

La généralisation de l'assurance maladie complémentaire et les transformations récentes du marché

Philippe ABECASSIS, Nathalie COUTINET

CEPN-CNRS (UMR 7234), UNIVERSITÉ PARIS-13 - SORBONNE PARIS-CITÉ

Jean-Paul DOMIN

REGARDS (EA 6292), UNIVERSITÉ DE REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE & CEPN-CNRS (UMR 7234)

- ▶ Depuis le début des années 1980, l'Assurance maladie obligatoire (AMO) voit sa part se réduire en raison des politiques de retrait mises en œuvre par les différents gouvernements.
- ▶ Elle a vu sa part dans la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) passer de 80 % en 1980 à 77 % en 1990 et 76,8 % en 2015.
- ▶ En contrepartie, la part de l'Assurance maladie complémentaire (AMC) dans le financement de la CSBM est passée de 5,3 % en 1980 à 13,3 % en 2015.
- ▶ Le désengagement progressif de l'AMO laisse des pans entiers de la protection sociale à la concurrence et laisse se développer les inégalités sociales de santé.
- ▶ Le développement de l'AMC et sa généralisation par l'ANI sont présentés comme une bonne nouvelle par les pouvoirs publics.
- ▶ Le secteur de l'Assurance maladie complémentaire connaît depuis le début des années 2000 une importante phase de transformation (1). Cette phase de transformation coïncide avec la montée en puissance de l'AMC dans le système de santé (2), et son industrialisation a des coûts sociaux, financiers et collectifs (3).

I. Les transformations du secteur

Les évolutions réglementaires

▶ Promotion européenne de la concurrence et de la solvabilité de l'assurance :

- **24 juillet 1973** : directive 73/239/CEE
 - → abolit tout monopole assurantiel, sauf assurance santé obligatoire
 - → premières règles prudentielles (Solvency I).
- **19 juin 1992** : directive 92/49/CEE, transposée en droit français en 2001.
 - → élargissement la concurrence (concurrence avec les assureurs européens), refonte importante du code de la mutualité (2001, avec une application en 2003).
- **Depuis 1992** : plusieurs directives européennes tendent → alignement du statut des mutuelles sur celui des compagnies d'assurance.
- **25 novembre 2009** : directive 09/138/CE précise l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance.
 - → renforce les règles prudentielles (Solvency II) – Transposée en droit français en avril 2015, application en janvier 2016.

▶ Les OCAM ont dû adapter leur fonctionnement aux contraintes de solvabilité :

- renforcement des exigences quantitatives de solvabilité,
- renforcement des exigences qualitatives de surveillance et de gestion des risques (incluant de nouveaux principes de gouvernance),
- renforcement des exigences en matière de *reporting* et de transparence.

I. Les transformations du secteur

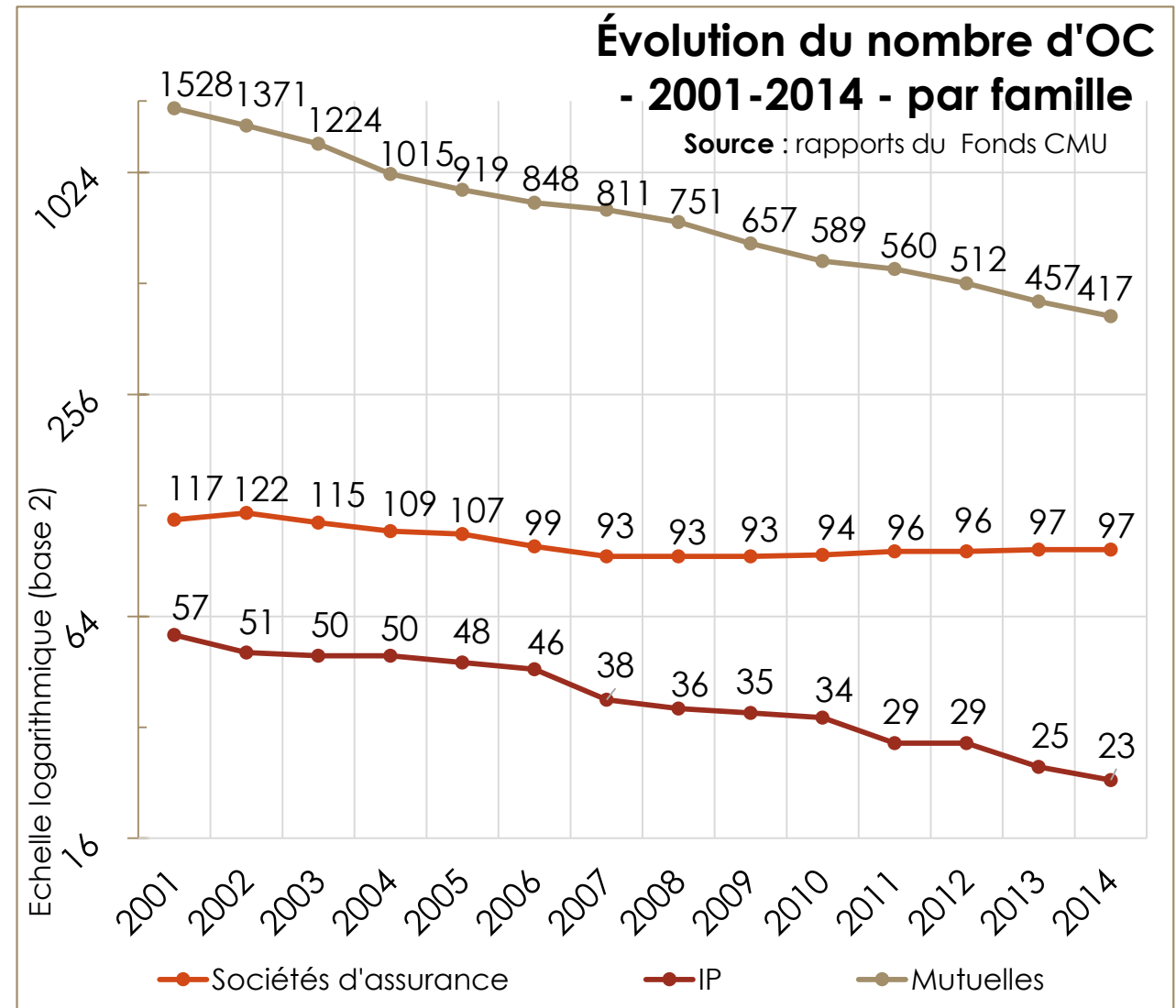
L'élargissement du marché

- ▶ **Changements institutionnels importants des systèmes de santé en Europe :**
 - mise en œuvre de politiques de maîtrise des dépenses,
 - désengagement des systèmes obligatoires (déremboursements, Co paiements, etc.)
 - Augmentation de la part des dépenses d'assurances privées.
- ▶ Ces évolutions encouragent l'offre d'assurance privée et induisent la constitution d'un système d'assurance-maladie qui s'appuie plus fortement :
 - sur une **couverture complémentaire**, dans un cadre éventuellement concurrentiel mais restant dominé par une logique d'intérêt général (ANI),
 - sur une **couverture supplémentaire (ou surcomplémentaire)** pouvant être prise en charge par une assurance individuelle dans un cadre pleinement concurrentiel.
- ▶ Le marché de l'assurance complémentaire ne cesse de s'accroître :
 - Un chiffre d'affaire cumulé de 83 % entre 2002 et 2015 (sur la même période : 23,1 % d'inflation et 15,5 % de croissance du PIB).
 - il représente environ 35 milliards d'euros en 2016 soit 17.5 % de la CSBM (200 milliards).

I. Les transformations du secteur

L'industrialisation des OC : la concentration

- En 2001, 1702 OCAM sont présents sur le marché, soient 1528 mutuelles, 57 IP et 117 sociétés d'assurance. Fin 2014, il ne reste plus que 537 entités (-68,4 %) dont 417 mutuelles (-72,7 %), 23 IP (-59,6 %) et 97 sociétés d'assurance (-17,1 %).
- ▶ Les raisons de cette concentration :
 - décloisonnement de certaines activités,
 - déréglementation – re-réglementation (ANI),
 - Modification des règles prudentielles resserrant les critères de solvabilité (solvency).
- ▶ L'origine des concentrations n'est pas tant la question de l'importance des fonds propres que celle de la capacité des petites structures à respecter les normes de solvabilité et de faire face à la concurrence.



I. Les transformations du secteur

L'industrialisation de l'assurance complémentaire : la concentration

	Type	Contractants/Caractéristiques	Formes du partenariat
Partenariats et unions techniques (rapprochements faibles)	Partenariat simple défensif	- Mutuelles de même type opérant sur des marchés de même type	- Mise en commun de la distribution
	Partenariat simple offensif	- Mutuelles ou IP opérant sur des marchés différents	- ventes croisées (MG/GMF) - standardisation des contrats
	Union de Mutuelles 45 (UM45)	- Mutuelles 45 ou UM45 - L'union a une personnalité morale - Un membre peut quitter l'union à tout moment (limite la constitution d'objectifs communs)	- Regroupement de moyens matériels et opérationnels
	Groupe d'Intérêt Économique (GIE)	- Tous types d'assureurs (Mutuelles 45, SAM, IP, Assureurs privés) - Le GIE a une personnalité morale - Affecte une partie de l'activité (GIE informatique, GIE contrôle de gestion...)	- Mutualisation d'équipements lourds - Mutualisations de services gestionnaires (contrôle interne, conformité...) - Mobilisations de fonds d'investissement
	Union de groupes mutualistes (UGM)	- Tous types d'entités hors compagnies d'assurance, dont au moins 2 mutuelles 45 - L'union a une personnalité morale ayant un pouvoir de représentation de ses membres	- Regroupement de moyens matériels et opérationnels - Développement de stratégies communes (communication) - Minimisation des frais de gestion
Intégration financière (rapprochements forts)	Substitution	- 2 Mutuelles - Intégration financière	- La mutuelle substitutive couvre les risques de la mutuelle substituée
	Fusion simple	- Entités de même nature - Réglementation longue et stricte - L'entité absorbée disparaît	
	Société de groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM)	- Tous types d'entités dont au moins 1 SAM - la SGAM a une personnalité morale - la SGAM peut définir son périmètre, ses conditions d'adhésion, son mode de gouvernance... - Les fonds propres des membres ne peuvent être remontés à la SGAM	A minima : - Regroupement de moyens matériels financiers et opérationnels - Développement de stratégies communes
	Union mutualiste de groupe (UMG)	- Tous types d'entités sauf compagnies d'assurance, dont au moins 2 mutuelles 45 ou 1 UM45 - l'UMG a une personnalité morale - l'UMG est considérée comme une entité propre par Solvency II	

I. Les transformations du secteur

L'industrialisation de l'assurance complémentaire : le décloisonnement

- ▶ Les acteurs de santé ont d'abord engagé leur rapprochement **au sein de la même famille** d'OCAM (fusions et rapprochements faibles), principalement entre petites entités, pour répondre aux exigences de solvabilité.
- ▶ Plus récemment, des rapprochements stratégiques (UMG, groupes de protection sociale) ont commencé à se développer entre des entités de familles différentes, pour des raisons de compétitivité.
 - Klésia (IP) et mutuelle UMC (2017)
 - Via Santé - AG2R La Mondiale (2015)
 - Rapprochement d'Harmonie Mutuelle et MGEN (4 milliards de chiffre d'affaires).
 - Rapprochements avortés de Malakoff-Médéric et du Groupe Mutuelle générale.
 - Etc.
- ▶ Les différentes familles coopèrent de plus en plus fréquemment entre elles :
 - Via des contrats de partenariat (ventes croisées, comme celui de la Mutuelle générale GMF, réassurance).
 - Via des entreprises tiers :
 - Mutex (offre d'élargissement de gamme de produits de protection sociale) ;
 - Santéclair (gestionnaire de réseau de professionnels de soins)
 - Etc.

I. Les transformations du secteur

L'industrialisation de l'assurance complémentaire : l'hybridation

- ▶ Les transformations décrites peuvent s'interpréter comme une véritable industrialisation du secteur.

« Santéclair offre aux acteurs de la complémentaire santé et à leurs entreprises clientes (de la TPE au grand groupe) : **Des services industrialisés** clés en main ou sur mesure [...] » (site internet de Santéclair)

- ▶ Comme pour les banques M&C dans les années 1990 (concentration, diversification, ouverture au marché), ces transformations s'accompagnent d'une hybridation des OC :
 - réduction des activités locales et/ou sectorielles traditionnelles,
 - limitation des activités à faible valeur ajoutée,
 - modification des modes de gestion tels que la gestion par objectifs,
 - transformation des pratiques de gouvernance,
 - professionnalisation importante des équipes dirigeantes (non issus du mouvement mutualiste ou syndical).
- ▶ L'industrialisation de l'assurance complémentaire est encouragée par plusieurs dispositifs :
 - La mise en œuvre du tiers payant fait entrer les OC dans la régulation du système.
 - → Régulation de l'offre par les prix (développement des réseaux de professionnels)
 - → Régulation de la demande par les niveaux de prise en charge (ANI, sur-complémentaires)

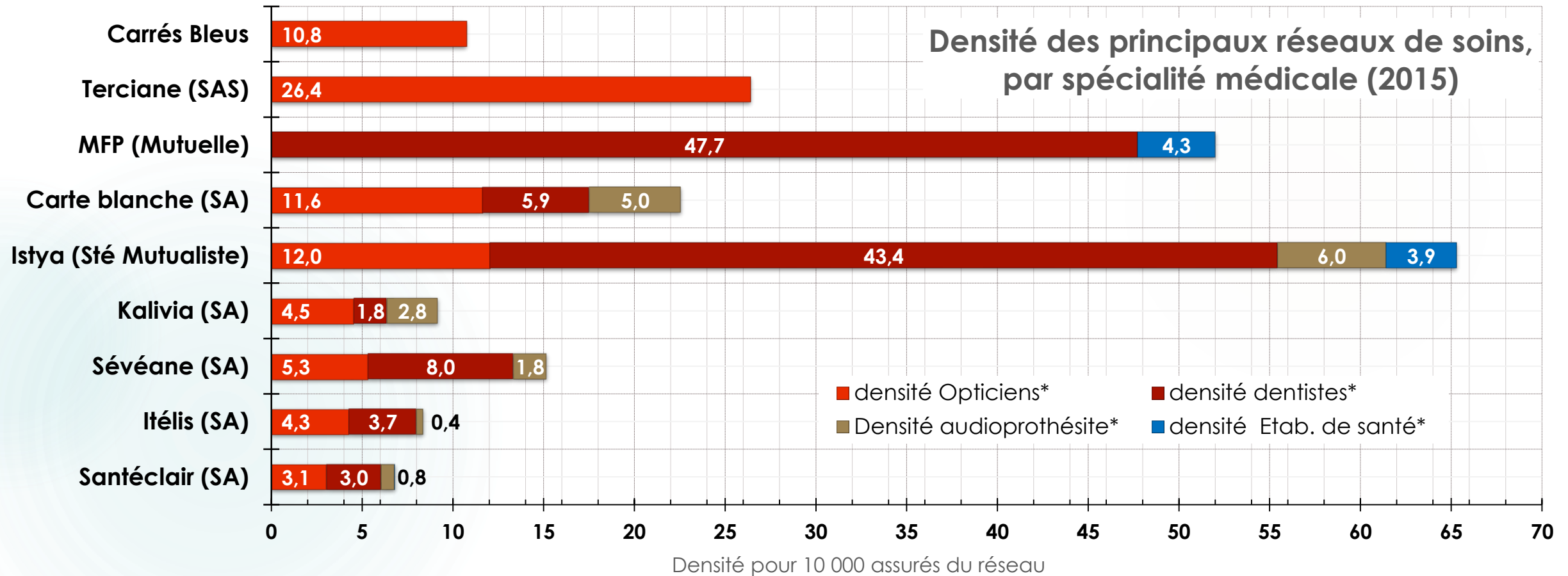
II. La montée en force de l'assurance complémentaire

Les réseaux (de professionnels) de soins : panorama

Nom / Statut / date création / Nb. d'assurés* / Type de réseau (optique uniquement)	Organismes impliqués	Professionnels membres du réseau	Effets annoncés sur les tarifs
SANTECLAIR Société Anonyme Créée en 2003, 9 millions - fermé.	Allianz ; MAAF-MMA ; Covéa ; IPECA prévoyance ; Mutuelle de la Police. Environ 50 autres organismes complémentaires	3050 opticiens, 3000 ch. dentistes, 750 audioprothésistes, 350 diététiciennes, 315 ostéopathes/chiropracteurs, 5 centres de chirurgie réfractive, 34 hôpitaux/cliniques.	Optique : 40%, dentaire : 20%, implantologie dentaire : 40% audioprothèses : 45%
ITÉLIS Société Anonyme Créée en 2001, 7 millions - fermé (maillage territorial)	Radiance ; Groupe Humanis	3000 opticiens - 2600 praticiens dentistes - 140 centres d'implantologie dentaire -266 centres audio (accord avec Audio 2000)	Optique : 40%, prothèses dentaires : 15% implants : 25% audioprothèses : 20%
SÉVÉANE GIE Créé en 2009, 6 millions, fermé (num.cl. Territorial).	Groupama ; Pro-BTP. <u>Partenaires</u> : SMBTP ; Mutuelle Mieux-être	3200 opticiens, 4800 chirurgiens dentistes, 1100 audioprothésistes	Optique : 15-40%; prothèses dentaires : 15%, audio : 20%-60% .
KALIVIA Société Anonyme,, créé en 2010, 11 millions - semi-ouvert	Fondateurs : Malakoff-Médéric ; Union Harmonie Mutuelles. Partenaires : Mutuelle UMC ; Mutuelle SG ; Apréva ; Adrea ; Amellis ; eovie-mcd ; mfc ; etc...	5000 opticiens, 2000 dentistes/chirurgiens, 2000 audioprothésistes, 3100 centres audio	Optique : 20%-40% , audio/dentiste : Tarif encadré .
ISTYA Société mutualiste créée en 2011, 5,5 millions - ouvert depuis 2014.	MGEN ; MAEE ; MGET ; MNT ; MCdef ; MGEFI.	6623 opticiens (Optistya), 3284 audioprothésistes (Audistya), 23 862 praticiens dentistes, 2144 établissements de santé	Optique : 40%, audioprothèses : 20%
CARTE BLANCHE Société Anonyme créé en 2001, 6,5 millions - ouvert.	22 organismes adhérents dont 8 actionnaires	7557 Opticiens, 3831 Chirurgiens dentistes, 3281 Audioprothésistes, 1348 ostéopathes	ND.
MFP SERVICES Mutuelle créé en 1994, 5 millions - ouvert.	23 Mutuelles des 3 fonctions publiques	23 862 Chirurgiens dentistes (protocole MFP/CNSD identique à celui de MGEN-Istya/CNSD), 2144 établissements de santé	ND.
TERCIANE Géré par GSTP : Société par actions simplifiée créé en 2004, 2,5 millions - ouvert.	Fondateurs : AG2R La mondiale ; Macif Partenaires : BPCE Assurances, MPJ, MAPA, Via-Santé etc..	6 600 opticiens	Tiers payant auprès de 133000 professionnels de santé (15 spécialités)
CARRÉS BLEUS Société Anonyme créée en 1997, 8 millions - ouvert.	Filiale à 100% de CNP Assurances, ouvert aux assurés de la MATMUT, IRCEM mutuelle, Completis santé et Banque Postale.	8600 opticiens	ND.

II. La montée en force de l'assurance complémentaire

Les réseaux (de professionnels) de soins : parts de marché



II. La montée en force de l'assurance complémentaire

L'ANI : un contrat minimaliste

Comparaison des contrats ANI (socle) ACS (A, B, C) et CMU

Prestations	ANI*	ACS*			CMU*	Pour info Contrat responsable
	Contrat socle	Contrat A	Contrat B	Contrat C		
Ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie	100 % ^(a)	100 % ^(b)			100 %	Obligatoire. 100 % ^(c) Max. 125 % (hors CAS)
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	100 %	100 %			100 % ^(d)	Obligatoire : 100 % sf ét. médico-sociaux
Prothèses et orthodontie dentaire	125 %	125 %	225 %	300 %	Moyenne 87.3 % ^(e) Jusqu'à 302,5 % ^(f)	
Optique (tous les 2 ans, sf mineurs par équipement)					Adultes Enfants	Montures : max. 150 € de 50 € à 470 € de 200 € à 800 € de 125€ à 660 € ^(h) Non concerné
○ Correction simple	100 €	100 %	100 €	150 €	54.59 € 54.57 €	
○ Correction complexe	200 €	100 %	200 €	350 €	194.37 € 230.35 €	
○ Correction mixte	150 €	100 %	150 €	250 €	124.48 € 142.46 €	
○ Lentilles	100 %	100 %	100 €	100 €	100 %	Non concerné
Audioprothèses (par appareil)	100 %	100 %	100 %	450 €	700 € ^(g)	Non concerné

^(a) Sauf cures thermales et médicaments remboursés à 15 % ou 30 % ; ^(b) Sauf cures thermales et médicaments remboursés à 15 % ; ^(c) Sauf homéopathie, cures thermales et médicaments remboursés à 15 % ou 30 % ; ^(d) Y compris la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations ou actes médicaux, les examens de radiologie, les analyses médicales et la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ; ^(e) Moyenne calculée sur l'ensemble des actes de prothèses et d'orthodontie dentaire du panier de soins CMU-C ; ^(f) Taux appliqué à la "pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramométalliques ou en équivalents minéraux", code CCAM : HBLD023 ; ^(g) Tous les 4 ans. ^(h) Le contrat responsable prévoit d'autres corrections mixtes

* Lorsqu'ils sont exprimés en pourcentage, les taux de remboursement sont basés sur les tarifs maximums fixés par l'assurance maladie, lorsqu'ils sont exprimés en Euros, les montants remboursés s'ajoutent au remboursement de la part AMO.

II. La montée en force de l'assurance complémentaire

L'ANI – Les déconvenues de la mise en œuvre

► Quantitativement :

- Peu d'accord de branche (135 accords signés par les branches professionnelles en juillet. 2016)
 - Un manque d'engouement de la part des entreprises : 15 à 20 % des entreprises (40% des TPE) n'ont pas encore choisi de contrat,
 - Un refus massif des salariés : 50 % à 60 % des salariés refusent le contrat proposé par leur entreprise (Décision unilatérale de l'employeur dispenses réglementaires),
- **Fin 2016, le taux de couverture en complémentaire varie de 92 % à 95 % selon les sources**

► Qualitativement :

- Les accords de branches sont généralement « peu disant » (à peine supérieur au socle minimal de l'ANI), La participation des employeurs est minimale.
 - Les accords de branches sont peu retenus par les entreprises : 25 à 30 % des contrats souscrits par les entreprises sont des contrats socle, 20 à 25 % sont des contrats socle améliorés. Le reste couvre 1,5 à 2 fois ce que couvrent les contrats socle.
 - → Les contrats socle sont souvent assortis d'options à la charge des salariés (s'apparentant à une « surcomplémentaire collective »).
 - → Env. 16 % des salariés ont souscrit une surcomplémentaire individuelle, hors contrat.
 - Au total : 80 % des salariés auraient souscrit des options ou une assurance en complément du contrat de l'entreprise.
- **En 2016, le RAC aurait augmenté de 10% par rapport à 2015** [Le figaro, 10 janv. 2017].

► En termes de prix :

- La cotisation moyenne totale tous contrats confondus est de 34 €
 - Le prix des contrats socle pour les entreprises est de 24 € en moyenne (avec des écarts de prix de 10 € env.)
- **Pour les salariés le coût mensuel moyen de la complémentaire est passé de 22 € en 2015 à 41 € en 2016.**

III. Industrialisation et montée en charge : les risques

Non-réduction des inégalités: le coût social de l'ANI

	Avant l'ANI (DREES 2016, données 2014 et ESPS 2012)	Après l'ANI (modifications estimées, prévisions multiples : Jusot & Pierre, Drees, Deloitte)															
Quantitativement : (en % de la population)	<p>95% de la population, 70 % des salariés du privé</p> <p>CMU-C : 6 % ; Contrats individuels : 53 % ; Contrats collectifs : 35 % dont 19 % d'ayants droit.</p> <p>Caractéristiques : Cadres 85 % (ouvriers : 50 %), Non précaires, 49 % des 25 et 29 ans (12 % des 60 ans et +), Établissements de grande taille, Secteurs industriels.</p> <p>- Sans couverture : 5 %</p> <p>Caractéristiques : Plus de 80 ans : 6,8 %, Entre 18 et 30 ans : 8 %, Individus se déclarant en mauvaise santé : 9,9 % (4,6 % pour ceux se déclarant en bonne santé), Les plus modestes : 14,1 % (3,6 % pour les plus aisés), Les plus vulnérables (9,1 %), Les chômeurs (13,7 %)</p>	<p>Gains de 0,6 % à 2,3 % selon 3 scénarios et 3 hypothèses sur les dispenses d'adhésion</p> <p>CMU -C : 6 % ; Contrats individuels : 30 à 40 % (selon le statut des ayants droit) ; Contrats collectifs : 50 % à 65 % (selon le statut des ayants droit).</p> <p>- Sans couverture (effets mesurés en pop. totale)</p> <p>Effets calculés : Plus de 80 ans : aucun effet, Entre 18 et 30 ans : gains de 2,4 % à 4,8 %, Individus se déclarant en mauvaise santé : gains de 1,1 % à 1,8 % (gains de 1,1 % à 2,8 % pour ceux se déclarant en bonne santé), Les plus modestes : gains de 1 % à 4,1 %, (gains de 0,7 % à 2,5 % pour les plus aisés), Les plus vulnérables : gains de 2,1 % à 3,4 %, Les chômeurs : aucun changement (13,7 %)</p>															
Qualitativement	<p>- répartition des contrats :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Classe</th> <th>Coll.</th> <th>Ind.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>50 %</td> <td>3 %</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>16 %</td> <td>6 %</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>25 %</td> <td>43 %</td> </tr> <tr> <td>D/E</td> <td>9 %</td> <td>48 %</td> </tr> </tbody> </table>	Classe	Coll.	Ind.	A	50 %	3 %	B	16 %	6 %	C	25 %	43 %	D/E	9 %	48 %	<p>répartition des contrats (hors surcomplémentaires) : pas de données globales.</p> <p>- Peu de variation dans la structure des contrats : + de D/E collectifs, mais + de A/B individuels</p> <p>- Report qualitatif sur les options et les surcomplémentaires</p>
Classe	Coll.	Ind.															
A	50 %	3 %															
B	16 %	6 %															
C	25 %	43 %															
D/E	9 %	48 %															
En termes de prix	<p>- Les contrats collectifs ne peuvent pas différencier les tarifs selon l'âge.</p> <p>- 91 % des tarifs des contrats individuels dépendent de l'âge.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mutuelles : 75 % de « linéaires »/« concaves » o Sociétés d'assurance : 92 % « convexes » <p>- 75% des Contrats coll. bénéficient d'un forfait « famille » gratuit (contrats ind. 7 %, mais gratuité à partir du 2^e/3^e ou 4^e enfant pour 81 %). Nécessité de souscrire à une option ou à une surcomplémentaires.</p> <p>- Contrats collectifs : 57 % de participation des entreprises, en moyenne, au financement du contrat.</p>	<p>- Les contrats collectifs issus de l'ANI peuvent différencier les tarifs selon l'âge.</p> <p>Mais ne semblent pas le faire (3/4 des contrats souscrits sont forfaitaires) ; Même si les options et surcomplémentaires pratiquent une différenciation selon l'âge, Et que les contrats individuels continuent massivement à différencier selon l'âge.</p> <p>- Les contrats coll. ANI ne bénéficient plus, pour la plupart d'un forfait « famille » gratuit.</p> <p>- la part entreprise est défiscalisée pour l'entreprise mais fiscalisée pour le salarié.</p> <p>- Contrats collectifs : diminution du taux de participation des entreprises (on passe de 57 % à un peu plus de 50 % en moyenne sur les nouveaux contrats).</p>															
non-couverture	<p>- Manque de moyens ou AMC trop chère (53 %), Pas besoin car en bon état de santé (12 %), Bénéfice d'une prise en charge à 100 % (ALD/invalidité) (17 %), N'y pense pas (9 %), - En cours d'adhésion (9 %), Autres (13 %)</p>																

III. Industrialisation et montée en charge : les risques

Réseaux de soins : la différenciation est inéluctable

- ▶ Pour contrôler leurs coûts, le OC ont intérêt à Intensifier la concurrence par les prix.
 - Directement, sur les contrats obligatoires ou de niveau bas,
 - Indirectement en utilisant leur pouvoir de régulation de l'offre de soins.
 - C'est ce qu'a commencé à faire la MGEN dès 2012 en privilégiant les assurés choisissant des professionnels appartenant à leur réseaux (opticiens, chirurgiens-dentistes). Et que développent les réseaux de soins.
 - Cette pratique de variation du niveau de remboursement d'un assuré à l'autre (différenciation) a été autorisée par la loi du 27 janvier 2014.
 - Dans leur différenciation, les réseaux de professionnels de soins :
 - font peu de différences entre prix des contrats et qualité/prise en charge des soins (le réseau est un argument marketing, il n'est pas présenté comme un service supplémentaire au contractant)
 - ne font aucune distinction entre qualité et prise en charge au sein des réseaux.
- ▶ il subsiste des « poches » de population n'ayant pas accès à un réseau :
 - Les plus précaires et vulnérables : bénéficiaires de la CMU-C, les personnes ne disposant pas de complémentaire santé (plus importants parmi les retraités, les non-actifs),
 - Les bas revenus, plus fréquemment bénéficiaires de contrats de base à bas coût (contrats socle ANI à prix cassés ou contrats individuels à prix d'appel).
- ▶ Les « nouvelles » inégalités générées par le couple ANI/réseaux de soins sont cumulatives pour certaines populations.
 - Abandon volontaire de ces populations à une prise en charge sociale,
 - Consacre la séparation AMO/AMC , participe à la création d'une séparation AMC de marché (rentable)/ AMC « sociale ».

III. Industrialisation et montée en charge : les risques

Le coût financier de la concurrence

- ▶ Les laudateurs du marché affirment que la concurrence favorise la diminution des coûts.
- ▶ L'assuré social va devoir supporter le coût de la concurrence dans la mesure où les opérateurs cherchent à gagner des parts croissantes de marché.
- ▶ Le marché est extrêmement concurrentiel pour les trois opérateurs : en 2013, les dépenses de publicité et de marketing s'élèvent à 190 millions d'euros (0,5 % des cotisations).
- ▶ Cette logique participe de l'augmentation des coûts de gestion qui sont plus élevés pour l'AMC (22,5 % par prestation versée) que pour l'AMO (3,7 %).
- ▶ Trois types de coûts participent de cette augmentation :
 - Les frais d'administration (adhésion, encaissement des cotisations, gestion des contrats)
 - Les frais de gestion des sinistres (processus de prise en charge)
 - Les frais d'acquisition (commercialisation, publicité, marketing, commission des courtiers, coûts informatique, ...).
- ▶ Les frais d'acquisition participent à l'augmentation des frais de gestion. En 2014, ils représentent 8 % des cotisations collectées (pour l'ensemble du marché de l'AMC), 13 % pour les sociétés d'assurance, 6 % pour les mutuelles et 5 % pour les IP.
- ▶ Les frais d'acquisition dépendent également de la structure du contrat : ils sont deux à trois fois plus élevés pour les contrats individuels. L'ajout d'intermédiaires participe de la croissance des coûts d'acquisition. Pour les sociétés d'assurance par exemple, la commission d'apport d'un courtier est de 5 %.

III. Industrialisation et montée en charge : les risques

Le coût collectif de la concurrence

- ▶ La généralisation des complémentaire santé a un coût important pour la société qui finance leur développement.
- ▶ Exonération fiscale :
 - taux réduit de la Taxe sur les conventions d'assurance dite TCA (7 % au lieu de 9 %) ;
 - exonération de la Contribution sociale de solidarité (C3S).
- ▶ La mise en place des contrats dits responsables a été facilitée par des aides publiques importantes : 4,3 milliards d'euros (mise en place d'une exemption de cotisations sociales pour les contrats , réduction du taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance, exonérations d'impôts sur le revenu des cotisations versées).
- ▶ La généralisation de la complémentaire se traduira par un surcoût de 1,5 à 2,1 milliards d'euros en année pleine.
- ▶ L'érosion de la mutualisation solidaire favorise la mise en œuvre d'un système à trois étage (AMO, AMC et surcomplémentaire. Au 1^{er} semestre 2016, 22 % des français ont déjà changé de complémentaire et 16 % ont déjà souscrit une surcomplémentaire.
- ▶ Le marché de la surcomplémentaire est en phase de croissance. Il représente aujourd'hui 1,3 milliards d'euros
- ▶ Institutionnalisation d'un système à trois payeurs avec tous les risques que cela suppose.