles-ci résultent davantage du choix de l'employeur qui souscrit le contrat. Ainsi, elles expliquent peu le retour sur cotisations, les charges ou le bénéfice réalisé par les organismes⁹. Le caractère lucratif ou non semble lui aussi peu explicatif en collectif. Au global, en individuel et en collectif, les déterminants présentés expliquent une part importante des frais d'acquisition et d'administration des organismes et du retour sur cotisations qu'ils offrent aux assurés. En revanche, ils expliquent peu les frais de gestion des sinistres. Ceux-ci dépendent probablement davantage des proportions de feuilles de soins papiers ou électroniques que les organismes doivent traiter. En effet, certains organismes ayant



TABLEAU 4

Déterminants du retour sur cotisations, des charges de gestion et du résultat technique en santé pour les contrats collectifs (régression quantile)

En % des cotisations collectées

	Retour sur cotisations	Charges de gestion			Résultat technique
		Frais de gestion des sinistres	Frais d'acquisition	Frais d'administration	
Sociétés d'assurances			4***	-4***	
Institutions de prévoyance	3**	1**	-2***	-2**	
Mutuelles de fonctionnaires, d'entreprises ou corporatistes			-4***	-3*	7**
Mutuelles à recrutement général	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Tarifs qui dépendent du revenu ^o					
Contrats de meilleure qualité (A) ^o			-1***	-2**	3*
Ayant droit supplémentaire			-1*		
But lucratif					
Petites entreprises souscriptrices			2***		
Grandes entreprises souscriptrices	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Grands organismes			2***		-3**
Petits organismes	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.

Note • La façon dont les charges sont réparties entre frais d'acquisition et d'administration dans la comptabilité peut légèrement différer selon les organismes. Grands organismes : chiffre d'affaires total supérieur à 60 millions d'euros. Grandes entreprises souscriptrices : nombre moyen de salariés supérieur à 10. Réf. : Catégorie de référence. *** : significatif à 1 %. ** : significatif à 5 %. * : significatif à 10 %. Sinon non significatif.

^o : L'effet indiqué est l'effet maximal, entre la situation où par exemple l'organisme ne gère aucun contrat de qualité A et celle où l'intégralité de son portefeuille est constituée de contrats de qualité A. En pratique, les organismes ne sont toutefois pas forcément dans ces deux situations extrêmes, et l'effet mesuré s'applique proportionnellement à la part de contrats de qualité A au sein du portefeuille.

Lecture de la troisième colonne (frais d'acquisition) : À autres caractéristiques identiques, la médiane des frais d'acquisition des sociétés d'assurances est supérieure de 4 points de pourcentage à celle des mutuelles à recrutement général, prises en référence. À autres caractéristiques identiques, la médiane des frais d'acquisition des organismes qui gèrent uniquement des contrats de catégories A est inférieure de 1 point de pourcentage à celle des organismes qui n'en gèrent aucun.

Champ • Contrats collectifs.

Source • Enquête DREES « contrats les plus souscrits » et données comptables ACPR, 2011 à 2013.

signé une convention d'échange de données avec l'assurance maladie reçoivent directement de la part de celle-ci des feuilles de soins au format électronique. L'ensemble de ces déterminants (spécialisation ou non, âge des assurés, qualité des contrats souscrits, taille des organismes assureurs...) expliquent un peu moins bien aussi le résultat technique, sur lequel les marges de manœuvre des organismes sont assez faibles en raison de la forte concurrence, sur le marché de l'assurance santé collective notamment. Avec la généralisation de la complémentaire santé collective, le retour sur cotisations, les charges et la rentabilité de ce marché pourraient fortement évoluer dans les années à venir.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Leduc A., Montaut A., 2016, « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels », *Études et résultats*, DREES, n° 972, septembre.
- Barlet M., Befly M., Raynaud D., 2016, « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties », coll. Panorama de la DREES, DREES, avril.
- Montaut A., 2016, « Rapport 2015 : La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », DREES, février.
- Garnero M., Le Palud V., 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et résultats*, DREES, n° 837, avril.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.social-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger et Fabienne Brifault

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384