



n°135 - 2022

Analyses et synthèses

Analyse de l'assurance complémentaire santé entre 2012 et 2020



SYNTHÈSE GÉNÉRALE

L'assurance complémentaire santé a connu plusieurs réformes structurantes ces dernières années: l'Accord National Interprofessionnel (ANI) généralisant la complémentaire santé obligatoire à tous les salariés, hormis ceux des trois fonctions publiques, en 2013, puis le déploiement du plan « 100 % santé » (reste à charge 0), la réforme de la CMU-ACS et la résiliation infra-annuelle des contrats complémentaires santé en 2019.

Prise dans son ensemble (complémentaire santé individuelle et collective), cette activité a généré pour les assureurs français, chaque année depuis 2012, un résultat technique positif représentant 1,7 % des primes en moyenne.

Cette apparente solidité cache des réalités très diverses, les contrats individuels et collectifs se distinguant notamment en termes de niveaux de garantie. En effet, les contrats collectifs souscrits, le plus souvent, par les employeurs au profit de leurs salariés offrent en général une meilleure couverture que les contrats individuels souscrits directement par les particuliers. Les mutuelles du code de la mutualité sont majoritairement positionnées sur l'assurance individuelle tandis que les institutions de prévoyance sont spécialisées en assurance santé collective du fait de leurs statuts. Les entreprises relevant du code des assurances, sous forme de société d'assurance mutuelle ou de société anonyme, (ci-après dans l'étude « les entreprises d'assurance ») ont pour leur part une position intermédiaire. Ainsi :

- L'assurance complémentaire santé individuelle affiche une rentabilité technique (résultat technique rapporté aux primes acquises) supérieure à 4 % pour l'ensemble de la période 2012-2020, en constante augmentation depuis 2016, surtout parmi les entreprises d'assurances qui sont majoritairement des organismes de grande taille.
- Concernant l'assurance complémentaire santé collective :
 - La mise en place de l'ANI a augmenté la pression concurrentielle et malgré une hausse significative du volume global des primes depuis 2012 (+36 %), les organismes ne dégagent aucun excédent technique sur cette activité.
 - Les institutions de prévoyance, commercialisant quasi-exclusivement des contrats collectifs, affichent logiquement les résultats techniques les moins élevés.

Étude réalisée par Sarah GANDOLPHE et Frédéric AHADO

SOMMAIRE

Évolution du marché de l'assurance complémentaire santé depuis 2012.....	4
1. Un marché toujours dominé par les organismes du code de la mutualité	4
2. Une baisse historique de l'activité en 2020	7
2.1 Une légère baisse du volume des primes (-0,3 %).....	7
2.2 Une baisse historique des prestations en 2020, supérieure à celle des primes.....	8
Évolution de la rentabilité technique de la branche santé depuis 2012.....	9
1. Une plus grande part des cotisations reversée sous forme de prestations pour les contrats collectifs	9
2. Des frais les plus faibles pour les institutions de prévoyance en raison du poids des contrats collectifs dans leur activité	10
3. Une ratio combiné supérieur à 100 % depuis 2012 pour les contrats collectifs.....	11
4. Maintien du résultat technique des branches santé en 2020, malgré un marché collectif structurellement déficitaire.....	12
5. L'impact positif du poids de l'organisme sur le marché de l'assurance santé	13
La rentabilité globale des organismes exerçant en assurance complémentaire santé	15
Annexes : Cadre réglementaire de l'assurance complémentaire santé	18
1. Nature des contrats	18
• Les contrats individuels	18
• Les contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire	18
2. Évolutions réglementaires récentes	18
• L'Accord National Interprofessionnel (ANI).....	18
• La suppression de la clause de désignation	18
• Le contrat « solidaire et responsable »	19
• L'aide à la complémentaire santé (ACS).....	19
• Le reste à charge zéro	19
• La résiliation infra-annuelle des complémentaires santé	19

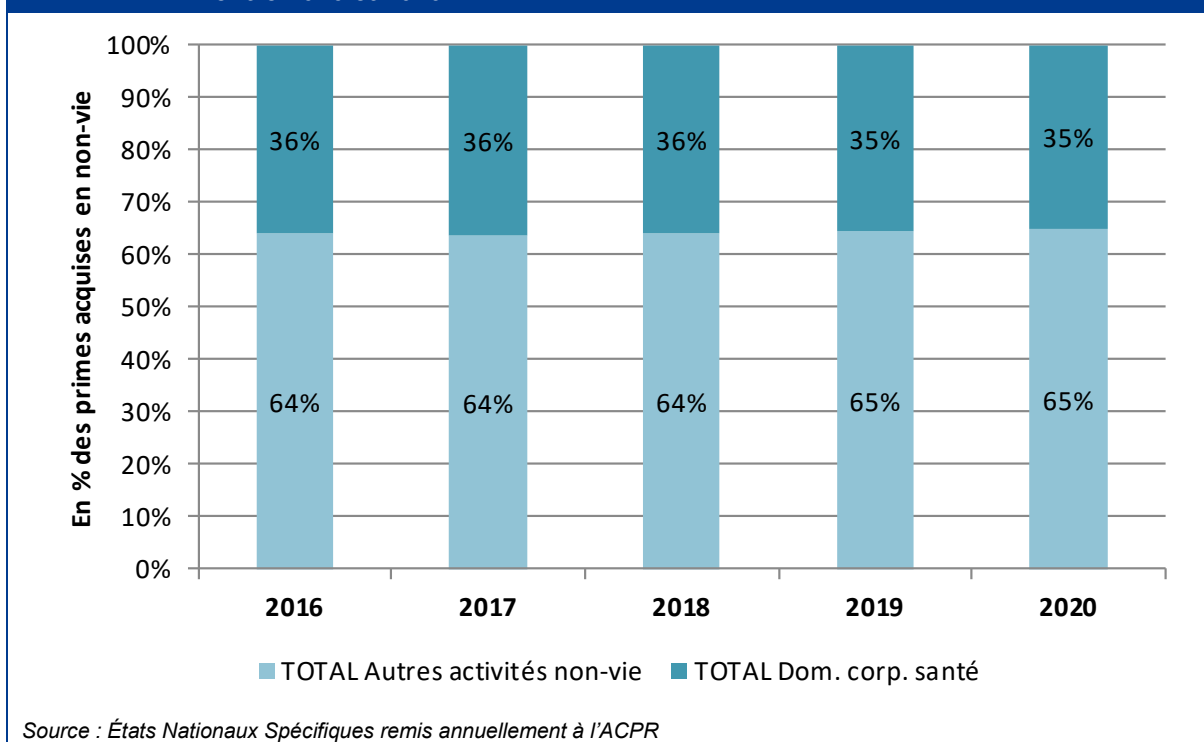
Évolution du marché de l'assurance complémentaire santé depuis 2012

1. Un marché toujours dominé par les organismes du code de la mutualité

En 2020, la part de l'assurance complémentaire santé représente 35% de l'ensemble des activités d'assurance non-vie (Graphique 1).

Cette part reste plutôt stable depuis 2016, année d'entrée en vigueur de l'ANI.

Graphique 1 Part de de l'activité santé individuelle et collective au sein de l'activité non-vie entre 2016 et 2020



Toutefois, elle varie selon les acteurs du marché (Graphique 2) :

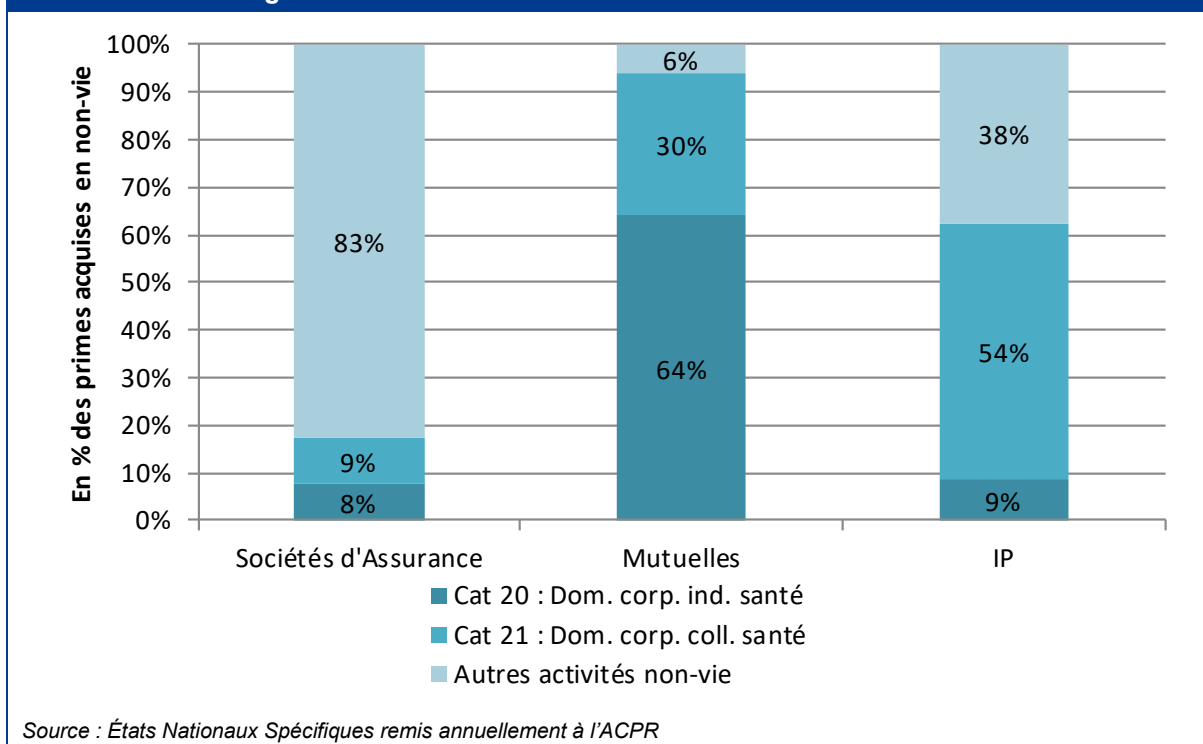
- Les mutuelles du code de la mutualité sont spécialisées historiquement en assurance santé, qui représente 94 % de leur activité non-vie globale en 2020 (dont 64 % en santé individuelle et 30 % en santé collective). Du fait de la concurrence engendrée par l'ANI¹ et de la nécessité de baisser les coûts de gestion, elles sont fortement affectées par le mouvement de concentration au sein du secteur et confrontées au besoin de faire évoluer leur modèle économique. En effet, la part des primes acquises par ces mutuelles dans l'ensemble des contrats individuels et collectifs s'est réduite de près de 6 points entre 2012 et 2020, au profit des entreprises d'assurances notamment.
- À l'inverse, les organismes relevant du code des assurances, sous forme mutualiste (SAM) ou de sociétés anonymes (SA), ont un profil d'activité pour leur part très diversifié. En 2020,

l'assurance santé, tous segments confondus, ne représente que 17 % de leur chiffre d'affaires non-vie total.

- Enfin, si la part de marché des institutions de prévoyance (IP) est négligeable sur le segment des contrats individuels santé (4 % des primes), elle représente près d'un tiers (29 %) du segment des contrats collectifs. L'activité des IP est en effet concentrée sur la santé collective qui représente 54 % du total de leur activité non-vie en 2020.

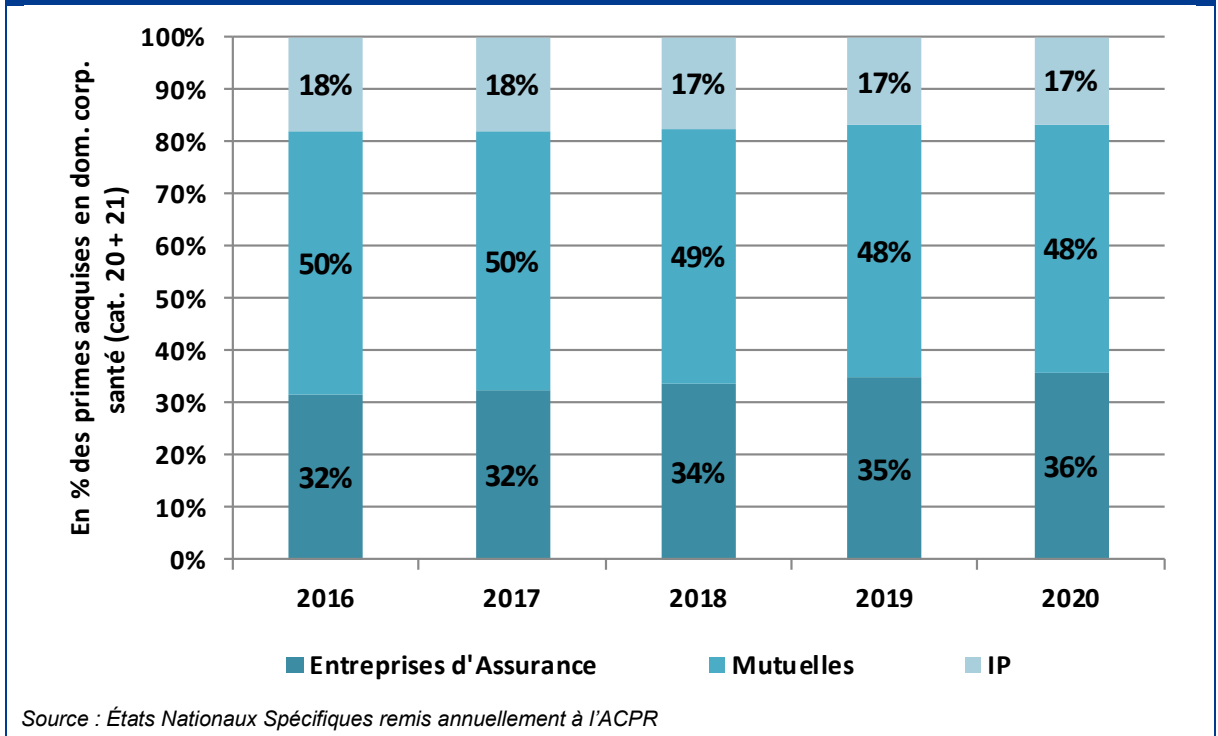
Au total, les mutuelles restent prédominantes sur le marché de la complémentaire santé en 2020 : elles détiennent 48 % du marché, contre 36 % pour les entreprises d'assurance et 17 % pour les IP. Entre 2016 et 2020, les entreprises d'assurance ont gagné 4 points de parts de marché au détriment des mutuelles et des IP (Graphique 3). L'assurance santé individuelle représente plus de la moitié du marché de la complémentaire santé en 2020 (51 %). Toutefois, l'assurance collective a gagné 2 points depuis l'entrée en vigueur de l'ANI en 2016 en passant de 47 % à 49 % (Graphique 4).

Graphique 2 Part de l'activité santé individuelle et collective dans l'activité non-vie par type d'organismes en 2020

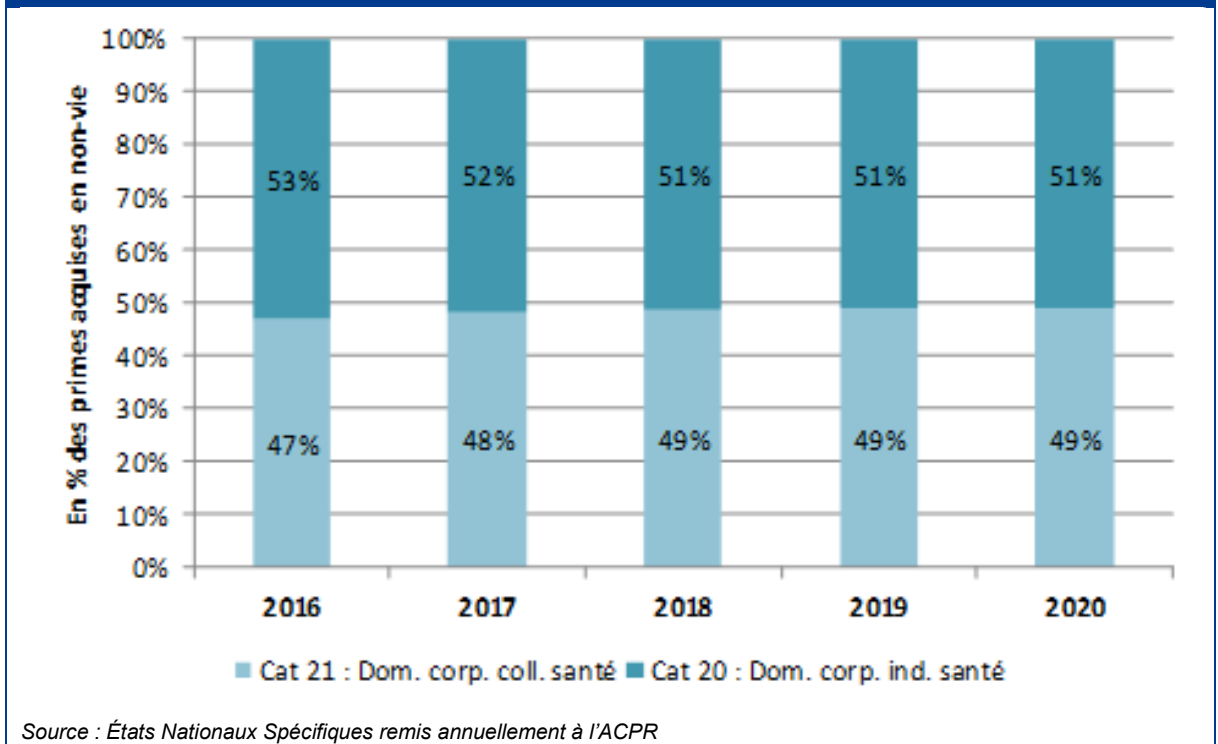


¹ Voir annexes

Graphique 3 Part de chaque type d'organisme dans l'activité santé entre 2016 et 2020



Graphique 4 Part des activités santé individuelle et collective entre 2016 et 2020



2. Une baisse historique de l'activité en 2020

2.1 Une légère baisse du volume des primes (-0,3 %)

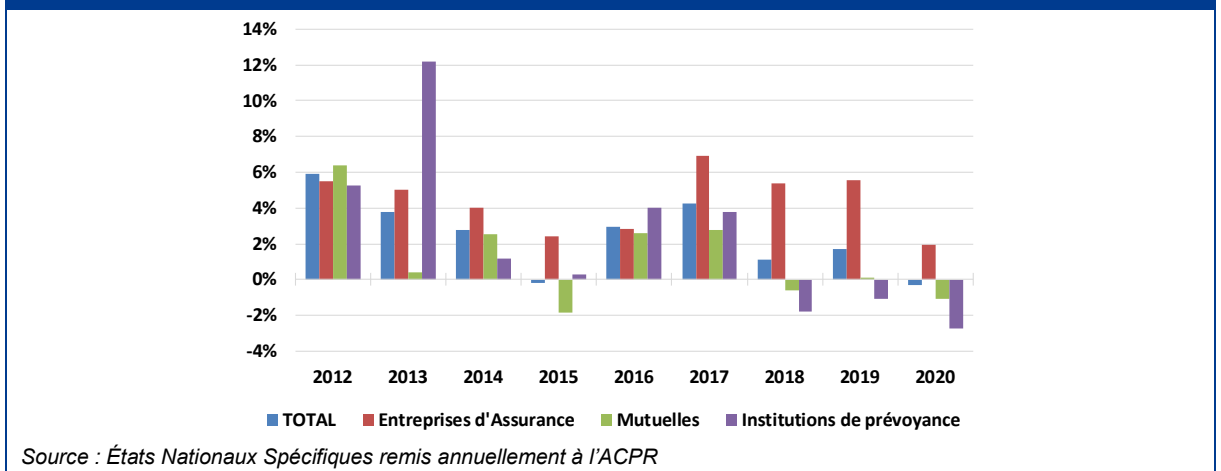
En 2020, le marché de l'assurance complémentaire santé des organismes français d'assurance, segments individuel et collectif confondus, représente 38,3 milliards d'euros de primes en affaires directes, en légère baisse (-0,3 %) par rapport à 2019, soit -113 millions d'euros.

Cette baisse résulte de variations hétérogènes selon les types d'organismes. Les primes collectées par les entreprises d'assurance se sont accrues de 2 % entre 2019 et 2020, soit +263 millions d'euros (Graphique 5), tandis que

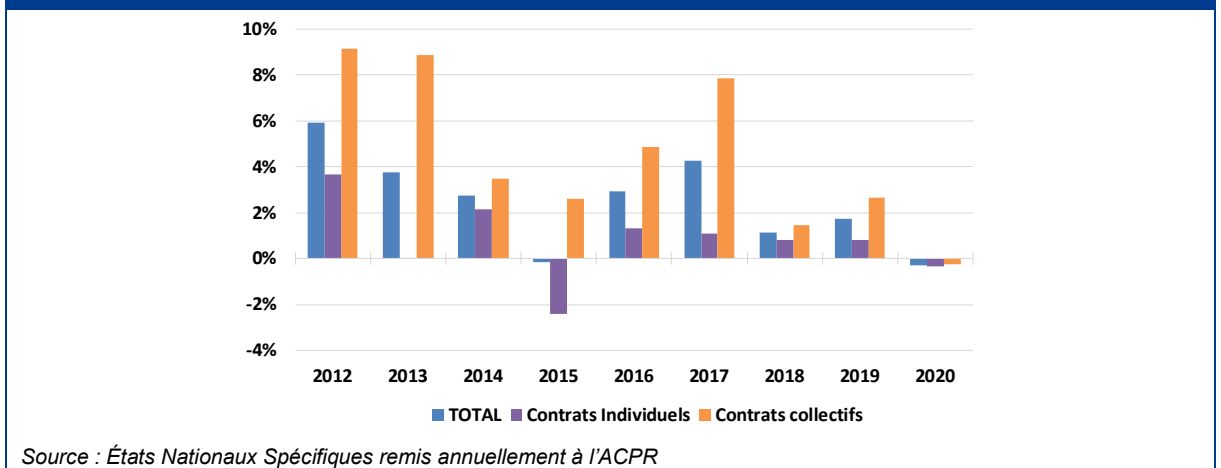
les primes des mutuelles et des IP enregistraient respectivement des baisses de -1,1 % (soit -200 millions d'euros) et -2,7 % (-176 millions d'euros).

En santé collective comme individuelle, les primes collectées ont légèrement diminué de -0,3 % en 2020 (Graphique 6). Cette baisse intervient après une forte progression, jusqu'en 2019, des contrats collectifs (5 milliards, soit +36 %, entre 2012 et 2020, et +3,9 % par an) par rapport aux contrats individuels (0,6 milliard, soit +3,4 %, entre 2012 et 2020, et +0,4 % par an), tendance de fond antérieure à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016.

Graphique 5 Variation des primes en santé par type d'organismes entre 2012 et 2020



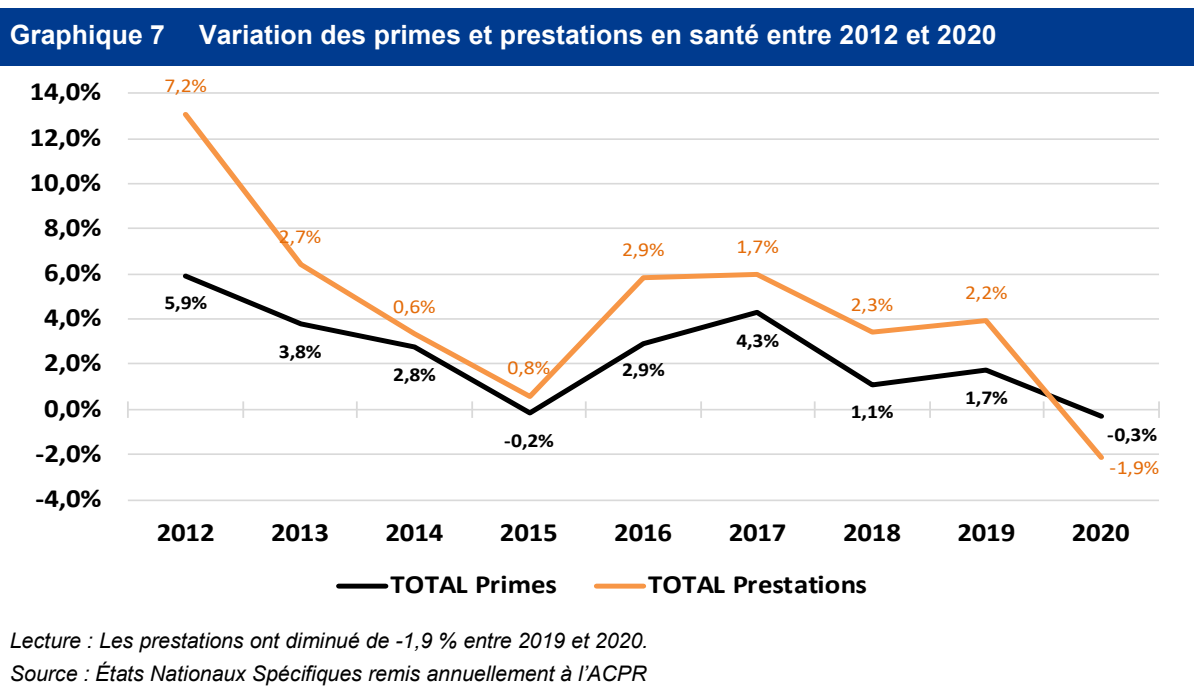
Graphique 6 Variation des primes en santé par nature de contrats entre 2012 et 2020



2.2 Une baisse historique des prestations en 2020, supérieure à celle des primes

Pour la première fois depuis 2012, les charges de prestations² ont nettement diminué en 2020 (- 1,9 %), sans doute en raison de déprogrammations de soins de la part des

professionnels de santé et un renoncement à des consultations ou des soins de la part des assurés lors du confinement du premier semestre (Graphique 7). Cette baisse a été plus sensible que celle enregistrée sur le volume des primes collectées alors que jusqu'ici les prestations croissaient plus vite que les primes.



² Il s'agit des charges liées à l'indemnisation des assurés (sinistres payés et variations de provisions), dénommées ci-après prestations.

Évolution de la rentabilité technique de la branche santé depuis 2012

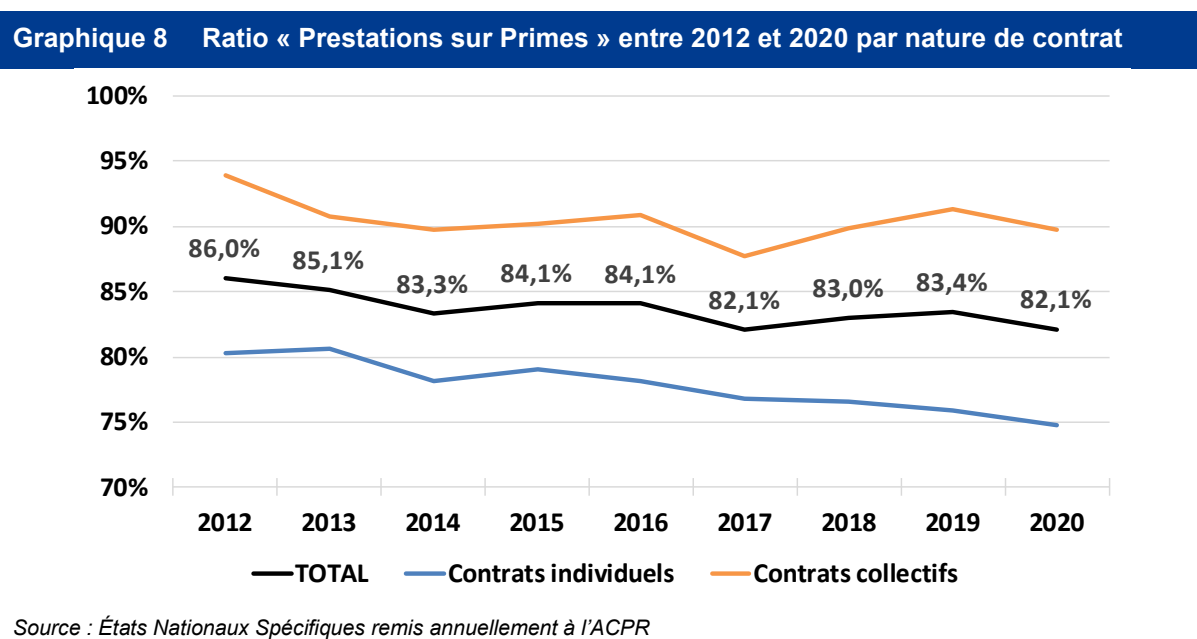
L'analyse de la rentabilité du marché de l'assurance complémentaire santé est effectuée à l'aune d'indicateurs variés (ratio de prestations sur primes, ratio combiné intégrant les frais, ratio de résultat technique sur primes), par type

d'organismes (en particulier, les mutuelles et les institutions de prévoyance pour qui la santé est le cœur du métier) et par type de contrats (individuels et collectifs).

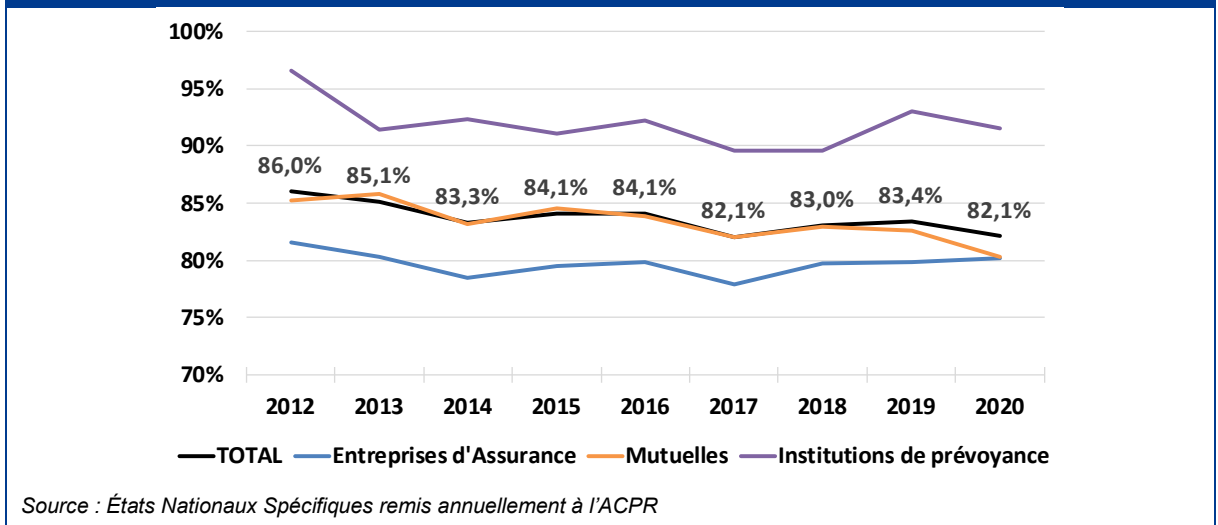
1. Une plus grande part des cotisations reversée sous forme de prestations pour les contrats collectifs

En 2020, les organismes santé ont reversé aux assurés 82,1 % de leurs primes sous forme de prestations, niveau le plus bas depuis 2012. Les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés avec 89,8 % des primes reversées en prestations contre 74,7 % pour les

contrats individuels (Graphique 8). En 2020, les IP commercialisant essentiellement des contrats collectifs ont reversé la part la plus élevée de primes sous forme de prestations (91,5 %), devant les mutuelles (80,3 %) et les entreprises d'assurance (80,1 %) (Graphique 9).



Graphique 9 Ratio « Prestations sur Primes » entre 2012 et 2020 par type d'organisme

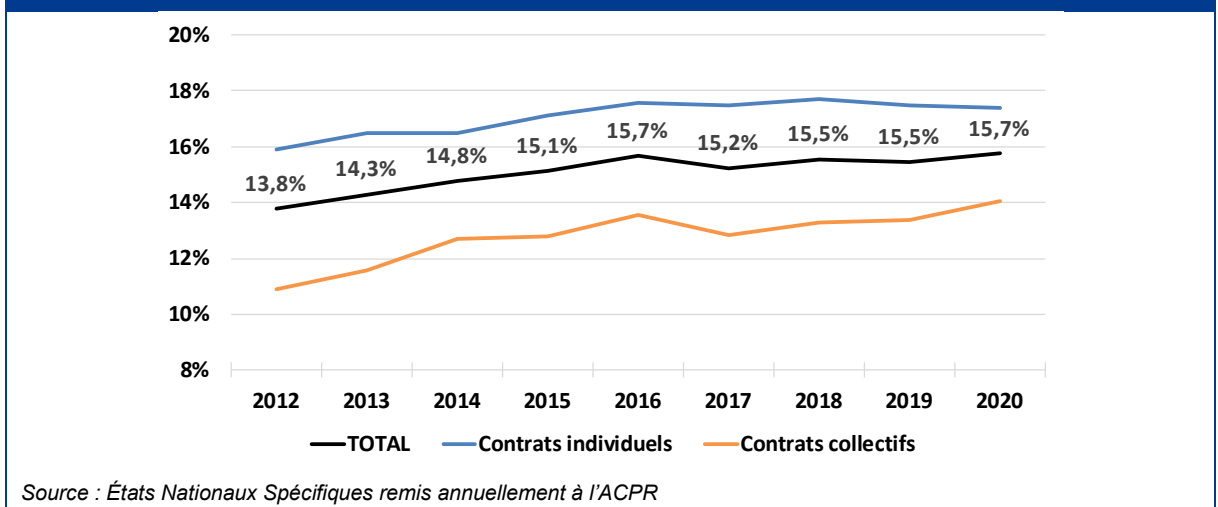


2. Des frais les plus faibles pour les institutions de prévoyance en raison du poids des contrats collectifs dans leur activité

En 2020, les charges d'acquisition et gestion nettes³ ont représenté 16 % des primes des organismes santé. La part de ces frais dans les primes est en légère augmentation ces dernières années, passant de 14 % en 2012 à 16 % en 2020. Ces frais sont de nature très composite et les états remis à l'ACPR ne permettent pas d'avoir un découpage plus fin.

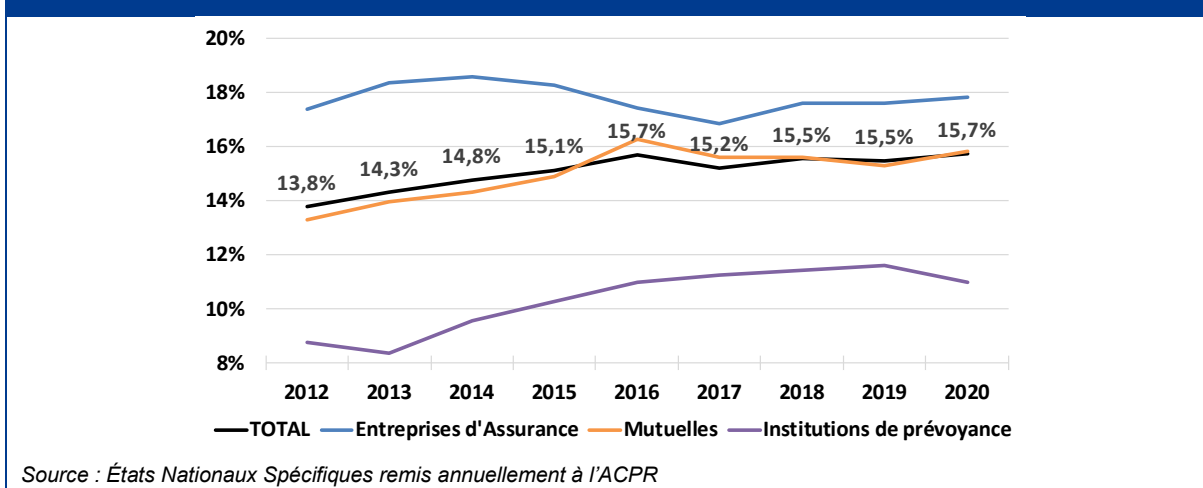
Cette part est plus faible pour les contrats collectifs (14 %) que pour les contrats individuels (17 %). Les IP (dont les primes issues des contrats collectifs sont largement majoritaires) affichent ainsi des frais nettement plus faibles (11 %) que les mutuelles et les entreprises d'assurances (respectivement 16% et 18 %) (Graphique 10). En 2020, les frais des IP ont baissé de 8 %, tandis qu'ils ont augmenté pour les mutuelles (+2,6 %) et les entreprises d'assurances (+3,2 %) (Graphique 11).

Graphique 10 Ratio « Frais sur Primes » entre 2012 et 2020 par nature de contrat



³ Dénommées ci-après frais

Graphique 11 Ratio « Frais sur Primes » entre 2012 et 2020 par type d'organisme



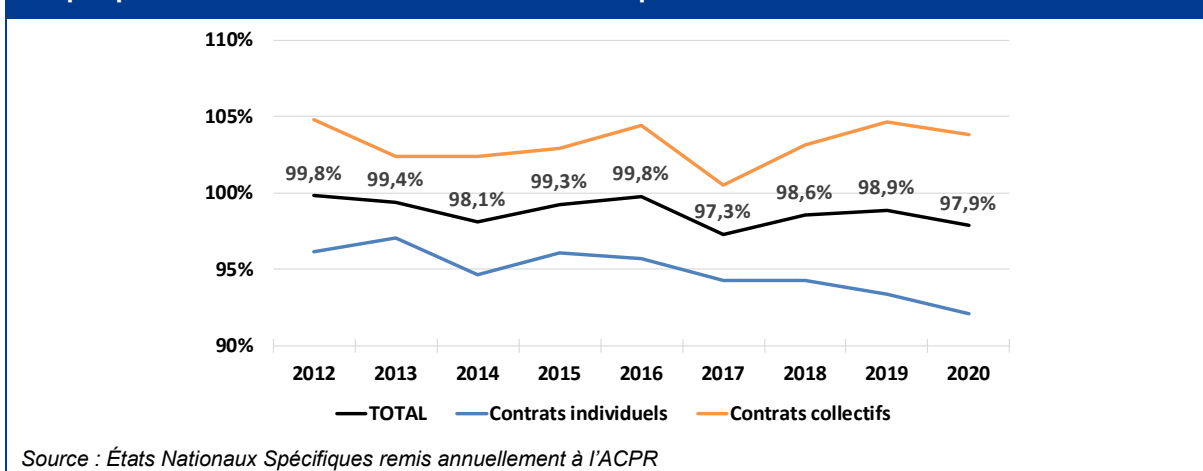
3. Une ratio combiné supérieur à 100 % depuis 2012 pour les contrats collectifs

Le ratio combiné⁴ des contrats individuels s'est amélioré continuellement sur la période 2012-2020, atteignant son plus bas niveau en 2020 (92,1 %), année toutefois qui n'est pas représentative.

A l'inverse, le ratio combiné des contrats collectifs est resté supérieur à 100 % depuis 2012 (Graphique 12). À l'image du ratio « Prestations sur Primes », il enregistre son plus bas niveau en 2017 (à 100,5 %) et se dégrade ensuite pour atteindre 103,8 % en 2020. Dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel (ANI), toutes les entreprises sont obligées, depuis le

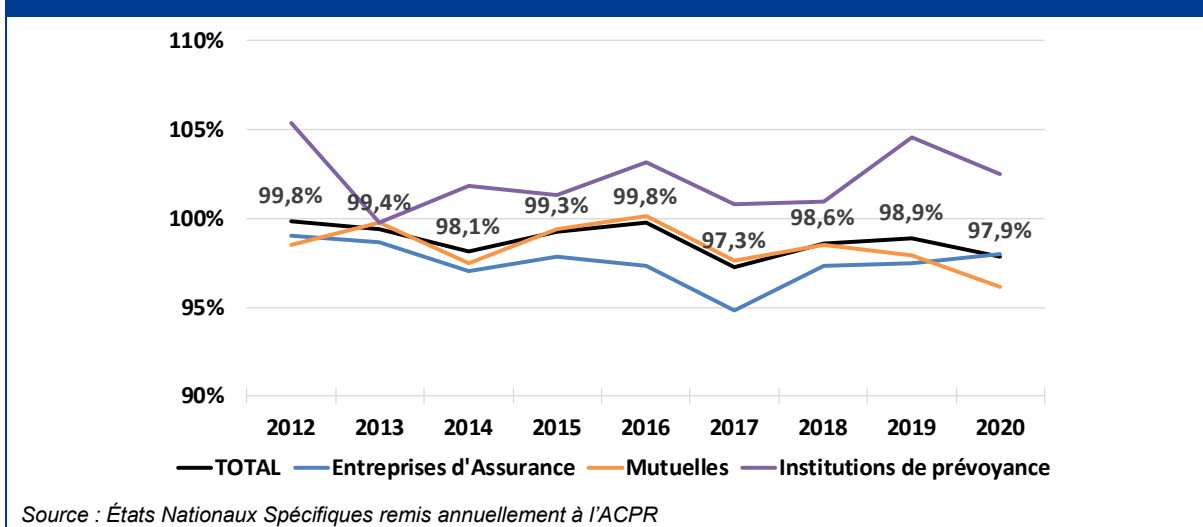
1^{er} janvier 2016, de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire collective en santé. L'entrée en vigueur de l'ANI a eu pour conséquence l'augmentation significative du nombre de personnes couvertes par contrat collectif et donc celle des cotisations perçues pour les contrats collectifs entre 2016 et 2017 (7,8 %). Pour les IP, commercialisant quasi-exclusivement des contrats collectifs, les moindres frais ne compensent pas le niveau élevé des prestations. Elles affichent ainsi le ratio combiné le plus élevé (Graphique 13).

Graphique 12 Ratio combiné entre 2012 et 2020 par nature de contrats



⁴ Le ratio combiné est la somme du ratio des pertes techniques ((sinistres payés + réserves pour pertes nettes) / prime nette acquise) et du ratio de dépense (= frais de souscription incluant les commissions / prime nette émise).

Graphique 13 Ratio combiné entre 2012 et 2020 par type d'organismes



4. Maintien du résultat technique des branches santé en 2020, malgré un marché collectif structurellement déficitaire

En 2020, l'activité de la complémentaire santé (individuelle et collective) a généré un résultat technique excédentaire s'élevant à 710 millions d'euros, soit 1,9 % des primes collectées (Graphique 14). Ce montant est en augmentation par rapport à 2019 (+ 504 millions d'euros, soit 1,3 % des primes collectées) et se situe dans la moyenne constatée depuis 2012 (1,7 %). Cette situation est due aux effets du confinement et de la crise sanitaire.

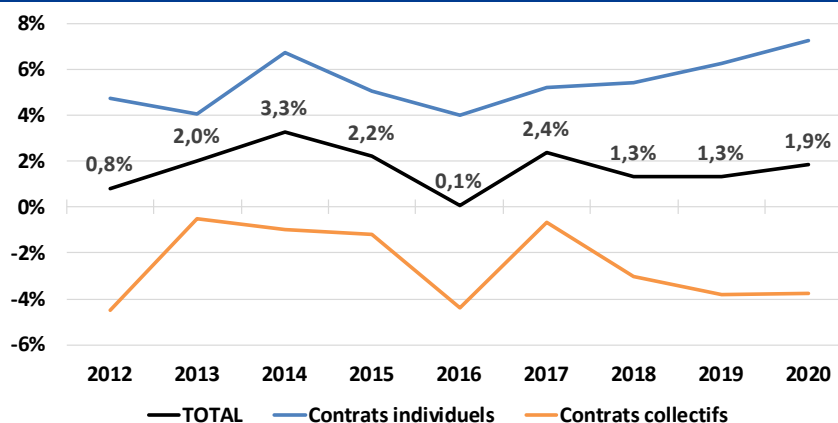
En 2020, les IP sont déficitaires sur leur activité santé, tous segments confondus (- 198 millions d'euros, soit -3,1 % des primes collectées). Elles le sont d'ailleurs de façon structurelle depuis plusieurs années en raison de leur spécialisation sur l'activité collective. Toutefois, ce déficit s'est légèrement réduit par rapport à 2019 (-231 millions d'euros, soit -3,6 % des primes collectées). En 2020 les mutuelles dégagent quant à elles un excédent (624 millions d'euros, soit 3,4 % des primes), qui s'est accru par rapport à celui de 2019. Enfin, les entreprises d'assurance sont structurellement excédentaires (284 millions d'euros, soit 2,1 % des primes, en 2020).

Depuis 2019, les contrats collectifs présentent un déficit⁵ de plus de -4 % des primes tandis qu'à l'inverse, les contrats individuels continuent à dégager en moyenne des excédents représentant plus de 6 % des primes. Ainsi, l'écart de rentabilité se creuse entre contrats individuels et contrats collectifs.

En 2020, les contrats collectifs des entreprises d'assurance ont été déficitaires (-2,9 %), mais moins que ceux des mutuelles (-3,4 %) et des IP (-5,4 %). En individuel, les contrats des entreprises d'assurances ont été quant à eux en moyenne plus rentables (8,2 %) que ceux des mutuelles (6,6 %) (Graphique 15). Cela s'explique par le fait que les entreprises d'assurances sont très majoritairement des organismes de grande taille, pouvant mieux amortir les coûts de gestion, notamment informatiques. Les contrats individuels des IP, peu nombreux et très spécifiques, ne sont pas comparables.

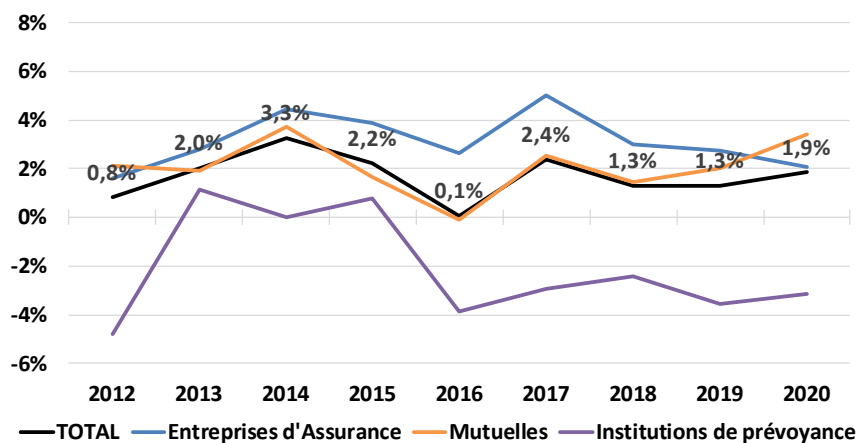
⁵ La hausse du résultat constaté pour l'année 2017 s'explique également par GENERALI VIE

Graphique 14 Ratio « résultat technique sur primes » entre 2012 et 2020 par nature de contrats



Source : États Nationaux Spécifiques remis annuellement à l'ACPR

Graphique 15 Ratio « résultat technique sur primes » entre 2012 et 2020 par type d'organismes



Source : États Nationaux Spécifiques remis annuellement à l'ACPR

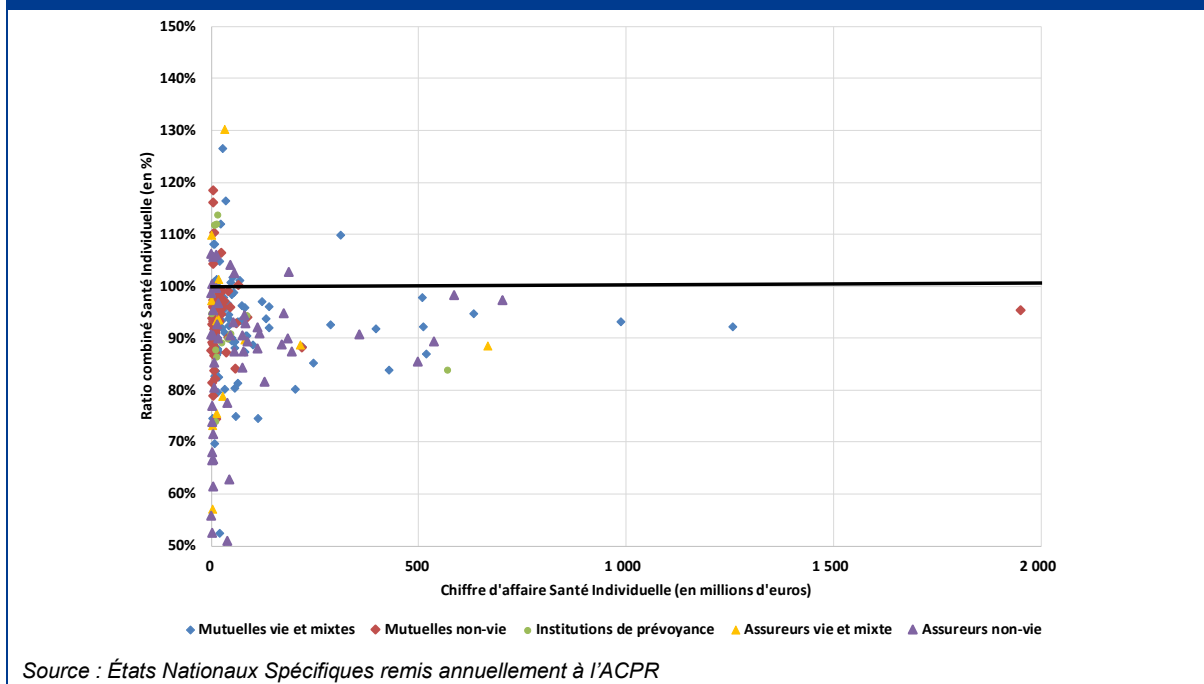
5. L'impact positif du poids de l'organisme sur le marché de l'assurance santé

- En assurance individuelle (Graphique 16), les organismes aux ratios combinés les plus élevés sont très majoritairement des organismes ayant des parts de marché faibles (dont les cotisations santé n'excèdent pas 100 millions d'euros). À l'inverse, les organismes affichant les parts de marché les plus importantes (cotisations collectées supérieures à 150 millions) ont généralement un ratio combiné inférieur à 100 %.
- En assurance collective (Graphique 17), l'influence de la taille de l'organisme sur le ratio combiné se vérifie également mais semble moins significative. Les organismes aux ratios combinés les plus élevés ont majoritairement des parts de marché faibles (cotisations inférieures à 100 millions d'euros), mais des organismes plus importants affichent également un ratio combiné supérieur à 100 %.

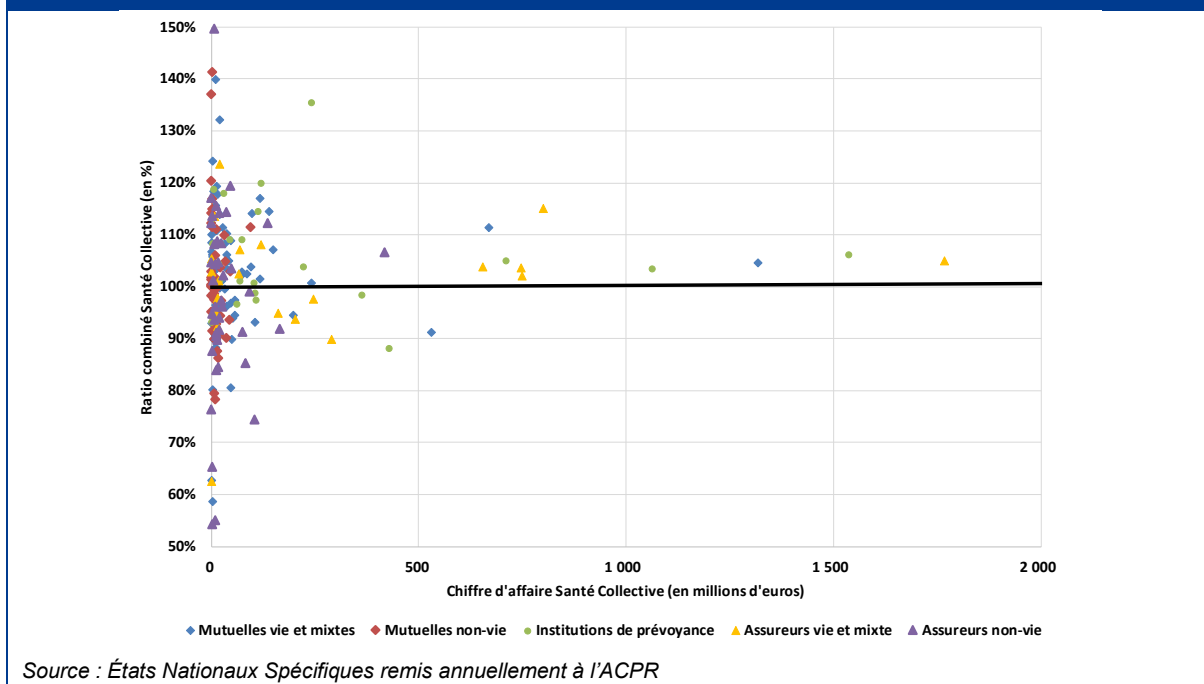
Les principaux acteurs de l'assurance-vie français qui ont choisi de diversifier leur activité en développant leur portefeuille complémentaire santé font partie des

organismes dont la part de marché est significative (supérieure à 1 %) et augmente le plus ces dernières années.

Graphique 16 Répartition des ratios combinés de l'activité santé individuelle selon le chiffre d'affaires en santé individuelle en 2020



Graphique 17 Répartition des ratios combinés de l'activité santé collective selon le chiffre d'affaires en santé collective en 2020



La rentabilité globale des organismes exerçant en assurance complémentaire santé

La rentabilité globale d'un organisme s'apprécie à partir du résultat net total, qui reflète l'intégralité de son activité, en santé mais aussi dans toutes les autres branches vie ou non vie (retraite, décès, automobile, etc.). Ce résultat net total est composé du résultat technique directement lié à l'activité d'assurance (primes, sinistres, frais, réassurance, produits financiers) et du résultat non technique non directement lié à l'activité d'assurance (produits financiers et charges issus des placements des fonds propres, produits et charges exceptionnels, impôt sur les sociétés, participation des salariés, etc.). Les excédents ou déficits d'un organisme sur son activité d'assurance santé peuvent ainsi être compensés ou renforcés par les résultats de ses autres activités d'assurance (prévoyance, vie, automobile, MRH...mais également acceptations en réassurance) ou par le résultat non technique. Les mutuelles et les entreprises d'assurance pratiquant une activité santé ont au global un résultat net positif en 2020 (tableaux 1 et 2). Les IP affichent quant à elles un résultat déficitaire, se dégradant par rapport à 2019. Rapportés à l'ensemble des primes, les entreprises d'assurances affichent le plus d'excédents en 2020, soit 3,9 % du total des primes collectées toutes activités d'assurance confondues.

Ces excédents sont observés pour l'ensemble de leurs activités à l'exception du dommage corporel collectif (santé et prévoyance), dont le résultat technique est négatif. Les excédents générés par les entreprises d'assurances sont toutefois moins élevés en 2020 qu'en 2019 (3,9 % contre 4,3 %). Les mutuelles présentent quant à elles en 2020 un résultat technique bénéficiaire de l'assurance santé individuelle, leur activité principale. Le résultat net des mutuelles représente 1,4 % de l'ensemble des primes collectées en 2020, en hausse par rapport à celui réalisé en 2019 (0,9 %), toutes activités d'assurances confondues. Pour les institutions de prévoyance, les déficits des activités santé et prévoyance collectives sont importants par rapport aux excédents réalisés dans les activités vie et par rapport au résultat non technique en 2020. Les institutions de prévoyance creusent leur déficit, toutes activités d'assurances confondues, entre 2019 à -0,9 % et 2020 à -2,2 %. En 2020, ce déficit de -2,2 % se décompose entre - 1,4 % pour l'activité santé, -2,7 % pour l'activité prévoyance et +1,9 % pour le reste (autres activités et résultat non technique). Là encore du fait des effets de la crise sanitaire, notamment sur les contrats prévoyance, l'année 2020 est sans doute exceptionnelle.

Tableau 1 Décomposition des primes des organismes pratiquant une activité santé en 2020

Décomposition du business model en 2020	Entreprises d'Assurance	Mutuelles	IP	TOTAL
Cat 20 : Dom. corp. ind. santé	6 150	12 480	864	19 495
Cat 21 : Dom. corp. coll. santé	7 545	5 789	5 467	18 802
Cat 20 : Dom. corp. ind. autres	4 135	685	11	4 830
Cat 21 : Dom. corp. coll. autres	6 174	350	3 466	9 990
Autres activités non-vie en affaires directes	44 162	1	0	44 163
Autres activités non-vie (acceptations...)	18 907	821	1 516	21 244
Autres activités vie en affaires directes	70 074	676	2 501	73 251
Autres activités vie (acceptations...)	8 840	216	237	9 293
TOTAL	165 988	21 017	14 062	201 068

Source : États Nationaux Spécifiques remis annuellement à l'ACPR

Tableau 2 Décomposition du résultat technique et résultat net total des organismes pratiquant une activité santé en 2020

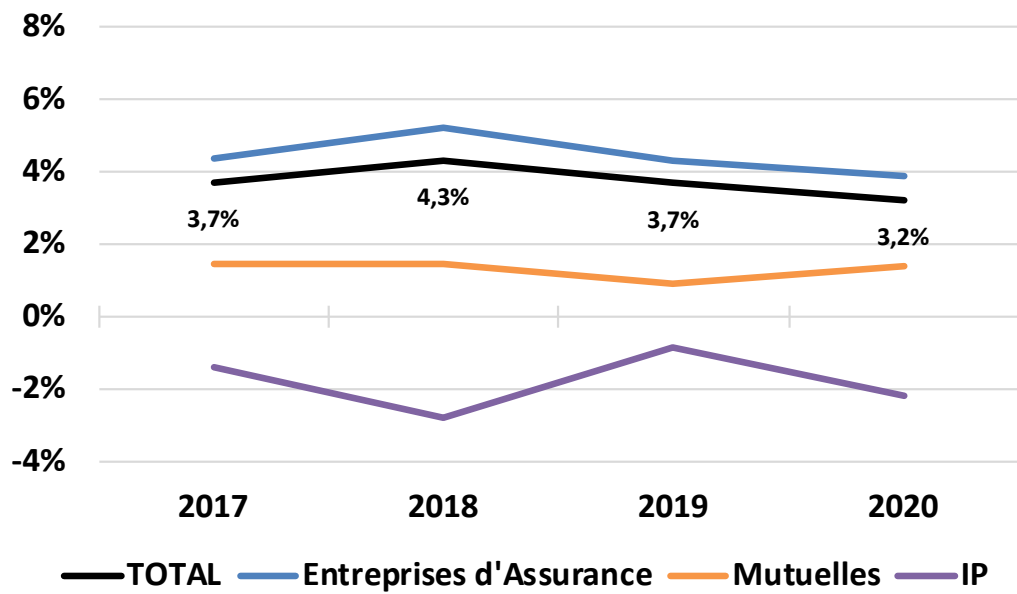
Décomposition du business model en 2020	Entreprises d'Assurance	Mutuelles	IP	TOTAL
Cat 20 : Dom. corp. ind. santé	502	818	99	1 420
Cat 21 : Dom. corp. coll. santé	-218	-194	-297	-710
Cat 20 : Dom. corp. ind. autres	655	-33	-19	603
Cat 21 : Dom. corp. coll. autres	-919	-102	-363	-1 384
Autres activités non-vie en affaires directes	1 615	48	0	1 663
Autres activités non-vie (acceptations...)	573	21	-19	576
Autres activités vie en affaires directes	5 190	19	86	5 296
Autres activités vie (acceptations...)	385	1	44	431
TOTAL RT NON-VIE + RT VIE	7 784	579	-468	7 894
RT Non-Technique	-1 330	-286	156	-1 459
Résultat de l'exercice (yc RT non-technique)	6 454	293	-312	6 435

Source : États Nationaux Spécifiques remis annuellement à l'ACPR

Au total, les organismes présents dans le secteur de l'assurance santé affichent des excédents en 2020 pour l'ensemble de leurs activités (en moyenne 3,2 % de l'ensemble des primes collectées). Hormis les institutions de prévoyance en 2020, les différentes catégories d'organismes

du secteur de la complémentaire santé ont généralement été excédentaires depuis 2017 pour l'ensemble de leur activité (graphique 18) mais le poids relatif de l'assurance santé complémentaire diffère très largement, sans surprise, en fonction du secteur d'appartenance des organismes.

Graphique 18 Résultats net / primes – toutes activités confondues – entre 2017 et 2020 par type d'organisme



Lecture : les organismes ont réalisé des excédents représentant 3,2 % de l'ensemble des primes en 2020.

Source : États Nationaux Spécifiques remis annuellement à l'ACPR

Périmètre : Organismes pratiquant l'assurance santé

Annexes : Cadre réglementaire de l'assurance complémentaire santé

1. Nature des contrats

Encadré 1 : Nature des contrats en assurance complémentaire santé

- **Les contrats individuels**

Le contrat individuel est un accord entre deux signataires : l'assuré et l'assureur. Le premier souscrit à titre personnel une assurance afin de couvrir un risque, bien que d'autres personnes puissent être couvertes par ce même contrat, à savoir les ayants-droit (conjoint et enfants).

- **Les contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire**

Par opposition aux contrats individuels, un contrat collectif désigne un accord signé entre trois acteurs : l'assureur, le souscripteur et les adhérents. Ce type de contrat peut se présenter sous une forme obligatoire ou facultative.

- Le contrat collectif à adhésion obligatoire est un contrat dans lequel le bénéficiaire est obligé d'adhérer. Ces contrats concernent principalement les entreprises qui sont dans l'obligation d'offrir une couverture santé à leur salarié.
- Le contrat collectif à adhésion facultative est un contrat signé par un groupe (généralement une association) dans lequel les adhérents décident ou non d'adhérer à un contrat. Cet accord est conclu entre l'assureur et une personne morale.

2. Évolutions réglementaires récentes

Encadré 2 : Les évolutions réglementaires récentes de la couverture santé

- **L'Accord National Interprofessionnel (ANI)**

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, suivi par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, ouvre la voie à la **généralisation de la complémentaire santé au sein des entreprises du secteur privé, avec des niveaux de remboursement réglementés, à compter du 1er janvier 2016**. Outre le co-financement à hauteur de 50% maximum de la cotisation du salarié (article L911-7 du Code de la Sécurité sociale), les employeurs sont tenus de garantir un panier de soins minimal à leurs salariés, mais peuvent proposer des garanties plus couvrantes (décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014).

- **La suppression de la clause de désignation**

Consécutivement à l'ANI, **le Conseil constitutionnel a censuré, le 13 juin 2013, l'article L912-1 du code de la Sécurité Sociale qui permettait aux accords de désigner l'organisme chargé de la protection complémentaire pour toute la branche**, en jugeant que cette désignation portait

atteinte à la liberté contractuelle et la liberté d'entreprendre. Un dispositif de recommandation d'organisme d'assurance a été adopté, en remplacement de la pratique des clauses de désignation, par lequel l'existence d'une recommandation est conditionnée au fait que s'organise un degré élevé de solidarité. Ainsi, les branches peuvent procéder à des recommandations d'un ou plusieurs organismes assureurs sous conditions de mise en concurrence dans le respect des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement prévues par décret. L'organisme recommandé doit accepter toutes les entreprises et au même tarif, la recommandation doit être revue au plus tard tous les 5 ans avec procédure de mise en concurrence lors de son réexamen. Un avantage fiscal devait inciter les entreprises à s'assurer auprès de l'organisme ou de l'un des organismes recommandés.

- **Le contrat « solidaire et responsable »**

La loi sur la généralisation de la complémentaire santé (ANI) impose la mise en place d'une couverture collective pour tous les salariés par le biais d'un contrat responsable et solidaire.

Le contrat responsable et solidaire répond à deux principes :

- la solidarité, initiée en 2002 avec le contrat solidaire, qui se distingue par l'éviction de la sélection à la souscription, l'abandon du questionnaire médical et un barème de cotisations indépendant de l'état de santé ;
- la responsabilité, adoptée en 2006 avec le contrat responsable, visant une meilleure prise en charge globale de tous les Français et une rationalisation des dépenses de santé.

Avec la réforme de la généralisation de la complémentaire santé, **le contrat responsable (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014) est entré en vigueur le 1^{er} avril 2015**. Les entreprises avaient jusqu'au 1er janvier 2018 pour se mettre en conformité avec la loi.

- **L'aide à la complémentaire santé (ACS)**

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, présentée le 13 septembre 2018 par le Président de la République, comprend une mesure de refonte des dispositifs de l'aide à la complémentaire santé et de la couverture maladie universelle complémentaire contributive dans un objectif de facilitation de l'accès aux droits : **l'ACS et la CMU-c ont fusionnées au 1er novembre 2019 en un seul dispositif.**

- **Le reste à charge zéro**

Dans le cadre de la réforme dite « 100% santé », **un décret publié au Journal officiel du 12 janvier 2019 précise les modalités de la mise en place progressive du remboursement intégral (reste à charge zéro) par la Sécurité sociale** et les complémentaires santé grâce notamment à la fixation de tarifs plafonds. Le « 100% santé » se déploiera progressivement entre 2019 et 2022 en dentaire, est effectif depuis 2020 pour l'optique et 2021 pour les aides auditives.

- **La résiliation infra-annuelle des complémentaires santé**

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé permet aux assurés de résilier, après un an de souscription, leur contrat de complémentaire santé, à tout moment, sans frais ni pénalité. Auparavant, cette faculté ne pouvait être exercée qu'une fois par an. Les contrats concernés par cette nouvelle faculté, visant à couvrir les risques liés à la santé (remboursement des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident...), sont définis dans le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020.