

2013
RAPPORT

**La situation financière
des organismes
complémentaires assurant
une couverture santé**



MINISTÈRE
DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI
ET DU DIALOGUE SOCIAL

RAPPORT 2013

Sur la situation financière des organismes
complémentaires
assurant une couverture santé

Rédacteurs : Olivier Jacod, Catherine Zaidman

Remerciements : La Drees tient à remercier pour leur collaboration Janine Gougeon, Catherine Hanne-Pinturier, Freddy Latchimy, Denis Marionnet, Marie-Dominique Kersuzan de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et Philippe Comte du Fonds CMU ; ainsi que les services de la CNAMTS, du RSI et de la MSA.

DREES

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DU DIALOGUE SOCIAL

Avant-propos

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (article 12 et article L.862-7 du code de la Sécurité sociale) le Gouvernement a été chargé d'établir, chaque année, un rapport présentant la situation financière des organismes d'assurance complémentaire en santé et « faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I [I de l'article L. 862-4. du code de la Sécurité sociale], du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité » (cf. annexe 1).

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour les années 2010, 2011 et 2012. Ceux-ci s'appuient sur les données fournies par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par le Fonds CMU, en particulier sur les données des états statistiques « relatifs à la protection sociale complémentaire » collectées par l'ACPR pour le compte de la DREES¹ (cf. annexe 8).

Ce rapport comprend trois parties et des annexes. La première partie présente des éléments de cadrage généraux sur le secteur de l'assurance et plus particulièrement sur les organismes assurant la couverture complémentaire santé et finançant le Fonds CMU (champ du rapport). La deuxième porte sur la situation financière de leur compte « santé » et plus globalement sur leur solvabilité financière, la troisième enfin apporte des éclairages complémentaires sur les frais de gestion. Les annexes détaillent les données et les méthodes retenues pour redresser les données manquantes.

Les réponses très partielles à l'état statistique complémentaire relatif aux frais de gestion et à certains dispositifs particuliers (gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU-C et ACS) ne permettent toutefois pas d'approfondir l'analyse sur les frais de gestion, en particulier de calculer le montant des frais de gestion par bénéficiaires, ni même d'évaluer précisément l'impact des dispositifs -gestion déléguée et CMU-C/ACS- sur les comptes des organismes, encore moins de présenter une analyse plus précise des différents facteurs explicatifs des écarts entre organismes (type d'organismes, taille, poids de l'activité santé, poids relatif des contrats collectifs,...importance des dispositifs particuliers). Les systèmes d'information sont en cours d'adaptation dans nombre d'organismes pour la collecte de ces nouvelles données.

¹ Cf. articles L612-17-IV et L612-24 de l'Ordonnance n° 2010-76 du 21 janvier 2010 portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance.

Sommaire

Résumé.....	9
--------------------	----------

Des structures d'activité variables selon le type d'organismes assurant une couverture « santé » complémentaire	11
--	-----------

1. Un secteur d'activité qui continue sa concentration engagée depuis le milieu des années 1990.....	11
2. Un poids de l'activité « santé » très variable selon le type d'organismes	15
3. Des contrats « santé » de nature différente selon le type d'organismes	20

En 2012, un résultat en santé qui reste contrasté selon les organismes	21
---	-----------

1. En 2012, des résultats « frais de soins » qui restent contrastés pour les organismes complémentaires finançant le Fonds CMU	21
1.1. En moyenne, une diminution du résultat en « frais de soins » pour les mutuelles et une augmentation pour les sociétés d'assurance mixte	21
1.2. Des écarts de charges de gestion significatifs entre types d'organismes	26
1.3. ...imputables en partie au poids relatif des contrats collectifs et des contrats individuels	27
1.4. ... mais qui subsistent toutefois à nature de contrat donnée	29
2. Des résultats moyens qui cachent en réalité des écarts entre organismes d'un même type	30
2.1. Des écarts entre organismes d'un même type à nature de contrat donnée et à classe de taille donnée en termes de chiffre d'affaires	30
2.2. Des écarts de charges de gestion qui demeurent cependant entre types d'organismes lorsque l'on tient compte de la taille de chaque organisme en termes de chiffre d'affaires	32
3. Des résultats nets comptables qui relativisent certaines des évolutions en « frais de soins »	33
3.1. En moyenne, une diminution du résultat net comptable pour les sociétés d'assurance non-vie et les institutions de prévoyance, une amélioration pour les sociétés d'assurance mixte en 2012 ..	33
3.2. Des marges de solvabilité peu modifiées	34

Quelques éléments complémentaires sur les frais de gestion des organismes complémentaires	39
--	-----------

1. Une comparaison très complexe des frais de gestion entre régimes de base et régimes complémentaires	39
1.1. Une comparaison qui doit être réalisée sur un champ d'activité comparable	39
1.2. La définition du champ comparable qui peut être discutée	40
1.3. Des travaux conduits par différentes instances sur les « coûts de gestion de l'assurance maladie » apportent des éclairages	42
1.4. La nécessité d'approfondir la comparaison entre les organismes complémentaires	43
2. Des charges de gestion très variables selon le type d'organismes	43
3. Un impact sur les comptes des organismes de la délégation de gestion d'un régime obligatoire et de la gestion de la CMU-C/ACS qui ne peut être évalué	45
3.1. Concernant la gestion déléguée d'un régime obligatoire	46
3.2. Concernant la CMU-C et l'ACS	48
4. Une analyse sur données individuelles toujours impossible	50

Annexes.....	51
Annexe 1 Article 12 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009	53
Annexe 2 Article 11 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012	53
Annexe 3 Le champ de l'analyse	54
Annexe 4 Présentation de la méthode de correction pour non-réponse	60
Annexe 5 Comparaison des données « effectifs » entre différentes sources	64
Annexe 6 Présentation de l'état statistique E5	66
Annexe 7 Éléments de cadrage généraux.....	67
Annexe 8 Liste des états réglementaires et statistiques définie dans le code monétaire et financier et dans le code des assurances.....	73

Résumé

De ce rapport, on peut tirer les enseignements principaux suivants :

- En 2012, le nombre d'organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) a encore diminué de cinquante-six unités. Ce mouvement de concentration qui concerne l'ensemble du secteur depuis le milieu des années 1990 touche aussi celui des organismes assurant une couverture « santé ». Ainsi, depuis 2001 le nombre d'organismes assurant une couverture santé complémentaire a diminué de plus de moitié. Malgré ce fort mouvement de concentration, le secteur mutualiste reste très morcelé : sur les 491 mutuelles finançant le Fonds CMU en fin d'année, les 100 premières représentent à elles seules près de 90 % de l'assiette du Fonds CMU correspondante.

- Même si leur poids se réduit (- 6 points environ entre 2001 et 2012 dans l'assiette du Fonds CMU), les mutuelles restent prédominantes sur le marché de la « couverture santé complémentaire ». Elles représentent 55 % environ dans l'assiette globale du Fonds CMU (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance).

- En fait, lorsque les mutuelles assurent une couverture santé, elles le font presque exclusivement de toute autre activité. Près de 90 % de leur chiffre d'affaires global concerne leur activité santé, alors que ce taux n'est que de 47 % pour les institutions de prévoyance, de seulement 15 % pour les sociétés d'assurance non-vie et de 7 % pour les sociétés d'assurance mixte.

- Cette spécialisation « santé » des mutuelles a deux conséquences : comparée aux sociétés d'assurance et aux institutions de prévoyance, la taille relative des mutuelles est plus élevée en termes de chiffre d'affaires en santé qu'en termes de chiffre d'affaires global. Les petites mutuelles en termes de chiffre d'affaires en santé sont cependant nombreuses, elles représentent 83 % des organismes ayant un chiffre d'affaires en santé inférieur à 25 millions (2 % pour les institutions de prévoyance et 15 % pour les sociétés d'assurance).

- La nature des couvertures « santé » est en outre différente selon le type d'organismes : les mutuelles comme les sociétés d'assurance non-vie proposent essentiellement des contrats « santé » individuels alors que les sociétés d'assurance mixte et les institutions de prévoyance proposent essentiellement des contrats « santé » collectifs. Ainsi, 71 % des primes en « frais de soins » des mutuelles et 77 % de celles des sociétés d'assurance non-vie correspondent à des contrats individuels, contre 27 % pour les sociétés d'assurance mixte et 15 % pour les institutions de prévoyance.

- Par rapport à l'année 2011, on constate en 2012 une dégradation des résultats techniques en « frais de soins » pour les mutuelles et *a contrario* une amélioration de la situation des sociétés d'assurance mixte et dans une moindre mesure des institutions de prévoyance, ceux des sociétés d'assurance « non vie » étant relativement stable. En pourcentage des primes, le résultat technique en frais de soins diminue, en effet, de 1,1 point pour les mutuelles et augmente, en revanche, de 2,1 points pour les sociétés d'assurance mixte et de 0,2 point pour les institutions de prévoyance. Ces évolutions ne modifient toutefois en rien la hiérarchie des résultats entre types d'organismes entre 2012 et 2011 : les sociétés d'assurance non-vie dégagent le résultat technique en frais de soins en pourcentage des primes le plus élevé avec un taux de +2,7 %, suivies par les mutuelles (+0,7 %), puis par les sociétés d'assurance mixte (-0,4 %), et enfin par les institutions de prévoyance (-3,8 %). Cette analyse doit toutefois être relativisée, l'appréciation de la situation financière des organismes ne pouvant être établie que dans la durée.

- L'examen plus détaillé des comptes montre, en fait, que la situation des organismes n'est pas indépendante du poids des contrats collectifs dans l'ensemble des contrats qu'ils proposent : les contrats collectifs tirent, en effet, les résultats à la baisse. Les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels.

- Le poids des contrats collectifs dans l'ensemble des contrats proposés n'explique toutefois pas toutes les différences entre type d'organismes. Globalement, en effet, les charges de gestion

(frais de gestion sur prestations payées, frais d'acquisition et frais d'administration) dans les primes sont significativement différentes selon les organismes à nature de contrat donnée : elles s'élèvent à 23,1 % pour les sociétés d'assurance non-vie (24,4 % en contrats individuels et 18,2 % en contrats collectifs), contre 14,0 % seulement pour les institutions de prévoyance (9,1 % en individuels et 14,8 % en collectifs). Pour les sociétés d'assurance mixte et les mutuelles, les taux s'établissent respectivement à 21,4 % (34,8 % en contrats individuels et 16,5 % en contrats collectifs) et à 18 % (18,3 % en contrats individuels et 17,4 % en contrats collectifs). Si, pour les seuls frais de gestion sur prestations payées, les écarts entre les types d'organismes apparaissent faibles, ils sont significatifs pour les frais d'acquisition. Leur poids apparaît relativement plus fort pour les sociétés d'assurance et plus particulièrement pour leurs contrats « individuels ».

- Ces résultats moyens masquent en fait des écarts importants entre organismes d'un même type (sociétés d'assurance mixte, sociétés d'assurance non-vie, mutuelles et institutions de prévoyance) pour une même nature de contrat et une même classe de taille en termes de chiffre d'affaires en santé. Les écarts de charges de gestion constatés entre les différents types d'organismes demeurent cependant lorsque l'on tient compte de la taille des organismes.

- L'analyse des résultats en santé ne suffit pas pour évaluer la solidité financière des organismes, cette analyse nécessite que l'on examine l'intégralité de leur activité. Pour les institutions de prévoyance notamment la situation financière apparaît moins défavorable lorsque l'analyse porte sur l'intégralité de leurs activités et non sur la seule activité « frais de soins » : ainsi alors que leur résultat technique en frais de soins s'élève pour l'année 2012 à - 0,2 milliard d'euros, leur résultat net comptable est pratiquement équilibré (il s'établit à -20 millions d'euros). Cependant la tendance d'évolution de ce résultat net comptable est inverse de celle constatée pour la seule activité frais de soins, puisque celui-ci se dégrade (il était de +65 millions d'euros en 2011), du fait d'une dégradation des comptes des autres activités de dommages corporels. La situation des sociétés d'assurance non-vie apparaît en revanche moins favorable : leur résultat net comptable est tiré en effet à la baisse par leurs autres activités. Celui-ci passe ainsi de 1,3 milliard d'euros en 2011 à - 697 millions d'euros en 2012. Les sociétés d'assurance mixte et les mutuelles ont en revanche des résultats nets positifs : en amélioration pour les sociétés d'assurance mixte (1,4 milliard pour en 2012 contre 960 millions en 2011) et relativement stables pour les mutuelles (357 millions en 2012 contre 336 millions en 2011).

- Globalement, quelles que soient les évolutions constatées du résultat net comptable, le niveau de couverture de la marge de solvabilité est resté très largement au dessus des exigences réglementaires pour les trois types d'organismes. La forte progression des plus-values latentes a permis, en effet, d'améliorer significativement leur niveau de solvabilité.

- Enfin, l'exercice consistant à identifier au sein des comptes des organismes de base de l'assurance maladie et des organismes complémentaires leurs différentes activités, afin de comparer leurs frais de gestion, n'a pas été reconduit cette année. La définition du champ comparable peut en effet être discutée, du fait en particulier de l'imbrication des activités entre ces organismes. Des travaux conduits par différentes instances sur « les coûts de gestion de l'assurance maladie » apportent des éclairages particuliers sur ce sujet. La nécessité d'une comparaison plus approfondie des frais de gestion entre régimes complémentaires s'impose cependant. Celle-ci suppose une amélioration des données transmises.

Des structures d'activité variables selon le type d'organismes assurant une couverture « santé » complémentaire

En 2012, le nombre d'organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) s'élève à 1 018, soit cinquante-six de moins qu'en 2011. En six ans, ce nombre s'est réduit de plus de 610 unités. Ce mouvement de concentration engagé depuis le milieu des années 1990 concerne particulièrement les mutuelles dont le nombre s'est réduit de près de 530 en six ans.

Ce chapitre présente les principales caractéristiques du secteur et plus particulièrement celles des organismes assurant une couverture santé et finançant le Fonds CMU : poids relatif des différents types d'organismes (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) dans le chiffre d'affaires total en santé du secteur des assurances, poids de l'activité santé pour chaque type d'organismes dans leur activité globale, poids des différents types de contrats proposés (individuels et collectifs) pour chaque type d'organismes, taille relative des organismes en termes de chiffre d'affaires global et de chiffre d'affaires en santé, etc. Dans ce rapport, on entend par activité santé la seule activité « frais de soins ».

1. Un secteur d'activité qui continue sa concentration engagée depuis le milieu des années 1990

En 2012, le nombre d'organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) a encore diminué de cinquante-six unités.

Parmi les organismes contrôlés par l'ACPR on dénombrait, en effet, 1 018 organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance en 2012 : 339 sociétés régies par le code des assurances, 49 institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale, et 630 mutuelles régies par le code de la mutualité. En 2011, 2010 et 2006, première année pour laquelle la DREES a conduit l'exercice, leur nombre s'élevait respectivement à 1 074, 1 129 et 1 631 (cf. tableau 1).

Tableau 1 - Nombre d'organismes d'assurance au 31 décembre de chaque année

Nombre d'organismes contrôlés par l'ACPR	au 31/12/2006	au 31/12/2010	au 31/12/2011	au 31/12/2012
Sociétés d'assurance vie et mixte	115		102	103	102
Sociétés d'assurance non-vie	263		235	229	221
Sociétés de réassurance	29		20	19	16
Code des assurances	407		357	351	339
Institutions de prévoyance	66		53	51	49
Code de la Sécurité sociale	66		53	51	49
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance	1 158		719	672	630
<i>dont mutuelles substituées (1)</i>	484		233	219	202
Code de la mutualité	1 158		719	672	630
Total des organismes d'assurance contrôlés par l'ACPR	1 631		1 129	1 074	1 018

(1) mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre opérateur.

Source : ACPR

Ce mouvement de concentration, qui concerne l'ensemble du secteur, touche plus particulièrement les mutuelles, principalement représentées sur le champ de la couverture santé. En 2012, on dénombre 528 mutuelles du livre II de moins qu'en 2006, sur une diminution totale de 613 organismes.

Ainsi, sur le seul champ de la santé, alors que le Fonds CMU comptabilisait 634² organismes assurant une couverture santé complémentaire en 2012 (512 mutuelles, 93 sociétés d'assurance et

² Nombre d'organismes ayant versé une taxe au Fonds CMU au cours de l'année considérée – chiffre par nature différent du nombre d'organismes comptabilisés en fin d'année.

29 institutions de prévoyance), il en dénombrait 1 702 en 2001 (1 528 mutuelles, 117 sociétés d'assurance et 57 institutions de prévoyance) : soit une diminution de leur nombre de 63 % entre 2001 et 2012 (cf. tableau 2).

Tableau 2 - Évolution 2001-2012 du nombre d'organismes finançant le Fonds CMU³

au cours de l'année (1)	Sociétés d'assurance	IP	Mutuelles	Total
2001	117	57	1528	1702
2002	122	51	1371	1544
<i>tx d'évolution annuel 2002-2001</i>	4%	-11%	-10%	-9%
2003	115	50	1069	1234
<i>tx d'évolution annuel 2003-2002</i>	-6%	-2%	-22%	-20%
2004	109	50	1015	1174
<i>tx d'évolution annuel 2004-2003</i>	-5%	0%	-5%	-5%
2005	107	48	919	1073
<i>tx d'évolution annuel 2005-2004</i>	-2%	-4%	-9%	-9%
2006	99	46	849	991
<i>tx d'évolution annuel 2006-2005</i>	-7%	-4%	-8%	-8%
2007	93	38	811	934
<i>tx d'évolution annuel 2007-2006</i>	-6%	-17%	-4%	-6%
2008	93	36	751	876
<i>tx d'évolution annuel 2008-2007</i>	0%	-5%	-7%	-6%
2009	93	35	656	784
<i>tx d'évolution annuel 2009-2008</i>	0%	-3%	-13%	-11%
2010	92	34	587	713
<i>tx d'évolution annuel 2010-2009</i>	-1%	-3%	-11%	-9%
2011	93	29	560	682
<i>tx d'évolution annuel 2011-2010</i>	1%	-15%	-5%	-4%
2012	93	29	512	634
<i>tx d'évolution annuel 2012-2011</i>	0%	0%	-9%	-7%
<i>tx d'évolution cumulé 2012-2001</i>	-21%	-49%	-66%	-63%

(1) ayant versé une contribution ou une taxe (à compter du 1er janvier 2011) au cours de l'année - chiffre différent du nombre de ceux dénombrés en fin d'année

Source : rapport du Fonds CMU de 2003 à 2012

Cette diminution est encore plus forte si l'on ne tient compte que des seuls organismes encore actifs au 31 décembre 2012. Parmi les 512 mutuelles versant une taxe au Fonds CMU au cours de l'année 2012, seules 491 sont, en effet, encore actives au 31 décembre 2012 (dont 6 inactives au 1^{er} janvier 2013, cf. tableau 3). De même parmi les 29 institutions de prévoyance on n'en décompte plus que 27 en fin d'année. Ceci est dû principalement à des fusions/absorptions avec transferts de portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent.

En 2012, on peut citer parmi les fusions/absorptions ayant un impact sur le champ « santé » (cf. le rapport annuel d'activité 2012 de l'ACPR présentant l'ensemble des rapprochements, fusions et absorptions) :

- la création de l'institution de prévoyance Humanis prévoyance, résultant de la fusion de deux institutions de prévoyance du groupe Humanis (Aprionis prévoyance et Vauban Humanis prévoyance) et d'une institution de prévoyance du groupe Novalis Taibout (Novalis

³ On appellera dans l'ensemble du rapport « organismes complémentaires finançant le Fonds CMU », les organismes d'assurance collectant au profit du Fonds CMU la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance du risque maladie.

prévoyance), fusion qui fait d'Humanis prévoyance la deuxième institution de prévoyance en termes de chiffre d'affaires en frais de soins juste derrière BTP-prévoyance ;

- ou encore, la création de la mutuelle Harmonie mutuelle, fusion-absorption de plusieurs mutuelles (Prévadiès, Harmonie mutualité, mutuelle existence, santé-vie, santé-vie MP et Sphéria Val-de-France). Cette fusion fait d'Harmonie mutuelle la première mutuelle en termes de chiffre d'affaires en frais de soins devant la mutuelle générale de l'éducation nationale

Tableau 3 - Nombre d'institutions de prévoyance et de mutuelles finançant le Fonds CMU au 31 décembre 2010, 2011 et 2012 après prise en compte des fusions et transferts ayant eu lieu au cours de l'année considérée

	au 31/12/2010	au 31/12/2011	au 31/12/2012
Institutions de prévoyance	29	29	27
Mutuelles livre II finançant le Fonds CMU	560	521	491
. dont substituées (1)	135	123	115
. dont non substituées	420	391	370
. dont plus en activité au 1er janvier de l'année suivante	5	7	6

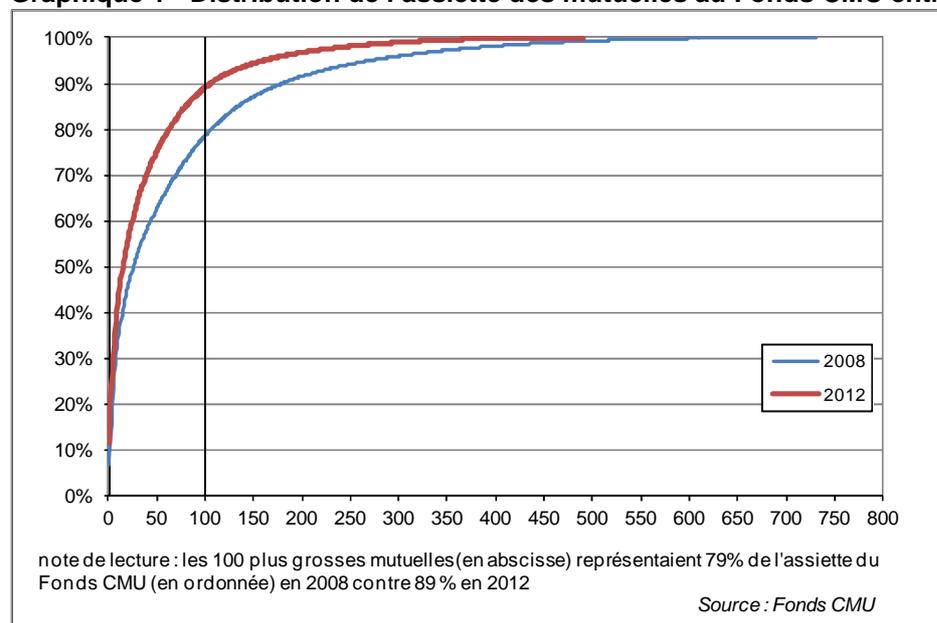
(1) mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre assureur.

Source : ACPR et Fonds CMU

On peut noter en outre que sur les 491 mutuelles enregistrées au Fonds CMU à la fin de l'année 2012, 115 étaient des mutuelles substituées pour lesquelles le risque financier est porté par une autre mutuelle (cf. tableau 3).

Malgré sa forte concentration ces dix dernières années, le monde de la mutualité n'en demeure pas moins encore très morcelé. Les 100 premières mutuelles en termes de chiffre d'affaires « santé » représentent à elles seules 89 % de l'assiette du Fonds CMU et les 391 restantes seulement 11 % (cf. graphique 1). Elles en représentaient 79 % en 2008.

Graphique 1 - Distribution de l'assiette des mutuelles au Fonds CMU entre 2008 et 2012



Ainsi, sur le champ des organismes déclarant une activité santé et finançant le Fonds CMU, une fois prises en compte les fusions et les absorptions, et aussi retraitement des unions afin de consolider les comptes entre les données du Fonds CMU et les données de l'ACPR (cf. encadré 1), plus de la moitié des mutuelles non substituées (54 %) ont un chiffre d'affaires global inférieur à 10 millions d'euros (soit 203 mutuelles sur 374), contre 10 % des sociétés d'assurance (soit 9 sociétés d'assurance sur les 87 contrôlées par l'ACPR et aucune des 27 institutions de prévoyance) (cf. tableau 5).

Encadré 1

Un champ d'analyse limité aux seuls organismes versant une taxe au Fonds CMU

Les résultats présentés dans ce rapport ne concernent que les organismes contrôlés par l'ACPR et finançant le Fonds CMU à travers la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe CMU ». Sont ainsi exclus de l'analyse les organismes étrangers qui versent une taxe CMU mais qui ne sont pas contrôlés par l'ACPR parce qu'ils sont contrôlés par l'autorité de contrôle du pays dont ils dépendent (il s'agit de six sociétés étrangères). Sont aussi exclus les organismes qui déclarent une activité santé mais qui *a contrario* ne sont pas soumis à la taxe CMU parce que leur activité de santé est surcomplémentaire (il s'agit par exemple de sociétés « automobile » pour leur contrat « individuelle accident » des conducteurs) (cf. annexe 3 pour plus d'explications).

Tableau 4 - Nombre d'organismes finançant le Fonds CMU au 1^{er} janvier 2013 après retraitement

	Nombre d'organismes contrôlés par l'ACPR	dont déclarant une activité santé et finançant le Fonds CMU (2)	dont retenus pour l'analyse (3)	taux de représentativité en % (5)
Sociétés d'assurance mixte	102	17	17	100,0%
Sociétés d'assurance non-vie	221	70	66	99,95%
Sociétés de réassurance	16	0	0	0,0%
Code des assurances	339	87	83	99,97%
Institutions de prévoyance	49	27	27	100,0%
Code de la Sécurité sociale	49	27	27	100,0%
Mutuelles substituées - Livre II (1)	202	71	<i>non retenus (4)</i>	(6)
Mutuelles non substituées - Livre II	428	374	349	99,68%
Code de la mutualité - Livre II - pratiquant des opérations d'assurance	630	445	349	99,68%
Total	1 018	559	459	

(1) mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre opérateur.

(2) pour les mutuelles, effectifs calculés à partir des sources disponibles. Mutuelles en activité au 1er janvier 2013, après prise en compte des fusions et des absorptions et retraitement des unions.

(3) organismes pour lesquels l'ACPR avait reçu les comptes (même incomplets) au 11 septembre 2013 et ayant renseigné l'état C1. Concernant les mutuelles, effectifs calculés après prise en compte des fusions et des absorptions et retraitement des unions : seules les mutuelles non substituées sont comptabilisées dans cette colonne (cf. annexes 3 et 4).

(4) correspond aux 71 mutuelles substituées après prise en compte des fusions et des absorptions et retraitement des unions.

(5) représentativité des données par rapport à l'assiette du Fonds CMU sur le champ des organismes déclarant une activité santé à l'ACPR et finançant le Fonds CMU.

(6) pour l'analyse ne sont retenues que les mutuelles non substituées pour éviter les doubles comptes (les résultats des mutuelles substituées sont intégrés dans les comptes des mutuelles substituantes). Parmi les 71 mutuelles substituées - après retraitement des unions (cf. annexe 3) seules 8 mutuelles n'ont pas leur substituant au Fonds CMU, soit en termes d'assiette 0,04 % des mutuelles finançant le Fonds CMU.

Ainsi sur les 1 018 organismes contrôlés par l'ACPR et habilités à pratiquer des opérations d'assurance, le nombre de ceux qui financent le Fonds CMU et qui ont été retenus pour l'analyse (ayant répondu à l'ACPR avant le 11 septembre 2013 et renseigné l'état prudentiel C1 « résultats techniques par contrats » – hors mutuelles substituées) s'élève à 459 organismes. Notons qu'en termes d'assiette de cotisations, ces 459 organismes représentent presque l'intégralité des organismes contrôlés par l'ACPR et finançant le Fonds CMU (100 % des IP, quasiment 100 % des sociétés d'assurance et 99,7 % des mutuelles non substituées).

Par rapport à l'année dernière, le taux de réponse des mutuelles non substituées s'est encore légèrement amélioré : les comptes retenus pour l'analyse représentaient 98,7 % de l'assiette des mutuelles non substituées du Fonds CMU en 2010, et 98,8 % en 2011. Les redressements effectués pour non-réponse ont ainsi été très limités (cf. annexe 4), du moins en ce qui concerne l'analyse des comptes globaux. Les actions engagées par l'ACPR auprès des organismes pour que ceux-ci transmettent leur dossier annuel sous format informatique et les relances effectuées auprès des sociétés non répondantes expliquent en grande partie ce résultat. Il est aussi imputable au mouvement de concentration du secteur.

L'analyse a dû cependant être réduite à un nombre limité d'organismes. En effet, certains d'entre eux n'ont pas renseigné l'ensemble des états comptables et statistiques nécessaires à ce rapport. Ainsi, si l'analyse relative à la situation financière globale des organismes assurant une couverture santé et finançant le Fonds CMU s'est appuyée sur les données des 459 organismes ayant renseigné l'état prudentiel C1, celle relative à la part de l'activité santé dans l'activité globale des organismes sur les données des 449 organismes ayant renseigné les états prudentiels C1 et C4 (avant éventuelle correction ou imputation de l'état C4) ; enfin celle relative aux résultats techniques en santé sur les données des 441 organismes ayant répondu aux états prudentiels C1 et C4 et à l'état statistique E4 (avant éventuelle correction ou imputation de l'état C4 mais après imputation de l'état E4 à partir de l'état C1 lorsque les mutuelles concernées ne font que de la santé). L'état statistique E5 « compléments frais de gestion des garanties frais de soins, gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance » a été en revanche très mal renseigné comme l'an passé. Afin de présenter des chiffres globaux représentatifs du secteur, ces données ont été redressées. La méthode retenue est présentée en annexe 4.

Tableau 5 – Ventilation des organismes selon leur chiffre d'affaires global en 2012

nombre d'organismes toujours actifs au 1er janvier 2013

Chiffre d'affaires total en euros	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	ENSEMBLE
<10 millions	0	179 (24)	1	4 (4)	184 (28)
entre 10 et 50 millions	6	95 (1)	2	9	112 (1)
entre 50 et 200 millions	8	56	2	20	86
entre 200 et 500 millions	7	11	3	11	32
entre 500 millions et un milliard	2	5	2	10	19
entre 1 et 1,5 milliard	0	1	1	4	6
> 1,5 milliard	4	2	6	8	20
TOTAL	27	349 (25)	17	66 (4)	459 (29)

Champ : organismes finançant le Fonds CMU (hors mutuelles substituées, après prise en compte des fusions, absorptions et retraitement des unions). Entre parenthèses, les organismes pour lesquels on ne dispose pas des comptes.

Source : ACPR, calculs DREES

2. Un poids de l'activité « santé » très variable selon le type d'organismes

Bien que leur poids se réduise ces dernières années (de 5,6 points de pourcentage depuis 2001, dont 1,5 point pour la dernière année), les mutuelles restent prédominantes sur le champ de la santé. Elles représentent toujours près de 55 % du marché de la complémentaire santé (54 % dans les primes émises – données comptables) ; les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance n'en représentant quant à elles que respectivement 18 % et 27 % (17 % et 29 % dans les primes émises – données comptables) (cf. tableaux 6 et graphique 2).

Tableau 6 – Assiette du Fonds CMU, assiette brute – non corrigée (1)

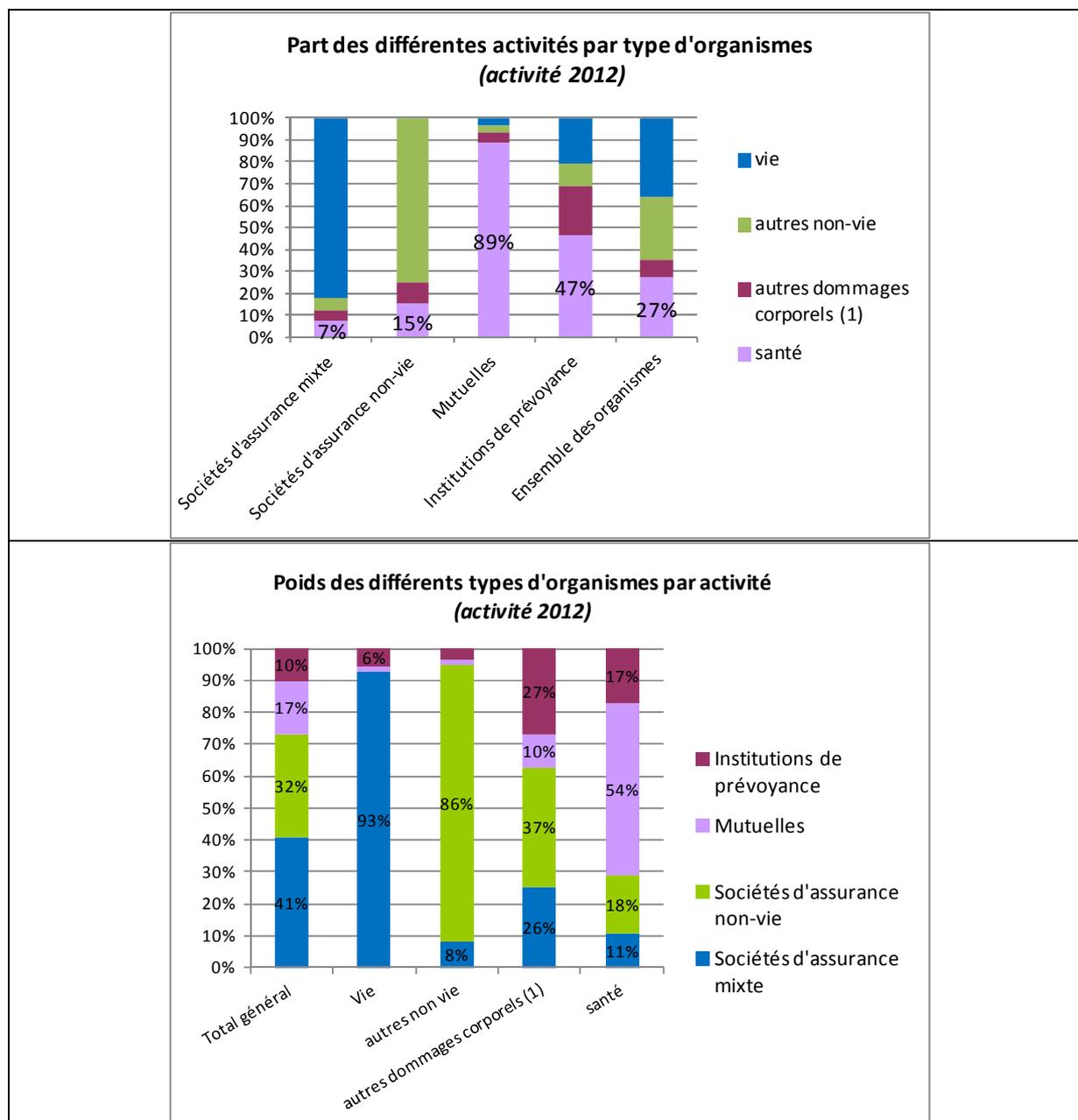
	2 001	2 005	2 010	2 011	2 012
montant en millions d'euros					
Mutuelles	10 596	14 452	17 665	17 248	17 589
Sociétés d'assurance	3 279	5 788	8 469	8 267	8 808
Institutions de prévoyance	3 692	4 225	5 257	5 160	5 746
Total	17 567	24 465	31 391	30 676	32 142
part de marché en %					
Mutuelles	60,3%	59,1%	56,3%	56,2%	54,7%
Sociétés d'assurance	18,7%	23,7%	27,0%	27,0%	27,4%
Institutions de prévoyance	21,0%	17,3%	16,7%	16,8%	17,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(1) Ces données sont brutes - elles ne tiennent pas compte de la création en 2011 de la taxe CMU-C en substitution de la contribution CMU-C (cf. chapitre 2).

Source : Fonds CMU

En fait, lorsque les mutuelles assurent une couverture santé, elles le font presque exclusivement de toute autre activité, y compris des autres activités relatives aux dommages corporels (invalidité-incapacité-dépendance). Leur poids dans l'activité globale des organismes finançant le Fonds CMU est ainsi beaucoup plus réduit. Elles ne représentent que 17 % du total de l'activité des organismes d'assurance finançant le Fonds CMU, contre 73 % pour les sociétés d'assurance (cf. graphique 2).

Graphique 2 - Part des différentes activités par type d'organismes et poids des différents types d'organismes par activité



NB : on entend par activité le montant des primes
 (1) autres dommages corporels : incapacité, invalidité, dépendance
 Champ : organismes finançant le Fonds CMU
 Source : ACPR, calculs DREES

Ces différences de poids, lorsque l'on regarde l'ensemble de l'activité des organismes ou la seule activité « santé », sont imputables aux règles de double spécialisation des organismes pratiquant des opérations d'assurance (cf. encadré 2).

Encadré 2 La double spécialisation du marché de l'assurance

Les directives européennes en assurance prévoient un principe de spécialisation à deux niveaux.

En premier lieu, l'activité d'assurance doit être isolée au sein d'un périmètre juridique spécifique où il ne peut y avoir d'activité en dehors de l'assurance. Doivent être ainsi distinguées les mutuelles ayant des activités d'assurance proprement dites (mutuelles du Livre II du code de la mutualité) de celles ayant des activités de gestion de réalisations sanitaires et sociales (mutuelles du Livre III du code de la mutualité).

En second lieu, au sein de l'assurance, les catégories de garanties sont ventilées en branches et un assureur pratiquant des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance vie) ne peut pratiquer simultanément d'autres opérations d'assurance (assurance non-vie). Ce second niveau de spécialisation comporte une exception : un assureur vie, appelé alors assureur mixte, peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels (complémentaire santé, incapacité-invalidité, dépendance notamment).

En outre, certains risques ne peuvent être assurés que par des sociétés d'assurance : automobile, dommages aux biens, ou encore responsabilité civile...

Ainsi, même sur le champ restreint des organismes assurant une couverture santé complémentaire, le marché de l'assurance apparaît très spécialisé : les parts des activités vie et non-vie et au sein de celles-ci des activités de santé dans l'activité totale des organismes est très variable. Alors que le poids de la santé dans le chiffre d'affaires n'est que de 7 % pour les sociétés d'assurance mixte, il s'élève à 89 % pour les mutuelles (cf. graphique 2).

Cette spécialisation « santé » des mutuelles a deux conséquences :

- Elle modifie le classement par taille des organismes par rapport à celui réalisé en retenant l'ensemble de leurs activités.

En effet, sur les 316 organismes au chiffre d'affaires « santé » inférieur à 25 millions d'euros (organismes de petite taille en termes de chiffre d'affaires santé) le nombre de mutuelles s'élève à 263 (soit à 83 % des organismes de petite taille), celui des institutions de prévoyance à 7 (soit 2 % des organismes de petite taille) et celui des sociétés d'assurance à 46 (soit 15 % des organismes de petite taille). En termes de chiffre d'affaires global, le nombre des mutuelles de petite taille (moins de 50 millions de chiffres d'affaires) en représente en revanche 92 % (cf. tableaux 5 et 7).

Le nombre de petites mutuelles en termes de chiffre d'affaires « santé » n'en reste pas moins élevé.

Tableau 7 – Ventilation des organismes selon leur chiffre d'affaires « frais de soins » en 2012
nombre d'organismes toujours actifs au 1er janvier 2013

Chiffre d'affaires en santé en euros	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Sociétés d'assurance mixtes	Sociétés d'assurance non-vie	ENSEMBLE
<5 millions	0	128 (31)	5	17 (5)	150 (36)
entre 5 et 25 millions	7	103 (1)	3	16	129 (1)
entre 25 et 100 millions	9	74 (1)	3	16	102 (1)
entre 100 et 250 millions	5	21 (1)	1	10	37 (1)
entre 250 millions et un milliard	4	12	4	5	25
> 1 milliard	2	2	1	1	6
TOTAL	27	340 (34)	17	65 (5)	449 (39)

Champ : organismes finançant le Fonds CMU (hors mutuelles substituées, après prise en compte des fusions, absorptions et retraitement des unions). Entre parenthèses, les organismes n'ayant pas répondu aux états prudentiels C1 et C4 (cf. annexe 4).

Source : ACPR, calculs DREES

- Elle n'est pas neutre sur la structure de leur bilan

Les mutuelles « santé » qui assurent essentiellement des risques courts, contrairement aux autres types d'organismes, ont une structure bilantielle qui se distingue nettement de celle des autres types d'organismes : « le règlement rapide des prestations « santé » n'impose [en effet] pas la détention de placements importants »⁴ en couverture des engagements pris vis-à-vis des assurés. Le poids des provisions au passif du bilan est relativement faible : celles-ci représentent moins de 30 % du passif des mutuelles, contre plus de 70 % (hors provisions en UC) de celui des sociétés d'assurance mixte (cf. graphique 3).

Les mutuelles « santé » ne représentent ainsi que 2 % des provisions (hors provisions en UC) réalisées par l'ensemble des organismes finançant le Fonds CMU alors que le poids de leur activité s'élève à 16 % (cf. tableau 8). Les sociétés d'assurance mixte qui assurent pour l'essentiel des risques longs pèsent en revanche pour 79 % dans les provisions (hors provisions en UC) réalisées par l'ensemble des organismes finançant le Fonds CMU alors que leur poids dans l'activité totale n'est que de 45 %. Ces dernières sont en outre pratiquement les seules à proposer des contrats en unité de compte (c'est-à-dire des contrats dont le risque financier est porté par l'assuré et non par l'assureur).

Comme on le verra chapitre 2, ces différences de structure bilantielle sont en partie à l'origine des écarts de taux de couverture des engagements réglementés et de couverture bilantielle de la marge entre les types d'organismes (cf. encadré 5 - chapitre 2 pour la définition du taux de couverture des engagements réglementés et du taux de couverture bilantielle de la marge).

Tableau 8 – Poids des organismes dans l'activité et les postes du bilan 2012

	Total en milliards	part en % dans le total				
		Total	Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	Mutuelles	Institutions de prévoyance
Compte de résultat						
Chiffre d'affaires "activité totale"	129	100%	45%	30%	16%	9%
Chiffre d'affaires "activité santé"	33	100%	12%	18%	53%	17%
Compte de Bilan						
les fonds propres	68	100%	31%	32%	21%	16%
les provisions	538	100%	79%	14%	2%	5%
les provisions en UC	94	100%	100%	0%	0%	0%
les autres passifs	88	100%	70%	20%	6%	4%
Total passif	788	100%	77%	15%	4%	5%
les réassureurs	43	100%	50%	31%	6%	12%
les placements	588	100%	77%	14%	4%	5%
les placements en UC	93	100%	100%	0%	0%	0%
les autres actifs	65	100%	55%	29%	7%	8%
Total actif	788	100%	77%	15%	4%	5%
Plus-values latentes	64	100%	56%	35%	4%	5%
Bilan en valeur de marché	852	100%	75%	16%	4%	5%

Champ : organismes finançant le Fonds CMU.

Source : ACPR, calculs DREES

Ces taux sont en effet très sensibles :

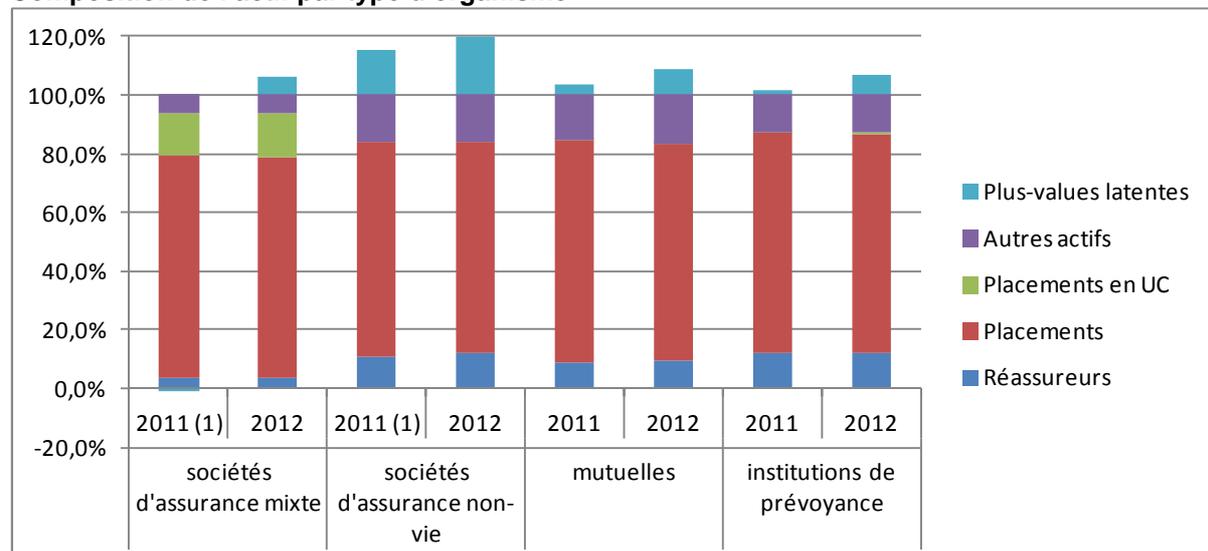
- à la part des fonds propres dans le total du passif ;
- ainsi qu'à celle des provisions pour assurance vie.

Or ces deux parts sont très différentes selon le type d'organismes (même sur le champ réduit aux seuls organismes finançant le Fonds CMU). Celles-ci s'élèvent respectivement à 3 % et 65 % pour les sociétés d'assurance mixte contre plus de 50 % et un peu plus de 5% pour les mutuelles.

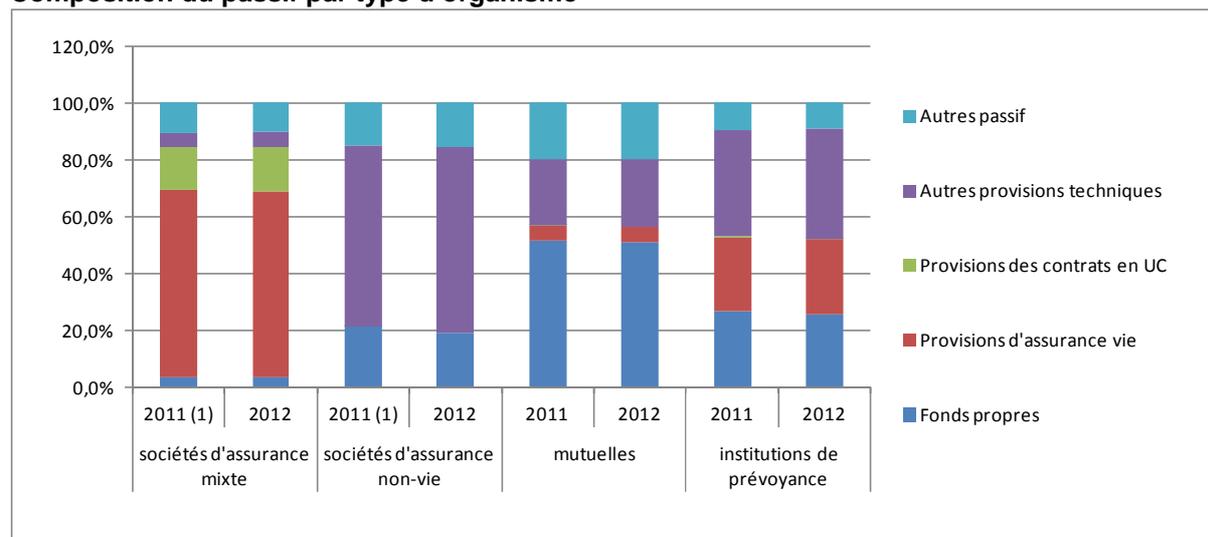
⁴ Cf. rapport annuel de l'ACP, octobre 2010.

Graphique 3 – Les principaux postes du bilan en % du total du passif pour les organismes finançant le Fonds CMU en 2012

Composition de l'actif par type d'organisme



Composition du passif par type d'organisme



(1) Champ 2011 modifié afin d'être comparable à celui de 2012 (hors deux sociétés d'assurance non-vie - l'une parce qu'elle ne cotise plus en 2012 au Fonds CMU, l'autre parce qu'elle n'est plus contrôlée par l'ACPR - mais y compris une société d'assurance mixte et une société d'assurance non-vie qui ont contribué au Fonds CMU en 2012 alors qu'elles ne le faisaient pas en 2011) (cf. encadré 3 chapitre 2)

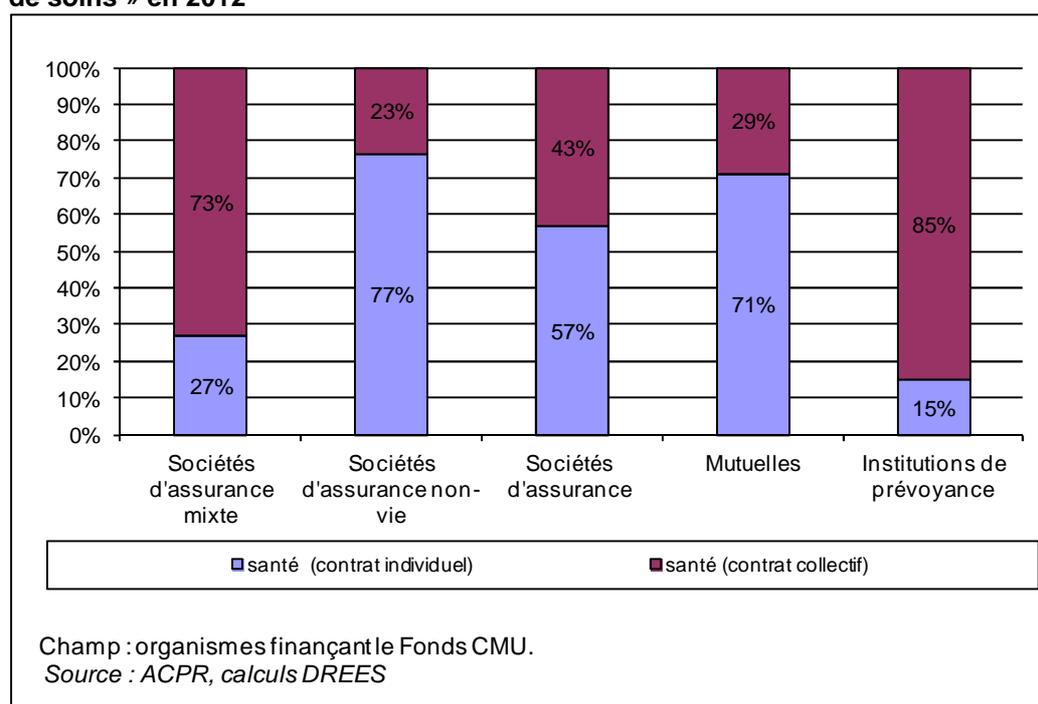
Champ : organismes finançant le Fonds CMU en 2012

Source : ACPR, calculs DREES

3. Des contrats « santé » de nature différente selon le type d'organismes

La nature des contrats proposés diffère, en outre, significativement selon le type d'organismes considéré. Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance mixte proposent, notamment, plus souvent des contrats collectifs que ne le font les sociétés d'assurance non-vie et les mutuelles : 85 % des primes en « frais de soins » des institutions de prévoyance et 73 % de celles des sociétés d'assurance mixte correspondent à des contrats collectifs, contre respectivement 24 % et 29 % de celles des sociétés d'assurance non-vie et des mutuelles (cf. graphique 4). Notons que les contrats individuels des institutions de prévoyance ne sont, en fait, que des contrats collectifs de groupes ouverts ou des contrats individuels destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités et à leurs ayants droit des entreprises affiliées.

Graphique 4 - Le poids des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des primes « frais de soins » en 2012



En 2012, un résultat en santé qui reste contrasté selon les organismes

Depuis 2009, sur la base du nouvel état statistique « résultat technique en frais de soins », il est possible d'examiner la contribution de l'activité santé à la situation financière des organismes d'assurance finançant le Fonds CMU et de comparer, en théorie, les résultats techniques « frais de soins » des années 2009 à 2012.

Toutefois, le passage en 2011 de la contribution CMU-C à la taxe CMU-C a introduit une rupture dans certaines données collectées (*cf. annexe 5 du rapport 2012 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*). Aussi, afin de comparer les données relatives aux années 2010 et 2011 des retraitements avaient été effectués dans le rapport de l'année dernière. Les principaux résultats étaient présentés hors taxes et hors contributions. Pour l'année 2010, les résultats présentés apparaissaient fragiles : la correction apportée pour passer en « hors taxe et hors contribution » semblait trop forte au regard des évolutions constatées entre 2010 et 2011. Les évolutions 2012/2011 en revanche sont beaucoup plus assurées : les retraitements ne portant en effet que sur l'année 2011, et pour des montants inférieurs à 5 % du chiffre d'affaires global ; en 2012, la substitution de la taxe à la contribution est totalement achevée.

L'analyse des résultats techniques en « frais de soins » et des « résultats nets comptables » porte sur les trois années 2010-2011-2012. Pour éviter les ruptures, ces résultats sont présentés hors contribution au Fonds CMU. De forts effets de champ pour les sociétés d'assurance a conduit, en outre, à retraiter les données pour la présentation des « résultats nets comptables » (*cf. encadré 3*).

Encadré 3

Le champ retenu pour l'étude des évolutions

Outre le traitement des fusions et des absorptions mentionnées au chapitre 1 ainsi que la prise en compte du passage en 2011 de la contribution à la taxe au Fonds CMU, l'étude des évolutions nécessite d'apporter certaines corrections au périmètre des organismes retenus dans ce rapport, c'est-à-dire au périmètre des « organismes finançant le Fonds CMU et contrôlés par l'ACPR ». Ces corrections ne concernent que des sociétés d'assurance pour lesquelles l'activité « frais de soins » est très limitée mais dont l'activité globale est importante et qui ont été taxées en 2012 au titre du Fonds CMU alors qu'elles ne l'étaient pas antérieurement (il s'agit d'une société mixte et d'une société non-vie) ou inversement qui étaient taxées au Fonds CMU en 2011 et qui ne le sont plus en 2012 (il s'agit d'une société d'assurance non-vie). À ces trois sociétés, s'ajoute une société non-vie taxée au Fonds CMU en 2011 et 2012, préalablement agréée en France et transformée en 2012 en succursale d'un organisme agréé dans un autre pays européen et qui donc ne remet plus à l'ACPR de dossier annuel (*cf. rapport d'activité de l'ACPR*). Si ces « entrées-sorties » du périmètre n'ont que peu d'impact sur l'activité « frais de soins » dans la mesure où ces sociétés n'ont qu'une activité limitée en « frais de soins », elles modifient sensiblement l'analyse qui peut être faite concernant l'activité globale. Aussi les données en évolution relatives à l'activité globale ont-elles été retraitées pour corriger l'effet de ces « entrées-sorties ».

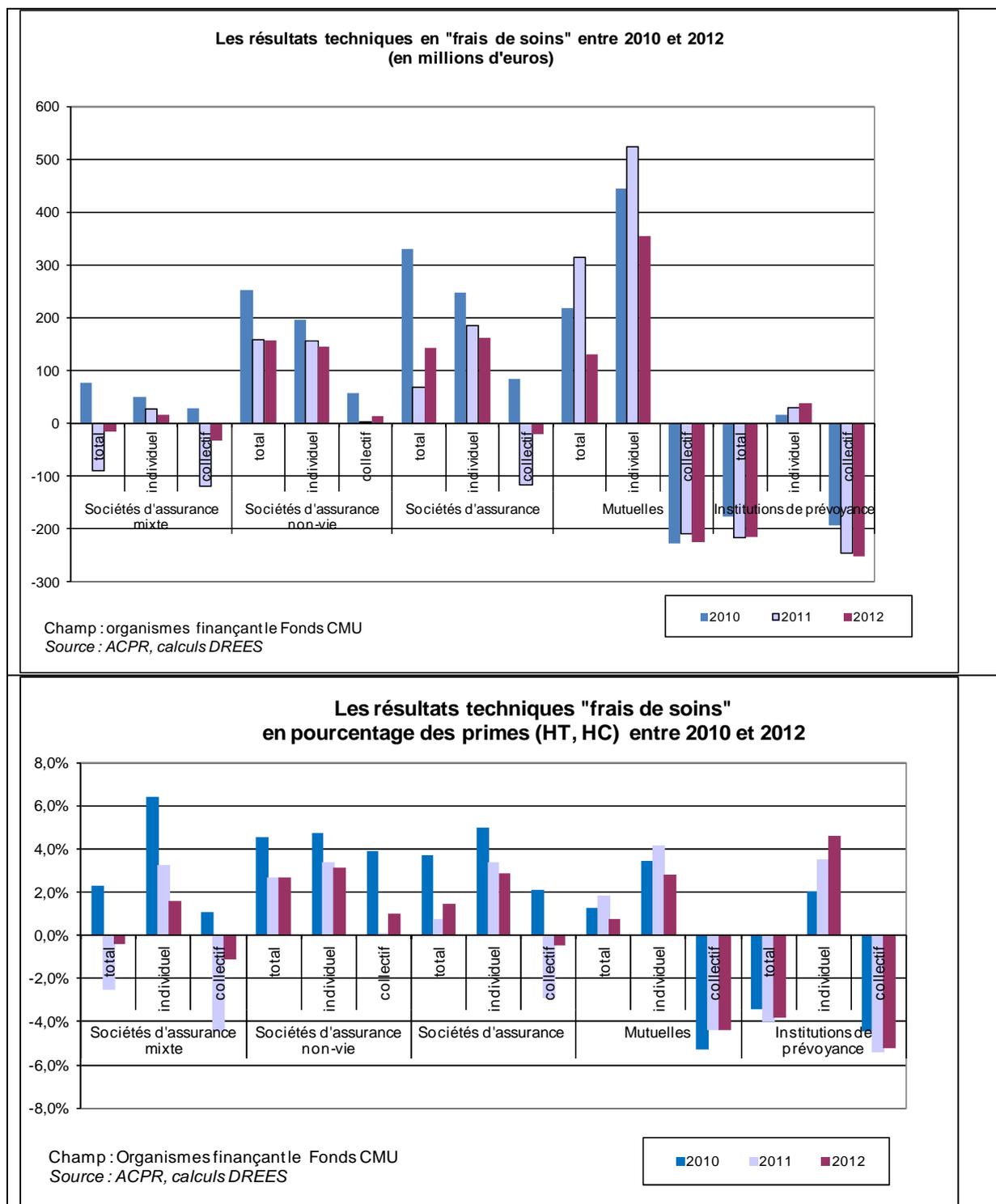
1. En 2012, des résultats « frais de soins » qui restent contrastés pour les organismes complémentaires finançant le Fonds CMU

1.1. En moyenne, une diminution du résultat en « frais de soins » pour les mutuelles et une augmentation pour les sociétés d'assurance mixte

Entre 2011 et 2012, on constate une dégradation des résultats techniques en « frais de soins » des mutuelles et *a contrario* une amélioration de la situation des sociétés d'assurance mixte et dans une moindre mesure des institutions de prévoyance, ceux des sociétés d'assurance non-vie étant relativement stables.

L'analyse des résultats techniques en « frais de soins » sur les trois années considérées 2010-2011-2012 montre en fait des situations moyennes relativement différentes selon le type d'organismes considérés (cf. graphiques 5 et 5bis et tableau 9).

Graphique 5 et 5bis – Résultat technique « santé » des organismes finançant le Fonds CMU entre 2011 et 2012 (en millions d'euros et en pourcentage des primes émises hors taxe et hors contribution)



Pour la troisième année consécutive les résultats techniques en frais de soins des institutions de prévoyance sont déficitaires. Leur situation cependant s'améliore légèrement, leur déficit se réduisant en pourcentage des primes de 0,2 point entre 2012 et 2011 pour s'établir à -3,8 % (il s'était aggravé de 0,6 point entre 2011 et 2010). Ces trois années déficitaires font suite à plusieurs années d'excédents⁵. Dans son étude sur « l'équilibre de la complémentaire santé d'entreprise », le CTIP précise que la complémentaire santé d'entreprise est une activité marquée par l'alternance de périodes déficitaires et excédentaires et que la situation financière des organismes ne peut être appréciée que dans la durée, les réajustements tarifaires ne pouvant avoir d'effet immédiat sur l'équilibre du rapport cotisations / prestations. Point de vue partagé par les autres fédérations.

On constate la même tendance à l'amélioration pour les sociétés d'assurance mixte qui, après une nette dégradation de leur résultat technique en « frais de soins » en 2011 (celui-ci était passé entre 2010 et 2011 de +2,3% à -2,5% en pourcentage des primes), voit celui-ci se redresser tout en restant cependant déficitaire (-0,4 % en 2012).

À l'opposé, effet de balancier inverse, le résultat technique en « frais de soins » des mutuelles se réduit après avoir connu une amélioration en 2011. Le résultat technique en « frais de soins » des mutuelles reste cependant excédentaire : +0,7 % en 2012, contre +1,8 % en 2011 et +1,2% en 2010.

Enfin, les sociétés d'assurance non-vie connaissent une stabilité de leur résultat technique « frais de soins » en pourcentage des primes entre 2011 et 2012, celui-ci s'établit à +2,7 %, un niveau supérieur en moyenne à celui des mutuelles, mais en retrait toutefois par rapport à leur niveau de 2010 (+4,5 % en part de primes).

L'évolution favorable du résultat technique en frais de soins des sociétés d'assurance mixte est très largement imputable à l'évolution plus forte de leurs primes que de leurs charges de prestations (+13,0 % contre +11,2 %). La dégradation du résultat technique en frais de soins des mutuelles est due à l'effet inverse. Le poids des charges de prestations en pourcentage des primes en « frais de soins » diminue en effet de 1,5 point entre 2011 et 2012 pour les sociétés d'assurance mixte alors qu'il augmente de 1,2 point pour les mutuelles (cf. tableau 9).

Ces évolutions ne modifient toutefois en rien la hiérarchie des résultats entre types d'organismes entre 2012 et 2011 : les sociétés d'assurance non-vie dégagent le résultat technique en frais de soins en pourcentage des primes le plus élevé avec un taux de +2,7 %, suivies par les mutuelles (+0,7 %) puis par les sociétés d'assurance mixte (-0,4 %), et enfin par les institutions de prévoyance (-3,8 %). En 2011 les taux étaient de +2,7 % (pour les sociétés d'assurance non-vie, +1,8 % (pour les mutuelles), -2,5 % (pour les sociétés d'assurance mixte) et -4,0 % (pour les institutions de prévoyance).

Ces résultats ne sont que le reflet des écarts de poids respectifs des charges de prestations (hors frais de gestion sur prestations payées) et des charges de gestion.

⁵ Cf. rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé DREES 2011 et étude sur l'équilibre de la complémentaire santé d'entreprise CTIP 2013.

Tableau 9-a : le compte de résultat technique "frais de soins" entre 2010 et 2012 (hors taxe et hors contribution)

	2010					2011					2012					2012/2011 évolution HT, HC Total	
	Individuel		Collectif		Total	Individuel		Collectif		Total	Individuel		Collectif		Total		(% des primes)
		(% des primes)		(% des primes)			(% des primes)		(% des primes)			(% des primes)		(% des primes)			
Primes acquises	777	100%	2 599	100%	3 376	864	2 664	3 528	1 061	2 926	3 987	100%	13,0%				
- dont primes émises	778	100%	2 599	100%	3 377	862	2 664	3 526	1 067	2 926	3 993	100%	13,2%				
Charges de prestations(-)	- 564	-85%	- 2 315	-85%	- 3 079	- 602	- 2 483	- 3 085	- 714	- 2 716	- 3 430	-86%	11,2%				
- dont sinistres payés	- 506	-80%	- 2 196	-80%	- 2 702	- 528	- 2 310	- 2 938	- 670	- 2 493	- 3 163	-79%	11,4%				
- dont frais de gestion	- 56	-6%	- 152	-6%	- 208	- 43	- 140	- 183	- 45	- 192	- 237	-6%	29,6%				
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	0	-1%	44	-1%	44	0	5	5	0	10	10	0%					
Produits financiers	8	1%	40	1%	49	8	26	34	9	23	33	1%					
Frais d'acquisition (-)	- 141	-11%	- 223	-11%	- 365	- 174	- 198	- 372	- 220	- 159	- 379	-10%	1,9%				
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 28	-1%	- 16	-1%	- 44	- 66	- 120	- 185	- 105	- 131	- 235	-6%	27,0%				
Solde réassurance(-)	- 3	0%	- 13	0%	- 16	- 3	- 12	- 14	- 15	- 15	- 0	0%					
Résultat technique	50	2,3%	27	2,3%	77	28	-118	-90	17	-33	-16	-0,4%					

Santé - Sociétés d'assurances mixte - millions d'euros

	2010					2011					2012					2012/2011 évolution HT, HC Total	
	Individuel		Collectif		Total	Individuel		Collectif		Total	Individuel		Collectif		Total		(% des primes)
		(% des primes)		(% des primes)			(% des primes)		(% des primes)			(% des primes)		(% des primes)			
Primes acquises	4 160	100%	1 448	100%	5 608	4 606	1 320	5 926	4 616	1 289	5 905	100%	-0,4%				
- dont primes émises	4 203	101%	1 468	101%	5 671	4 615	1 319	5 934	4 661	1 296	5 956	101%	0,6%				
Charges de prestations(-)	- 3 102	-77%	- 1 238	-77%	- 4 340	- 3 460	- 1 155	- 4 615	- 3 487	- 1 158	- 4 644	-79%	-0,3%				
- dont sinistres payés	- 2 822	-71%	- 1 168	-71%	- 3 991	- 3 254	- 1 098	- 4 352	- 3 264	- 1 073	- 4 337	-73%	-10,9%				
- dont frais de gestion	- 251	-6%	- 133	-6%	- 384	- 226	- 58	- 284	- 203	- 50	- 253	-4%					
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	3	0%	13	0%	15	-1	-4	-6	2	1	1	0%					
Produits financiers	41	1%	19	1%	60	46	14	59	14	14	0	0%					
Frais d'acquisition (-)	- 670	-14%	- 140	-14%	- 810	- 711	- 124	- 835	- 666	- 120	- 786	-13%	-5,9%				
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 202	-4%	- 26	-4%	- 228	- 272	- 66	- 338	- 258	- 65	- 323	-5%	-4,6%				
Solde réassurance(-)	- 27	0%	- 6	0%	- 21	- 52	- 18	- 34	- 48	- 54	- 6	0%					
Résultat technique	197	4,5%	57	4,5%	253	156	2	158	145	13	158	2,7%	2,7%				

Santé - Sociétés d'assurances - millions d'euros

	2010					2011					2012					2012/2011 évolution HT, HC Total	
	Individuel		Collectif		Total	Individuel		Collectif		Total	Individuel		Collectif		Total		(% des primes)
		(% des primes)		(% des primes)			(% des primes)		(% des primes)			(% des primes)		(% des primes)			
Primes acquises	4 937	100%	4 047	100%	8 984	5 471	3 984	9 454	5 677	4 214	9 892	100%	4,6%				
- dont primes émises	4 980	101%	4 067	101%	9 048	5 477	3 983	9 460	5 728	4 221	9 949	101%	5,2%				
Charges de prestations(-)	- 3 665	-80%	- 3 553	-80%	- 7 218	- 4 062	- 3 638	- 7 700	- 4 201	- 3 873	- 8 074	-82%	4,9%				
- dont sinistres payés	- 3 328	-74%	- 3 365	-74%	- 6 693	- 3 782	- 3 409	- 7 191	- 3 934	- 3 566	- 7 500	-76%	4,3%				
- dont frais de gestion	- 307	-6%	- 216	-6%	- 523	- 268	- 198	- 466	- 248	- 242	- 490	-5%	5,0%				
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	3	-1%	57	-1%	59	1	0	- 1	2	9	11	0%					
Produits financiers	49	1%	60	1%	109	54	39	94	5	38	33	0%					
Frais d'acquisition (-)	- 811	-13%	- 364	-13%	- 1 175	- 885	- 322	- 1 207	- 886	- 279	- 1 165	-12%	-3,5%				
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 230	-3%	- 43	-3%	- 272	- 337	- 186	- 523	- 362	- 196	- 558	-6%	6,6%				
Solde réassurance(-)	- 30	0%	- 7	0%	- 37	- 55	- 7	- 48	- 63	- 69	- 6	0%					
Résultat technique	247	3,7%	84	3,7%	331	185	- 117	68	162	20	142	1,4%					

Tableau 9-b : le compte de résultat technique "frais de soins" entre 2010 et 2012 (hors taxe et hors contribution)

Santé - Institutions de prévoyance - millions d'euros

	2010				2011				2012				évolution HT, HC Total		
	Individuel		Collectif		Individuel		Collectif		Individuel		Collectif			Total	(% des primes)
		(% des primes)		(% des primes)		(% des primes)		(% des primes)		(% des primes)		(% des primes)			
Primes acquises	808	100%	4 292	100%	830	100%	4 516	100%	815	100%	4 835	100%	5 650	100%	5,7%
- dont primes émises	808	100%	4 292	100%	818	100%	4 516	100%	819	100%	4 835	100%	5 654	100%	6,0%
Charges de prestations (-)	- 754	-95%	- 4 073	-95%	-745	-96%	-4 376	-96%	- 752	-96%	- 4 699	-96%	- 5 451	-96%	6,4%
- dont sinistres payés	- 695	-87%	- 3 755	-87%	-720	-90%	-4 087	-90%	- 707	-87%	- 4 216	-87%	- 4 923	-87%	2,4%
- dont frais de gestion	- 33	-5%	- 216	-5%	-31	-5%	-229	-5%	- 36	-5%	- 255	-5%	- 291	-5%	11,8%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 0	0%	- 22	0%	0	0%	-31	0%	-	0%	42	0%	42	0%	
Produits financiers	7	1%	27	1%	5	1%	25	1%	10	1%	29	1%	39	1%	
Frais d'acquisition (-)	- 37	-5%	- 207	-5%	-33	-5%	-244	-5%	- 35	-5%	- 237	-5%	- 271	-5%	-1,9%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 4	-3%	- 172	-3%	- 31	-4%	- 199	-4%	- 3	-4%	- 224	-4%	- 228	-4%	-1,3%
Solde réassurance(-)	- 4	-1%	- 37	-1%	3	0%	66	1%	3	0%	3	0%	6	0%	
Résultat technique	16	-3,4%	-192	-3,4%	29	-4,0%	-245	-4,0%	37	-3,8%	- 251	-3,8%	- 214	-3,8%	

Santé - Mutuelles - millions d'euros

	2010				2011				2012				évolution HT, HC Total		
	Individuel		Collectif		Individuel		Collectif		Individuel		Collectif			Total	(% des primes)
		(% des primes)		(% des primes)		(% des primes)		(% des primes)		(% des primes)		(% des primes)			
Primes acquises	12 941	100%	4 248	100%	12 676	100%	4 745	100%	12 670	100%	5 124	100%	17 794	100%	2,1%
- dont primes émises	12 953	100%	4 248	100%	12 643	100%	4 741	100%	12 669	100%	5 123	100%	17 792	100%	2,3%
Charges de prestations (-)	- 10 872	-86%	- 3 967	-86%	-10 399	-84%	-4 316	-84%	- 10 549	-86%	- 4 704	-86%	- 15 253	-86%	3,7%
- dont sinistres payés	- 10 165	-81%	- 3 687	-81%	-9 968	-81%	-4 098	-81%	- 10 006	-81%	- 4 459	-81%	- 14 465	-81%	2,8%
- dont frais de gestion	- 558	-4%	- 192	-4%	-508	-4%	-208	-4%	- 556	-5%	- 247	-5%	- 803	-5%	12,1%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 12	0%	- 19	0%	-5	0%	-33	0%	7	0%	- 30	0%	37	0%	
Produits financiers	67	0%	16	0%	26	0%	5	0%	55	0%	25	0%	80	0%	
Frais d'acquisition (-)	- 704	-5%	- 219	-5%	-671	-5%	-235	-5%	- 723	-5%	- 255	-5%	- 978	-5%	7,9%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 918	-7%	- 281	-7%	- 1 043	-8%	- 380	-8%	- 1 038	-8%	- 390	-8%	- 1 428	-8%	0,3%
Solde réassurance(-)	- 63	0%	- 4	0%	-59	0%	3	0%	- 53	0%	5	0%	48	0%	
Résultat technique	438	1,2%	-226	1,2%	524	1,8%	-210	1,8%	356	0,7%	- 225	0,7%	131	0,7%	

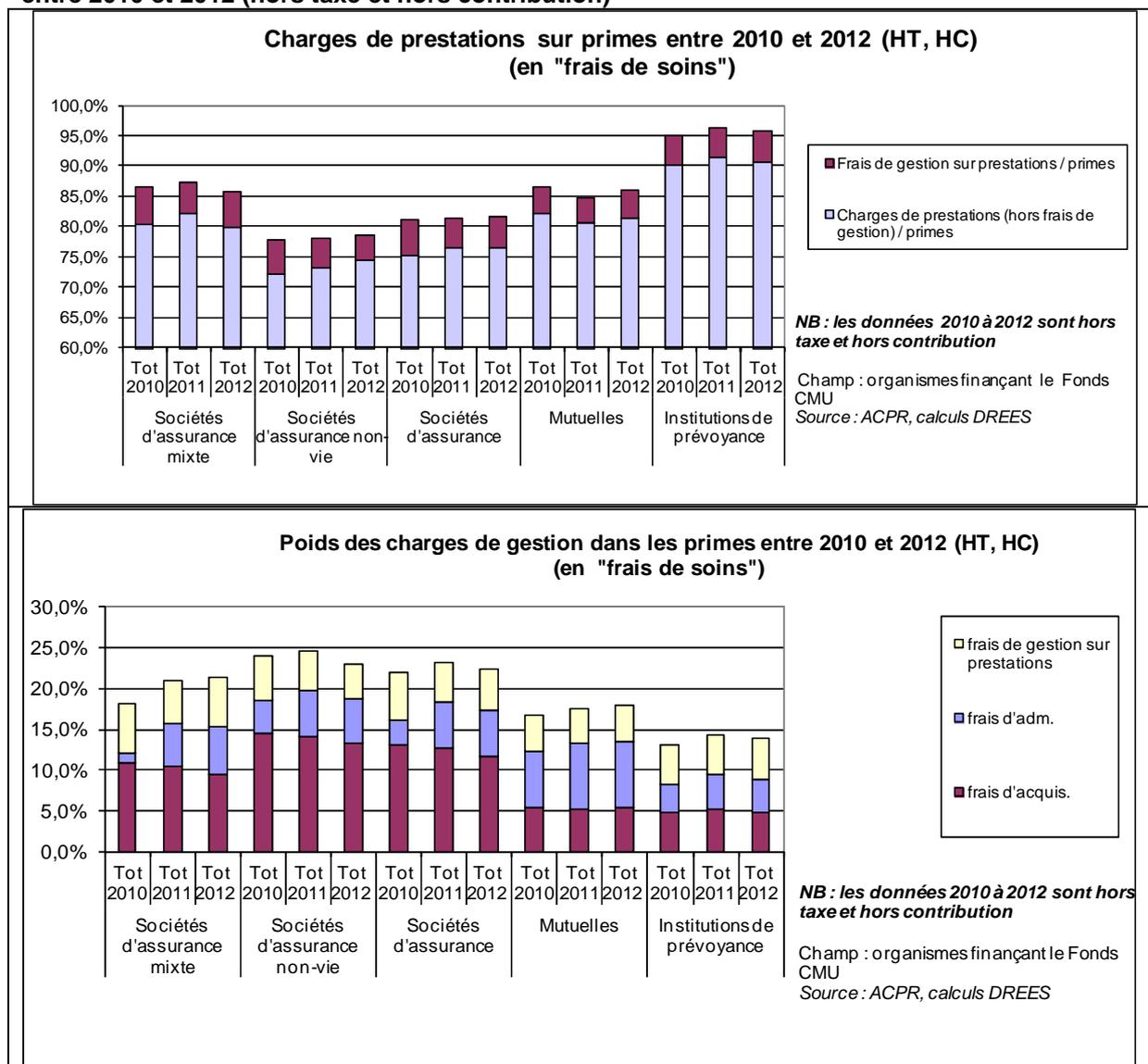
NB : Les charges de prestations incluent les sinistres et rentes payés nets de recours, les frais de gestion des sinistres et des rentes, les variations de provisions (pour sinistres, pour recours et autres) et les charges de provisions vie, déduction faite des participations aux résultats incorporées dans l'exercice.

Source : ACPR-DREES, calculs DREES, données redressées pour tenir compte pour les SA et les IP du taux de non-réponse à l'état E4 et pour les mutuelles du taux de non-réponse à l'état C1 et à l'état E4 (cf. annexes 3 et 4)

1.2. Des écarts de charges de gestion significatifs entre types d'organismes...

Au total, les charges de prestations s'élèvent en pourcentage des primes à 78,6 % pour les sociétés d'assurance non-vie ; à 85,9 % pour les mutuelles ; à 85,8 % en 2012 pour les sociétés d'assurance mixte et enfin à 95,8 % pour les institutions de prévoyance (cf. graphique 6).

Graphiques 6 et 6 bis – Poids des charges dans les primes pour l'activité « frais de soins » entre 2010 et 2012 (hors taxe et hors contribution)



Parmi ces charges de prestations, les frais de gestion sur prestations payées représentent selon le type d'organismes entre 4 % et 6 % des primes : 4,3 % pour les sociétés d'assurance non-vie, 4,5 % pour les mutuelles, 5,2 % pour les institutions de prévoyance et 5,9 % pour les sociétés d'assurance mixte.

Comparés aux autres charges de gestion ces taux apparaissent relativement proches entre les différents types d'organismes, l'écart de taux s'élevant à 1,6 point en moyenne en 2012. Pour les autres charges de gestion (frais d'administration et frais d'acquisition) les écarts de taux sont en effet plus sensibles entre type d'organismes : de 8,5 points pour les frais d'acquisition (les taux s'élevant à 13,3 % pour les sociétés d'assurance non-vie, 9,5 % pour les sociétés d'assurance mixte, 5,5 % pour les mutuelles et 4,8 % pour les institutions de prévoyance) et de 4 points pour les frais d'administration (les taux s'élevant à 8 % pour les mutuelles, 5,9 % pour les sociétés d'assurance mixte, 5,5 % pour les sociétés d'assurance non-vie et 4,0 % pour les institutions de prévoyance).

Le poids des charges de gestion en pourcentage des primes - frais de gestion sur prestations payées, frais d'acquisition et frais d'administration – s'élèvent ainsi en 2012 à :

- 23,1 % pour les sociétés d'assurance non-vie ;
- 21,4 % pour les sociétés d'assurance mixte ;
- 18,0 % pour les mutuelles ;
- et 14,0 % pour les institutions de prévoyance.

Par rapport à l'année 2011, année peu impactée par les redressements opérés pour exclure des frais d'administration les montants relatifs à la contribution au Fonds CMU⁶, on constate une relative stabilité de ces charges en pourcentage des primes pour les sociétés d'assurance mixte, les mutuelles et les institutions de prévoyance. La baisse est en revanche sensible pour les sociétés d'assurance non-vie. Pour ces dernières le total des charges de gestion est passé de 24,6 % à 23,1 %, soit une baisse de 1,5 point.

1.3....imputables en partie au poids relatif des contrats collectifs et des contrats individuels...

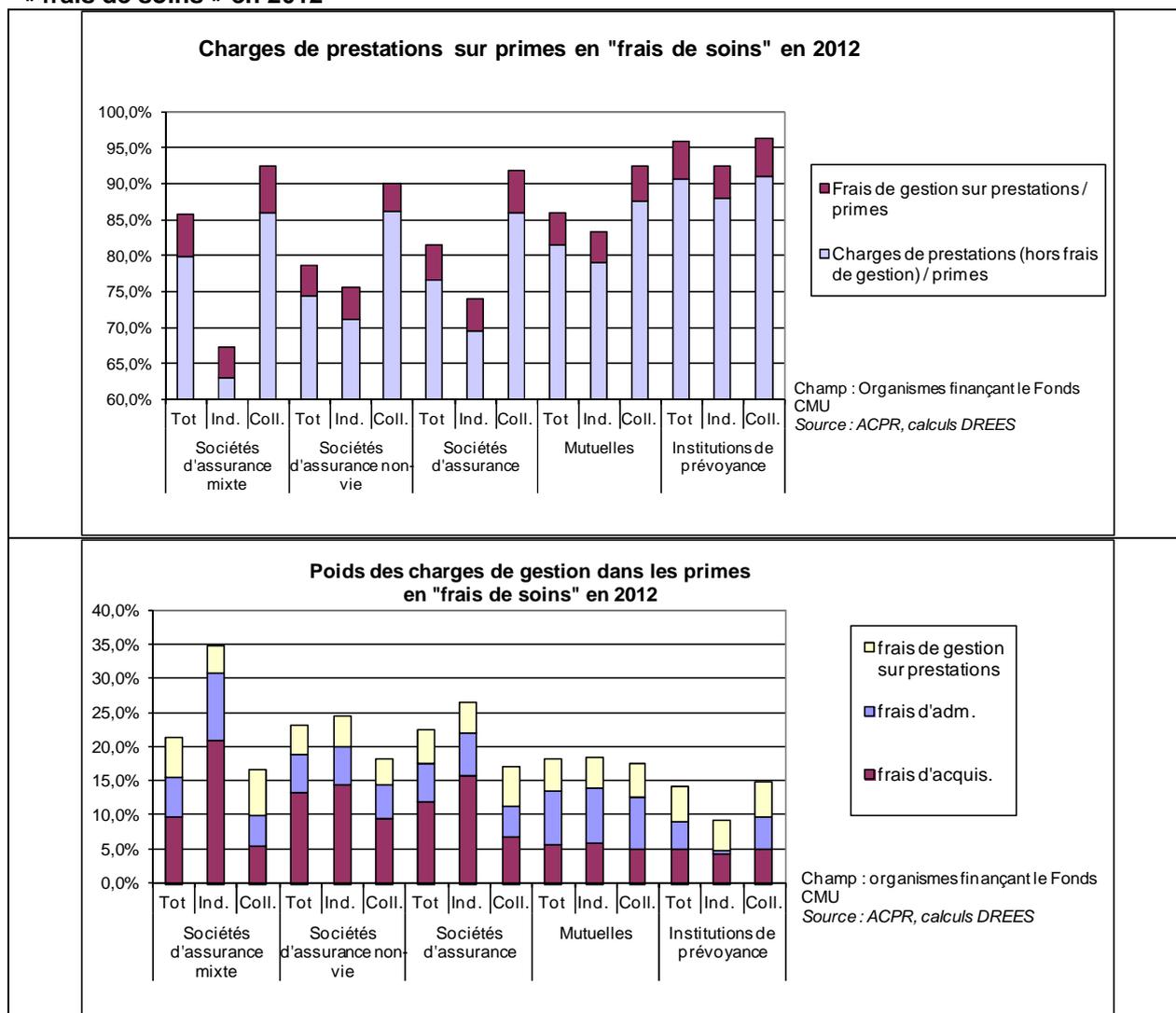
L'examen plus détaillé des comptes (cf. graphiques 5 et 5bis et tableau 9) montre, que ces écarts de charges de gestion sont en partie imputables aux poids relatifs des contrats collectifs et des contrats individuels. D'une façon générale, les résultats des organismes sont tirés à la baisse par la gestion de leurs contrats collectifs. Cela est vrai à la fois pour les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance.

En effet, les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels. Ils sont en outre déficitaires ou juste équilibrés : -251 millions d'euros pour les institutions de prévoyance, -225 millions d'euros pour les mutuelles, -33 millions d'euros pour les sociétés d'assurance mixte, et + 13 millions d'euros pour les sociétés d'assurance non-vie. La situation de ces contrats collectifs n'est pas nouvelle, puisqu'ils étaient déjà déficitaires en 2011 pour les institutions de prévoyance, les mutuelles et les sociétés d'assurance mixte, et même en 2010 pour les institutions de prévoyance et les mutuelles. En 2010, les contrats collectifs des sociétés d'assurance mixte avaient dégagé un excédent de 27 millions d'euros.

Entre les contrats collectifs et les contrats individuels, il existe en fait des différences significatives de coûts relatifs pour les souscripteurs. Quel que soit le type d'organismes assureurs, le ratio « charges de prestations / primes » des contrats collectifs est supérieur à celui des contrats individuels (cf. graphiques 7 et 7bis). Lorsque l'on déduit des charges de prestations les frais de gestion pour sinistres payés, on constate que le diagnostic n'est pas modifié : les charges de prestations hors frais de gestion pour sinistres payés restent inférieures pour les contrats individuels.

⁶ Contribution en voie d'extinction du fait de la transformation au 1^e janvier 2011 de cette contribution en taxe.

Graphique 7 et 7bis- Charges de prestations et charges de gestion en pourcentage des primes « frais de soins » en 2012



Ce résultat est cohérent avec ceux tirés de l'enquête DREES sur les contrats modaux : les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés. À la fois les garanties offertes par les contrats collectifs les plus souscrits (dits contrats modaux) sont généralement plus élevées (cf. encadré 4) ; et leur coût relatif pour les personnes souscripteurs plus faible. L'exploitation des données de l'enquête sur les contrats modaux de 2009 montrait en effet qu'à niveau de garanties équivalent, la cotisation mensuelle moyenne d'un contrat collectif était inférieure de 6 € à celle d'un contrat individuel, à structure d'âge et niveau de garanties équivalents. Il s'agit là d'un écart très significatif par rapport au montant de la prime mensuelle moyenne des contrats modaux des organismes complémentaires, puisque celui-ci s'élevait en moyenne en 2009 à 40 € par bénéficiaire et par mois⁷.

⁷ Garnero M., 2011 « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 », Études et résultats n°789, DREES, février 2012.

Encadré 4

L'enquête DREES sur les « contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé »

En 2010, 96 % des Français sont couverts par une assurance maladie complémentaire ; 6 % de la population l'est au titre de la couverture maladie universelle (CMU-C) et 90 % l'est par une complémentaire privée (hors CMU-C). La DREES mène chaque année une enquête auprès des mutuelles, des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance afin de mieux connaître l'offre en matière de couverture complémentaire santé⁸. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus souscrits, au sein de chaque organisme, appelés « contrats modaux », ce qui représente 60 % de l'ensemble des contrats individuels et 22 % de l'ensemble des contrats collectifs en termes de personnes couvertes.

En 2010, 43 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé privée sont couverts par un contrat collectif (à adhésion obligatoire ou facultative) et 57 % par un contrat individuel. Les deux tiers des personnes assurées à titre individuel le sont par une mutuelle, 30 % par une société d'assurance et 4 % par une institution de prévoyance. Ces dernières sont, en fait, spécialisées dans les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé : elles couvrent 43 % des bénéficiaires sur ce marché, devant les mutuelles (35 %) et les sociétés d'assurance (22 %).

La DREES établit une typologie des contrats les plus souscrits qui consiste à classer les contrats en groupes homogènes selon les remboursements offerts pour plusieurs prestations étudiées simultanément. On distingue ainsi 5 classes homogènes, les contrats de type A étant ceux offrant la meilleure couverture et les contrats de type E la moins bonne.

Plus des trois-quarts des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par des contrats offrant les garanties les plus élevées (par exemple, remboursement intégral des frais de santé choisis en référence) qui figurent dans les classes A (48 %) ou B (29%) (cf. tableau 10).

Tableau 10 – Répartition des contrats au sein des cinq groupes de la typologie

	Contrats modaux		Personnes couvertes* (en %)		
	Nombre	Part (en %)	Individuel	Collectif	Ensemble
Classe A	136	13	3	48	22
Classe B	195	19	11	29	18
Classe C	253	24	34	10	24
Classe D	267	25	35	10	24
Classe E	197	19	18	3	11
Ensemble	1 048	100	100	100	100

* Ces taux sont calculés avec pondérations, c'est-à-dire après redressement du taux de sondage, du taux de non-réponse et correction des différences de représentativité par strate de sondage.

Lecture : La classe A regroupe 136 contrats modaux; elle représente 3% des personnes couvertes par un contrat modal individuel et 48% des personnes couvertes par un contrat modal collectif.

Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2010.

1.4.... mais qui subsistent toutefois à nature de contrat donnée

On constate toutefois que le poids des contrats collectifs dans l'ensemble des contrats proposés n'explique pas toutes les différences entre type d'organismes. Globalement, en effet, les charges de gestion (frais de gestion pour sinistres payés, frais d'acquisition et frais d'administration) dans les primes sont significativement différentes selon le type d'organismes à nature de contrat donnée : elles s'élèvent à 23,1 % pour les sociétés d'assurance non-vie (24,4 % en contrats individuels et 18,2 % en contrats collectifs), contre 14,0 % seulement pour les institutions de prévoyance (9,1 % en individuels

⁸ Garnero M., Le Palud V, Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 n°837, DREES, avril 2013.

et 14,8 % en collectifs). Pour les sociétés d'assurance mixte et les mutuelles, les taux s'établissent respectivement à 21,4 % (34,8 % en contrats individuels et 16,5 % en contrats collectifs) et à 18,0 % (18,3 % en contrats individuels et 17,4 % en contrats collectifs).

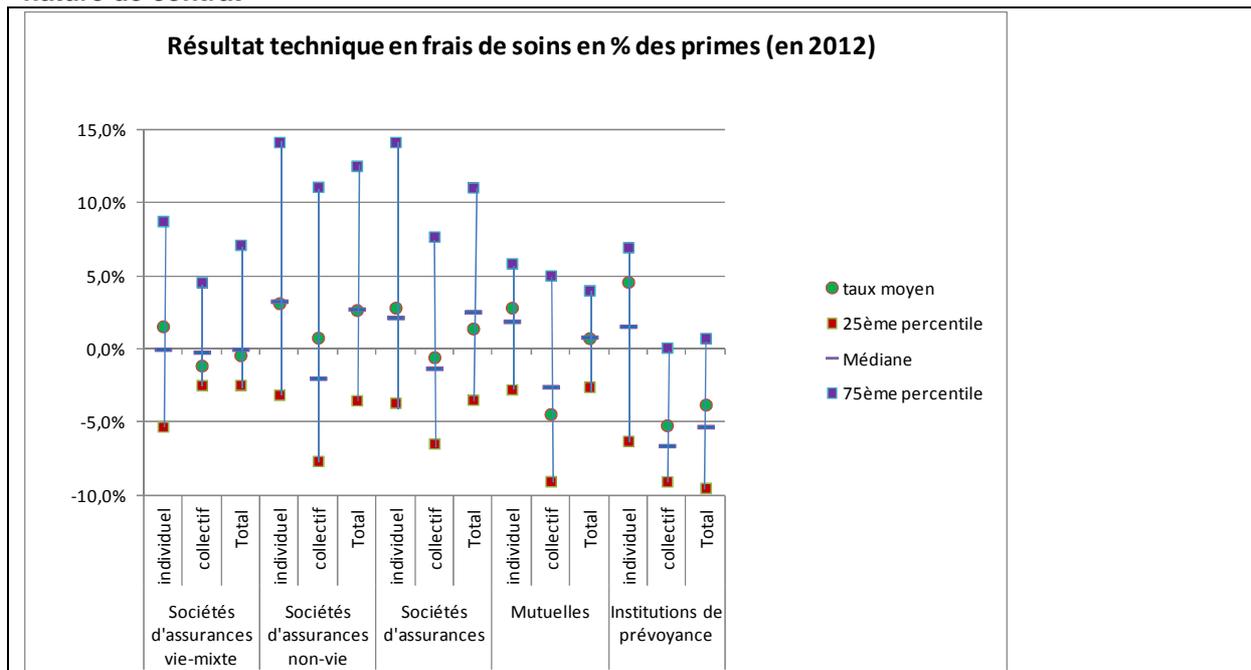
Si, pour les seuls frais de gestion sur prestations payées, les écarts entre les types d'organismes apparaissent faibles, ils sont significatifs pour les frais d'acquisition. Leur poids apparaît relativement plus fort pour les sociétés d'assurance et plus particulièrement pour leurs contrats « individuels ».

2. Des résultats moyens qui cachent en réalité des écarts entre organismes d'un même type

2.1. Des écarts entre organismes d'un même type à nature de contrat donnée et à classe de taille donnée en termes de chiffre d'affaires

Les résultats moyens présentés ci-dessus cachent en fait de fortes disparités entre les organismes d'un même type (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles) pour une même nature de contrat (contrats collectifs, contrats individuels) (cf. graphique 8) ; disparités qui mériteront d'être confirmées avec la consolidation progressive des données transmises par les organismes complémentaires chaque année.

Graphique 8 – Disparités de résultat en frais de soins au sein de chaque type d'organismes par nature de contrat



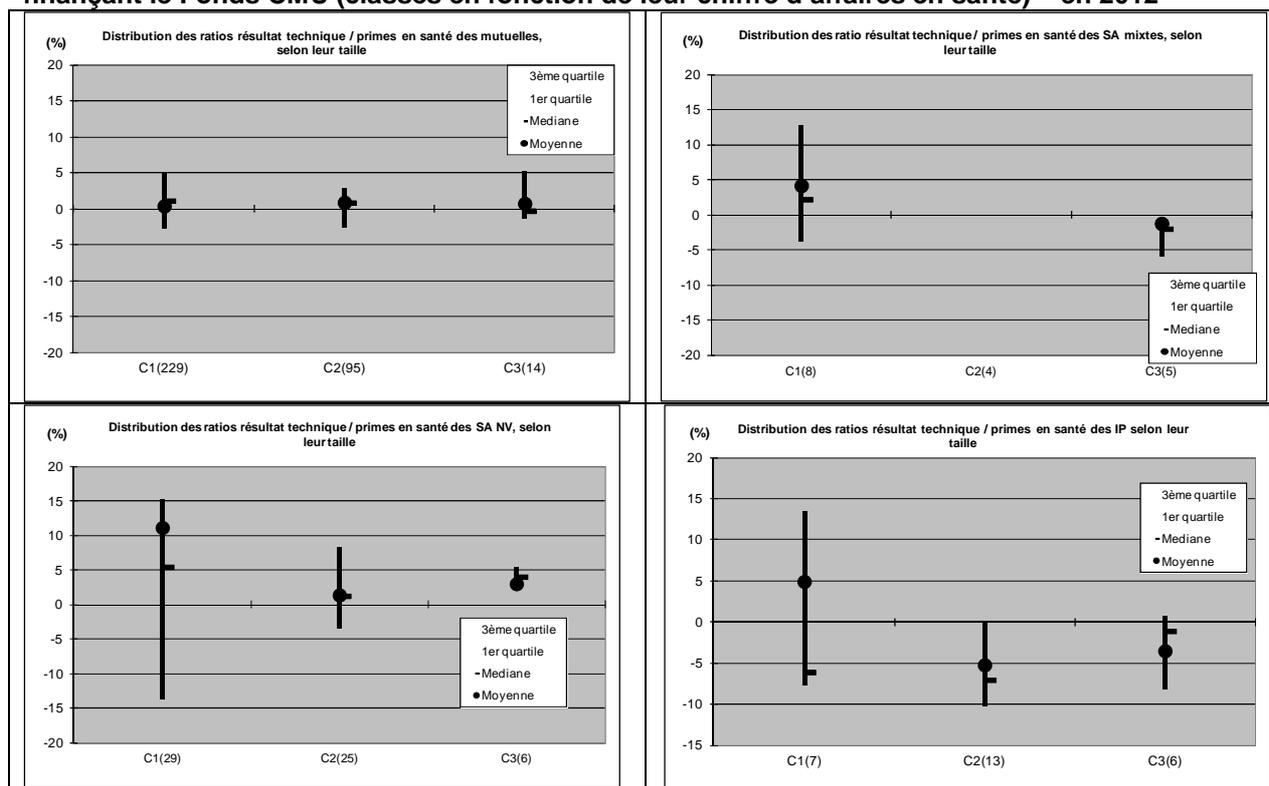
Pour les sociétés d'assurance non-vie, par exemple, les résultats techniques en frais de soins en pourcentage des primes apparaissent très dispersés pour une même nature de contrat : alors que le résultat moyen en pourcentage des primes s'établit en individuel à 3,1 %, les sociétés appartenant au 3^{ème} quartile (75^{ème} percentile) de la distribution ont un résultat technique en frais de soins en pourcentage de leurs primes supérieur à 14 %, celles appartenant au 1^{er} quartile (25^{ème} percentile) un résultat inférieur à -3,0 %.

Au-delà des effets liés à la nature de contrat – contrats collectifs ou contrats individuels – et au type d'organismes, le facteur taille de l'organisme (en termes de chiffre d'affaires) peut jouer un rôle important dans les écarts constatés. En fait, lorsque l'on regroupe en trois classes les organismes selon l'importance de leur chiffre d'affaires en santé (C1 chiffre d'affaires inférieur à 25 millions d'euros, C2 chiffre d'affaires compris entre 25 et 250 millions d'euros et C3 chiffre d'affaires supérieur

à 250 millions d'euros), on ne constate pas d'évolution systématique des ratios résultats/primes en fonction de leur taille, mais des écarts sensibles pour chaque type d'organismes entre organismes appartenant à une même classe de taille.

On constate cependant un effet « taille » pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance : le ratio résultat technique en frais de soins en pourcentage des primes est plus important pour les organismes dont le chiffre d'affaires en frais de soins est inférieur à 25 millions d'euros que pour les autres (cf. graphique 9). La dispersion des situations pour ces deux types d'organismes apparaît en outre plus importante au sein de la première classe qu'au sein de la troisième (plus leur chiffre d'affaires en « santé » est élevé, plus les organismes ont des résultats techniques en « santé » en pourcentage de leurs primes proches).

Graphique 9 - Résultat technique « frais de soins » en pourcentage des primes des OC finançant le Fonds CMU (classés en fonction de leur chiffre d'affaires en santé) – en 2012



Note de lecture : les différents organismes sont classés en trois classes selon leur chiffre d'affaires en frais de soins en 2012, avec en millions d'euros : C1 [inférieur à 25], C2 [compris entre 25 et 250], C3 [supérieur à 250]. Parmi les 338 mutuelles, 229 appartiennent à la 1^{er} classe, 95 à la deuxième et 14 à la troisième. Pour chaque classe sont représentés sur l'axe des ordonnées la valeur médiane (par un tiret), la valeur moyenne (par un point) et l'écart entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile (par une barre verticale) des résultats techniques en santé en % des primes des organismes appartenant à la classe correspondante. Sur le graphique en bas à gauche, on constate que la barre verticale est plus longue pour les sociétés d'assurance non-vie de la classe C1 que pour celles des classes C2 et C3. Cela signifie que la dispersion entre les sociétés d'assurance non-vie est plus importante pour les petites que pour les sociétés de taille intermédiaire et grande. Quand le nombre d'organismes d'une strate est inférieur à 5, les résultats ne sont pas représentés. C'est le cas, en haut à droite, pour la deuxième classe des sociétés d'assurance mixte.

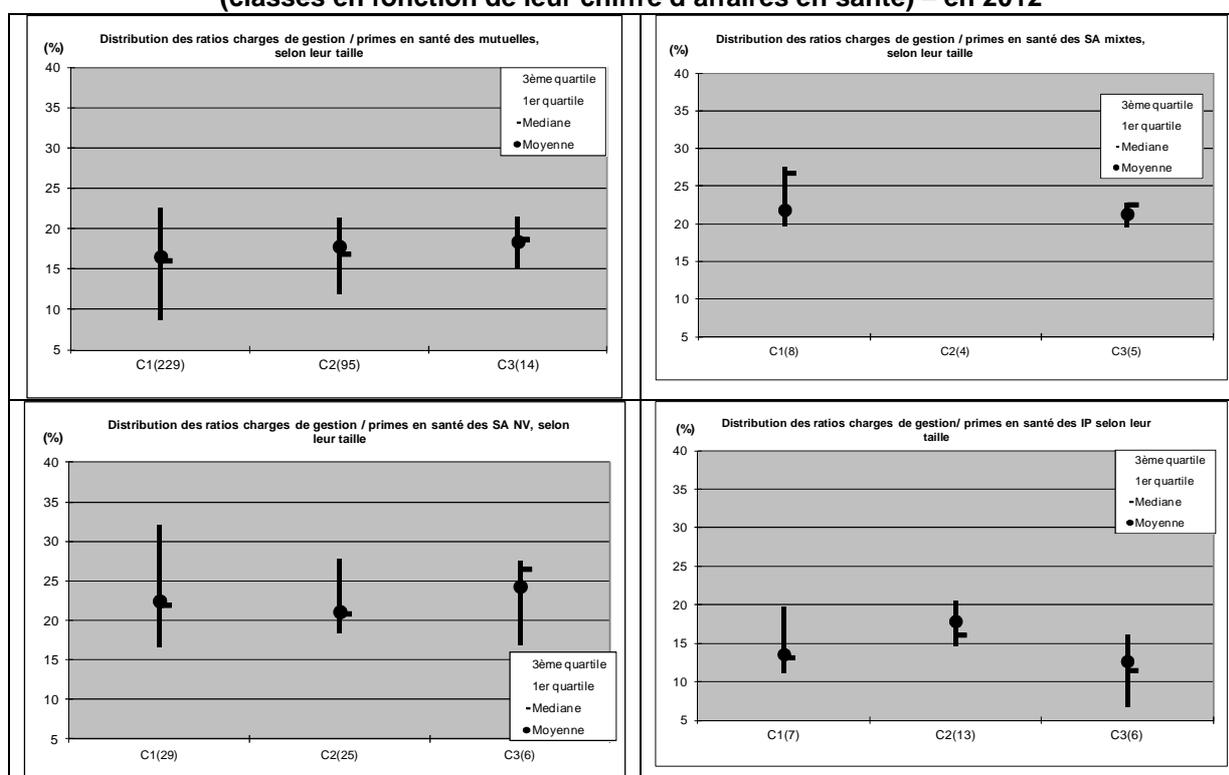
Sur le graphique en haut à gauche, on constate que le résultat technique en santé en pourcentage des primes des mutuelles appartenant à la première classe (229 mutuelles) est égal en « moyenne » à 0,4 % (représenté par le point), la mutuelle « médiane » (représentée par un tiret) a un résultat technique en santé en pourcentage des primes égal à 1,1 % (114 mutuelles de la classe – soit la moitié ont ainsi un résultat technique en santé en pourcentage des primes inférieur à 1,1 % et 114 un résultat en pourcentage des primes supérieur), la mutuelle « 1^{er} quartile » (représentée par le bas de la barre verticale) a un résultat technique en santé en pourcentage des primes égal à -2,8 % (seules 57 mutuelles appartenant à cette classe – soit 25 % – ont un résultat en pourcentage des primes inférieur), la mutuelle « 3^{ème} quartile » (représentée par le haut de la barre verticale) a un résultat en pourcentage des primes égal à 5,0 % (seules 57 mutuelles appartenant à cette classe – soit 25 % – ont un résultat en pourcentage des primes supérieur). Quand la moyenne d'une classe est très nettement supérieure à sa médiane (ou inversement très inférieure) - exemple du graphique en bas à gauche 1^{ère} classe - on peut en conclure que les plus grosses sociétés de la classe correspondante ont en moyenne un résultat technique en santé en pourcentage des primes supérieur (ou inversement inférieur) à la société « médiane » de la classe.

Source : ACPR, calculs DREES, organismes ayant transmis des états C1, C4 et E4 (cf. annexe 4).

2.2. Des écarts de charges de gestion qui demeurent cependant entre types d'organismes lorsque l'on tient compte de la taille de chaque organisme en termes de chiffre d'affaires

On trouve un diagnostic similaire en ce qui concerne les charges de gestion. Pour chaque type d'organismes, on constate des écarts importants entre organismes appartenant à une même classe de taille. Mais contrairement aux résultats présentés ci-dessus, on ne constate aucun effet « taille » en ce qui concerne les charges de gestion : celles-ci sont en moyenne de niveau comparable quelle que soit la taille des organismes, pour un même type d'organismes. En revanche les écarts moyens entre types d'organismes d'une même classe de taille demeurent. Quelle que soit leur taille, les sociétés d'assurance non-vie ont des charges de gestion en pourcentage de leurs primes supérieures aux autres types d'organismes (cf. graphique 10).

Graphique 10 - Charges de gestion en pourcentage des primes des OC finançant le Fonds CMU (classés en fonction de leur chiffre d'affaires en santé) – en 2012



Note de lecture : les différents organismes sont classés en trois classes selon leur chiffre d'affaires en frais de soins en 2012, avec, en millions d'euros : C1 [inférieur à 25], C2 [compris entre 25 et 250], C3 [supérieur à 250]. Parmi les 338 mutuelles représentées sur ce graphique, 229 appartiennent à la 1^{er} classe, 95 à la deuxième et 14 à la troisième. Pour les calculs ne sont retenues toutefois dans chaque strate que celles qui ont transmis des états C1, C4 et E4 (cf. annexe 4). Pour chaque classe sont représentés sur l'axe des ordonnées la valeur médiane (par un tiret), la valeur moyenne (par un point) et l'écart entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile (par une barre verticale) des charges de gestion en % des primes des organismes appartenant à la classe correspondante. Sur le graphique en haut à gauche, on constate que la barre verticale se réduit avec les classes, marquant le fait que la dispersion entre les mutuelles diminue avec leur taille. Quand le nombre d'organismes d'une classe est inférieur à 5, les résultats ne sont pas représentés. C'est le cas, en haut à droite, pour la deuxième classe des sociétés d'assurance mixte.

Cf. en complément note de lecture du graphique 9.

Source : ACPR, calculs DREES.

3. Des résultats nets comptables qui relativisent certaines des évolutions en « frais de soins »

L'analyse des résultats techniques en santé ne suffit toutefois pas pour évaluer la solidité financière des organismes concernés, cette analyse nécessite que l'on examine l'intégralité de leur activité. Si pour les mutuelles, l'activité santé est prédominante (elle représente 89 % des primes), elle constitue un peu moins de la moitié de l'activité des institutions de prévoyance (47 %), elle est relativement plus réduite pour les sociétés d'assurance en particulier pour les sociétés d'assurance mixte (15 % pour les sociétés d'assurance non-vie et 7 % pour les sociétés d'assurance mixte, cf. chapitre 1, graphique 2).

3.1. En moyenne, une diminution du résultat net comptable pour les sociétés d'assurance non-vie et les institutions de prévoyance, une amélioration pour les sociétés d'assurance mixte en 2012

L'examen des comptes globaux des organismes (toutes activités confondues) permet en effet de relativiser les résultats présentés sur le seul champ de l'activité « frais de soins » (cf. graphique 11).

Pour les institutions de prévoyance en particulier la situation financière apparaît moins défavorable lorsque l'analyse porte sur l'intégralité de leurs activités et non sur leur seule activité « frais de soins » : ainsi alors que leur résultat technique en frais de soins s'élève pour l'année 2012 à - 0,2 milliard d'euros, leur résultat net comptable est pratiquement équilibré (il s'établit à -20 millions d'euros). Cependant la tendance d'évolution de ce résultat net comptable est inverse de celle constatée pour la seule activité frais de soins, puisque celui-ci se dégrade (il était de +65 millions d'euros en 2011), du fait d'une dégradation des comptes des autres activités de dommages corporels (cf. annexe 7).

La situation des sociétés d'assurance non-vie apparaît en revanche moins favorable. En effet, même si les résultats techniques en frais de soins n'ont connu aucune dégradation entre 2011 et 2012, leur résultat net comptable est tiré à la baisse par leurs autres activités. Celui-ci passe ainsi de 1,3 milliard d'euros en 2011⁹ à - 697 millions d'euros en 2012.

Les autres types d'organismes ont en revanche des résultats nets positifs.

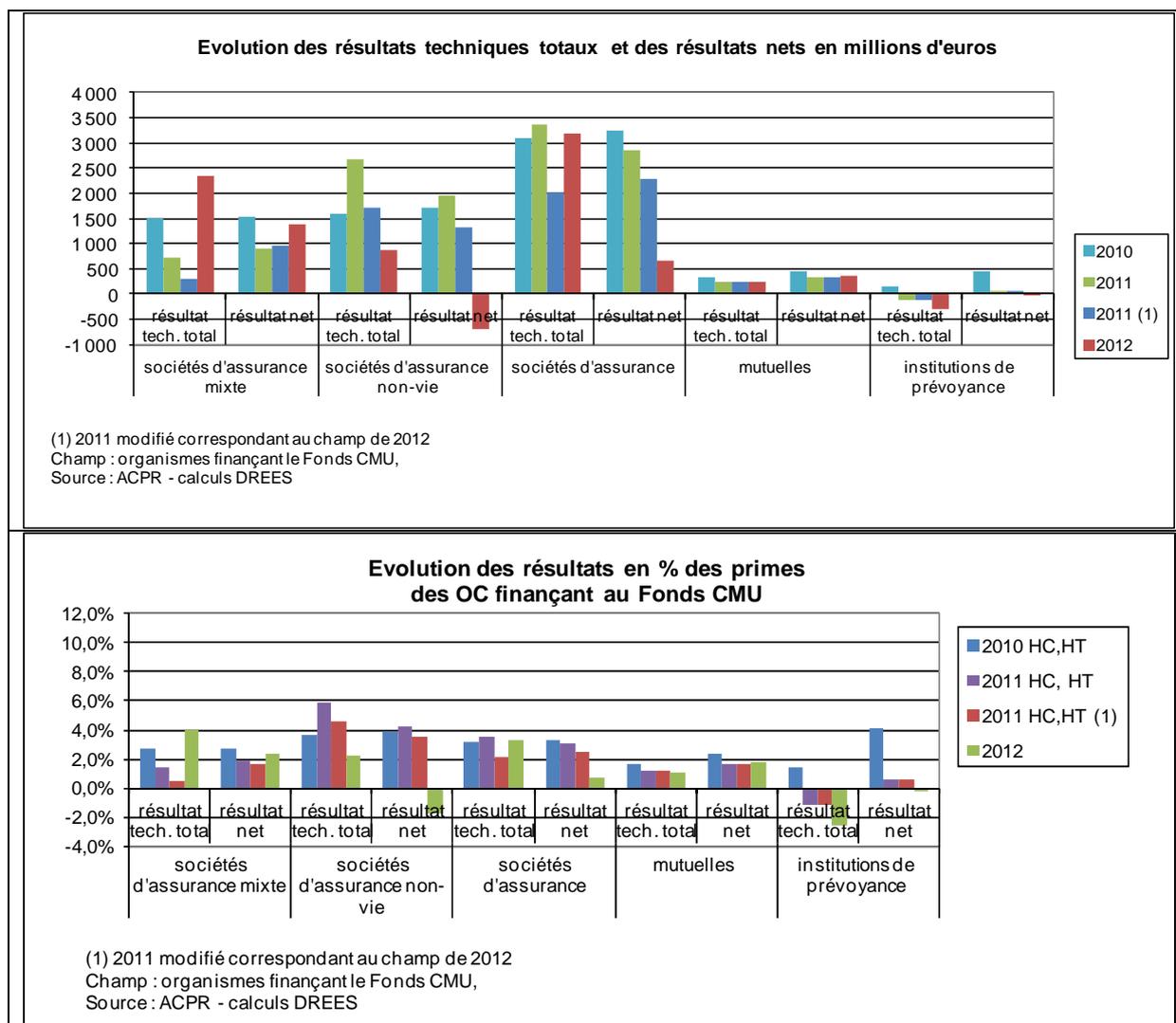
Comme pour les frais de soins, les résultats techniques des autres activités des sociétés d'assurance mixte progressent. Cette situation est très largement imputable à une croissance des produits financiers. Même si « les résultats financiers réalisés en 2012 ont permis aux assureurs de dégager davantage de participation aux résultats qu'en 2011 » (cf. rapport de l'ACPR), ceux-ci ont connu une croissance supérieure à celle des charges de prestations¹⁰. Ainsi globalement les sociétés d'assurance mixte dégagent des résultats nets comptables proches de ceux de 2010, après leur chute de 2011 (1,4 milliard en 2012 contre 960 millions en 2011⁹).

Enfin, le résultat net comptable des mutuelles apparaît stable entre 2011 et 2012, la baisse du résultat technique en frais de soins étant compensée par l'augmentation du résultat technique en autres dommages corporels notamment. Le résultat net comptable s'établit en 2012 à 357 millions d'euros contre 336 millions d'euros en 2011.

⁹ Champ 2012.

¹⁰ Dans les tableaux simplifiés des comptes de résultat figurant en annexe les charges de prestations s'entendent au sens large, elles comprennent les sinistres et rentes payés nets de recours, les frais de gestion sur sinistres et rentes payés, les variations de provisions (pour sinistres à payer, pour recours et autres), les charges de provisions vie et les participations et intérêts techniques versés.

Graphique 11 – Résultats technique et net comptable des organismes complémentaires finançant le Fond CMU entre 2010 et 2012



En 2012, sur le champ des organismes finançant le Fonds CMU, les sociétés d'assurance mixte sont ainsi celles qui dégagent le plus fort résultat net comptable en pourcentage des primes (2,4 %), devant les mutuelles (1,8 %), les institutions de prévoyance (-0,2 %) et les sociétés d'assurance non-vie (-1,8 %).

3.2. Des marges de solvabilité peu modifiées

Ces évolutions n'ont eu que peu d'impact sur la solvabilité des différents types d'organismes (cf. encadré 5). Leur taux de couverture des engagements réglementés et leur taux de couverture bilantielle de la marge n'ont été que peu modifiés entre 2011 et 2012. Ceux-ci se sont en effet élevés en moyenne, selon le type d'organisme, entre 104 % et 193 % pour ce qui concerne le taux de couverture des engagements réglementés et entre 124 % et 450 % (sans prise en compte des plus values latentes) pour ce qui concerne le taux de couverture bilantielle de la marge (cf. tableau 11).

Encadré 5 Les règles prudentielles

Pour s'assurer de la solvabilité des sociétés d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance, l'ACPR demande à ces organismes de lui fournir, en application des directives européennes complétées par la réglementation interne, des données détaillées :

- des simulations prospectives visant à évaluer la capacité des organismes à faire face à leurs engagements selon plusieurs scénarii d'évolution de la sinistralité et des marchés financiers ;
- l'évaluation de leurs provisions techniques et la structure de leurs placements financiers... ;
- une présentation de leurs ratios prudentiels.

La réglementation actuelle impose, en effet, à ces organismes de respecter un certain nombre de règles :

- de disposer de provisions suffisantes incluant une marge de prudence permettant de couvrir leurs engagements avec une probabilité suffisante ;
- de disposer d'actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés à mettre en regard des provisions techniques et des passifs de rang supérieur à celui des engagements envers les assurés ;
- de disposer d'un montant minimal de fonds propres permettant de faire face à des pertes imprévues, montant dont le calcul réglementaire dépend de la nature de l'activité (provisions ou capitaux sous risques en vie, primes et charges de prestations en non vie).

Ces règles portent notamment sur le respect de ratios prudentiels appelés **ratio de couverture des engagements réglementés et ratio de couverture de la marge de solvabilité** :

- le ratio de couverture des engagements réglementés est égal au rapport des actifs retenus en couverture aux engagements réglementés. Les codes des assurances, de la mutualité et de la Sécurité sociale fixent la liste des valeurs mobilières et autres titres admis en couverture des engagements réglementés. La liste comporte cinq catégories principales : obligations, actions, immobilier, prêts et dépôts. Les placements admis en couverture des engagements réglementés ne peuvent pas toutefois dépasser certains plafonds pour les catégories d'actifs suivantes : 65 % pour les actions, 40 % pour l'immobilier et 10 % pour les prêts. Afin de diviser les risques, ils doivent en outre ne pas excéder 5 % des engagements réglementés en valeur émise par une même société (actions, obligations ou prêts), cette limite de 5 % est portée à 10 % à condition que le total ne dépasse pas 40 % de l'ensemble des placements admis en couverture. Les engagements réglementés correspondent quant à eux aux provisions techniques et autres dettes privilégiées (hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales..) ;
- le ratio de couverture de la marge de solvabilité est égal au rapport des fonds propres (augmentés des plus values latentes sur actifs et déduction faite des moins values latentes sur actifs non obligataires) à la marge minimum de solvabilité. La marge minimum de solvabilité est calculée en assurance vie en pourcentage des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unité de compte auquel s'ajoute un pourcentage des capitaux décès, et en assurance non-vie en proportion des primes ou des sinistres¹¹.

En 2011, ces taux étaient compris entre 104 % et 224 % d'une part, et entre 123 % et 469 % d'autre part. Comme le fait remarquer l'ACPR dans son rapport annuel sur le marché de l'assurance en 2010¹², si les taux de couverture bilantielle de la marge sont pour certains organismes bien supérieurs aux 100 % : « *Ces taux doivent cependant être utilisés avec une grande prudence, l'exigence de marge de solvabilité actuelle ne comprenant pas la prise en compte de risques d'assurance et de placement, contrairement au régime prudentiel à venir Solvabilité 2* ».

Pour l'ensemble des organismes, la prise en compte des plus values latentes améliore significativement la couverture de la marge de solvabilité. Cela est particulièrement le cas en 2012 en raison du contexte économique favorable : « *la très bonne tenue des marchés financiers en 2012 a permis la constitution de fortes plus-values latentes pour l'ensemble des acteurs (...). Leur prise en compte permet d'améliorer encore le niveau de solvabilité*¹³ ». Cet effet est très sensible pour les sociétés d'assurance, en particulier les sociétés d'assurance mixte et les institutions de prévoyance (cf. graphique 12).

¹¹ Les proportions retenues pour le calcul s'établissent en assurance vie à 4 % des provisions mathématiques des contrats en euros et à 1 % des provisions des contrats sans risque de placement pour l'assureur, et en assurance non-vie à 16 % des primes ou 23 % des sinistres (pour un calcul détaillé voir les articles R344-1 et suivants du code des assurances).

¹² Le marché français de la banque et de l'assurance, 2010, ACPR

¹³ Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance en 2012, ACPR

Tableau 11 – Ratios de solvabilité pour les organismes assurant une couverture complémentaire santé et finançant le Fonds CMU

Taux de couverture des engagements réglementés (en %)

	2010 taux moyen	2011 taux moyen	2012 taux moyen	25ème percentile en 2012	Médiane en 2012	75ème percentile en 2012
Sociétés d'assurance mixte	103,8%	103,8%	103,5%	102,8%	106,7%	117,3%
Sociétés d'assurance non-vie	108,8%	108,7%	110,0%	102,9%	110,9%	126,3%
Mutuelles	161,2%	224,5%	193,0%	186,6%	319,3%	559,3%
Institutions de prévoyance	131,0%	127,4%	120,3%	108,2%	117,8%	123,1%

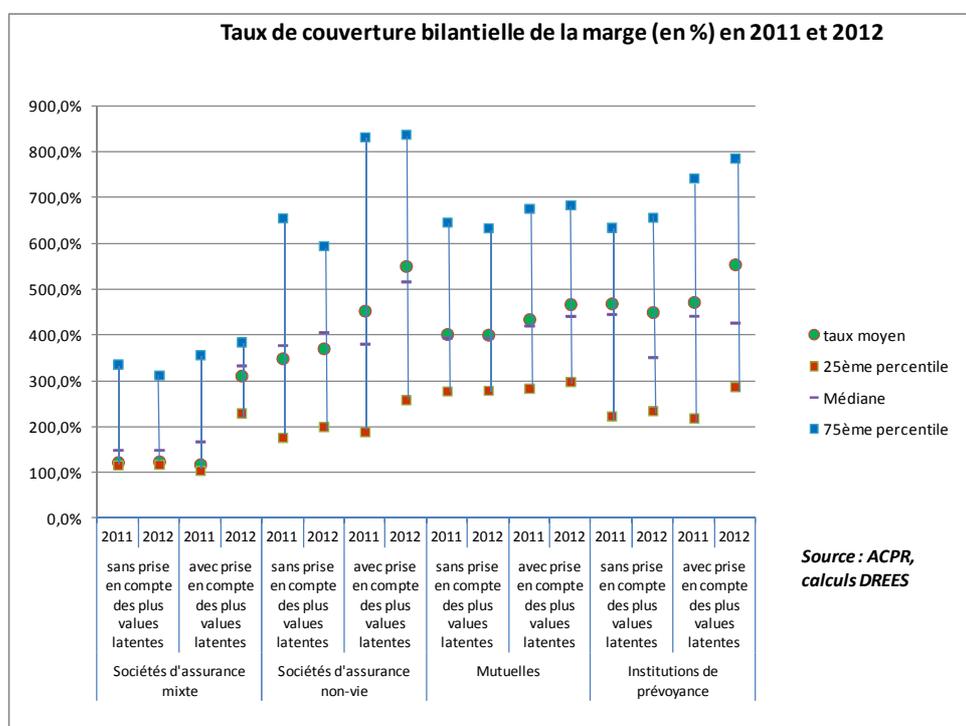
Source : ACPR, calculs DREES

Taux de couverture bilantielle de la marge, sans et avec prise en compte des plus-values latentes (en %)

	2010 taux moyen	2011 taux moyen	2012 taux moyen	25ème percentile en 2012	Médiane en 2012	75ème percentile en 2012
Sociétés d'assurances mixte	111,9%	122,7%	124,4%	117,7%	149,6%	312,9%
+ plus values latentes	174,0%	118,2%	311,4%	230,2%	333,8%	384,9%
Sociétés d'assurance non-vie	345,5%	349,4%	371,1%	200,5%	406,2%	595,0%
+ plus values latentes	544,9%	453,2%	550,8%	258,9%	517,0%	838,2%
Mutuelles	386,0%	402,3%	400,9%	279,4%	394,0%	633,9%
+ plus values latentes	423,5%	434,8%	467,7%	298,5%	442,0%	684,3%
Institutions de prévoyance	432,8%	469,2%	450,2%	235,1%	352,1%	657,1%
+ plus values latentes	499,9%	472,2%	554,4%	287,4%	427,2%	786,3%

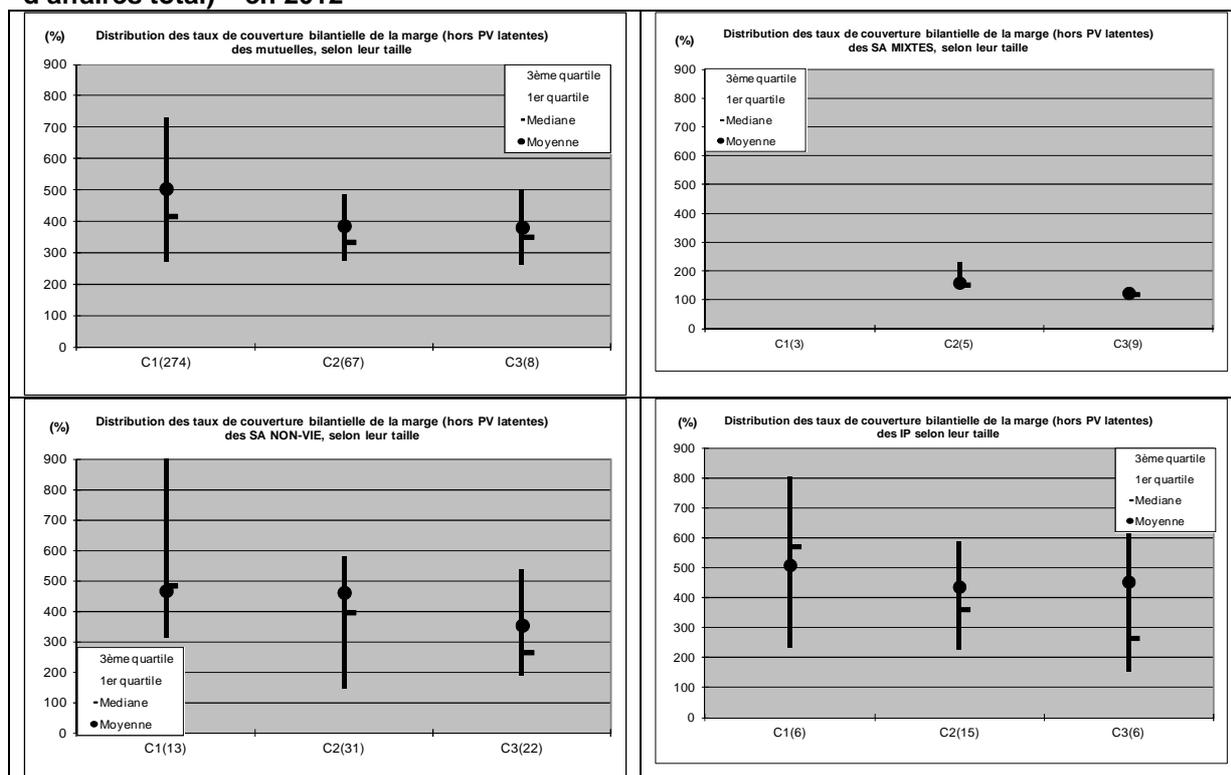
Source : ACPR, calculs DREES

Graphique 12 – Évolution du taux de couverture bilantielle de la marge avec et sans prise en compte des plus-values latentes pour les organismes assurant une couverture complémentaire santé et finançant le Fonds CMU



Ces résultats moyens cachent en fait des disparités selon la taille de l'organisme. En effet, le taux de couverture bilantielle de la marge (hors plus-values latentes) décroît, en moyenne, avec la taille pour les sociétés d'assurance et dans une moindre mesure pour les mutuelles et les institutions de prévoyance. Pour les institutions de prévoyance, cependant, les organismes ayant un chiffre d'affaires supérieur à 500 millions d'euros couvrent en moyenne mieux la marge de solvabilité que ceux dont le chiffre d'affaires est compris entre 50 et 500 millions d'euros (cf. graphique 13).

Graphique 13 - Taux de couverture bilantielle de la marge (sans prise en compte des plus-values latentes) des OC finançant le Fonds CMU (classés par classe en fonction de leur chiffre d'affaires total) – en 2012



Note de lecture : les différents organismes sont classés en trois classes selon leur chiffre d'affaires total en 2012, avec, en millions d'euros : C1 [inférieur à 50], C2 [de 50 à 500], C3 [supérieur à 500]. Parmi 349 mutuelles représentées sur ce graphique, 274 appartiennent à la 1^{er} classe, 67 à la deuxième et 8 à la troisième. Pour chaque classe sont représentés sur l'axe des ordonnées la valeur médiane (par un tiret), la valeur moyenne (par un point) et l'écart entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile (par une barre verticale) des taux de couverture bilantielle de la marge (hors plus values latentes) des organismes appartenant à la classe correspondante. Sur le graphique en haut à gauche, on constate que la dispersion entre les mutuelles est beaucoup plus forte pour les sociétés dont le chiffre d'affaire est inférieur à 50 millions d'euros (classe 1). Quand le nombre d'organismes d'une strate est inférieur à 5, les résultats ne sont pas représentés. C'est le cas, en haut à droite, pour la première classe des sociétés d'assurance mixte. Pour les calculs ne sont retenus que les organismes ayant transmis au état prudentiel C1.

Cf. en complément note de lecture du graphique 9.

Source : ACPR, calculs DREES.

Quelques éléments complémentaires sur les frais de gestion des organismes complémentaires

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, il avait été demandé au Gouvernement d'établir, pour le 31 août 2012, un rapport comparant les coûts de gestion des complémentaires santé d'une part, et des organismes de base de l'assurance maladie d'autre part. De premières analyses ont été produites dans le rapport de 2012. Elles ont montré la difficulté d'un tel exercice de comparaison, les activités des organismes complémentaires et des organismes de base étant par nature différentes et imbriquées. Ce travail n'a pas été reconduit cette année, seules en sont rappelées les principales conclusions. Des travaux conduits par différentes instances permettent toutefois d'éclairer la question de l'imbrication des activités entre régimes de base et régimes complémentaires.

L'essentiel des analyses a porté sur les écarts entre organismes complémentaires en cherchant en particulier à mieux éclairer l'impact que peuvent avoir deux dispositifs particuliers : la gestion déléguée d'un régime obligatoire santé d'une part et de la CMU-C/ACS d'autre part.

Le faible taux de réponse à l'état statistique considéré limite toutefois les analyses qui ont pu être faites.

1. Une comparaison très complexe des frais de gestion entre régimes de base et régimes complémentaires

1.1. Une comparaison qui doit être réalisée sur un champ d'activité comparable

Comme on l'avait précisé dans le rapport de 2012, se livrer à une comparaison entre les frais de gestion entre les régimes de base de l'assurance maladie et les régimes complémentaires santé n'a rien d'évident.

Les activités des régimes de base et des régimes complémentaires « frais de soins » diffèrent, en effet, sur plusieurs points :

- les régimes de base de l'assurance maladie qui assurent le versement de prestations en espèces (indemnités journalières et invalidité) ne distinguent pas dans leurs frais de gestion ceux associés à cette activité, alors que les organismes complémentaires le font généralement. À l'exception de quelques mutuelles, pour lesquelles la garantie « invalidité-incapacité » est accessoire à la garantie « frais de soins », les garanties « frais de soins » sont distinctes de celles de l'« invalidité-incapacité » ;
- certaines activités relatives à la gestion des prestations « frais de soins » relèvent exclusivement de la compétence des régimes de base de l'assurance maladie, comme la délivrance des attestations pour l'ouverture des droits à la CMU-C et à l'ACS ou encore le contrôle médical.

Leur positionnement dans la chaîne de traitement des feuilles de soins diffère également : les organismes complémentaires interviennent en aval de l'assurance maladie obligatoire et dépendent en partie à ce titre des décisions prises par les régimes obligatoires en termes de gestion du risque et des développements de leurs systèmes d'information (en particulier du développement des feuilles de soins informatisées -transferts NOEMIE-). Pour certains actes toutefois dans le champ du non remboursable notamment (les implants dentaires, par exemple,) les complémentaires interviennent directement. Le taux de prise en charge des soins de santé équivaut, ainsi, pour les régimes complémentaires, au cinquième de celui de l'assurance maladie : en 2012, le taux de prise en charge des soins par l'assurance maladie s'élevait à 75,5 % contre 13,7 % pour les organismes complémentaires (cf. rapport sur les comptes de la santé).

Pour ces deux raisons, la comparaison des frais de gestion entre régimes de base et organismes complémentaires ne peut porter sur le simple ratio (total des frais de gestion)/(prestations versées). Il faut, à tout le moins, limiter le champ de l'analyse aux activités comparables et tenir compte des écarts de taux de remboursement. Pour le traitement d'une feuille de soins le temps de gestion est *a priori* le même quel que soit le taux de remboursement de la dépense.

Une fois défini le champ comparable, plusieurs ratios pour réaliser cette comparaison étaient proposés¹⁴ :

- un premier ratio « frais de gestion / prestations en frais de soins corrigées des taux moyens de prise en charge par grand type de soins » ;
- un deuxième ratio « frais de gestion / nombre de personnes couvertes au 31 décembre de l'année considérée » ;
- un troisième ratio « frais de gestion / nombre de personnes consommandes dans l'année » ;
- un quatrième ratio « frais de gestion / nombre de lignes d'actes ou de décomptes et factures enregistrés dans l'année ».

Les trois derniers ratios, en particulier le quatrième, permettent de se rapprocher au mieux d'un indicateur de coût unitaire, seul pertinent pour une comparaison régimes de base/organismes complémentaires. Le quatrième a notamment l'avantage de tenir compte des écarts de consommation imputables aux différences d'âge entre les assurés.

1.2. La définition du champ comparable qui peut être discutée

La CNAMTS avait estimé que : « le champ d'activités similaires se limite à la gestion des flux dématérialisés des prestations en nature : FSE¹⁵ + flux B2¹⁶ pour la CNAMTS et télétransmission des relevés de remboursement (flux NOEMIE) pour les organismes complémentaires ». Ainsi, en s'appuyant sur la comptabilité des caisses primaires (CPAM)¹⁷, la CNAMTS évaluait pour l'année 2011 le montant des frais de gestion de ses activités comparables à celles des organismes complémentaires à **1,7 milliard sur un montant de frais de gestion total de 6,4 milliards** (Fonds national de gestion - y compris aide à la télétransmission comptabilisée dans le Fonds d'action conventionnelle) (cf. tableau 15).

Pour faire ce calcul la CNAMTS a retiré :

- Pour les CPAM, les frais de gestion associés à la gestion des indemnités journalières ainsi que ceux correspondant aux feuilles de soins papier (FSP) : « l'essentiel du traitement de la FSP est effectué en CPAM, les mutuelles complémentaires recevant par la suite un flux dématérialisé ». Ont été en outre minorés les coûts liés à la gestion du dossier client et notamment l'ouverture du droit de base et du fichier assuré, « les CPAM conservant les tâches liées à la relation avec l'INSEE, l'immatriculation et la certification ».
- Pour les autres entités, l'intégralité des frais de gestion des directions du service médical (DRSM) « les dépenses concernant des DRSM ont été supprimées. Ces organismes prenant en charge les admissions en ALD, le contrôle de certaines prestations et l'émission d'avis. Les organismes complémentaires ne réalisent en effet pas le contrôle médical » ; ou encore des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ou de l'Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM).
- Ainsi que les subventions à divers organismes (GIP – SIPS, IDS, IRDES,...) et le montant des remises de gestion aux organismes complémentaires conventionnés « dans la mesure où la CNAMTS ne dispose pas d'information sur les unités d'œuvre des mutuelles délégataires du régime obligatoire (RO), les montants des remises de gestion ont été retirés ».

¹⁴ Cf. la notice explicative jointe aux états statistiques à renseigner par les organismes complémentaires disponible sur le site de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

¹⁵ FSE : feuilles de soins électroniques.

¹⁶ Flux B2 : flux électronique dégradés, c'est-à-dire flux sans la certification des parties (en général sans la carte vitale du patient mais avec la carte du professionnel de soins) ; Flux qui nécessite un envoi de pièces justificatives ex-post.

¹⁷ Et en faisant l'hypothèse que le taux de frais de gestion relatif à ces flux dématérialisés (24,43 % des frais de gestion des CPAM correspondent à ces flux dématérialisés) pouvait s'appliquer, faute de comptabilité analytique les concernant, aux autres entités retenues dans le calcul (siège de la CNAMTS notamment)

Sur cette base, la CNAMTS estimait qu'en 2011 le coût global unitaire d'un décompte¹⁸ « prestations en nature » s'élevait à 1,47 euro¹⁹ (hors mutuelle délégataires) et que le coût unitaire d'un bénéficiaire consommant (hors bénéficiaires pris en délégation par une mutuelle) s'établissait à 33,96 euros annuels.

Tableau 15 : Frais de gestion CNAMTS des activités comparables à celles des organismes complémentaires, pour l'année 2011

en millions	montant charges de gestion courante	taux retenus	montant comparable aux OC	commentaires
Dépenses de personnel CPAM, CTI et CGSS CNAMTS CARSAT, DRSM	4 176	24,43% 24,43% 0,00%	803	champ des prestations en nature pas applicable aux CARSAT, et DRSM en charge du contrôle
Dépenses de fonctionnement (hors informatique) CPAM, CTI (non informatique) et CGSS CNAMTS CARSAT, DSRM et UGECAM	594	24,43% 24,43% 0,00%	125	cf. ci-dessus pour CARSAT et DRSM et champ des prestations en nature pas applicable à l'UGECAM
Subventions GIP SIPS, MSA, IDS, IRDES, PNAI.. subventions conseillers, transferts (logiciels créés dans le réseau)	13	0,00% 24,43%	1	
Remises de gestion (OC)	354	0,00%	0	la CNAMTS ne disposant pas des unités d'œuvre nécessaires pour calculer les ratios
Dépenses informatiques CTI informatique, CNAMTS (MOE et AMOA) GIE SESAM VITALE, CNAVTS (TDS et DADS) GIP ASIP santé, GIP MDS et CNAVTS (hors TDS et DADS)	150	24,43% 100,00% 0,00%	43	à 100% par nature
Autres contributions FNGA de l'ACOSS et de l'UCANSS AGIRC-ARRCO, UCANSS contribution aux ARS	822	89,49% 24,43% 0,00%	565	ACOSS (clef ATMP) + UCANSS (taux 24,43%)
Amortissements et provisions CPAM, CTI, CGSS, CNAMTS carte vitale 2 UIOSS, CARSAT, DRSM	235	24,43% 100,00% 0,00%	55	
dépenses exceptionnelles	13	24,43%	3	
Total	6 356		1595	
aides à la télétransmission	128	100,00%	128	
Total (y compris aide à la télétransmission)	6 484		1 723	

Source CNAMTS

Ces résultats sont directement imputables aux hypothèses retenues et en particulier à celle consistant à supposer que la seule activité comparable entre régimes de base et organismes complémentaires est la gestion des flux dématérialisés, la gestion des flux papiers devant être exclue (l'essentiel du traitement des flux papiers étant effectué en CPAM, les mutuelles recevant par la suite un flux dématérialisé). Sous les hypothèses retenues par la CNAMTS, seules ¼ de ses charges de gestion courante entrent dans le champ de l'analyse.

Cet exercice avait permis de bien mettre en évidence les questions auxquelles il est nécessaire de répondre en préalable à toute comparaison des frais de gestion des régimes de base et des régimes complémentaires :

- quelles activités doivent être précisément distinguées dans les comptes des régimes de base pour être, comme dans les comptes des régimes complémentaires, sur la seule couverture du risque « frais de soins » (par exemple, la gestion des indemnités journalières et des prestations d'invalidité que ce soit en CPAM mais aussi à la CNAMTS) ;
- quelles activités en « frais de soins » ou activités déléguées (via des subventions ou participations à des organismes extérieurs) ne relèvent que de la compétence des régimes de base, que ce soit en CPAM, mais aussi à la CNAMTS (par exemple, la gestion des cartes de CMU-C et des attestations pour l'ACS) ; et *a contrario* quelles activités devraient être retirées des frais de gestion des régimes complémentaires qui ne seraient pas prises en compte pour le chiffrage concernant les régimes de base ;

¹⁸ Définition du décompte : ensemble des cellules-actes concernant un même bénéficiaire, une même nature d'assurance, un même destinataire de règlement, un même sens de régularisation, un même critère d'archivage.

Exemples : une facture de pharmacie avec plusieurs codes CIP distincts ou toute une série d'actes infirmiers.

¹⁹ Total des décomptes SGA PN (CPAM et CGSS) : 1 168 786 739. Nombre de bénéficiaires consommant (sans doublons) : 50 729 675.

- quelles activités sont imbriquées et doivent donner lieu à une étude précise des processus de traitement afin d'estimer la part des coûts de gestion à éventuellement partager entre régimes de base et régimes complémentaires (par exemple, la saisie des feuilles de soins papier) ;
- sur quel segment d'activité cherche-t-on à faire la comparaison et pour quel objectif : le traitement des feuilles de soins (sous format électronique et papier) et les processus associés en intégrant par exemple dans l'analyse les dispositifs de délégation de gestion entre régimes de base et organismes complémentaires ; l'organisation plus globale du système en intégrant par exemple dans l'analyse la gestion des affiliés aux régimes de base (coût de la vérification des droits des affiliés et de la délivrance des cartes vitale, par exemple) et aux organismes complémentaires (gestion de la clientèle avec intégration dans l'analyse des frais d'acquisition, par exemple).... Quel objectif vise-t-on : l'amélioration de certains segments d'activité ou l'efficacité globale du système ?

Dans cette perspective, le rapport 2012 concluait qu'une étude complémentaire à toute comparaison était nécessaire pour définir plus précisément les objectifs visés et les segments d'activité sur lesquels devait porter la comparaison.

1.3.Des travaux conduits par différentes instances sur les « coûts de gestion de l'assurance maladie » apportent des éclairages

Les travaux conduits par différentes instances apportent des éclairages sur l'imbrication des activités entre régimes obligatoires et régimes complémentaires.

Les études sur le processus de liquidation des prestations en nature montre en particulier :

- l'importance des coûts du traitement des transmissions papier (FSP) par rapport à ceux des transmissions électroniques (FSE et flux B2). Pour les régimes obligatoires, le coût des premières serait de dix fois supérieur à celui des secondes. Pour la CNAMTS, en ne retenant que les seuls coûts directs (masse salariale et frais de fonctionnement directs, hors coût des services supports), le coût de traitement d'une feuille de soins papier s'élève en 2012 à 1,84 euro contre 0,16 euro pour une feuille de soins électronique ;
- actuellement, 10 % des feuilles transmises aux régimes obligatoires le sont au format papier. Ces transmissions papier sont imputables dans 70 % des cas à l'équipement et aux décisions des professionnels de santé et dans 30 % aux usagers et aux caisses²⁰. Cette part des feuilles de soins papier varie en fait en fonction des régimes : 8 % pour la CANSSM ou la CPRSNCF, 10 % pour les CPAM, 15 % pour le RSI et 21 % pour les mutuelles étudiantes, par exemple. Les taux relevés pour le RSI (15 %) et les mutuelles étudiantes (21 %) seraient en fait à mettre en regard avec le fort taux de rotation de la base des affiliés (avec respectivement 21 % et 33 % de mutations rentrantes en 2012). Une rotation élevée implique, en effet, une réactivité supérieure de la part de la caisse et de l'assuré pour garantir la mise à disposition rapide de la carte vitale ;
- la transmission électronique des feuilles de soins entre régimes obligatoires et régimes complémentaires n'est pas intégrale : parmi les bénéficiaires de l'assurance maladie, plus de 10 % sont obligés de faire parvenir à leur complémentaire des relevés de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Ce taux peut être considéré comme un minimum dans la mesure où il a été évalué à partir des données transmises par la CNAMTS. La transmission électronique nécessite, en effet, la signature de convention entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires. Ainsi pour certaines mutuelles étudiantes (régimes obligatoires) les taux peuvent être supérieurs à 35 % ;
- Cette variabilité par régime des taux de bénéficiaires devant envoyer leurs feuilles de soins papier à leur complémentaire a pour corollaire des taux de flux papier reçus par les organismes complémentaires, eux aussi, très variables : de 2 % à 3 % par exemple pour des mutuelles professionnelles à plus de 60 % pour l'activité complémentaire seule de certaines mutuelles étudiantes. Ces variations s'expliqueraient par le nombre de conventions NOEMIE (transmission de données par voie informatique) mises en œuvre avec les caisses d'assurance maladie obligatoire, et par le taux de NOEMIsation des adhérents qui en découlerait. En fait, la signature de conventions peut être coûteuse pour les organismes

²⁰ Les 30 % sont imputables à l'absence de carte vitale de l'assuré au moment de l'émission de la feuille de soins : carte perdue, oubliée ou non reçue.

complémentaires à faibles effectifs du fait de la tarification appliquée par certains régimes obligatoires ou par leurs caisses locales quand la tarification se fait à ce niveau : coût fixe quel que soit le nombre d'adhérents concernés auquel s'ajoute un coût variable au nombre de décomptes. La segmentation du marché de l'assurance complémentaire, mais aussi de l'assurance obligatoire²¹, semble constituer de fait un frein à une NOEMIsation complète des assurés.

Cette analyse des processus de traitement des feuilles de soins montre bien l'imbrication entre l'activité des régimes obligatoires et des régimes complémentaires, imbrication qui nécessite pour toute comparaison des frais de gestion entre les organismes obligatoires et complémentaires des études analytiques. Ainsi, certains des coûts de gestion des régimes complémentaires peuvent être en partie attribuables à l'organisation même des régimes obligatoires.

1.4. La nécessité d'approfondir la comparaison entre les organismes complémentaires

Ces analyses montrent également l'impact que peut avoir sur le système global l'organisation même des régimes complémentaires. La NOEMIsation des assurés sociaux peut engendrer des coûts de gestion supplémentaires pour les organismes complémentaires à faibles effectifs.

L'analyse globale présentée au chapitre 2 mérite ainsi d'être complétée afin notamment de mieux comprendre les écarts entre organismes complémentaires. En calculant par exemple, à partir des données collectées dans l'état statistique E5, les coûts de gestion par personnes couvertes et consommandes et par nombre de lignes d'actes ou de décomptes, ou encore en évaluant l'impact du taux de transmission papier sur le montant des coûts de gestion, ou enfin en examinant l'impact de certains dispositifs comme la gestion déléguée d'un régime obligatoire santé ou la CMU-C, ACS.

2. Des charges de gestion très variables selon le type d'organismes

Bien que les réponses aient été encore partielles cette année et nécessité de nombreux retraitements, les premiers résultats présentés l'année dernière des réponses au module « frais de gestion des garanties frais de soins » de l'état statistique E5 ont pu être en partie consolidés.

Si l'on s'appuie sur les données du seul état statistique E4, on constate, en cohérence avec les données présentées chapitre 2, que le ratio (charges de gestion / prestations) est en moyenne plus faible pour les institutions de prévoyance et plus élevé pour les sociétés d'assurance, les mutuelles étant dans une situation intermédiaire (cf. tableau 16). Il s'établit en 2012 à 16,1 % pour les institutions de prévoyance, 22,8 % pour les mutuelles et à 29,5 % pour les sociétés d'assurance. Les écarts entre les premier et troisième quartiles sont de même ampleur entre les trois types d'organismes, et vont du simple au double.

Tableau 16 : Poids des charges de gestion dans les prestations en santé en 2012 (*)

	2012 taux moyen	25ème percentile en 2012	Médiane en 2012	75ème percentile en 2012	nombre d'organismes concernés
Mutuelles	22,8	12,2	20,5	28,6	340
Sociétés d'assurance	29,5	22,9	30,9	44,9	77
Institutions de prévoyance	16,1	10,6	18,0	22,3	26

(*) Les ratios sont calculés sur la base des données de l'état E4. Ces ratios sont cohérents avec ceux présentés dans le chapitre précédent "charges de gestion / primes". Ils s'en différencient sur un point : le dénominateur (prestations dans un cas, primes dans l'autre).

Champ : sociétés ayant renseigné l'état E4

Source : ACPR, calculs DREES

²¹ Le régime général (et ses 31 mutuelles délégataires dont MFPServices), le RSI (avec ses 22 mutuelles délégataires et son groupement d'assureurs -le RAM-), la MSA (et son groupement d'assureurs -le GAMEX-), ainsi que les 11 régimes spéciaux.

Du fait de l'incomplétude des réponses à l'état statistique E5 -même après imputation et retraitement- la confrontation de ces données à celles relatives au nombre de personnes couvertes ou encore au nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année nécessite de réduire le champ de l'analyse.

Par rapport à l'année dernière toutefois, la réduction du champ est moins importante. Le champ commun « prestations (E4), frais de gestion (E5), nombre de personnes couvertes (E5) », couvre en effet 78 % des mutuelles, 66 % des institutions de prévoyance et seulement 42 % des sociétés d'assurance contre respectivement 73 %, 45 % et 21 % l'année dernière. Les taux de représentativité sont nettement améliorés pour les sociétés d'assurance (+21 points) et les institutions de prévoyance (+11 points), rendant les résultats moins fragiles.

Les ratios affichés « charges de gestion / nombre de personnes couvertes » doivent donc encore être pris avec une extrême prudence (cf. tableau 17), à la fois à cause de cette réduction de champ, mais aussi de la fragilité des données d'effectifs collectées. Aussi a-t-on préféré ne présenter que les ratios médians moins sensibles aux éventuelles valeurs aberrantes non détectées.

Tableau 17 : Poids des charges de gestion dans les prestations en santé et par nombre de personnes couvertes en 2012

Charges de gestion 2012 (E5) / prestations en santé (E4)			
	Médiane en 2012	nombre d'organismes concernés	% des prestations (1)
Mutuelles	20,8	181	77,7%
Sociétés d'assurance	39,1	27	41,8%
Institutions de prévoyance	17,9	13	65,9%

Charges de gestion 2012 (E5) / nbre personnes couv (E5)			
	Médiane en 2012	nombre d'organismes concernés	% des prestations (1)
Mutuelles	93,4	181	77,7%
Sociétés d'assurance	126,9	27	41,8%
Institutions de prévoyance	51,2	13	65,9%

(1) parmi les répondants à E4

Champ : sociétés ayant renseigné le total des frais de gestion et le nombre de personnes couvertes en E5 (après retraitement) et les prestations en frais de soins en E4 et pour lesquelles les deux ratios calculés sont > 1

Source : ACPR, calculs DREES

Pour les organismes pour lesquels on dispose de plusieurs sources de données sur les effectifs de personnes couvertes et de personnes bénéficiaires²², on constate des écarts qui peuvent être significatifs entre les sources. Pour certains organismes, les écarts peuvent être de plus de 10 % malgré les corrections qui ont pu être apportées (en particulier lorsqu'il apparaissait évident que l'organisme avait inversé ses données entre personnes couvertes et personnes bénéficiaires - c'est-à-dire ayant consommé des soins une fois au moins dans l'année -) (cf. annexe 5).

En outre, comme l'année dernière, il n'est pas possible de présenter les ratios par nombre de personnes servies une fois dans l'année et encore moins par nombre de lignes d'actes ou nombre de décompte. Quand on rajoute pour l'analyse le nombre de bénéficiaires servis une fois dans l'année le taux de représentativité est encore plus réduit et devient même particulièrement faible lorsque l'on cherche à évaluer le montant des charges de gestion par nombre de lignes d'actes ou nombre de décomptes (cf. tableau 18). Il est ainsi impossible d'évaluer de façon fiable quel est le coût de gestion par acte et par décompte et encore moins de décomposer ce coût en fonction du mode de transmission : flux électronique ou envoi papier.

²² Cette information est demandée à la fois dans l'état statistique E1 « personnes assurées, personnes couvertes et bénéficiaires par type de garantie », dans l'état statistique E5 « compléments frais de gestion des garanties frais de soins... », et dans l'enquête contrats modaux de la DREES.

La prudence est d'autant plus nécessaire qu'outre le problème de couverture du champ, d'importantes corrections ont dû être apportées pour calculer les différents ratios (en particulier, comme on l'a noté plus haut, pour mettre en cohérence quand cela était possible les données d'effectifs issues des différentes sources disponibles).

Tableau 18 : Réponse à l'état E5 - frais de gestion AVANT RETRAITEMENT

<i>En nombre d'organismes</i>	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance
Organismes contribuant au financement du fonds CMU(*)	374	27	87
dont : comptes disponibles pour l'analyse	349	27	83
Frais de gestion des sinistres en E5	257	23	43
<i>dont au moins une incohérence entre les états E4 et E5 sur les frais de gestion des sinistres</i>	6	0	3
Frais d'acquisition en E5	250	22	48
<i>dont au moins une incohérence entre les états E4 et E5 sur les frais d'acquisition</i>	4	1	8
Frais d'administration en E5	270	18	45
Autres charges techniques en E5	204	15	26
Autres produits techniques et la production immobilisée en E5	103	4	13
<i>dont au moins une incohérence entre les états E4 et E5 sur les frais d'administration et autres charges techniques nettes</i>	27	7	16
Total des frais de gestion en E5	281	23	47
Nombre de bénéficiaires et nombre d'actes pour le RC			
<i>dont nombre de personnes couvertes au 31 décembre (4)</i>	193	15	30
<i>dont nombre de bénéficiaires de prestations en nature servis au moins une fois dans l'année (4)</i>	128	9	29
<i>dont nombre de nombre de lignes d'actes ou à défaut de décomptes ou factures traités au cours de l'année pour les prestations en nature</i>	142	11	18
Acte	59	9	6
11-2- dont flux informatique	52	5	5
11-3- dont flux papier	38	4	4
Décompte	48	0	7
11-2- dont flux informatique	31	0	5
11-3- dont flux papier	31	0	2
Gestion du régime complémentaire			
ayant renseigné le total frais de gestion en E5 et en E4	281	23	47
ayant renseigné le total frais de gestion E5 et le nombre de personnes couvertes en E5	188	14	29
ayant renseigné le total frais de gestion E5 et le nombre de bénéficiaires servis en E5	125	8	28
ayant renseigné le total frais de gestion, nombre de personnes couvertes et nombre de bénéficiaires servis en E5	125	8	28
ayant renseigné le total frais de gestion E5 et en E4 et le nombre de lignes d'actes en E5	58	9	6
ayant renseigné le total frais de gestion E5 et le nombre de lignes de décompte en E5	47	0	7

Lecture : avant retraitement (notamment imputation à partir de l'état E4), seules 281 mutuelles avaient renseigné le total des frais de gestion dans l'état E5.

Source : ACPR, calculs DREES

3. Un impact sur les comptes des organismes de la délégation de gestion d'un régime obligatoire et de la gestion de la CMU-C/ACS qui ne peut être évalué

Les faibles taux de réponse au module « frais de gestion de l'état E5 » rendent aussi fragile l'analyse consistant à évaluer l'impact que peuvent avoir les dispositifs particuliers que sont la gestion déléguée d'un régime obligatoire santé d'une part et la CMU-C/ACS d'autre part. Il est par exemple impossible d'estimer, à ce stade, si les coûts associés à la gestion déléguée d'un régime obligatoire pèsent sur les charges globales des mutuelles concernées ou au contraire sont largement compensés par des économies d'échelle que peut permettre cette gestion déléguée, ou encore si le fait d'avoir une délégation de gestion limite les coûts d'acquisition des sociétés d'assurance conventionnées. On ne peut toujours pas faire d'analyse multi-variée qui prendrait en compte l'ensemble des facteurs pouvant déterminer le montant des frais de gestion : type d'organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance), taille de l'organisme, nature des contrats (poids relatif des contrats collectifs et des contrats individuels) ; rapport entre le nombre de personnes couvertes et le nombre de personnes bénéficiaires ; poids relatif des transmissions papier, poids et coût de la gestion déléguée, coût de la CMUC...

Pour les deux dispositifs particuliers que sont la gestion déléguée d'un régime obligatoire d'une part et la CMU-C/ACS d'autre part, l'analyse n'a porté que sur la qualité des données transmises. Quand

cela était possible, ont été en effet confrontées les données figurant dans l'état statistique E5 à celles transmises par les régimes obligatoires (pour la gestion déléguée) et par le Fonds CMU (pour la gestion de la CMU-C/ACS).

3.1. Concernant la gestion déléguée d'un régime obligatoire

S'agissant de la gestion déléguée, l'exercice est compliqué du fait de l'organisation même de la délégation de gestion. Celle-ci ne permet pas, en effet, un appariement aisé entre les données transmises par les organismes complémentaires à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et les données collectées par les caisses de sécurité sociale. C'est en particulier le cas pour certaines mutuelles de fonctionnaires relevant de l'article L712-6 ou de l'article L211-4 qui sont regroupées au sein de MFPservices²³ (mutuelle de Livre I) pour leur relation avec la CNAMTS et donc pour lesquelles les données CNAMTS ne sont disponibles qu'au niveau de MFPservices et non au niveau de chacune des mutuelles ; c'est aussi le cas pour certaines mutuelles conventionnées avec le RSI regroupées dans des unions, elles aussi, relevant du livre I du code de la mutualité constituées en Union de mutuelle. Pour les sociétés d'assurance regroupées au sein du RAM²⁴ ou du GAMEX²⁵ la question se pose en des termes différents : la gestion déléguée est confiée à un prestataire de service APRIA et n'impacte pas directement leurs comptes.

Pour les mutuelles pour lesquelles l'appariement des données a été possible trois constats peuvent être tirés :

- Tout d'abord, pour certaines d'entre elles, des écarts importants entre les données transmises par les régimes obligatoires et celles figurant dans l'état statistique E5 (cf. tableau 19). Pour certaines mutuelles, l'écart sur les prestations versées peut être proche de 10%, rendant le diagnostic fragile ;
- Ensuite, dans leur grande majorité les mutuelles déclarent des frais de gestion pour la gestion déléguée supérieurs aux remises de gestion qui leur sont accordées par la CNAMTS et le RSI. Bien que robuste, on ne peut tirer à ce stade la moindre conclusion de ce résultat. En effet, les principes de répartition de charges communes entre les régimes obligatoire et complémentaire peuvent conduire à une surestimation du coût de l'activité régime obligatoire. C'est en particulier le cas des mutuelles étudiantes : pour déterminer le partage des coûts entre RO et RC le postulat a consisté à considérer l'activité complémentaire santé comme accessoire à la gestion RO. Il en résulte une valorisation comptable des activités RC à un coût marginal par rapport à la gestion du régime obligatoire. Ainsi, pour les cinq mutuelles étudiantes, ayant renseigné l'état statistique E5, leurs charges de gestion relatives à la gestion déléguée du régime obligatoire seraient supérieures de 13 % aux montants des remises de gestion accordées par la CNAMTS, elles le seraient de 13 % pour les deux mutuelles de fonctionnaires, de 54 % pour les quatre autres mutuelles en délégation de gestion avec la CNAMTS au titre de l'article L.211-4 du code de la Sécurité sociale et de 5 % pour les huit mutuelles en délégation de gestion avec le RSI.
- Enfin, sur la base des données transmises par les régimes de base (CNAMTS, RSI et MSA), ainsi que des informations collectées dans l'état E5, des écarts importants existent entre types d'organismes en termes de ratios « remises de gestion / prestations versées » : les remises de gestion versées par la CNAMTS aux mutuelles étudiantes représentent 21 % des prestations versées contre 3 % à 4 % environ pour les autres organismes.

²³ MFPservices est une mutuelle de livre I du code de la mutualité, qui à ce titre ne transmet pas de données à l'ACPR.

²⁴ RAM : réunions des assureurs maladie.

²⁵ GAMEX : groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles. Gestion déléguée supprimée par l'article 64 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014.

Tableau 19: gestion déléguée d'un régime obligatoire

Régimes de base	Type d'organismes	Source de données	Nombre d'organismes	Prestations santé (nature + espèces) versées au titre du RO (en milliers d'euros) (10)	Remises de gestion pour le RO (en milliers d'euros)	Charges de gestion pour le RO (en milliers d'euros)	Remises de gestion pour le RO/Prestations santé versées au titre du RO (en %) (11)	Charges de gestion pour le RO/Prestations santé versées au titre du RO (en %)
CNAMTS	mutuelles étudiantes (L. 381-3)(1)	données CNAM	9	450 054	92 621		20,6%	
		données CNAM ayant répondu à l'état C1	8				19,7%	
		données CNAM ayant répondu à l'état E5 (7) (8)	5		33 861			
		données E5 (8)	5	163 928	35 353	39 962	21,6%	24,4%
	mutuelles fonctionnaires (L.712-6) (2)	données CNAM	6	6 328 267	240 082		3,8%	
		données CNAM ayant répondu à l'état C1	6	6 328 267	240 082		3,8%	
		données CNAM ayant répondu à l'état E5 (8)	2	3 116 801	138 768		4,5%	
		données E5 (8)	2	3 226 701	137 052	155 512	4,2%	4,8%
	autres mutuelles (L.211-4) (3)	données CNAM	14	899 732	28 406		3,2%	
		données CNAM ayant répondu à l'état C1	12	828 986	26 595		3,2%	
données CNAM ayant répondu à l'état E5 (8)		4	472 675	16 633		3,5%		
données E5 (8)		4	389 940	15 337	23 675	3,9%	6,1%	
RSI	mutuelles (4)	données RSI	22	2 106 274	89 840		4,1%	
		données RSI ayant répondu à l'état C1	11	1 515 694				
		données RSI ayant répondu à l'état E5 (8)	8	982 737				
		données E5 (8)	8	1 054 197	43 655	46 045	4,0%	4,4%
	RAM (5)	données RSI	1	2 376 491	119 297		4,5%	
	GAMEX (6)	données MSA (9)	1	324 052	14 224		4,2%	

(1) Regroupement au sein d'une même union de la SMERRA, SMECO, SMEREB et de la MAGE classée ici parmi les mutuelles étudiantes alors qu'il s'agit d'une mutuelle de fonctionnaires.

(2) 6 mutuelles ou regroupement (5 mutuelles identifiées en tant que telles par la CNAMTS -hors MAGE regroupée avec les mutuelles étudiantes- et MFPservice de Livre I).

(3) Autres mutuelles relevant de l'article L211-4 du code de la sécurité sociale

(4) Nombre de mutuelles après prise en compte de la fusion entre Harmonie mutualité, mutuelle existence et Prévadiès

(5) RAM : réunion des assureurs maladie, qui comprend 26 sociétés d'assurance en 2012 et qui a délégué à l'association APRIA-RSA la gestion des comptes "assurance santé obligatoire".

(6) GAMEX : groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles, qui comprend 18 sociétés d'assurance en 2012 et qui a délégué à l'association APRIA-RSA la gestion des comptes "assurance santé obligatoire".

(7) Pour un certain nombre de mutuelles étudiantes, le détail des prestations versées n'est pas disponible, il n'a donc pas été possible de renseigner la ligne "données CNAM ayant répondu à l'état E5".

(8) Sociétés ayant renseigné à la fois les remises de gestion, les charges de gestion et les prestations versées au titre du RO dans l'état E5. En particulier, pour les mutuelles ne concerne que les mutuelles de Livre II.

(9) Remises de gestion 13 202 milliers d'euros auxquelles ont été ajoutés les 21,3 milliers d'euros de ristournes sur prestations FSI, U paternité et les 1 million d'euros au titre de la CSG (arrêté du 11/12/2012).

(10) Pour les mutuelles gérées localement par la CNAMTS, les montants des prestations transmis par la CNAMTS ne recouvrent que les prestations en nature. Hors donc prestations en espèces, dépenses de prévention...

(11) Pour le RSI et la MSA les remises de gestion couvrent aussi les frais de recouvrement des cotisations. Pour le RSI les remises correspondant à l'activité d'encaissement et de recouvrement représentent en 2012 : 11,3 % des remises totales de gestion pour le RAM et de 3,6% pour les mutuelles. Pour la MSA le taux est estimé à 4,4%. Aussi pour le calcul du ratio les remises de gestion sont ici réduites d'autant.

Source : CNAMTS, RSI, MSA et ACP, calculs DREES

Ce dernier constat, est largement documenté dans différents rapports²⁶. Outre le coût élevé des régimes étudiants, ces rapports pointent leur qualité de service insuffisante avec : des délais d'obtention de la carte Vitale élevés, des taux de « décrochés » (pourcentage d'appels téléphoniques entrants effectivement traités) très variables selon les mutuelles étudiantes et en moyenne plus faibles qu'à la CNAMTS, une part des étudiants deux à trois fois supérieure à celle des bénéficiaires des caisses primaires d'assurance maladie devant envoyer leur feuilles de soins au format papier..., Difficultés de gestion probablement en partie imputable au très fort taux de mutation tant interne qu'externe (20,7 % d'entrée, 21,7 % de sortie et 39,4 % de mutations internes aux régimes étudiants, contre respectivement 2,0 %, 1,9 % et 2,7 % au régime général). Le statut de transition du régime étudiant de sécurité sociale, associé à une affiliation courte de trois ans en moyenne, se traduit en effet par des mouvements inter-régimes nombreux entre le régime étudiant et les autres régimes de base. Pour les trois quarts des étudiants le régime étudiant de sécurité sociale constitue en fait un régime de transition entre le statut d'ayant droits d'un assuré d'une CPAM et le statut d'ouvrant droits au sein d'une CPAM²⁷. En outre l'obligation de ré-affiliation annuelle des étudiants, obligation qui n'existe pas pour les autres régimes, explique plus de 30 % des mutations internes au régime étudiant.

Au delà de ces trois constats, aucune donnée complémentaire ne peut être présentée. Le manque de fiabilité des chiffres renseignés par les organismes concernant le nombre de personnes couvertes et

²⁶ Rapport de la Cour des Comptes en 2006 et 2013, rapport d'information n°221 du Sénat sur la sécurité sociale et la santé des étudiants, 12 décembre 2012, étude de l'UFC Que choisir de septembre 2012.

²⁷ En 2012, 88,5% des mutations sortantes du régime étudiant ont été réalisées à destination du réseau des CPAM et inversement 75,9% des mutations entrantes au régime étudiant provenaient du réseau des CPAM.

le nombre de personnes bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année ne permet pas, en effet, de calculer des coûts unitaires par personne couverte ou bénéficiaire.

3.2. Concernant la CMU-C et l'ACS

Par rapport à l'année dernière, le constat n'a été, là aussi, que très peu modifié. Le taux de réponse au volet « CMU-C, ACS » de l'état E5 reste relativement faible pour certaines lignes, et l'appariement des données figurant dans l'état E5 à celles transmises par le Fonds CMU fait apparaître des écarts importants pour certains organismes entre les deux sources.

Les lignes « montant de la taxe », « participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU-C » et « prestations santé versées », ainsi que les lignes « participation légale reçue au titre de l'ACS » n'ont été renseignées que par un nombre plus ou moins limité d'organismes. La ligne « montant de la taxe versée au Fonds CMU », par exemple, n'a été renseignée que par 247 mutuelles sur les 355, par 52 sociétés d'assurance sur les 83 et par 18 institutions de prévoyance sur les 27 (cf. tableau 20).

Tableau 20 : nombre d'organismes ayant renseigné le module « CMU-C, ACS » de l'état E5

En nombre d'organismes		Taxe versée au Fonds CMU	Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU	Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU	CMU - Nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année	Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS	ACS - nombre d'assurés bénéficiaires au cours de l'année
		L33 (*)	L30 et L32 (*)	L30 et L32 (*)	L30 et L32 et L35 (*)	L31 (*)	L31 et L36 (*)
Mutuelles	Répondants (montant renseigné)	247	158	158	117	169	128
	Comptabilisés par le Fonds CMU	355	245	245	245	305	305
Sociétés d'Assurance	Répondants (montant renseigné)	52	27	27	11	38	21
	Comptabilisés par le Fonds CMU	83	31	31	31	63	63
Institutions de prévoyance	Répondants (montant renseigné)	18	5	5	5	8	6
	Comptabilisés par le Fonds CMU	27	13	13	13	20	20

(*) numéro des lignes d'enregistrement dans l'état E5 (cf. annexe 6).

Champ : organismes finançant le Fonds CMU, ayant renseigné l'état C1, hors mutuelles substituées et après retraitement des unions.

Source : Fonds CMU et ACPR, calculs DREES.

Ainsi, sur le champ de l'étude²⁸, les taux de couverture des données collectées dans l'état E5²⁹ n'ont pratiquement pas progressé par rapport à l'année dernière, ils s'élèvent à :

- 86 % pour les mutuelles, 67 % pour les sociétés d'assurance et 83 % pour les institutions de prévoyance en ce qui concerne le montant de la taxe au Fonds CMU ;
- à 89 % pour les mutuelles, 87 % pour les sociétés d'assurance et 90 % pour les institutions de prévoyance en ce qui concerne la participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU-C (sur le champ commun : réponse aux deux questions « participation légale » et « prestations versées ») ;
- et enfin à 73 % pour les mutuelles, 79 % pour les sociétés d'assurance et 66 % pour les institutions de prévoyance en ce qui concerne la participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS.

²⁸ Champ restreint aux organismes ayant transmis leurs comptes à l'ACPR et ayant renseigné l'état C1, hors mutuelles substituées.

²⁹ Le taux de couverture est égal au rapport des montants Fonds CMU pour les répondants à l'état E5 aux montants totaux comptabilisés par le Fonds CMU.

Tableau 21 - ACS, CMU-C et taxe versée au Fonds CMU – nombre d'organismes concernés et ayant répondu et montants versés ou reçus.

	Taxe versée au Fonds CMU (1)	Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU (1)	Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU	Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS (1)	
Mutuelles	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	247	158	158	169
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	108	197	197	186
	Comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	355	245	245	305
	Non comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	0	110	110	50
	Pour les répondants à l'état E5 (nb d'organismes)				
	écart <10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	206	137		143
	écart >10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	41	21		26
	Pour les répondants à l'état E5 (en milliers d'euros)				
	Montant déclaré dans l'état E5	903 305	170 057	179 819	104 798
	Montant comptabilisé par le Fonds CMU	937 449	173 387		96 603
Montant total comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	1 085 276	195 866		132 277	
Sociétés d'Assurance	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	52	27	27	38
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	31	56	56	45
	Comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	83	31	31	63
	Non comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	0	52	52	20
	Pour les répondants à l'état E5 (nb d'organismes)				
	écart <10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	36	24		26
	écart >10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	16	3		12
	Pour les répondants à l'état E5 (en milliers d'euros)				
	Montant déclaré dans l'état E5	260 458	52 779	54 946	38 209
	Montant comptabilisé par le Fonds CMU (2)	369 591	51 820		38 686
Montant total comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	551 008	59 829		48 698	
Institutions de prévoyance	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	18	5	5	8
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	9	22	22	19
	Comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	27	13	13	20
	Non comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	0	14	14	7
	Pour les répondants à l'état E5 (nb d'organismes)				
	écart <10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	22	4		6
	écart >10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	5	1		2
	Pour les répondants à l'état E5 (en milliers d'euros)				
	Montant déclaré dans l'état E5	285 351	5 670	5 678	3 874
	Montant comptabilisé par le Fonds CMU	298 222	5 932		3 777
Montant total comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	360 248	6 597		5 715	

données au 11 septembre 2013

(1) Les montants totaux déclarés au Fonds CMU sont restreints au champ de l'étude, c'est-à-dire aux organismes ayant transmis leurs comptes à l'ACPR et ayant renseigné l'état C1 (hors mutuelles substituées). Ils ne sont pas corrigés de la non-réponse.

Source : Fonds CMU et ACPR-DREES, calculs DREES

Les taux de couverture des données collectées dans l'état E5 sont encore plus faibles lorsque l'on réduit l'analyse aux organismes ayant renseigné à la fois les montants versés et les effectifs concernés (nombre de personnes bénéficiaires au cours de l'année au titre de la CMU-C ou de l'ACS, cf. tableau 20). La confrontation des données du Fonds CMU et des données des organismes sur le nombre de personnes bénéficiaires à la CMU-C et à l'ACS montre en outre qu'une consolidation des chiffres transmis par les organismes dans le cadre de l'enquête DREES-ACPR est nécessaire.

Sur la base des données transmises, et en s'appuyant non pas sur effectifs figurant dans l'état statistique E5 qui apparaissent très fragiles, mais sur les effectifs du Fonds CMU, on peut toutefois noter :

- que pour nombre d'organismes, leurs dépenses de prestations (hors frais de gestion) par personne bénéficiaire de la CMU-C seraient inférieures aux 400 euros par bénéficiaire. Lorsque l'on classe les organismes de chaque type (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) par quartile selon le montant moyen de leurs dépenses de prestations, seules les dépenses moyennes du dernier quartile des mutuelles sont supérieures à 400

euros (montant maximum retenu de prise en charge par le Fonds CMU dans le nouveau dispositif de financement, cf. encadré 6).

L'impact du versement des prestations CMU-C sur les comptes des organismes complémentaires devrait ainsi être réduit suite à la réforme des modalités de calcul de la participation financière du Fonds CMU. Les données collectées par le Fonds CMU permettront de consolider cette analyse encore fragile, vu les faibles taux de réponse et les erreurs d'enregistrement qui n'auraient pu être corrigées.

Encadré 6

Réforme des modalités de calcul de la participation financière du Fonds CMU

« L'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit d'importantes évolutions quant à la participation financière du Fonds CMU auprès des organismes gestionnaires de la CMU complémentaire. Il s'agit de passer d'une participation forfaitaire fixée à 370 euros par an et par bénéficiaire de 2009 à 2012, à une prise en charge plafonnée à la dépense réelle, limitée par décret à 400 euros par bénéficiaire pour 2013. Ce montant sera indexé sur la progression de l'inflation. Pour assurer un financement soutenable pour ce dispositif, le Fonds CMU se voit affecté un produit de la taxe tabacs (article 24 de la LFSS pour 2013). Le but de cette évolution est de diminuer le reste à charge des organismes assurant la gestion de bénéficiaires de la CMU-C ».

En 2012, la dépense individuelle par organisme, en droits constatés, en métropole a été évaluée à 451 euros pour la CNAMTS et les organismes délégataires, 339 euros pour le RSI, 374 euros pour la CCMS et 384 euros pour les organismes complémentaires.

Fonds CMU : « La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2011 et 2012 » juin 2013

Tableau 22 - Dispersion du ratio Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU (E5) / Nb moyen de bénéficiaire (Fonds CMU)

	Effectif	taux moyen	25ème percentile	Médiane	75ème percentile
Institutions de prévoyance	5	354	319	337	355
Mutuelles	158	384	307	371	430
SA total	27	392	344	376	394

Champ : organismes ayant répondu à L30 et L32 : participation légale reçue et prestations en santé au titre de la CMU (E5)

Sources : ACPR-DREES, Fonds CMU, calculs DREES

4. Une analyse sur données individuelles toujours impossible

En cinq ans, les données transmises par les organismes complémentaires assurant une couverture santé et finançant le Fonds CMU se sont enrichies et consolidées. Depuis trois ans, il est notamment possible de présenter une analyse de leur situation financière. Les données comptables relatives à leur activité santé permettent notamment d'établir une cartographie des situations des différents organismes.

Toutefois, une analyse plus précise des données individuelles intégrant les différents facteurs explicatifs des écarts – type d'organisme, taille de l'organisme, poids de son activité santé, poids des contrats collectifs, conventionnement pour la gestion d'un régime obligatoire et solde financier de cette gestion, solde financier de la prise en charge des bénéficiaires de la CMU-C, ... – n'est toujours pas possible, les données collectées dans l'état complémentaire E5 étant encore partielles et pour certaines fragiles. Les systèmes d'information sont en cours d'adaptation dans nombre d'organismes pour la collecte de ces nouvelles données.

Annexes

Annexe 1

Article 12 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009

*LOI n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009
Codifié dans l'article L862-7 du code de la Sécurité sociale*

**Troisième partie : dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2009 –
Section 2 :** Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 12 - e) « L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent chaque année, avant le 1^{er} juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.

Sur cette base, le Gouvernement établit un rapport faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.

Ce rapport est remis avant le 15 septembre au Parlement. Il est rendu public ».

Annexe 2

Article 11 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012

LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la Sécurité sociale pour 2012

**Troisième partie : dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2012 –
Section 1 :** Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

Article 11 : « Avant le 31 août 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport analysant comparativement les coûts de gestion et le niveau des prestations servies comparées aux cotisations versées des organismes de sécurité sociale, d'une part, des mutuelles et des organismes privés d'assurance complémentaire, d'autre part ».

Annexe 3

Le champ de l'analyse

Afin de répondre à la demande formulée par le Parlement, le champ de l'analyse est limité dans ce rapport aux organismes contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et finançant le Fonds CMU. Le nombre de ceux pour lesquels des données étaient disponibles s'est élevé en 2012 à 459 : 83 sociétés d'assurance, 27 institutions de prévoyance et 349 mutuelles (hors mutuelles substituées).

1. Un champ d'analyse limité aux seuls organismes contrôlés par l'ACPR et finançant le Fonds CMU

Ce champ diffère de celui des organismes contrôlés par l'ACPR (assurant une couverture santé) et de celui du Fonds CMU (finançant le Fonds CMU).

Parmi les 1 018 organismes d'assurance contrôlés par l'ACPR (cf. tableau 1 du chapitre 1), celle-ci dénombrait en effet au 31-12-2012, sur la base des états comptables qui lui sont ou doivent lui être envoyés, 635 organismes assurant une couverture santé : 109 sociétés d'assurance, 27 institutions de prévoyance et 499 mutuelles (une fois prises en compte les fusions et absorptions en cours d'année)³⁰.

De son côté le Fonds CMU comptabilisait à la même date en « assurance complémentaire santé » 93 sociétés d'assurance et 491 mutuelles ; le nombre d'institutions de prévoyance étant quant à lui identique à celui établi par l'ACPR (cf. tableau 1).

Plusieurs raisons, de sens contraire, viennent expliquer ces écarts :

- en négatif,
 - o des organismes déclarent assurer une couverture santé alors qu'ils ne financent pas le Fonds CMU. Il s'agit notamment des organismes dont l'activité « santé » est une activité « santé » surcomplémentaire (c'est le cas par exemple pour des sociétés d'assurance non-vie assurant une surcomplémentaire santé associée à leur activité « automobile³¹ »), l'assiette de la taxe versée au Fonds CMU ne portant que sur la seule activité complémentaire santé ; ces organismes sont ainsi comptabilisés par l'ACPR alors qu'ils ne sont pas décomptés par le Fonds CMU ;
- ou encore en positif,
 - o quelques sociétés d'assurance étrangères qui financent le Fonds CMU ne sont pas comptées par l'ACPR car elles sont contrôlées par l'autorité de contrôle du pays dont elles dépendent. Il s'agit des quelques sociétés d'assurance qui assurent une activité santé en libre prestation de services sur le territoire français ;
 - o il s'agit aussi des organismes ayant cessé leur activité en fin d'année et qui ont versé une taxe au Fonds CMU au 4^{ème} trimestre de l'année considérée.

À ces raisons, s'ajoute aussi le traitement différencié entre le Fonds CMU et l'ACPR des mutuelles « substituées » et « substituantes ». Alors que toutes les mutuelles, qu'elles soient « substituantes » ou « substituées », restent identifiées à l'ACPR pour la transmission de leurs états comptables, parmi les mutuelles substituées seules celles inscrites en leur nom sur la liste des organismes volontaires pour gérer des bénéficiaires de la CMU-C, ou qui les gèrent effectivement, doivent faire la déclaration en leur nom au Fonds CMU. Peuvent ainsi ne pas être comptabilisées par le Fonds CMU, à la fois des mutuelles substituées assurant une couverture santé parce que leur déclaration est faite par leur substituante, mais aussi des substituantes (en réalité des unions) parce que l'ensemble de leurs substituées font une déclaration au Fonds CMU.

³⁰ Le nombre de mutuelles assurant une couverture santé et enregistrées à l'ACPR est évalué à partir des sources disponibles.

³¹ Correspondant notamment aux contrats « individuelle accident » des conducteurs.

Tableau 1 - Nombre d'organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU au 31 décembre de chaque année

Nombre d'organismes assurant une couverture santé	au 31/12/2010	au 31/12/2011	au 31/12/2012
Sociétés d'assurance (ACPR)	106	106	109
- non comptabilisées au Fonds CMU	20	19	22
+ non comptabilisées à l'ACPR	6	5	6
Sociétés d'assurance (Fonds CMU)	92	92	93
Institutions de prévoyance (ACPR)	29	29	27
+ non comptabilisées à l'ACPR	0	0	0
Institutions de prévoyance (Fonds CMU)	29	29	27
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACPR) (*)	576	532	499
<i>dont mutuelles substituées (1)</i>	142	130	117
<i>dont mutuelles non substituées</i>	434	402	382
- non comptabilisées au Fonds CMU	21	18	14
<i>dont mutuelles substituées (1)</i>	7	7	2
<i>dont mutuelles non substituées</i>	14	11	12
+ non comptabilisées à l'ACPR (plus en activité au 1er janvier de l'année suivante)	5	7	6
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (Fonds CMU) (2)	560	521	491
Total des organismes contrôlés par l'ACPR	711	667	635

(*) Effectifs calculés à partir des sources disponibles

(1) mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre opérateur.

(2) après prise en compte des fusions et absorptions en cours d'année, y compris mutuelles plus en activité au 1er janvier de l'année suivante.

Source : ACPR et Fonds CMU, calculs DREES

Notons que ne sont comptabilisées dans ce tableau, en plus des mutuelles finançant directement le Fonds CMU (qu'elles soient substituantes ou substituées), que les autres mutuelles pour lesquelles l'ACPR a transmis des états comptables à la DREES avec mention dans l'état C4 d'une activité « santé ». Le nombre de mutuelles ainsi comptabilisées est donc un minorant de l'ensemble des mutuelles (substituantes et substituées) assurant une couverture santé.

2. Un champ corrigé pour tenir compte de la non-réponse

Pour réaliser l'analyse, les données transmises par les organismes à l'ACPR ont dû être, comme les autres années, corrigées :

- à la fois pour assurer la cohérence des données recueillies ;
- et garantir la représentativité des analyses présentées.

Le champ de l'analyse a notamment été corrigé par la DREES pour tenir compte des non-réponses totales ou partielles :

- des non-réponses totales, c'est-à-dire de l'absence de certains organismes dans la base de données de l'ACPR, soit parce que ces organismes ne transmettent leurs données à l'ACPR que sur format papier, soit parce qu'ils n'avaient pas transmis leurs données au 11 septembre 2013 et n'avaient pas renseigné l'état prudentiel C1 « résultats techniques par contrats ». C'est notamment le cas pour quelques sociétés d'assurance³² et pour un certain nombre de mutuelles. Ce travail a au préalable nécessité que soient identifiés les liens existant entre les organismes. D'une part, le recensement des transferts de portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent ont permis d'établir la liste des organismes actifs au 31/12/2012. D'autre part, les liens de substitution entre certaines mutuelles ont été traités. En effet, certains organismes déclarant au Fonds CMU peuvent ne pas figurer dans la base de données transmise par l'ACPR mais être toutefois pris en compte dans ces données par l'intermédiaire de leur substituante ou de leur union, ou à l'inverse être présents dans la base de données de l'ACPR tout en ne se déclarant pas au Fonds CMU, parce que la déclaration a été faite par leurs substituées (cas des unions).

³² Cela concerne quatre sociétés dont le poids ne représente que 0,04% de l'assiette du Fonds CMU des sociétés d'assurance.

- des non-réponses partielles, c'est-à-dire l'absence de certains états. Certains organismes, en effet, n'envoient que des dossiers partiels n'incluant ni l'état C4 « primes par catégories de contrats et garanties, ni l'état statistique E4 « résultat technique en frais de soins », les seules données disponibles étant dans ce cas les données des comptes de résultat publics (dénommés CR) transmis à toute personne qui en fait la demande et l'état C1 « résultats techniques par contrats ».

La méthode de correction retenue pour compléter le champ est présentée annexe 4 et s'appuie sur l'état C1.

Par rapport à l'année dernière, les corrections ont été de même ampleur :

- les données transmises par les organismes ont nécessité autant de redressements que l'année précédente, malgré l'introduction cette année pour les mutuelles et les institutions de prévoyance de tests de cohérence au niveau des cadres de saisie des états statistiques en complément des tests de cohérence déjà mis en place depuis deux ans pour les états comptables et prudentiels ;
- le nombre d'organismes ayant transmis leurs états comptables et prudentiels est à peu près équivalent à celui de l'année dernière. Toutefois la remontée des données a été plus rapide que les années précédentes ;

Pour l'année 2012, les comptes des mutuelles retenues pour l'analyse (état C1 renseigné) représentent ainsi 98,2 % de l'assiette du Fonds CMU (*cf.* tableau 2), contre 95,8 % pour l'année 2011 et 96,4 % pour l'année 2010. Les mutuelles non substituées, seules retenues dans l'analyse pour éviter les doubles comptes, représentent quant à elles 99,7% de l'assiette des mutuelles non substituées du Fonds CMU (*cf.* annexe 4). Sur les 71 mutuelles substituées finançant le Fonds CMU, seules 6 n'ont en fait pas leur substituant au Fonds CMU. Les 65 autres mutuelles substituées (1,36 % de l'assiette du Fonds CMU) sont donc bien prises en compte dans l'analyse par l'intermédiaire de leur substituant ;

- le nombre d'organismes ayant transmis l'état statistique E4 relatif au compte de résultat « frais de soins » (état statistique demandé pour la première fois pour l'année 2009) est plus important que l'année précédente : en termes d'assiette (Fonds CMU), 98,4 % des sociétés d'assurance finançant le Fonds CMU ont renseigné cet état statistique, 98,9 % des institutions de prévoyance et 99,7% des mutuelles non substituées (*cf.* annexe 4) ;
- l'état E5 « compléments frais de gestion des garanties "frais de soins", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé» ainsi que les états E1 « Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties » et E2 « Primes et prestations par type de garanties » restent encore mal renseignés (*cf.* annexe 4).

Ce travail d'analyse s'est ainsi prolongé jusqu'à la fin du mois d'octobre.

Tableau 2 - Nombre d'organismes finançant le Fonds CMU disponibles pour l'analyse

Nombre d'organismes contrôlés par l'ACPR et assurant une couverture santé	au 31/12/2012	
	Effectifs	<i>Poids en termes de cotisations (1)</i>
Total des sociétés d'assurance contrôlées par l'ACPR	109	
Finançant le Fonds CMU	87	(99,74%)
dont : Comptes retenus pour l'analyse (2)	83	(99,70%)
Dont Sociétés d'assurance mixte (ACPR)	25	
Finançant le Fonds CMU	17	(35,9%)
dont : Comptes retenus pour l'analyse (2)	17	(35,9%)
Dont Sociétés d'assurance non-vie (ACPR)	84	
Finançant le Fonds CMU	70	(63,9%)
dont : Comptes retenus pour l'analyse (2)	66	(63,8%)
IP (ACP)	27	(100,0%)
Comptes retenus pour l'analyse (2)	27	(100,0%)
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACPR) (*)	499	
Finançant le Fonds CMU (3)	485	(99,98%)
Finançant le Fonds CMU après retraitement (4)	445	(99,98%)
<i>dont mutuelles non substituées</i>	374	(98,6%)
<i> dont mutuelles substituées (5)</i>	71	(1,4%)
dont : Comptes retenus pour l'analyse (2) (6)	349	(98,2%)
<i> dont : mutuelles non substituées</i>	349	(98,2%)
Total des organismes contrôlés par l'ACPR	635	
dont : Comptes retenus pour l'analyse	459	

(*) Effectifs calculés à partir des sources disponibles

(1) assiette de cotisations au Fonds CMU.

(2) organismes pour lesquels les données étaient disponibles au 11 septembre 2013 et qui ont renseigné l'état prudentiel C1.

(3) après prise en compte des fusions et transferts en cours d'année, mutuelles en activité au 1er janvier de l'année suivante. Les mutuelles qui ne sont plus en activité au 1er janvier 2013 représentent 0,02% de l'assiette du Fonds CMU.

(4) après retraitement des unions (mise en cohérence des fichiers Fonds CMU et ACPR).

(5) mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre opérateur.

(6) pour l'analyse ne sont retenues que les mutuelles non substituées pour éviter les doubles comptes (les résultats des mutuelles substituées sont intégrés dans les comptes des mutuelles substituantes). Parmi les 71 mutuelles substituées, après prise en compte des unions, seules 6 mutuelles n'ont pas leur substituante au Fonds CMU, soit en termes d'assiette 0,04% des mutuelles finançant le Fonds CMU.

Source : ACPR et Fonds CMU, calculs DREES

3. Des assiettes différentes à champ comparable entre l'ACPR et le Fonds CMU

Après diverses corrections visant à rapprocher les champs d'analyse du Fonds CMU et de l'ACPR (liens de substitution, transferts de portefeuille, erreurs d'identifiant), des différences subsistent entre les deux assiettes de primes (cf. tableau 3).

Étant donné leur niveau, ces écarts ne peuvent pas s'expliquer par les différences résiduelles de champ après redressement pour non-réponse totale des mutuelles. Ces écarts de champ représentent de l'ordre de 0,3 % de l'assiette au Fonds CMU pour les sociétés d'assurance ou encore de 0,06% pour les mutuelles, cf. tableau 2³³.

Ces écarts sont en fait le résultat des différences existant dans la définition du chiffre d'affaires en « complémentaire santé » entre l'ACPR et le Fonds CMU :

- aux différences de champ entre l'assiette retenue pour le calcul de la taxe « CMU-C » et celle des primes ou cotisations émises « en frais de soins ». Sont exclues de l'assiette au Fonds CMU les primes ou cotisations afférentes aux non-résidents (sont ainsi exclues les sommes se rapportant à la couverture santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français -couverture au 1^{er} euro-); les primes ou cotisations lorsqu'elles couvrent une garantie ayant un lien avec la santé qui est accessoire par rapport à l'objet même du contrat auquel elle se rapporte (sont ainsi exclues, les cotisations et primes afférentes à un contrat d'assurance automobile ou à une assurance habitation contenant une garantie accessoire d'assistance médicale -frais de transport notamment en vue d'une hospitalisation-); les primes ou cotisations afférentes à la couverture de frais d'obsèques, d'allocations décès, de naissance ou de mariage car elles ne couvrent pas des frais relatifs à des soins de santé (cf. Circulaire n°DSS/5D/2011/133 du 8 avril 2011);

On peut notamment noter l'importance de l'écart constaté pour les sociétés d'assurance, les primes émises comptabilisées par l'ACPR étant de plus de 10 % supérieures à celles retenues pour le calcul de la taxe au Fonds CMU; cet écart serait en grande partie imputable aux contrats ouverts à des non-résidents, ou aux contrats « individuelle accident » des conducteurs. Des écarts entre les assiettes du Fonds CMU et de l'ACPR sont aussi imputables aux contrats couvrant des garanties statutaires frais de soins pour des fonctionnaires – de l'hospitalière et de la territoriale notamment – en cas de maladie professionnelle (cf. circulaire fonction publique du 30 janvier 1989).

- aux différences comptables d'enregistrement : « la taxe [au Fonds CMU] est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré » (cf. article L.862-4 du code de la Sécurité sociale). Cette disposition -avant les précisions apportées par la circulaire DSS/5D/2011/133 sur le fait générateur de la taxe et ses modalités de recouvrement - permettait des fluctuations d'enregistrement de la contribution CMU-C dans les comptes du Fonds CMU (encadré 1).

³³ Pour les sociétés d'assurance, écart imputable aux 6 sociétés étrangères (soit, 0,26% de l'assiette du Fonds CMU) et aux 4 sociétés qui n'ont pas renseigné l'état C1 (soit 0,03% de l'assiette « assurances » du Fonds CMU). Pour les mutuelles, une fois les mutuelles non substituées redressées de la non-réponse totale cf. annexe 4, écart imputable aux quelques mutuelles substituées pour lesquelles la mutuelle substituante n'est pas au Fonds CMU (soit 0,04% de l'assiette « mutuelles » du Fonds CMU) ou encore aux 6 mutuelles en fin d'activité ayant versé une taxe au Fonds CMU au 4^{ème} trimestre de l'année considérée (soit 0,02% de l'assiette « mutuelles » du Fonds CMU).

Tableau 3 - Comparaison de l'assiette Fonds CMU et du chiffre d'affaires « santé » tiré des données ACPR (en M€)

		2008	2009 (**)	2010 (**)	2011 (**)	2012	Evol. 09-10	Evol. 11-10	Evol. 12-11
Sociétés d'assurance	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement pour fluctuation en 2008-2009 - cf. encadré (1)	7 561	7 961	8 469	8 267	8 808	6,4%	-2,4%	6,5%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	7 338	8 167				-	-	-
	Primes E4 santé, données ACPR-DREES (3)	8 278	8 860	9 533	9 506	9 949	7,6%	-0,3%	4,7%
	Ratio (1)/(3)	91,3%	89,9%	88,8%	87,0%	88,5%			
Institutions de prévoyance	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement pour fluctuation en 2008-2009 (1)	5 126	5 225	5 257	5 160	5 746	0,6%	-1,8%	11,3%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	5 009	5 344				-	-	-
	Primes E4 santé, données ACPR-DREES (3)	5 168	5 381	5 404	5 350	5 654	0,4%	-1,0%	5,7%
	Ratio (1)/(3)	99,2%	97,1%	97,3%	96,4%	101,6%			
Mutuelles	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement pour fluctuation en 2008-2009 (1)	16 435	16 931	17 665	17 248	17 589	4,3%	-2,4%	2,0%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	16 433	16 956				-	-	-
	Primes E4 santé, données ACPR-DREES redressées (*) (3)	16 687	17 306	18 223	17 400	17 792	5,3%	-4,5%	2,3%
	Ratio (1)/(3)	98,5%	97,8%	96,9%	99,1%	98,9%			

(*) après redressement de la non-réponse totale (cf. annexe 4).

(**) assiette y compris contribution CMU-C.

NB : pour les données ACPR-DREES, calculées à partir du E4 redressé

Source : Fonds CMU et ACPR, calculs DREES

Encadré 1

Différence d'approche sur le « chiffre d'affaires santé » des organismes complémentaires santé entre l'assiette de la « taxe CMU » et la comptabilité

Les assiettes de la contribution et de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance dite « Taxe CMU » sont constituées des montants des primes ou cotisations émises déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées au cours d'un trimestre civil (article L. 862-4 du code de la Sécurité sociale).

Cette disposition -avant les précisions apportées par la circulaire DSS/5D/2011/133 sur le fait générateur de la taxe et ses modalités de recouvrement- autorisait des fluctuations d'enregistrement de la contribution CMU-C dans les comptes du Fonds CMU. Ce fut notamment le cas en 2007-2008-2009.

La notion de chiffre d'affaires santé qui était retenue par le Fonds CMU avant 2011 divergeait en effet de celle reprise dans les documents comptables des organismes complémentaires. « Pour le paiement de la contribution, la notion d'exercice comptable n'exist[ait] pas. Ainsi un OC déclarant son assiette de contribution selon les cotisations recouvrées fai[sai]t apparaître une cotisation 2009 recouvrée en 2010 sur sa déclaration du 1^{er} trimestre 2010 (alors que cette cotisation figur[ait] dans ses comptes en 2009)... L'année 2009 a été particulière dans ce sens où elle a connu une augmentation sensible du taux de la contribution CMU, passée de 2,5% à 5,9% à partir du 1^{er} janvier 2009. Cela n'a pas été sans conséquence sur les modalités déclaratives des OC. Profitant de ce changement, certains OC ont effectué des transferts « d'opportunité », visant à gonfler la fin de l'année 2008 au détriment du début de l'année 2009. Les transferts d'opportunité ainsi recensés ont été chiffrés par le Fonds CMU à près de 350 millions d'euros... Sur les chiffres affichés [de 2008-2009 (après redressement)], leurs effets ont été neutralisés évitant une « rupture » dans la statistique » (rapport du Fonds CMU de 2009, pages 36-37).

Depuis la publication de la circulaire DSS/5D/2011/133 les modalités d'enregistrement de la taxe dans les comptes du Fonds CMU ont été modifiées : la méthode de comptabilisation de la taxe se fait à partir des émissions et non plus à partir des encaissements (cf. rapport du Fonds CMU de 2011, page 54).

La circulaire DSS/5D/2011/133 précise : « Le fait générateur de la taxe est l'échéance principale du contrat, c'est-à-dire la date de prise d'effet de la garantie. Les sommes dues au titre de la taxe sont versées au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil qui suit la date d'émission des primes ou cotisations. Par principe, que l'émission intervienne antérieurement ou postérieurement (ex : cotisations appelées à terme échu) à la date de prise d'effet de la garantie, la taxe due au titre de la période couverte par la garantie doit être intégralement acquittée dans le délai précédemment indiqué. Il est toutefois admis que la taxe soit reversée trimestriellement par quart, sur l'échéance concernée et les trois suivantes. A titre dérogatoire et uniquement si les modalités contractuelles de calcul de la prime ne permettent pas aux organismes collecteurs d'avoir une connaissance complète et immédiate des montants de primes ou cotisations émises au titre d'une période donnée, il est alors admis que la taxe soit assise sur le montant des primes ou cotisations provisionnelles appelées au titre de la période de garantie, le solde étant régularisé dès la connaissance de l'émission complémentaire ou à défaut de son encaissement. En toutes hypothèses et dans les cas exceptionnels où l'émission resterait inconnue ou non gérée, l'encaissement emporte exigibilité de la taxe ».

Annexe 4

Présentation de la méthode de correction pour non-réponse

1. Correction de la non-réponse totale pour les mutuelles

Les données que l'ACPR est en mesure de transmettre chaque année à la DREES ne couvrent pas l'ensemble du champ des mutuelles offrant des couvertures complémentaires santé recensées par le Fonds CMU.

Les cotisations des mutuelles non substituées transmises par l'ACPR et ayant renseigné l'état prudentiel C1 représentent, en 2012, 99,7 % de l'assiette des mutuelles non substituées déclarant au Fonds CMU. Même si ce taux augmente chaque année depuis 2007, il demeure nécessaire de pondérer les données de l'ACPR afin qu'elles soient représentatives de la population totale des mutuelles offrant une couverture complémentaire santé.

Pour calculer le poids de chacun des organismes, ceux-ci ont été classés en quatre strates en fonction de leur chiffre d'affaires en santé (cf. tableaux ci-dessous). La première strate rassemble les plus grosses mutuelles, soit environ 15 % des organismes en termes d'effectifs ; leurs cotisations représentent 75 % du total de l'assiette au Fonds CMU.

Les comptes des mutuelles totalement substituées ont été retirés du champ de l'analyse. En effet, les mutuelles substituantes sont tenues d'intégrer dans leur chiffre d'affaires celui des organismes qu'elles prennent en substitution ; en conservant les données des mutuelles substituées, on s'exposerait à des problèmes de doubles comptes. Cette correction explique l'écart entre l'assiette globale de la taxe au Fonds CMU (annexe 3 - tableau 3) et le total des cotisations présentées dans les tableaux ci-dessous.

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2010

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	64	62	105	200	431
Nombre d'organismes (base ACP avec un état C1)	64	59	99	153	375
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU (Md €) (*)	12 925	2 585	1 303	435	17 248
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACP (Md €)	12 925	2 475	1 246	379	17 024
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	14,8%	14,4%	24,4%	46,4%	100,0%
Poids strate (cotisations)	74,9%	15,0%	7,6%	2,5%	100,0%
TAUX DE SONDAGE					
Taux de sondage (effectifs)	100,0%	95,2%	94,3%	76,5%	87,0%
Taux de sondage (cotisations)	100,0%	95,7%	95,6%	87,1%	98,7%
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,00	1,04	1,05	1,15	

(*) hors mutuelles totalement substituées – Les mutuelles partiellement substituées ont été conservées dans le champ de l'analyse.

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2011

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	53	54	98	193	398
Nombre d'organismes (base ACP avec un état C1)	53	52	90	157	352
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU (Md €) (*)	12 514	2 488	1 275	426	16 702
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACP (Md €)	12 514	2 427	1 185	377	16 502
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	13,3%	13,6%	24,6%	48,5%	100,0%
Poids strate (cotisations)	74,9%	14,9%	7,6%	2,5%	100,0%
TAUX DE SONDAGE					
Taux de sondage (effectifs)	100,0%	96,3%	91,8%	81,3%	88,4%
Taux de sondage (cotisations)	100,0%	97,5%	92,9%	88,5%	98,8%
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,00	1,03	1,08	1,13	

(*) hors mutuelles totalement substituées – Les mutuelles partiellement substituées ont été conservées dans le champ de l'analyse.

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2012

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	46	51	93	184	374
Nombre d'organismes (base ACPR avec un état C1)	46	51	91	161	349
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU (Md €) (*)	12 973	2 617	1 307	436	17 333
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACPR (Md €)	12 973	2 617	1 271	416	17 276
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	12,3%	13,6%	24,9%	49,2%	100,0%
Poids strate (cotisations)	74,8%	15,1%	7,5%	2,5%	100,0%
TAUX DE SONDAGE					
Taux de sondage (effectifs)	100,0%	100,0%	97,8%	87,5%	93,3%
Taux de sondage (cotisations)	100,0%	100,0%	97,2%	95,3%	99,7%
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,00	1,00	1,03	1,05	

(*) hors mutuelles totalement substituées – Les mutuelles partiellement substituées ont été conservées dans le champ de l'analyse.

2. Correction de la non-réponse partielle

En plus de la correction pour non-réponse totale, il a été nécessaire de corriger les comptes de la non-réponse partielle : en effet, de nombreux organismes ne remplissent pas tous les états requis pour l'analyse.

La correction de la non-réponse partielle a été faite par imputation, c'est-à-dire en remplaçant les données manquantes par des données cohérentes compte-tenu des informations disponibles dans les autres états.

Ces corrections se sont appuyées sur les données de l'état C1 (données repondérées pour les mutuelles pour non-réponse totale).

Pour les mutuelles, lorsque l'état C4 n'a pas été renseigné, il a été imputé à partir de l'état C1 en appliquant aux primes émises en dommages corporels de l'organisme concerné la part en frais de soins dans les dommages corporels des organismes de la strate à laquelle il appartient et ce, tant pour les contrats individuels, que pour les contrats collectifs.

L'état E4 « compte de résultats frais de soins », disponible depuis quatre ans, n'a fait l'objet d'aucune imputation pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. En revanche, pour les mutuelles, lorsque l'organisme ne déclare qu'une activité santé (dans son état C4) et que l'état E4 n'a pas été renseigné, celui-ci a été imputé à partir de l'état C1 « dommages corporels ». Dans ce cas l'organisme est considéré comme s'il avait transmis un état E4. Ces données ont été ensuite redressées, pour la présentation des résultats globaux par type d'organismes et type de contrats, pour les mutuelles mais aussi pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, afin de tenir compte du taux de non-réponse de l'état E4 par rapport à l'état C4.

Le tableau ci-dessous dresse le bilan 2012 du taux de non-réponse par état, pour les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Certains états sont mentionnés même s'ils n'ont pas servi directement pour l'analyse, mais à des seules fins de contrôle. Les états E1, E2 et E5 n'ont été que très peu exploités car ils n'étaient pas suffisamment renseignés. L'état E3 (et uniquement sur la base des informations transmises début juin) a servi pour l'élaboration des comptes de la santé en le redressant de la non-réponse totale et du taux de non-réponse par rapport à l'état C4 tel qu'il avait été calculé avec les données disponibles en juin.

Bilan de la non-réponse partielle : effectifs et poids en termes de taxe versée au Fonds CMU

		Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance
Organismes finançant le Fonds CMU(*)	Effectifs	374	27	87
dont : comptes disponibles pour l'analyse (état C1)		349	27	83
avec comptes annuels complets (1)		344	27	82
avec état C1		349	27	83
avec état C4 (**)		341	27	82
avec état C11		304	25	76
avec état E1		295	24	40
<i>dont ligne sur les contrats responsables</i>		192	16	25
avec état E2		317	25	46
<i>dont ligne sur les contrats responsables</i>		196	16	18
avec état E3		297	26	66
avec état E4 après imputation (***)		340	26	77
avec état E5 (****)		213	16	38
C1 + C4		340	27	82
C1 + C4 + E4		338	26	77
C1 + C4 + E3 + E4		292	26	65
C1 + C4 + E1 + E2 + E3 + E4		270	23	38
C1 + C4 + E1 + E2 + E3 + E4 + E5		189	15	26
Organismes finançant le Fonds CMU(*)	Versements au Fonds CMU(%)	100,0%	100,0%	100,0%
avec comptes annuels complets (1)		99,4%	100,0%	98,3%
avec état C1		99,7%	100,0%	99,7%
avec état C4		99,0%	100,0%	99,7%
avec état C11		94,9%	98,4%	96,2%
avec état E1		95,0%	95,6%	51,2%
<i>dont ligne sur les contrats responsables</i>		59,1%	55,8%	35,5%
avec état E2		95,7%	94,4%	78,3%
<i>dont ligne sur les contrats responsables</i>		69,8%	72,2%	19,5%
avec état E3		92,2%	98,9%	93,7%
avec état E4		99,6%	98,9%	98,1%
avec état E5		86,7%	59,1%	57,1%
C1 + C4		99,0%	100,0%	99,7%
C1 + C4 + E4		99,0%	98,9%	98,1%
C1 + C4 + E3 + E4		92,1%	98,9%	93,7%
C1 + C4 + E1 + E2 + E3 + E4		89,2%	91,0%	51,2%
C1 + C4 + E1 + E2 + E3 + E4 + E5		79,9%	58,0%	26,1%

(*) hors mutuelles totalement substituées.

(**) C4 avant imputation, cf. page précédente.

(***) pour certaines mutuelles, l'état E4 a été imputé à partir des états C1 et C4.

(****) remplissage à la fois du tableau A (compléments frais de gestion des garanties "frais de soins", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé et du tableau B (CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance).

(1) CR, Bilan, état récapitulatif des placements.

Source : Fonds CMU et ACPR, calculs DREES

Lecture : l'assiette des mutuelles non substituées répondant à l'état C1 représentent 99,7 % de l'assiette des mutuelles non substituées déclarant au Fonds CMU.

Annexe 5

Comparaison des données « effectifs » entre différentes sources

Comparaison des effectifs renseignés dans les états E1 et E5 en 2012

		Nombre de personnes couvertes en individuel	Nombre de personnes couvertes en collectif	Nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année en individuel	Nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année en collectif
Mutuelles	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes) (1)	184	136	122	95
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	165	213	227	254
	Répondants à l'état E1 (nb d'organismes) (1)	275	211	148	112
	Non répondants à l'état E1 (nb d'organismes)	74	138	201	237
	Répondants à la fois à E1 et E5 (nb d'organismes) (1)	178	130	103	79
	Non répondants à E1 ou à E5 (nb d'organismes) (1)	171	219	246	270
	Pour les répondants à l'état E5 et à l'état E1 (nb d'organismes)				
	écart <10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'état E1	156	118	96	76
	écart >10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'état E1	22	12	7	3
	Pour les répondants à l'état E5 (en nombre de personnes)				
	Effectif déclaré dans l'état E5	17 756 289	11 313 756	14 076 409	8 236 167
Effectif déclaré dans l'état E1	15 524 194	8 787 331	11 311 472	5 979 255	
Effectif total déclaré dans l'état E1	18 857 527	17 284 986	12 296 104	7 258 895	
Sociétés d'Assurance	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes) (1)	28	18	27	17
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	55	65	56	66
	Répondants à l'état E1 (nb d'organismes) (1)	34	21	33	17
	Non répondants à l'état E1 (nb d'organismes)	49	62	50	66
	Répondants à la fois à E1 et E5 (nb d'organismes) (1)	22	16	21	14
	Non répondants à E1 ou à E5 (nb d'organismes) (1)	61	67	62	69
	Pour les répondants à l'état E5 et à l'état E1 (nb d'organismes)				
	écart <10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'état E1	18	12	21	12
	écart >10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'état E1	4	4	0	2
	Pour les répondants à l'état E5 (en nombre de personnes)				
	Effectif déclaré dans l'état E5	6 107 802	1 692 162	4 465 455	2 694 651
Effectif déclaré dans l'état E1	5 041 269	2 970 006	3 340 413	2 165 247	
Effectif total déclaré dans l'état E1	5 819 523	3 923 078	4 062 705	2 985 038	
Institutions de prévoyance	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes) (1)	13	14	8	8
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	14	13	19	19
	Répondants à l'état E1 (nb d'organismes) (1)	14	20	5	7
	Non répondants à l'état E1 (nb d'organismes)	13	7	22	20
	Répondants à la fois à E1 et E5 (nb d'organismes) (1)	10	12	3	4
	Non répondants à E1 ou à E5 (nb d'organismes) (1)	17	15	24	23
	Pour les répondants à l'état E5 et à l'état E1 (nb d'organismes)				
	écart <10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'état E1	7	9	2	3
	écart >10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'état E1	3	3	1	1
	Pour les répondants à l'état E5 (en nombre de personnes)				
	Effectif déclaré dans l'état E5	1 149 624	7 310 517	1 201 265	5 067 626
Effectif déclaré dans l'état E1	1 355 807	7 984 855	989 411	2 361 141	
Effectif total déclaré dans l'état E1	1 457 419	10 746 513	1 027 321	4 009 190	

données au 11 septembre 2013

(1) : Nombre d'organismes ayant renseigné un nombre non nul de personnes couvertes, de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année en individuel ou en collectif

Source : ACPR-DREES, calculs DREES

Comparaison des effectifs renseignés dans les états E1 et E5 (2012) et dans l'enquête DREES sur les contrats modaux (2012)

		Nombre de personnes couvertes
Mutuelles	Répondants à l'état E1 (nb d'organismes) (1)	114
	Non répondants à l'état E1 (nb d'organismes)	13
	Pour les répondants à l'état E1 (nb d'organismes)	
	écart <10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	82
	écart >10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	32
	Pour les répondants à l'état E1 (en nombre de personnes)	
	Effectif déclaré dans l'état E1	22 492 194
	Effectif déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	25 184 202
	Effectif total déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	25 851 766
	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes) (1)	80
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	47
	Pour les répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	
	écart <10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	56
	écart >10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	24
Pour les répondants à l'état E5 (en nombre de personnes)		
Effectif déclaré dans l'état E5	22 921 365	
Effectif déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	21 693 858	
Effectif total déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	25 851 766	
Sociétés d'Assurance	Répondants à l'état E1 (nb d'organismes) (1)	13
	Non répondants à l'état E1 (nb d'organismes)	20
	Pour les répondants à l'état E1 (nb d'organismes)	
	écart <10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	7
	écart >10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	6
	Pour les répondants à l'état E1 (en nombre de personnes)	
	Effectif déclaré dans l'état E1	7 523 654
	Effectif déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	4 061 779
	Effectif total déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	9 163 840
	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes) (1)	14
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	19
	Pour les répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	
	écart <10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	8
	écart >10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	6
Pour les répondants à l'état E5 (en nombre de personnes)		
Effectif déclaré dans l'état E5	6 823 666	
Effectif déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	5 088 982	
Effectif total déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	9 163 840	
Institutions de prévoyance	Répondants à l'état E1 (nb d'organismes) (1)	18
	Non répondants à l'état E1 (nb d'organismes)	5
	Répondants à la fois à E1 et E5 (nb d'organismes) (1)	
	Répondants ni à E1 ni à E5 (nb d'organismes) (1)	
	Pour les répondants à l'état E1 (nb d'organismes)	
	écart <10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	9
	écart >10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	9
	Pour les répondants à l'état E1 (en nombre de personnes)	
	Effectif déclaré dans l'état E1	11 785 950
	Effectif déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	9 576 800
	Effectif total déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	10 906 682
	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes) (1)	14
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	9
	Pour les répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	
écart <10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	6	
écart >10% sur les effectifs par rapport à ceux de l'enquête sur les contrats modaux	8	
Pour les répondants à l'état E5 (en nombre de personnes)		
Effectif déclaré dans l'état E5	8 054 793	
Effectif déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	8 353 512	
Effectif total déclaré dans l'enquête sur les contrats modaux	10 906 682	

Champ : organismes répondant à l'enquête DREES sur les contrats modaux

Source : ACPR-DREES pour les états E1 et E5, enquête sur les contrats modaux DREES

Annexe 6

Présentation de l'état statistique E5

Etat E5 - compléments frais de gestion des garanties "frais de soins", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions	Opérations directes en France		
	Individuelles	Collectives	Total
Frais de gestion - montants en milliers d'euros			
01 - frais de gestion des sinistres (1)	01	0	0
02 - frais d'acquisition (2)	02	0	0
03 - frais d'administration (3)	03	0	0
04 - autres charges techniques (3)	04	0	0
04-1 - dont charges de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation	05	0	0
a) au titre des prestations servies	06	0	0
b) au titre du recouvrement des cotisations des professions libérales	07	0	0
05 - autres produits techniques et production immobilisée (3)	08	0	0
05-1 - dont produits de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation	09	0	0
a) au titre des prestations servies	10	0	0
b) au titre du recouvrement des cotisations des professions libérales	11	0	0
06 - total des frais de gestion (Lignes '01' + '02' + '03' + '04' - '05')	12	0	0
Prestations servies au titre d'un régime obligatoire d'assurance maladie en délégation			
07 - prestations en nature (biens et soins médicaux...)	13	0	0
08 - prestations en espèces (indemnités journalières...)	14	0	0
Nombre de bénéficiaires et nombre d'actes pour le régime complémentaire - en unité			
09 - nombre de personnes couvertes au 31 décembre (4)	15	0	0
10 - nombre de bénéficiaires de prestations en nature servis au moins une fois dans l'année (4)	16	0	0
11 - nombre de nombre de lignes d'actes ou à défaut de décomptes ou factures traités au cours de l'année pour les prestations en nature	17	0	0
11-1 - préciser dans cette ligne s'il s'agit de lignes d'actes ou de décomptes	18	0	0
11-2 - dont flux informatique	19	0	0
11-3 - dont flux papier	20	0	0
Nombre de bénéficiaires et nombre d'actes pour le régime obligatoire d'assurance maladie en délégation - en unité			
12 - nombre de personnes couvertes au 31 décembre	21	0	0
13 - nombre de bénéficiaires de prestations en nature servis au moins une fois dans l'année	22	0	0
14 - nombre de nombre de lignes d'actes ou à défaut de décomptes ou factures traités au cours de l'année pour les prestations en nature	23	0	0
14-1 - préciser dans cette ligne s'il s'agit de lignes d'actes ou de décomptes	24	0	0
14-2 - dont flux informatique	25	0	0
14-3 - dont flux papier	26	0	0

(1) frais de gestion des sinistres ligne 13 de l'état E4

(2) frais d'acquisition ligne 40 de l'état E4

(3) poste compris dans la ligne L41 de l'état E4 intitulée "frais d'administration et autres charges techniques nets".

(4) nombre de personnes couvertes au 31 décembre et nombre de bénéficiaires de prestations en nature servis au moins une fois dans l'année ligne 01 de l'état E1

Etat E5 - Tableau B : CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance	N° du poste du Plan comptable (*)	Montant (en milliers d'euros)
		et effectifs en unité
CMU et ACS - montants en milliers d'euros		
21 - Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU	30	0
22 - Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS	31	0
23 - Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU	32	0
24 - Taxe versée au Fonds CMU	33	0
CMU et ACS - nombre de bénéficiaires en unité		
25 - CMU - nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année	35	0
26 - ACS - nombre d'assurés bénéficiaires au cours de l'année	36	0
Taxe sur les conventions d'assurance des contrats "santé" - montants en milliers d'euros		
27 - Montant de la taxe correspondant aux contrats santé	37	0

(*) Numéro du poste du plan comptable dans lequel l'opération est enregistrée (postes de classe 4, 6 ou 7 selon le cas)

Annexe 7

Éléments de cadrage généraux

Bilans 2012 - Organismes finançant le Fonds CMU et contrôlés par l'ACPR

Sociétés d'assurance mixte - Bilan 2012

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	21 604	20 614	Fonds propres
Placements	453 268	427 334	Provisions
Placements en UC	92 720	94 031	Provisions en UC
Autres actifs	35 975	61 587	Autres passifs
Total actif	603 566	603 566	Total passif
Plus-values latentes	35 951		
Bilan en valeur de marché	639 517		

Source : ACPR, calculs DREES

Sociétés d'assurance non-vie - Bilan 2012

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	13 519	21 914	Fonds propres
Placements	82 425	75 297	Provisions
Placements en UC	-	-	Provisions en UC
Autres actifs	18 760	17 502	Autres passifs
Total actif	114 713	114 713	Total passif
Plus-values latentes	22 573		
Bilan en valeur de marché	137 287		

Source : ACPR, calculs DREES

Mutuelles - Bilan 2012

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	2 684	14 277	Fonds propres
Placements	20 640	8 206	Provisions
Placements en UC	0	0	Provisions en UC
Autres actifs	4 674	5 515	Autres passifs
Total actif	27 998	27 998	Total passif
Plus-values latentes	2 368		
Bilan en valeur de marché	30 365		

Source : ACPR, calculs DREES

Institutions de Prévoyance* - Bilan 2012

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	5 206	10 743	Fonds propres
Placements	31 393	27 455	Provisions
Placements en UC	54	85	Provisions en UC
Autres actifs	5 511	3 881	Autres passifs
Total actif	42 164	42 164	Total passif
Plus-values latentes	2 917		
Bilan en valeur de marché	45 081		

Source : ACPR, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Total* - Bilan 2012

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	43 011	67 548	Fonds propres
Placements	587 727	538 293	Provisions
Placements en UC	92 774	94 116	Provisions en UC
Autres actifs	64 919	88 485	Autres passifs
Total actif	788 441	788 441	Total passif
Plus-values latentes	63 809		
Bilan en valeur de marché	852 250		

Source : ACPR, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Bilans 2011 - Organismes finançant le Fonds CMU et contrôlés par l'ACP
sur champ 2012

Sociétés d'assurance mixte - Bilan 2011

(y.c. une société entrée dans le champ en 2012)

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	21 123	19 451	Fonds propres
Placements	443 443	419 988	Provisions
Placements en UC	85 470	86 530	Provisions en UC
Autres actifs	36 798	60 865	Autres passifs
Total actif	586 833	586 833	Total passif
Plus-values latentes	- 5 856		
Bilan en valeur de marché	580 977		

Source : ACP, calculs DREES

Sociétés d'assurance non-vie - Bilan 2011

(y.c. une société entrée dans le champ en 2012 et hors deux sociétés exclues du champ en 2012)

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	11 933	23 243	Fonds propres
Placements	80 481	70 586	Provisions
Placements en UC	-	-	Provisions en UC
Autres actifs	17 627	16 236	Autres passifs
Total actif	110 065	110 065	Total passif
Plus-values latentes	17 015		
Bilan en valeur de marché	127 080		

Source : ACP, calculs DREES

Mutuelles - Bilan 2011

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	2 297	13 900	Fonds propres
Placements	20 469	7 687	Provisions
Placements en UC	0	4	Provisions en UC
Autres actifs	4 202	5 041	Autres passifs
Total actif	26 968	26 968	Total passif
Plus-values latentes	927		
Bilan en valeur de marché	27 896		

Source : ACP, calculs DREES

Institutions de Prévoyance* - Bilan 2011

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	4 856	10 635	Fonds propres
Placements	30 014	25 577	Provisions
Placements en UC	52	87	Provisions en UC
Autres actifs	5 185	3 807	Autres passifs
Total actif	40 106	40 106	Total passif
Plus-values latentes	576		
Bilan en valeur de marché	40 682		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Total* - Bilan 2011

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	40 209	67 229	Fonds propres
Placements	574 406	523 838	Provisions
Placements en UC	85 522	86 621	Provisions en UC
Autres actifs	63 812	85 949	Autres passifs
Total actif	763 972	763 972	Total passif
Plus-values latentes	12 662		
Bilan en valeur de marché	776 634		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Bilans 2011 - Organismes finançant le Fonds CMU et contrôlés par l'ACP

Sociétés d'assurance mixte - Bilan 2011

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	21 054	17 622	Fonds propres
Placements	373 764	356 950	Provisions
Placements en UC	72 269	73 317	Provisions en UC
Autres actifs	34 110	53 308	Autres passifs
Total actif	501 197	501 197	Total passif
Plus-values latentes	- 2 018		
Bilan en valeur de marché	499 178		

Source : ACP, calculs DREES

Sociétés d'assurance non-vie - Bilan 2011

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	11 217	22 970	Fonds propres
Placements	79 304	69 239	Provisions
Placements en UC	-	-	Provisions en UC
Autres actifs	17 302	15 638	Autres passifs
Total actif	107 846	107 846	Total passif
Plus-values latentes	17 051		
Bilan en valeur de marché	124 898		

Source : ACP, calculs DREES

Mutuelles - Bilan 2011

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	2 297	13 900	Fonds propres
Placements	20 469	7 687	Provisions
Placements en UC	0	4	Provisions en UC
Autres actifs	4 202	5 041	Autres passifs
Total actif	26 968	26 968	Total passif
Plus-values latentes	927		
Bilan en valeur de marché	27 896		

Source : ACP, calculs DREES

Institutions de Prévoyance* - Bilan 2011

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	4 856	10 635	Fonds propres
Placements	30 014	25 577	Provisions
Placements en UC	52	87	Provisions en UC
Autres actifs	5 185	3 807	Autres passifs
Total actif	40 106	40 106	Total passif
Plus-values latentes	576		
Bilan en valeur de marché	40 682		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Total* - Bilan 2011

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	39 424	65 127	Fonds propres
Placements	503 549	459 453	Provisions
Placements en UC	72 321	73 408	Provisions en UC
Autres actifs	60 799	77 794	Autres passifs
Total actif	676 117	676 117	Total passif
Plus-values latentes	16 536		
Bilan en valeur de marché	692 653		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Comptes de résultat 2012 - Organismes finançant le Fonds CMU et contrôlés par l'ACPR

Compte de résultat résumé des assureurs mixte

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	48 192	9 689	6 877	57 881
Prestations (-)	-65 325	-8 279	-5 824	-73 604
Produits financiers	24 643	542	386	25 185
Frais d'administration (-)	-5 694	-1 891	-1 380	-7 585
Solde réassurance (-)	514	-56	15	458
Résultat technique	2 330	5	75	2 335
Produits financiers du résultat non-technique				553
Autres éléments non techniques				-1 522
Résultat net				1 366

Source : ACPR, calculs DREES

Compte de résultat résumé des assureurs non-vie

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes		38 983	9 732	38 983
Prestations (-)		-28 253	-7 070	-28 253
Produits financiers		933	118	933
Frais d'administration (-)		-9 529	-2 384	-9 529
Solde réassurance (-)		-1 272	57	-1 272
Résultat technique		863	454	863
Produits financiers du résultat non-technique				-474
Autres éléments non techniques				-1 086
Résultat net				-697

Source : ACPR, calculs DREES

Compte de résultat résumé des mutuelles

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	745	19 328	18 808	20 073
Prestations (-)	-570	-16 717	-16 247	-17 287
Produits financiers	36	122	119	158
Frais d'administration (-)	-104	-2 627	-2 485	-2 731
Solde réassurance (-)	-24	34	24	10
Résultat technique	82	141	119	223
Produits financiers du résultat non-technique				350
Autres éléments non techniques				-217
Résultat net				357

Source : ACPR, calculs DREES

Compte de résultat résumé des institutions de prévoyance (*)

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	2 501	9 695	8 408	12 196
Prestations (-)	-2 272	-9 932	-8 716	-12 204
Produits financiers	380	412	363	792
Frais d'administration (-)	-184	-931	-835	-1 115
Solde réassurance (-)	-96	121	87	25
Résultat technique	329	-635	-693	-306
Produits financiers du résultat non-technique				314
Autres éléments non techniques				-26
Résultat net				-20

Source : ACPR, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Comptes de résultat 2011 - Organismes finançant le Fonds CMU et contrôlés par l'ACP champ 2012

Compte de résultat résumé des assureurs mixte (y.c une société entrant dans le champ en 2012)

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	48 614	9 013	57 626
Prestations (-)	-50 776	-7 647	-58 423
Produits financiers	8 261	513	8 775
Frais d'administration (-)	-5 864	-1 693	-7 557
Solde réassurance (-)	-113	1	-111
Résultat technique	123	186	310
Produits financiers du résultat non-technique			522
Autres éléments non techniques			130
Résultat net			962

Source : ACP, calculs DREES

Compte de résultat résumé des assureurs non-vie (y.c. une société entrant dans le champ en 2012 et hors deux sociétés sortant du champ en 2012)

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes		36 992	36 992
Prestations (-)		-26 199	-26 199
Produits financiers		1 492	1 492
Frais d'administration (-)		-8 853	-8 853
Solde réassurance (-)		-1 728	-1 728
Résultat technique		1 704	1 704
Produits financiers du résultat non-technique			447
Autres éléments non techniques			-825
Résultat net			1 326

Source : ACP, calculs DREES

Compte de résultat résumé des mutuelles

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	724	18 907	19 631
Prestations (-)	-468	-16 240	-16 709
Produits financiers	12	13	25
Frais d'administration (-)	-101	-2 574	-2 674
Solde réassurance (-)	-5	-47	-52
Résultat technique	163	59	222
Produits financiers du résultat non-technique			223
Autres éléments non techniques			-109
Résultat net			336

Source : ACP, calculs DREES

Compte de résultat résumé des institutions de prévoyance (*)

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	2 402	9 098	11 500
Prestations (-)	-2 128	-8 983	-11 111
Produits financiers	294	269	562
Frais d'administration (-)	-171	-810	-981
Solde réassurance (-)	-170	70	-100
Résultat technique	226	-356	-130
Produits financiers du résultat non-technique			243
Autres éléments non techniques			-48
Résultat net			65

Source : ACP, calculs DREES

* (y.c IP format mutuelles)

Comptes de résultat 2011 - Organismes finançant le Fonds CMU et contrôlés par l'ACP

Compte de résultat résumé des assureurs mixte

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	40 428	8 926	6 137	49 354
Prestations (-)	-41 459	-7 597	-5 115	-49 056
Produits financiers	7 112	510	360	7 622
Frais d'administration (-)	-5 450	-1 652	-1 206	-7 102
Solde réassurance (-)	-105	-3	-36	-108
Résultat technique	527	183	140	710
Produits financiers du résultat non-technique				464
Autres éléments non techniques				-264
Résultat net				910

Source : ACP, calculs DREES

Compte de résultat résumé des assureurs non-vie

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes		45 350	9 772	45 350
Prestations (-)		-31 399	-7 212	-31 399
Produits financiers		2 131	340	2 131
Frais d'administration (-)		-11 031	-2 252	-11 031
Solde réassurance (-)		-2 380	-31	-2 380
Résultat technique		2 670	618	2 670
Produits financiers du résultat non-technique				557
Autres éléments non techniques				-1 283
Résultat net				1 945

Source : ACP, calculs DREES

Compte de résultat résumé des mutuelles

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	724	18 907	18 347	19 631
Prestations (-)	-468	-16 240	-15 738	-16 709
Produits financiers	12	13	16	25
Frais d'administration (-)	-101	-2 574	-2 532	-2 674
Solde réassurance (-)	-5	-47	-33	-52
Résultat technique	163	59	61	222
Produits financiers du résultat non-technique				223
Autres éléments non techniques				-109
Résultat net				336

Source : ACP, calculs DREES

Compte de résultat résumé des institutions de prévoyance (*)

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	2 402	9 098	7 968	11 500
Prestations (-)	-2 128	-8 983	-7 954	-11 111
Produits financiers	294	269	248	562
Frais d'administration (-)	-171	-810	-701	-981
Solde réassurance (-)	-170	70	65	-100
Résultat technique	226	-356	-375	-130
Produits financiers du résultat non-technique				243
Autres éléments non techniques				-48
Résultat net				65

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Annexe 8

Liste des états réglementaires et statistiques définie dans le code monétaire et financier et dans le code des assurances

Article L612-24 du code monétaire et financier

Créé par Ordonnance n°2010-76 du 21 janvier 2010 - art. 1

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution détermine la liste, le modèle, la fréquence et les délais de transmission des documents et informations qui doivent lui être remis périodiquement.

Le secrétaire général de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut, en outre, demander aux personnes soumises à son contrôle tous renseignements, documents, quel qu'en soit le support, et en obtenir la copie, ainsi que tous éclaircissements ou justifications nécessaires à l'exercice de sa mission. Il peut demander à ces personnes la communication des rapports des commissaires aux comptes et, d'une manière générale, de tous documents comptables dont il peut, en tant que de besoin, demander la certification.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution collecte auprès des personnes mentionnées au B du I de l'article L. 612-2, pour le compte de l'Institut national de la statistique et des études économiques et des services statistiques du ministère chargé de la sécurité sociale, les données relatives à la protection sociale complémentaire fixées par un décret pris dans les conditions prévues par la loi du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques après avis du Conseil supérieur de la mutualité et du Comité consultatif de la législation et de la réglementation financières.

Le secrétaire général de l'Autorité peut convoquer et entendre toute personne soumise à son contrôle ou dont l'audition est nécessaire à l'exercice de sa mission de contrôle.

Sous réserve de l'exercice des droits prévus pour les procédures contradictoires ou des exigences de procédures juridictionnelles, le secrétaire général de l'Autorité n'est pas tenu de communiquer aux personnes soumises à son contrôle ni aux tiers les documents les concernant qu'il a produits ou reçus, en particulier lorsque cette communication porterait atteinte à des secrets d'affaires ou au secret professionnel auquel l'Autorité est tenue.

Article R344-2 du code des assurances

Modifié par Décret n°2010-217 du 3 mars 2010 - art. 3

Les entreprises mentionnées à l'article L. 321-8 doivent produire chaque année à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à une date et selon la liste fixées par décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, tous états, tableaux ou documents de nature à permettre de contrôler l'évaluation et la représentation des provisions techniques afférentes aux opérations pour lesquelles elles ont obtenu l'agrément.

NOTA: Décret n°2010-217 du 3 mars 2010 article 12 : Le présent décret entre en vigueur à la date de la première réunion du collège de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (9 mars 2010), à l'exception de son article 11.

Article A344-6 du code des assurances

Modifié par Arrêté du 7 novembre 2008 - art. 8

I.-Les entreprises visées aux 1°, 3° ou 4° de l'article L. 310-2 et celles soumises au contrôle de l'État en application du 1° du III de l'article L. 310-1-1 remettent chaque année à l'autorité de contrôle :

1° Dans les quatre mois suivant la clôture de l'exercice, le compte rendu détaillé annuel défini à l'article A. 344-8 ci-après ;

2° Dans les trente jours qui suivent leur approbation par l'assemblée générale, leurs comptes annuels dans les conditions définies à l'article A. 344-11 ;

3° Dans les trente jours suivant leur approbation par le conseil d'administration ou le conseil de surveillance, et au plus tard le 30 juin, les rapports mentionnés aux articles L. 322-2-4 et R. 336-1 et R. 336-5.

II.-Les entreprises visées aux 1°, 3° ou 4° de l'article L. 310-2 et celles soumises au contrôle de l'État en application du 1° du III de l'article L. 310-1-1 remettent à l'autorité de contrôle, dans le mois suivant la fin de chaque trimestre, les états relatifs aux opérations réalisées au cours du trimestre définis à l'article A. 344-13.

Article A344-7 du code des assurances

Modifié par Ordonnance n°2010-76 du 21 janvier 2010 - art. 18 (V)

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution détermine le nombre d'exemplaires et les supports matériels utilisés par les entreprises pour la fourniture des documents mentionnés à l'article A. 344-6 et A. 344-14.

Article A344-8 du code des assurances

Modifié par Arrêté du 27 avril 2011 - art. 1

Le compte rendu détaillé annuel visé au 1° du I de l'article A. 344-6 comprend :

1° Les renseignements généraux énumérés à l'annexe au présent article ;

2° Les comptes définis à l'article A. 344-9 ;

3° Les états d'analyse des comptes énumérés à l'article A. 344-10 ;

4° Les états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire énumérés à l'article D. 344-5.

Il est certifié par le président du directoire ou le directeur général unique dans les sociétés anonymes, les sociétés d'assurance mutuelles et leurs unions, par le mandataire général ou son représentant légal dans les succursales d'entreprises étrangères, sous la formule suivante : " Le présent document, comprenant X feuillets numérotés, est certifié, sous peine de l'application des sanctions prévues à l'article L. 310-28 du code des assurances, conforme aux écritures de l'entreprise et aux dispositions des chapitres Ier et II du titre IV du livre III du même code ".

NOTA: Arrêté du 11 décembre 2009 art 3 : Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2010 pour les informations relatives à l'exercice 2009.

Article A344-9 du code des assurances

Modifié par Arrêté 2001-09-03 art. 2 I c JORF 11 septembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002

Les comptes visés au 2° du premier alinéa de l'article A. 344-8 sont le compte de résultat, le bilan, y compris le tableau des engagements reçus et donnés, et l'annexe, ainsi qu'ils ont été arrêtés par le conseil d'administration ou le directoire pour être soumis à l'assemblée générale ou, pour une succursale d'entreprise étrangère, par le mandataire général à destination du siège social. Ils sont établis dans la forme prévue à l'article A. 344-3 et complétés par les informations énumérées à l'annexe au présent article.

Article A344-10 du code des assurances

Modifié par Arrêté du 7 novembre 2008 - art. 8

Les états d'analyse des comptes visés au 3° du premier alinéa de l'article A. 344-8 sont les suivants :

C 1 Résultats techniques par contrats ;

C 2 Engagements et résultats techniques par pays ;

C 3 Acceptations et cessions en réassurance ;
C 4 Primes par contrats et garanties ;
C 5 Représentation des engagements privilégiés ;
C 6 Marge de solvabilité ;
C 6 bis Test d'exigibilité ;
C 7 Provisionnement des rentes en service ;
C 8 Description du plan de réassurance ;
C 9 Dispersion des réassureurs et simulations d'événements ;
C 10 Primes et résultats par année de survenance des sinistres ;
C 11 Sinistres par année de survenance ;
C 12 Sinistres et résultats par année de souscription ;
C 13 Part des réassureurs dans les sinistres ;
C 20 Mouvements des polices, capitaux et rentes ;
C 21 État détaillé des provisions techniques ;
C 30 Primes, sinistres et commissions des opérations non-vie dans l'Union européenne ;
C 31 Primes des opérations vie dans l'Union européenne.

Ces états sont établis annuellement d'après les comptes définis à l'article A. 344-9 et dans la forme fixée en annexe au présent article.

Les opérations réalisées sur l'ensemble du territoire de la République française ainsi que sur le territoire monégasque sont considérées comme opérations en France.

Les affaires directes à l'étranger, ainsi que les affaires acceptées, des catégories 20 à 31 de l'article A. 344-2 sont assimilées à des opérations pluriannuelles à prime unique ou non révisable lorsque les usages de marché conduisent à rattacher les sinistres par exercice de souscription.

Le cas échéant, les états incluent la part des organismes dispensés d'agrément dans les cotisations ou les prestations.

Les entreprises soumises au contrôle de l'État en application du 1° du III de l'article L. 310-1-1 n'établissent pas les états C 7, C 8, C 20, C 30 et C 31.

Pour l'établissement des états réglementaires, les cessions à des véhicules de titrisation sont assimilées à des cessions en réassurance, dans les conditions prévues aux articles R. 332-3-3, R. 334-5, R. 334-13 et R. 334-27.

Article D344-5 du code des assurances

Créé par Décret n°2011-467 du 27 avril 2011 - art. 1 modifié par le Décret n°2012-454 du 4 avril 2012

I.-Les données relatives à la protection sociale complémentaire, mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 612-24 du code monétaire et financier, sont regroupées dans les états suivants :

E 1 Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties ;
E 2 Primes et prestations par type de garanties ;
E 3 Frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice ;
E 4 Résultat technique en frais de soins ;
E 5 Compléments frais de gestion des garanties "frais de soins", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé.

Ces états sont établis annuellement dans la forme fixée en annexe au présent article.

II.-Les modalités de transmission des états mentionnés au I à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution sont définies par arrêté du ministre chargé de l'économie.

III.-Les données collectées ne peuvent être communiquées que dans les conditions fixées par l'article 7 bis de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.