

2012

RAPPORT

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



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

RAPPORT

Sur la situation financière des organismes
complémentaires
assurant une couverture santé

Décembre 2012

Rédacteurs : Olivier Jacod, Catherine Zaidman

Remerciements : La Drees tient à remercier pour leur collaboration Thierry Auran, Janine Gougeon, Marie-Dominique Kersuzan, Nadiath Korayarou, Laetitia Meneau de l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) et Philippe Comte du Fonds CMU ; ainsi que les services de la CNAMTS, du RSI et de la MSA.

DREES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE 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 un rapport présentant la situation financière des assureurs complémentaires 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 » (annexe 1). En outre, par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 (article 11) il a été demandé de compléter l'analyse par une comparaison des coûts de gestion entre les organismes complémentaires assurant une couverture santé et les organismes de Sécurité sociale (annexe 2).

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour les années 2009, 2010 et 2011. Ceux-ci s'appuient sur les données fournies par l'autorité de contrôle prudentiel (ACP) et par le Fonds CMU, et en particulier sur les données des états statistiques « relatifs à la protection sociale complémentaire » collectées par l'ACP pour le compte de la DREES¹ (cf. annexe 8). En 2009, il a été demandé aux sociétés d'assurance de renseigner certains de ces états, qui ne concernaient initialement que les mutuelles et les institutions de prévoyance. Ceux-ci ont en outre été enrichis afin de disposer d'un compte de résultat retraçant l'activité « santé »². En 2010, les états demandés se sont encore enrichis pour intégrer une question sur la taxe sur les conventions d'assurance³ et en 2011 pour intégrer des questions plus précises relatives aux frais de gestion⁴. L'exploitation de l'état relatif au compte de résultat de l'activité « santé » avait permis dès 2009 de donner de premiers éléments sur la contribution de l'activité « santé » à l'équilibre des comptes des sociétés concernées. La meilleure qualité des données transmises ces deux dernières années permet de consolider l'analyse présentée pour la première fois dans le rapport relatif à l'année 2009. 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'évaluer précisément l'impact de ces dispositifs sur les comptes des organismes, ni même, comme cela avait été souhaité par les parlementaires, de constituer une base pour une comparaison des frais de gestion entre organismes complémentaires et organismes de base. Cette comparaison nécessite, en outre, un travail d'enquête approfondi sur la définition du champ à retenir.

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 ainsi que sur certains dispositifs particuliers (CMU-C, ACS et délégation de gestion pour le compte des régimes de sécurité sociale). Les annexes détaillent les données et les méthodes retenues pour redresser les données manquantes.

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.

² Cf. arrêtés du 11 décembre 2009 relatif aux états statistiques des entreprises d'assurances et du 21 décembre 2009 relatif aux états statistiques des mutuelles et des institutions de prévoyance.

³ Cf. décret n°2011-467 du 27 avril 2011 relatif aux états statistiques des entreprises d'assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection sociale complémentaire.

⁴ Cf. décret n° 2012-454 du 4 avril 2012 modifiant les états statistiques des entreprises d'assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection sociale complémentaire.

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 se concentre, mais reste très morcelé pour ce qui concerne les mutuelles	11
2. Un poids de l'activité « santé » très variable selon le type d'organismes	15
3. Des couvertures « santé » de nature différente selon le type d'organismes	19
En 2011, un résultat en santé contrasté selon les organismes.....	21
1. En 2011, des résultats « frais de soins » contrastés pour les organismes complémentaires finançant le Fonds CMU.....	22
1.1. En moyenne, une diminution pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, une augmentation du résultat en « frais de soins » pour les mutuelles	22
1.2. Des résultats différenciés selon la nature du contrat -collectif et individuel-	25
1.3. Des écarts entre types d'organismes qui demeurent lorsque l'on tient compte de la taille de chaque organisme en termes de chiffre d'affaires	28
2. Malgré une baisse des résultats nets comptables, des marges de solvabilité peu modifiées.....	30
2.1. En moyenne, une diminution du résultat net comptable pour les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance en 2011	30
2.2. Des marges de solvabilité peu modifiées	31
Des axes d'analyse qui restent à développer	35
1. Une comparaison des frais de gestion entre régimes de base et régimes complémentaires qui nécessite de définir le champ de l'analyse	35
2. Des charges de gestion très variables selon le type d'organismes	38
3. Un impact sur les comptes des organismes de la délégation de gestion d'un régime obligatoire qui ne peut être évalué.....	40
4. Concernant la CMU-C et l'ACS, des résultats fragiles	42
5. Conclusion.....	44
Annexes.....	45
Annexe 1 Article 12 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009.....	47
Annexe 2 Article 11 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012.....	47
Annexe 3 Le champ de l'analyse	48
Annexe 4 Présentation de la méthode de correction pour non-réponse	54
Annexe 5 Correction de l'effet du passage de la contribution à la taxe CMU	58
Annexe 6 Présentation de l'état statistique E5.....	60
Annexe 7 Éléments de cadrage généraux.....	61
Annexe 8 Liste des états réglementaires et statistiques définie dans le code monétaire et financier et dans le code des assurances	65

Résumé

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

- En 2011, le nombre d'organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) a encore diminué de cinquante-cinq 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 la moitié. Malgré ce fort mouvement de concentration, le secteur mutualiste reste très morcelé : sur les 521 mutuelles finançant le Fonds CMU, les 100 premières représentent à elles seules plus de 85 % de l'assiette du Fonds CMU correspondante et les 421 restantes moins de 15 %.
- Même si leur poids se réduit (- 4 points entre 2001 et 2011 dans l'assiette du Fonds CMU), les mutuelles restent prédominantes sur le marché de la « couverture santé complémentaire », avec un poids de 56 % 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 13 % 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 restent cependant nombreuses, elles représentent 84 % des organismes ayant un chiffre d'affaires en santé inférieur à 25 millions (2 % pour les institutions de prévoyance et 14 % pour les sociétés d'assurance) ; leur structure de bilan se différencie nettement de celui des sociétés d'assurance, en particulier des sociétés d'assurance « mixte ».
- 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, 73 % des primes en « frais de soins » des mutuelles et 76 % de celles des sociétés d'assurance « non-vie » correspondent à des contrats individuels, contre 24 % pour les sociétés d'assurance « mixte » et 16 % pour les institutions de prévoyance.
- En 2011, le changement de mode de financement du Fonds CMU (transformation de la contribution en taxe) modifie mécaniquement l'appréciation que l'on peut avoir de l'évolution du marché de l'assurance « santé » : négatif sans prise en compte de cette modification (-0,3 % pour les sociétés d'assurance, -1,0 % pour les institutions de prévoyance et -4,5 % pour les mutuelles), positif après retraitement (+4,6 % pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance et +1,1 % pour les mutuelles).
- Par rapport à l'année 2010, on constate une dégradation des résultats techniques en « frais de soins » pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance et *a contrario* une amélioration de la situation des mutuelles. En pourcentage des primes, le résultat technique en frais de soins diminue, en effet, de 4,8 points pour les sociétés d'assurance « mixte » pour s'établir à -2,5 % ; de 1,8 point pour les sociétés d'assurance « non-vie » pour s'établir à +2,7 % et de 0,6 point pour les institutions de prévoyance pour s'établir à -4,0 %. Il augmente, en revanche, de 0,6 point pour les mutuelles pour s'établir à +1,8 %. L'évolution favorable des mutuelles s'explique par une augmentation de leurs primes (+1,3 %) parallèlement à une baisse de leurs charges de prestations (-0,8 %). En revanche, pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, l'augmentation des charges de prestations est supérieure à celle des primes, dégradant ainsi la situation financière de ces organismes.
- L'examen des comptes globaux des organismes montre en fait que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance (dans leur ensemble) voient leurs résultats nets

comptables diminuer entre 2010 et 2011. Ils s'établissent respectivement à 336 millions, 65 millions et 2,9 milliards d'euros, contre 460 millions, 450 millions et 3,2 milliards d'euros en 2010. Au sein des sociétés d'assurance, les sociétés d'assurance « mixte » et les sociétés « non-vie » connaissent des évolutions différentes. En effet, si les sociétés d'assurance « mixte » enregistrent une diminution de leur résultat net comptable de plus de 40 %, les sociétés d'assurance « non-vie » voient leur résultat net comptable s'améliorer (comme entre 2009 et 2010), passant ainsi de 1,7 milliard d'euros en 2010 à 1,9 milliard d'euros en 2011.

- Ces évolutions n'ont eu que peu d'impact sur la solvabilité des différents types d'organismes. 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 2010. Ceux-ci se sont en effet élevés en moyenne, selon le type d'organisme, entre 104 % et 224 % pour ce qui concerne le taux de couverture des engagements réglementés et entre 123 % et 469 % (sans prise en compte des plus values latentes) pour ce qui concerne le taux de couverture bilantielle de la marge. En 2010, ces taux étaient compris entre 104 % et 161 % d'une part, et entre 112 % et 433 % d'autre part. Comme le fait remarquer l'ACP dans son rapport annuel sur le marché de l'assurance en 2010⁵, 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* ».

- Les résultats techniques en santé sont tirés à la baisse par la gestion des 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 et déficitaires en 2011 à l'exception des sociétés d'assurance « non-vie » qui parviennent tout juste à l'équilibre à 2 millions d'euros près. Si la situation de ces contrats collectifs s'est dégradée entre 2010 et 2011 pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, elle s'est en revanche très légèrement améliorée pour les mutuelles.

- Le poids des contrats collectifs dans l'ensemble des contrats proposés n'explique toutefois pas toutes les différences entre les organismes. Globalement, en effet, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration) dans les primes sont significativement différentes selon les organismes à type de contrat donné : elles s'élèvent à 24,6 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » (26,2 % en contrats individuels et 18,9 % en contrats collectifs), contre 14,4 % seulement pour les institutions de prévoyance (11,5 % en individuels et 14,9 % en collectifs). Pour les sociétés d'assurance « mixte » et les mutuelles, les taux s'établissent respectivement à 21,0 % (32,4 % en contrats individuels et 17,3 % en contrats collectifs) et à 17,5 % (17,5 % en contrats individuels et 17,3 % 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 ».

- Si le passage de la contribution à la taxe Fonds CMU a réduit le poids des charges dans les primes pour les trois catégories d'organismes, l'ampleur de la baisse apparaît sensiblement différente entre mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance. Vu les évolutions constatées entre 2010 et 2011, certains organismes n'avaient pas dû intégrer la contribution dans leur compte de charges en 2010.

- Enfin, l'exercice demandé au Gouvernement, par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 consistant à comparer les coûts de gestion des complémentaires « santé » d'une part, et des organismes de base de l'assurance maladie d'autre part, apparaît particulièrement complexe ; les activités des organismes complémentaires et des organismes de base étant par nature différentes et imbriquées. Cet exercice nécessite que soit défini, au préalable, l'objectif et le champ de la comparaison.

⁵ ACP : le marché de l'assurance en 2010, octobre 2011.

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

En 2011, le nombre d'organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) s'élève à 1 074, soit cinquante-cinq de moins qu'en 2010. En cinq ans, ce nombre s'est réduit de plus de 550 unités. Ce mouvement de concentration engagé depuis le milieu des années 1990 concerne particulièrement les mutuelles dont le nombre s'est réduit de plus de 480 en cinq ans.

Ce chapitre présente les principales caractéristiques du secteur et plus particulièrement de celui 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 ...

1. Un secteur d'activité qui se concentre, mais reste très morcelé pour ce qui concerne les mutuelles

En 2011, le nombre d'organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) a encore diminué de cinquante-cinq unités. Cette diminution, qui concerne l'ensemble du secteur, touche aussi celui de la complémentaire santé.

Parmi les organismes contrôlés par l'ACP on dénombrait, en effet, 1 074 organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance en 2011 : 351 sociétés régies par le code des assurances, 51 institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale, et 672 mutuelles régies par le code de la mutualité. En 2010, 2009 et 2006, première année de l'exercice, leur nombre s'élevait respectivement à 1 129, 1 268 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'ACP	au 31/12/2006	au 31/12/2009	au 31/12/2010	au 31/12/2011
Sociétés d'assurance vie et mixte	115		103	102	103
Sociétés d'assurance non-vie	263		244	235	229
Sociétés de réassurance	29		21	20	19
Code des assurances	407		368	357	351
Institutions de prévoyance	66		56	53	51
Code de la Sécurité sociale	66		56	53	51
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance <i>dont mutuelles substituées (1)</i>	1 158 484		844 318	719 233	672 219
Code de la mutualité	1 158		844	719	672
Total des organismes d'assurance contrôlés par l'ACP	1 631		1 268	1 129	1 074

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

Source : ACP

Ce mouvement de concentration, qui concerne l'ensemble du secteur, touche plus particulièrement les mutuelles (avec 486 mutuelles du livre II en moins en 2011 par rapport à 2006, sur une diminution totale de 557 organismes). « *La concurrence toujours très vive entre les organismes et la complexification du métier d'assureur complémentaire poussent cette année encore les organismes à adapter leur stratégie et à rechercher une taille critique pour se développer sur le long terme* »⁶.

Le mouvement de concentration des mutuelles a été en effet largement accentué à partir de 2002 avec la transposition par ordonnance à ces organismes des directives européennes relatives aux assurances. Il s'est même amplifié, en 2007 et 2008 avec les relèvements du seuil du fonds minimum

⁶ Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACP, 2011.

de garantie obligatoire (niveau minimal de fonds propre) pour toute mutuelle exerçant une activité d'assurance : celui-ci a été porté le 20 mars 2007 de 225 K€ à 1,5 M€ en complémentaire santé, et de 600 K€ à 2,25 M€ en assurance-vie, et le 1^{er} janvier 2008 respectivement à 1,6M€ et 2,4M€. Au 1^{er} janvier 2010, celui-ci, a été à nouveau relevé à 1,8 M€ pour les organismes non-vie (complémentaires santé) et 2,6M€ pour les organismes pratiquant des opérations d'assurance vie.

Avec la mise en application dans les prochaines années des nouvelles règles prudentielles dites « SOLVABILITÉ II », ce mouvement de concentration devrait encore se poursuivre.

Ainsi, sur le seul champ de la santé, alors que le Fonds CMU comptabilisait 682⁷ organismes assurant une couverture santé complémentaire en 2011 (560 mutuelles, 93 sociétés d'assurance et 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 60 % entre 2001 et 2011 (cf. tableau 2).

Tableau 2 - Évolution 2001-2011 du nombre d'organismes finançant Fonds CMU

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%
<i>tx d'évolution cumulé 2011-2001</i>	-21%	-49%	-63%	-60%

(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 2011

Cette diminution est encore plus forte si l'on ne tient compte que des seuls organismes encore actifs au 31 décembre 2011. Ainsi, parmi les 560 mutuelles versant une taxe au Fonds CMU au cours de l'année 2011, 521 sont encore actives au 31 décembre 2011 (dont 7 inactives au 1^{er} janvier 2012). Ceci est dû principalement à des transferts de portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent.

⁷ 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.

Tableau 3 - Nombre de mutuelles finançant le Fonds CMU au 31 décembre 2009, 2010 et 2011 après prise en compte des fusions et transferts ayant eu lieu au cours de l'année considérée

	au 31/12/2009	au 31/12/2010	au 31/12/2011
Mutuelles livre II finançant le Fonds CMU (source Fonds CMU)	618	560	521
. dont substituées (1) (source ACP)	154	135	123
. dont non substituées (source ACP)	464	420	391
. dont plus en activité au 1er janvier de l'année suivante (source ACP)	0	5	7

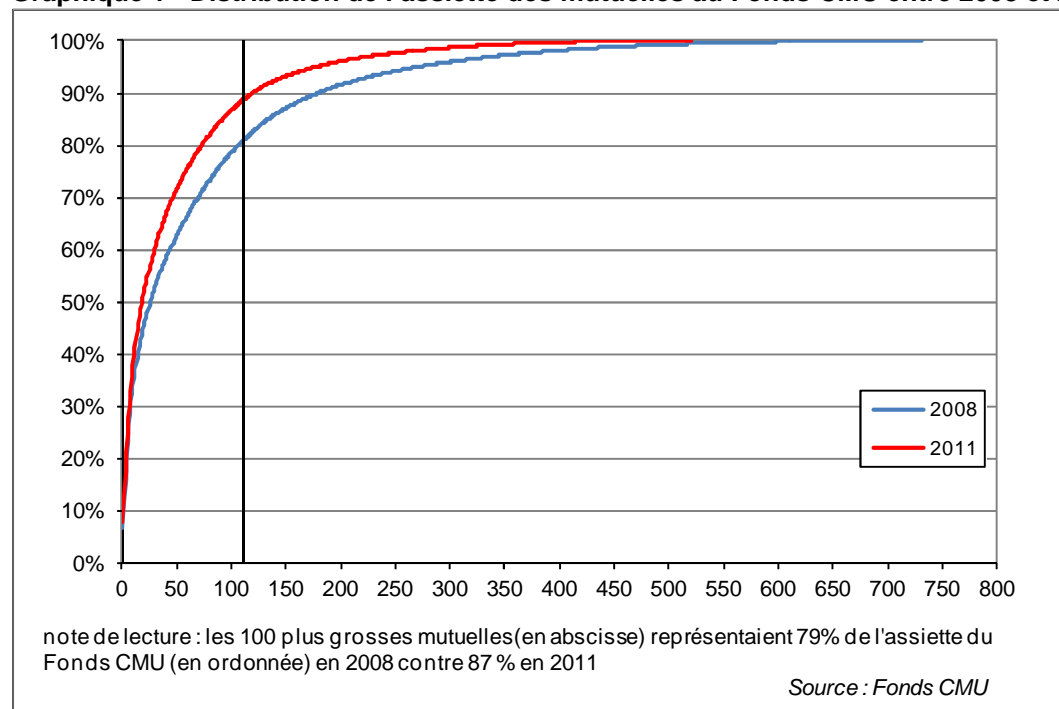
(1) mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre assureur.

Source : ACP et Fonds CMU

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 87 % de l'assiette du Fonds CMU et les 421 restantes seulement 13 % (cf. graphique 1).

Notons cependant que sur les 521 mutuelles enregistrées au Fonds CMU à la fin de l'année 2011, 123 étaient des mutuelles substituées pour lesquelles le risque financier est porté par une autre mutuelle (cf. tableau 3).

Graphique 1 - Distribution de l'assiette des mutuelles au Fonds CMU entre 2008 et 2011



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 retraitement des unions (cf. encadré 1), on constate que plus de la moitié des mutuelles non substituées (56 %) ont un chiffre d'affaires global inférieur à 10 millions d'euros (soit 222 mutuelles sur 398), contre environ 7 % pour les institutions de prévoyance (soit 2 institutions de prévoyance sur 29) et 10% des sociétés d'assurance (soit 10 sociétés d'assurance sur les 87) (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'ACP 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'ACP parce qu'ils sont contrôlés par l'autorité de contrôle du pays dont ils dépendent (il s'agit de cinq 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 31/12/2011

	Nombre d'organismes contrôlés par l'ACP	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	103	16	16	100,0%
Sociétés d'assurance non-vie	229	71	67	99,94%
Sociétés de réassurance	19	0	0	0,0%
Code des assurances	351	87	83	99,96%
Institutions de prévoyance	51	29	29	100,0%
Code de la Sécurité sociale	51	29	29	100,0%
Mutuelles substituées - Livre II (1)	219	85	<i>non retenus (4)</i>	<i>(6)</i>
Mutuelles non substituées - Livre II	453	398	352	98,8%
Code de la mutualité - Livre II - pratiquant des opérations d'assurance	672	483	352	98,8%
Total	1 074	599	464	

(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 2012, après prise en compte des fusions et des absorptions et retraitement des unions.

(3) organismes pour lesquels l'ACP avait reçu les comptes (même incomplets) au 10 septembre 2012 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 85 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'ACP 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 85 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 0,03 % des mutuelles finançant le Fonds CMU.

Ainsi sur les 1 074 organismes contrôlés par l'ACP 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'ACP avant le 10 septembre et renseigné l'état prudentiel C1 « résultats techniques par contrats » – hors mutuelles substituées) s'élève à 464 organismes. Notons qu'en termes d'assiette de cotisations, ces 464 organismes représentent presque l'intégralité des organismes contrôlés par l'ACP et finançant le Fonds CMU (100 % des IP, presque 100 % des sociétés d'assurance et 98,8 % des mutuelles non substituées).

Par rapport à l'année dernière le taux de non-réponse des mutuelles non substituées est resté stable : les comptes retenus pour l'analyse représentaient 96,1 % de l'assiette des mutuelles non substituées du Fonds CMU en 2009, et 98,7 % en 2010. Les redressements effectués pour non-réponse ont ainsi été limités (cf. annexe 4), du moins en ce qui concerne l'analyse des comptes globaux. Les actions engagées par l'ACP auprès des organismes pour que ceux-ci transmettent leur dossier annuel sous format informatique expliquent en partie ce résultat. Il est aussi imputable au mouvement de concentration du secteur.

L'analyse a dû cependant être réduite à un nombre plus 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 464 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 453 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 438 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. 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 2011

Chiffre d'affaires total en euros	nombre d'organismes				
	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	ENSEMBLE
<10 millions	2	180 (42)	1	5 (4)	188 (46)
entre 10 et 50 millions	4	94 (4)	2	8	108 (4)
entre 50 et 200 millions	8	58	2	19	87
entre 200 et 500 millions	9	11	3	12	35
entre 500 millions et un milliard	3	7	2	9	21
entre 1 et 1,5 milliard	0	1	1	5	7
> 1,5 milliard	3	1	5	9	18
TOTAL	29	352 (46)	16	67 (4)	464 (50)

Champ : organismes finançant le Fonds CMU (hors mutuelles substituées). Entre parenthèses, les organismes pour lesquels on ne dispose pas des comptes.

Source : ACP, calculs DREES

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

Les mutuelles sont prédominantes sur le champ de la santé. Même si leur poids se réduit (-4 points entre 2001 et 2011 dans l'assiette du Fonds CMU), elles représentent toujours plus de 56 % 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 17 % et 27 % (17 % et 29 % dans les primes émises – données comptables) (cf. tableaux 6 et 7).

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

	2 001	2 005	2 010	2 011
montant en millions d'euros				
Mutuelles	10 596	14 452	17 665	17 248
Sociétés d'assurance	3 279	5 788	8 469	8 267
Institutions de prévoyance	3 692	4 225	5 257	5 160
Total	17 567	24 465	31 391	30 676
part de marché en %				
Mutuelles	60,3%	59,1%	56,3%	56,2%
Sociétés d'assurance	18,7%	23,7%	27,0%	27,0%
Institutions de prévoyance	21,0%	17,3%	16,7%	16,8%
Total	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 16 % du total de l'activité des organismes d'assurance finançant le Fonds CMU, contre 75 % pour les sociétés d'assurance (cf. tableau 7).

Tableau 7 - Part de l'activité « dommages corporels » et « santé » dans l'ensemble de l'activité des organismes d'assurance finançant le Fonds CMU

Activité en 2011 (en %) (1)	Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Ensemble des organismes
part des différentes activités pour chaque type d'organisme					
Total général	100%	100%	100%	100%	100%
Vie	82%	0%	4%	21%	35%
Non-Vie	18%	100%	96%	79%	65%
dont "Dommages corporels (2)"	12%	22%	93%	69%	34%
dont "Santé"	7%	13%	88%	47%	26%
part de chaque type d'organisme dans l'activité concernée					
Total général	39%	36%	16%	9%	100%
Vie	93%	0%	2%	6%	100%
Non-Vie	11%	55%	23%	11%	100%
dont "Dommages corporels"	15%	23%	43%	19%	100%
dont "Santé"	11%	18%	54%	17%	100%

(1) On entend par activité le montant des primes.

(2) Dommages corporels : santé, incapacité-invalidité et dépendance.

Champ : organismes finançant le Fonds CMU.

Source : ACP, calculs DREES, mutuelles redressées pour non-réponse (cf. annexe 4)

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 imposées aux organismes pratiquant des opérations d'assurance (cf. encadré 2).

Encadré 2 La double spécialisation du marché des assurances

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

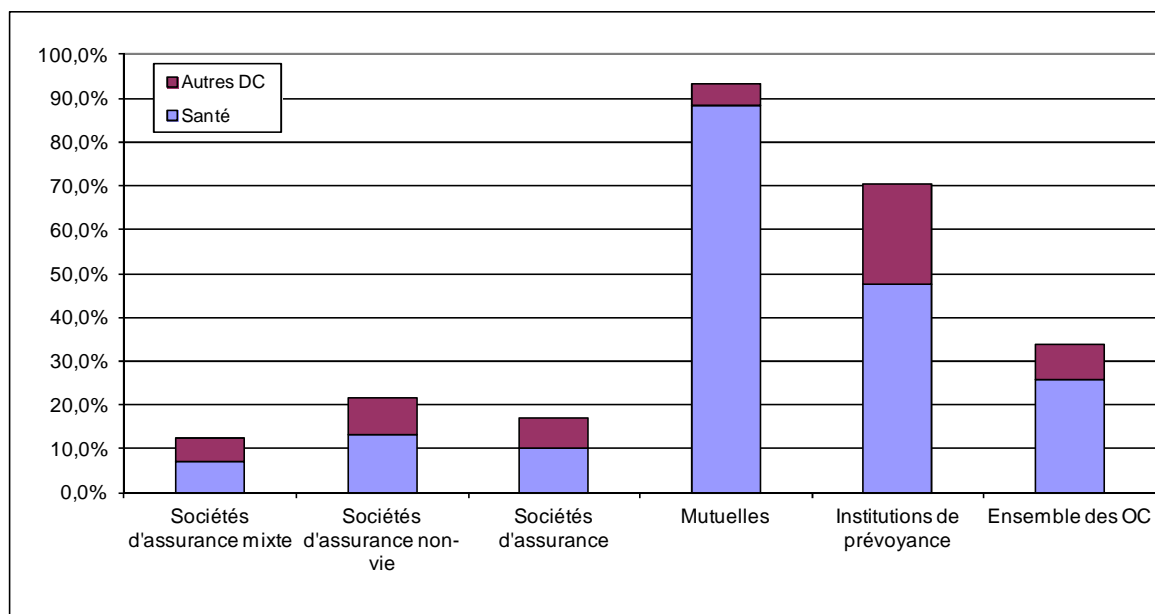
En premier lieu, l'activité d'assurance doit être isolée au sein d'un périmètre juridique spécifique où il ne peut y avoir d'activité en dehors de l'assurance. Doivent être ainsi distinguées les mutuelles ayant des activités d'assurance proprement dites (mutuelles du Livre II du code de la mutualité) 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 auein 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 88 % pour les mutuelles (cf. tableau 7 et graphique 2).

Graphique 2 - Poids de la « santé » et des « autres dommages corporels » dans l'activité des organismes d'assurance finançant le Fonds CMU, en 2011



Champ : organismes finançant le Fonds CMU.

Source : données ACP, calculs DREES

Cette spécialisation « santé » des mutuelles a deux conséquences :

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

Sur les 338 organismes au chiffre d'affaires « santé » inférieur à 25 millions d'euros (organismes de petite taille en termes de chiffre d'affaires santé) on constate, en effet, que le nombre de mutuelles s'élève à 285 (soit à 84 % 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 14 % 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 8).

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

Tableau 8 – Ventilation des organismes selon leur chiffre d'affaires « frais de soins » en 2011

nombre d'organismes

Chiffre d'affaires en santé en euros	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Sociétés d'assurance mixtes	Sociétés d'assurance non-vie	ENSEMBLE
<5 millions	1 (1)	129 (40)	4	18 (5)	152 (46)
entre 5 et 25 millions	5	104 (12)	4	15	128 (12)
entre 25 et 100 millions	10	72 (3)	1	16	99 (3)
entre 100 et 250 millions	5	23	2	11	41
entre 250 millions et un milliard	6	13	4	5	28
> 1 milliard	1	2	1	1	5
TOTAL	28 (1)	343 (55)	16	66 (5)	453 (61)

Champ : organismes finançant le Fonds CMU (hors mutuelles substituées). Entre parenthèses, les organismes n'ayant pas répondu aux états prudentiels C1 et C4 (cf. annexe 4).

Source : ACP, calculs DREES

- Elle n'est pas neutre sur leur structure de 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 »⁸ en couverture des engagements pris vis-à-vis des assurés. Le poids des provisions au passif du bilan est relativement faible : ces mutuelles ne représentent ainsi que 2 % des provisions réalisées par l'ensemble des organismes finançant le Fonds CMU alors que le poids de leur activité s'élève à 16 % (cf. tableau 9). Les sociétés d'assurance « mixte » qui assurent pour l'essentiel des risques longs pèsent en revanche pour près de 78 % dans les provisions réalisées par l'ensemble des organismes finançant le Fonds CMU alors que leur poids dans l'activité totale n'est que de 39 %. 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) (cf. tableau 10).

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 9 – Poids des organismes dans l'activité et les postes du bilan 2011

	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"	126	100%	39%	36%	16%	9%
Chiffre d'affaires "activité santé"	32	100%	11%	18%	54%	17%
Compte de Bilan						
les fonds propres	65	100%	27%	35%	21%	16%
les provisions	459	100%	78%	15%	2%	6%
les provisions en UC	73	100%	100%	0%	0%	0%
les autres passifs	78	100%	69%	20%	6%	5%
Total passif	676	100%	74%	16%	4%	6%
les réassureurs	39	100%	53%	28%	6%	12%
les placements	504	100%	74%	16%	4%	6%
les placements en UC	72	100%	100%	0%	0%	0%
les autres actifs	61	100%	56%	28%	7%	9%
Total actif	676	100%	74%	16%	4%	6%
Plus-values latentes	17	100%	-12%	103%	6%	3%
Bilan en valeur de marché	693	100%	72%	18%	4%	6%

Champ : organismes finançant le Fonds CMU.

Source : ACP, calculs DREES, mutuelles redressées pour tenir compte de la non-réponse (cf. annexe 4)

⁸ Cf. rapport annuel de l'ACP, octobre 2010.

Tableau 10 – Les principaux postes du bilan en % des provisions pour les organismes finançant le Fonds CMU

	sociétés d'assurance mixte			sociétés d'assurance non-vie		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Passif :						
Fonds propres	5,4%	5,3%	4,9%	28,1%	28,7%	33,2%
Provisions	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Provisions en UC	23,5%	23,0%	20,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Autres passifs	13,4%	14,5%	14,9%	17,2%	22,1%	22,6%
Total passif	142,3%	142,8%	140,4%	145,3%	150,8%	155,8%
Actif :						
Réassureurs	6,1%	6,2%	5,9%	14,0%	16,1%	16,2%
Placements	105,0%	105,9%	104,7%	108,5%	112,0%	114,5%
Placements en UC	23,1%	22,7%	20,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Autres actifs	8,0%	8,0%	9,6%	22,8%	22,7%	25,0%
Total actif	142,3%	142,8%	140,4%	145,3%	150,8%	155,8%
Plus-values latentes	4,1%	0,0%	-0,6%	16,9%	27,4%	24,6%
Bilan en valeur de marché	146,4%	145,4%	139,8%	162,2%	178,2%	180,4%

	mutuelles			institutions de prévoyance		
	2009	2010	2011 (1)	2009	2010	2011
Passif :						
Fonds propres	116,9%	116,5%	180,8%	43,8%	44,4%	41,6%
Provisions	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Provisions en UC	0,2%	0,2%	0,1%	0,5%	0,4%	0,3%
Autres passifs	39,1%	39,3%	65,6%	16,0%	14,3%	14,9%
Total passif	258,8%	258,7%	350,8%	160,3%	159,1%	156,8%
Actif :						
Réassureurs	15,0%	16,4%	29,9%	18,2%	18,5%	19,0%
Placements	209,9%	207,5%	266,3%	121,6%	120,8%	117,3%
Placements en UC	0,3%	0,2%	0,0%	0,3%	0,2%	0,2%
Autres actifs	33,6%	34,5%	54,7%	20,1%	19,6%	20,3%
Total actif	258,8%	258,7%	350,8%	160,3%	159,1%	156,8%
Plus-values latentes	2,9%	7,8%	12,1%	7,3%	9,5%	2,3%
Bilan en valeur de marché	261,7%	266,4%	362,9%	167,6%	168,7%	159,1%

(1) La modification de la structure des mutuelles est principalement due au transfert de la majeure partie des engagements de l'Union nationale de prévoyance de la mutualité française vers la société d'assurance MUTEX.

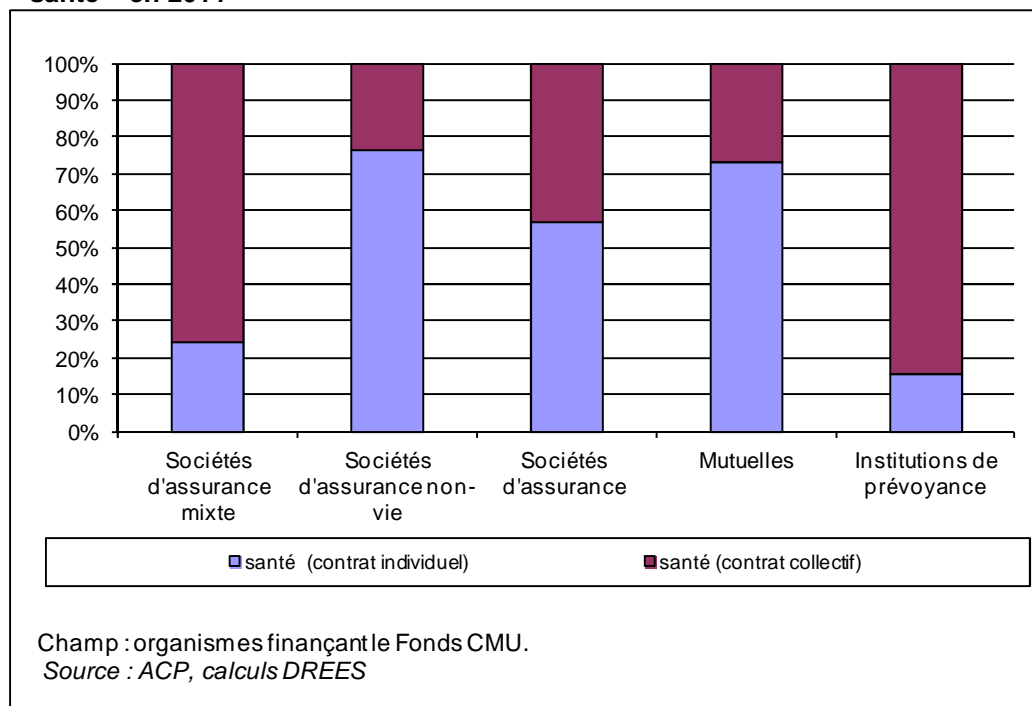
Champ : organismes finançant le Fonds CMU.

Source : ACP, calculs DREES

3. Des couvertures « 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 : 84 % des primes en « frais de soins » des institutions de prévoyance et 76 % de celles des sociétés d'assurance « mixte » correspondent à des contrats collectifs, contre respectivement 24 % et 27 % de celles des sociétés d'assurance « non-vie » et des mutuelles (cf. graphique 3). 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 3 - Le poids des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des primes « santé » en 2011



En 2011, un résultat en santé 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, 2010 et 2011. Toutefois, le passage en 2011 de la contribution CMU-C à la taxe CMU-C rend l'exercice difficile, cette comparaison nécessite en effet que l'on s'appuie sur des données à méthode de comptabilisation identique (cf. encadré 3). La comparaison ne porte ainsi que sur les années 2010 et 2011.

Cette comparaison montre que l'évolution des résultats est relativement contrastée : favorable pour les mutuelles et défavorable pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance.

L'examen plus détaillé des comptes montre, en outre, 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. Dès lors le poids que ces contrats représentent dans l'activité des organismes constitue un élément explicatif de leurs différences de résultat. 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, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration) en pourcentage des primes sont significativement différentes selon les organismes à type de contrat donné. La taille des organismes constitue aussi un autre facteur explicatif des différences. Les écarts constatés entre les différents types d'organismes (sociétés d'assurance « mixte », sociétés d'assurance « non-vie », mutuelles et institutions de prévoyance) demeurent toutefois lorsque l'on tient compte de la taille des organismes en termes de chiffre d'affaires en santé.

Enfin malgré une baisse de leur résultat net global, les marges de solvabilité des organismes finançant le Fonds CMU sont peu modifiées.

Encadré 3 : Impact du passage de la contribution « CMU-C » à la taxe « CMU-C »

En 2011, la contribution versée au Fonds CMU au taux de 5,9% est devenue une taxe au taux de 6,27%, neutre financièrement pour le Fonds CMU dans la mesure où l'assiette de la contribution était y compris contribution et l'assiette de la taxe est hors taxe (cf. annexe 5). Sans incidence sur le résultat comptable des organismes, ce passage a un impact sur l'évolution du chiffre d'affaires santé des organismes et de leurs charges de gestion (en particulier, leurs autres charges de gestion) qui baissent mécaniquement. Aussi, pour que l'évolution entre 2010 et 2011 puisse être interprétée et analysée sans biais, les résultats présentés dans cette partie (à l'exception de l'analyse de la dispersion) ont été calculés hors contribution et hors taxe. Entre 2010 et 2011, le chiffre d'affaires en santé ainsi recalculé augmente de 4,6 % pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance et de 1,1 % pour les mutuelles, d'après les données collectées par l'ACP.

Tableau 11 : Comparaison de l'assiette Fonds CMU et du chiffre d'affaires « santé » tiré des données ACP avant et après retraitement* (en M€)

			2010	2011	Evol 11-10
Sociétés d'assurance	données Fonds CMU	Assiette brute	8 469	8 267	-2,4%
		Assiette hors taxe et hors contribution	7 969	8 220	3,1%
	données ACP	Assiette brute	9 533	9 506	-0,3%
		Assiette hors taxe et hors contribution	9 048	9 460	4,6%
Institutions de prévoyance	données Fonds CMU	Assiette brute	5 257	5 160	-1,8%
		Assiette hors taxe et hors contribution	4 947	5 144	4,0%
	données ACP	Assiette brute	5 404	5 350	-1,0%
		Assiette hors taxe et hors contribution	5 101	5 334	4,6%
Mutuelles	données Fonds CMU	Assiette brute	17 665	17 248	-2,4%
		Assiette hors taxe et hors contribution	16 623	17 232	3,7%
	données ACP	Assiette brute	18 223	17 400	-4,5%
		Assiette hors taxe et hors contribution	17 202	17 385	1,1%

* La méthode de calcul des données hors taxe et hors contribution est présentée annexe 5.

Source : Fonds CMU et ACP, calculs DREES

1. En 2011, des résultats « frais de soins » contrastés pour les organismes complémentaires finançant le Fonds CMU

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

Pour l'année 2011 on constate une dégradation des résultats techniques en « frais de soins », des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance et *a contrario* une amélioration de la situation des mutuelles.

En pourcentage des primes, le résultat technique en frais de soins diminue en effet de 4,8 points pour les sociétés d'assurance « mixte » pour s'établir à -2,5 % ; de 1,8 point pour les sociétés d'assurance « non-vie » pour s'établir à +2,7 % et de 0,6 point pour les institutions de prévoyance pour s'établir à -4,0 %. Il augmente en revanche de 0,6 point pour les mutuelles pour s'établir à +1,8 % (cf. graphiques 4 et 4bis et tableau 11).

Graphique 4 et 4bis – Résultat technique « santé » des organismes finançant le Fonds CMU entre 2010 et 2011 (en millions d'euros et en pourcentage des primes émises hors taxe et hors contribution)

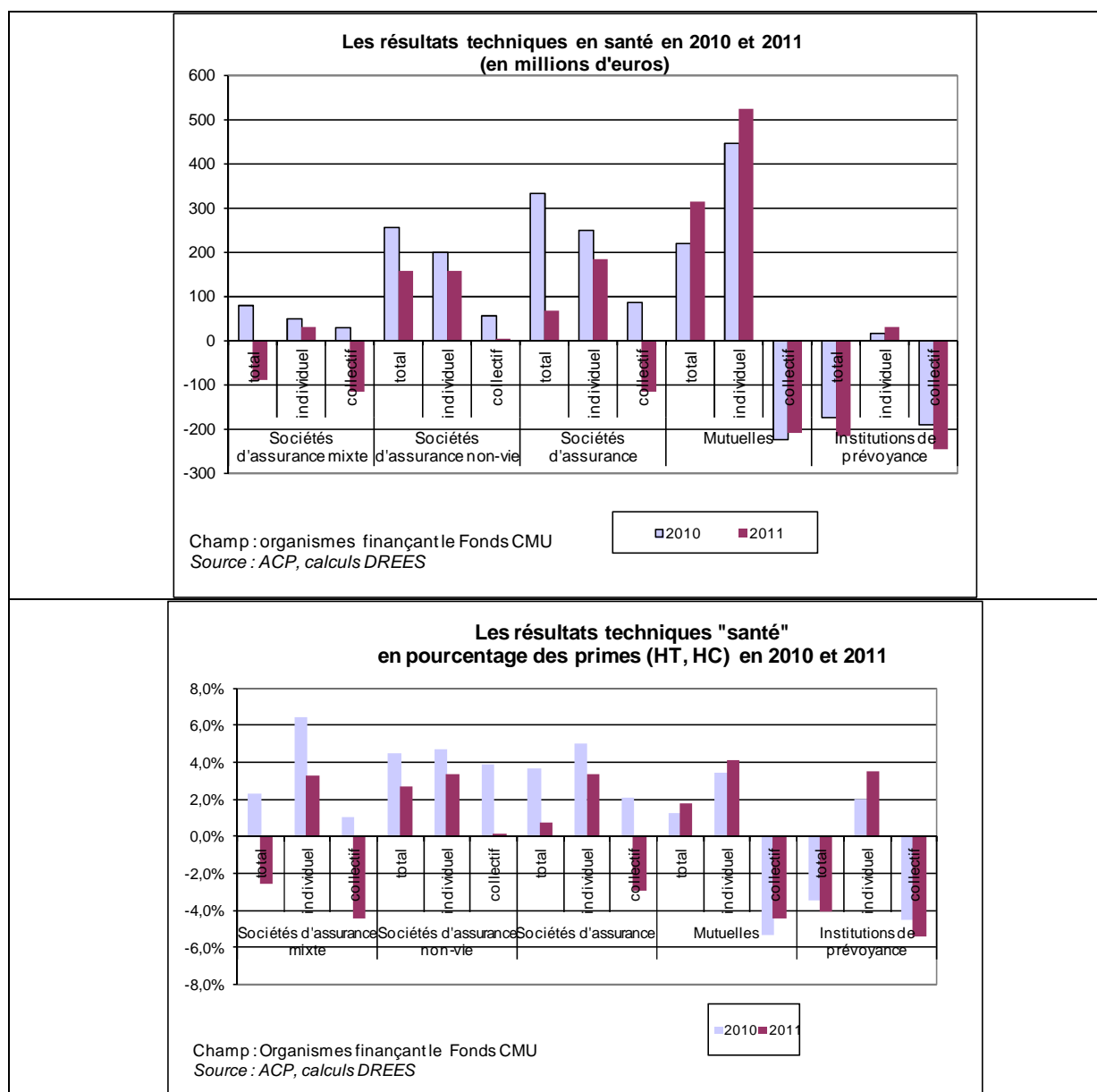


Tableau 11 - Le compte de résultat technique « santé » en 2010 et 2011 (hors taxe et hors contribution)

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

	2010				2011			
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)
Primes acquises	777	2 599	3 376	100%	864	2 664	3 528	100%
- dont primes émises	778	2 599	3 377	100%	862	2 664	3 526	100%
Charges de prestations(-)	- 564	- 2 315	- 2 879	-85%	-602	-2 483	-3 085	-87%
- dont sinistres payés	- 506	- 2 196	- 2 702	-80%	-528	-2 310	-2 838	-80%
- dont frais de gestion	- 56	- 152	- 208	-6%	-43	-140	-183	-5%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	0	- 44	- 44	-1%	0	5	5	0%
Produits financiers	8	40	49	1%	8	26	34	1%
Frais d'acquisition (-)	- 141	- 223	- 365	-11%	-174	-198	-372	-11%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 28	- 16	- 44	-1%	- 66	- 120	-185	-5%
Solde réassurance(-)	- 3	- 13	- 16	0%	-3	-12	-14	0%
Résultat technique	50	27	77	2,3%	28	-118	-90	-2,5%

Santé - Sociétés d'assurances non-vie - millions d'euros

	2010				2011			
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)
Primes acquises	4 160	1 448	5 608	100%	4 606	1 320	5 926	100%
- dont primes émises	4 203	1 468	5 671	101%	4 615	1 319	5 934	100%
Charges de prestations(-)	- 3 102	- 1 238	- 4 340	-77%	-3 460	-1 155	-4 615	-78%
- dont sinistres payés	- 2 822	- 1 168	- 3 991	-71%	-3 254	-1 098	-4 352	-73%
- dont frais de gestion	- 251	- 63	- 315	-6%	-226	-58	-284	-5%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 3	- 13	- 15	0%	-1	-4	-6	0%
Produits financiers	41	19	60	1%	46	14	59	1%
Frais d'acquisition (-)	- 670	- 140	- 810	-14%	-711	-124	-835	-14%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 202	- 26	- 228	-4%	- 272	- 66	-338	-6%
Solde réassurance(-)	- 27	6	- 21	0%	-52	18	-34	-1%
Résultat technique	197	57	253	4,5%	156	2	158	2,7%

Santé - Sociétés d'assurances - millions d'euros

	2010				2011			
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)
Primes acquises	4 937	4 047	8 984	100%	5 471	3 984	9 454	100%
- dont primes émises	4 980	4 067	9 048	101%	5 477	3 983	9 460	100%
Charges de prestations(-)	- 3 665	- 3 553	- 7 218	-80%	- 4 062	- 3 638	-7 700	-81%
- dont sinistres payés	- 3 328	- 3 365	- 6 693	-74%	- 3 782	- 3 409	-7 191	-76%
- dont frais de gestion	- 307	- 216	- 523	-6%	- 268	- 198	- 466	-5%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 3	- 57	- 59	-1%	- 1	0	- 1	0%
Produits financiers	49	60	109	1%	54	39	94	1%
Frais d'acquisition (-)	- 811	- 364	- 1 175	-13%	- 885	- 322	-1 207	-13%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 230	- 43	- 272	-3%	- 337	- 186	- 523	-6%
Solde réassurance(-)	- 30	- 7	- 37	0%	- 55	7	- 48	-1%
Résultat technique	247	84	331	3,7%	185	- 117	68	0,7%

Santé - Institutions de prévoyance - millions d'euros

	2010				2011			
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)
Primes acquises	808	4 292	5 100	100%	830	4 516	5 346	100%
- dont primes émises	808	4 292	5 101	100%	818	4 516	5 334	100%
Charges de prestations(-)	- 754	- 4 073	- 4 827	-95%	-745	-4 376	-5 121	-96%
- dont sinistres payés	- 695	- 3 755	- 4 450	-87%	-720	-4 087	-4 808	-90%
- dont frais de gestion	- 33	- 216	- 249	-5%	-31	-229	-261	-5%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 0	- 22	- 22	0%	0	-31	-31	-1%
Produits financiers	7	27	34	1%	5	25	30	1%
Frais d'acquisition (-)	- 37	- 207	- 244	-5%	-33	-244	-277	-5%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 4	- 172	- 176	-3%	- 31	- 199	-231	-4%
Solde réassurance(-)	- 4	- 37	- 41	-1%	3	66	69	1%
Résultat technique	16	-192	-176	-3,4%	29	-245	-216	-4,0%

Santé - Mutuelles - millions d'euros

	2010				2011			
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)
Primes acquises	12 941	4 248	17 189	100%	12 676	4 745	17 420	100%
- dont primes émises	12 953	4 248	17 202	100%	12 643	4 741	17 385	100%
Charges de prestations(-)	-10 872	- 3 967	-14 839	-86%	-10 399	-4 316	-14 715	-84%
- dont sinistres payés	-10 165	- 3 687	-13 853	-81%	-9 968	-4 098	-14 066	-81%
- dont frais de gestion	- 558	- 192	- 750	-4%	-508	-208	-716	-4%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 12	- 19	- 31	0%	-5	-33	-37	0%
Produits financiers	67	16	83	0%	26	5	31	0%
Frais d'acquisition (-)	- 704	- 219	- 923	-5%	-671	-235	-906	-5%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 918	- 281	- 1 200	-7%	- 1 043	- 380	-1 424	-8%
Solde réassurance(-)	- 63	- 4	- 67	0%	-59	3	-55	0%
Résultat technique	438	-226	211	1,2%	524	-210	314	1,8%

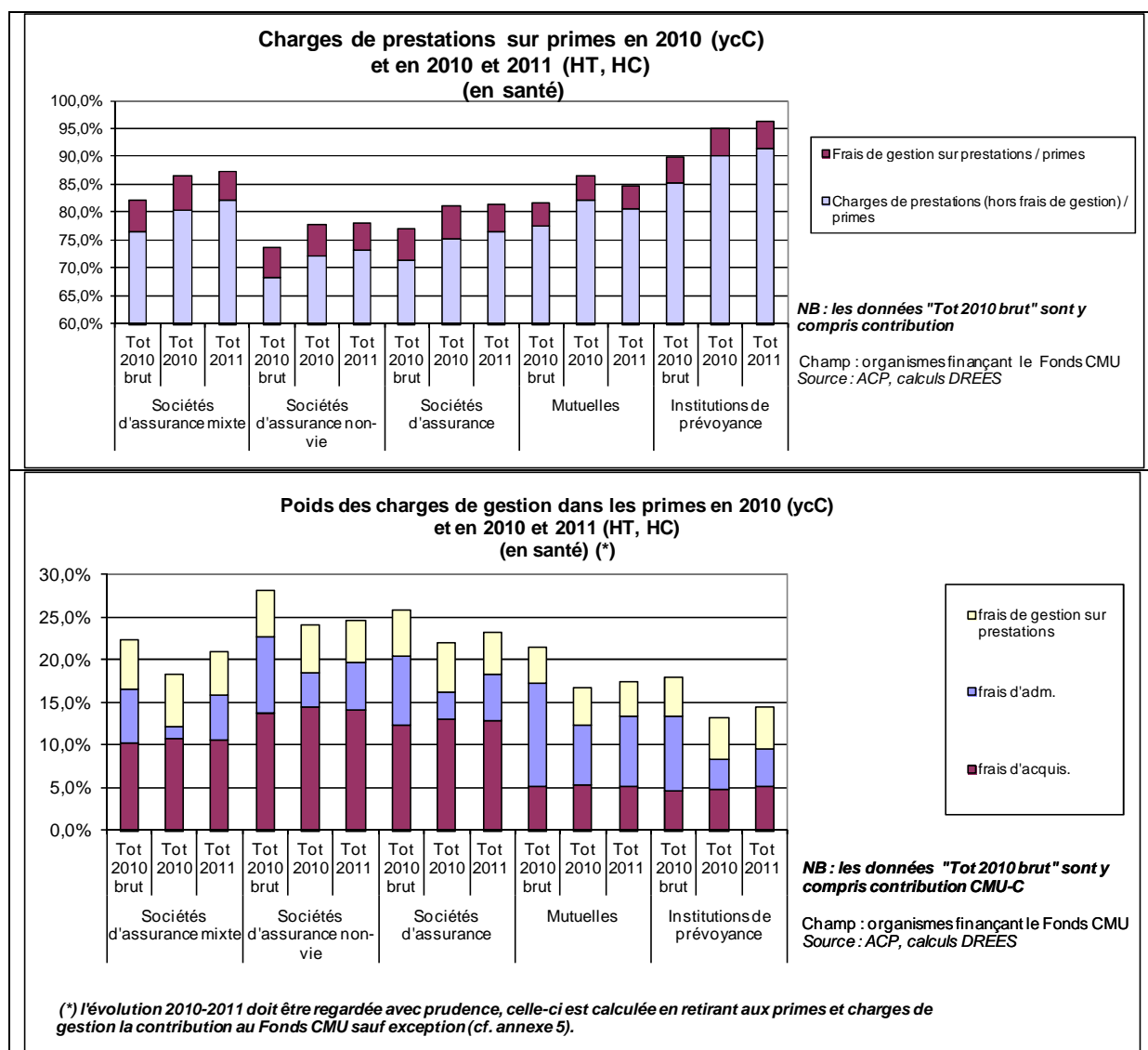
NB : Les charges de prestations incluent les sinistres et rentes payés nets de recours, les frais de gestion des sinistres et des rentes, les variations de provisions (pour sinistres, pour recours et autres) et les charges de provisions vie, déduction faite des participations aux résultats incorporées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

Source : ACP, 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)

L'évolution favorable des mutuelles s'explique par une augmentation de leurs primes (+ 1,3 %) parallèlement à une baisse de leurs charges de prestations (-0,8 %). En revanche, pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, l'augmentation des charges de prestations est supérieure à celle des primes, dégradant ainsi la situation financière de ces organismes.

Ainsi, comme on le voit sur le graphique ci-dessous le poids des charges de prestations (hors frais de gestion sur prestations payées) dans les primes augmente légèrement entre 2010 et 2011 pour les sociétés d'assurance et pour les institutions de prévoyance, alors qu'il diminue de 1,5 point pour les mutuelles (cf. graphiques 5 et 5bis). Les charges de prestations –hors frais de gestion sur prestations payées – s'élèvent en pourcentage des primes à 82,1 % en 2011 pour les sociétés d'assurance « mixte » (contre 80,4 % en 2010 hors contribution au Fonds CMU) ; à 73,2 % en 2011 pour les sociétés d'assurance « non-vie » (contre 72 % en 2010 hors contribution au Fonds CMU) ; à 91,5 % pour les institutions de prévoyance (contre 90,2 % en 2010 hors contribution au Fonds CMU) ; et à 80,6 % en 2011 pour les mutuelles (contre 82,1 % en 2010 hors contribution au Fonds CMU).

Graphiques 5 et 5 bis – Poids des charges dans les primes pour l'activité « santé » en 2010 et 2011 (hors taxe et hors contribution)



Le poids des charges de gestion dans les primes (hors taxe et hors contribution au Fonds CMU) est quant à lui passé entre 2010 et 2011 :

- de 18,3% à 21% pour les sociétés d'assurance « mixte » (il était de 22,3% en 2010 y compris contribution au Fonds CMU) ;
- de 24,1% à 24,6% pour les sociétés d'assurance « non-vie » (il était de 28,1% en 2010 y compris contribution au Fonds CMU) ;
- de 16,7% à 17,5% pour les mutuelles (il était de 21,4% en 2010 y compris contribution au Fonds CMU) ;
- et de 13,1% à 14,4% pour les institutions de prévoyance (il était de 18,0% en 2010 y compris contribution au Fonds CMU).

Ces évolutions doivent être regardées avec prudence, le graphique comparant les données 2010 y compris et hors contribution montre, en effet, que la correction apportée pour l'année 2010 pour passer à une comptabilité hors contribution (qui est de l'ordre attendu de -5 points environ) est sûrement trop forte au regard de l'évolution « hors taxe - hors contribution » 2010 – 2011. Vu l'évolution 2010-2011, certains organismes n'avaient pas dû intégrer la contribution dans leur compte de charges en 2010, comme on l'a supposé dans les calculs réalisés pour passer à des données « hors contribution - hors taxe », au regard des réponses faites l'année dernière à l'état E5 (cf. annexe 5). Cette correction ne tient en outre pas compte d'éventuels décalages temporels entre les montants de la contribution enregistrés par le Fonds CMU et ceux comptabilisés dans les comptes des organismes.

1.2. Des résultats différenciés selon la nature du contrat -collectif et individuel-

L'examen plus détaillé des comptes (cf. graphiques 4 et 4bis et le tableau 11) montre, que 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.

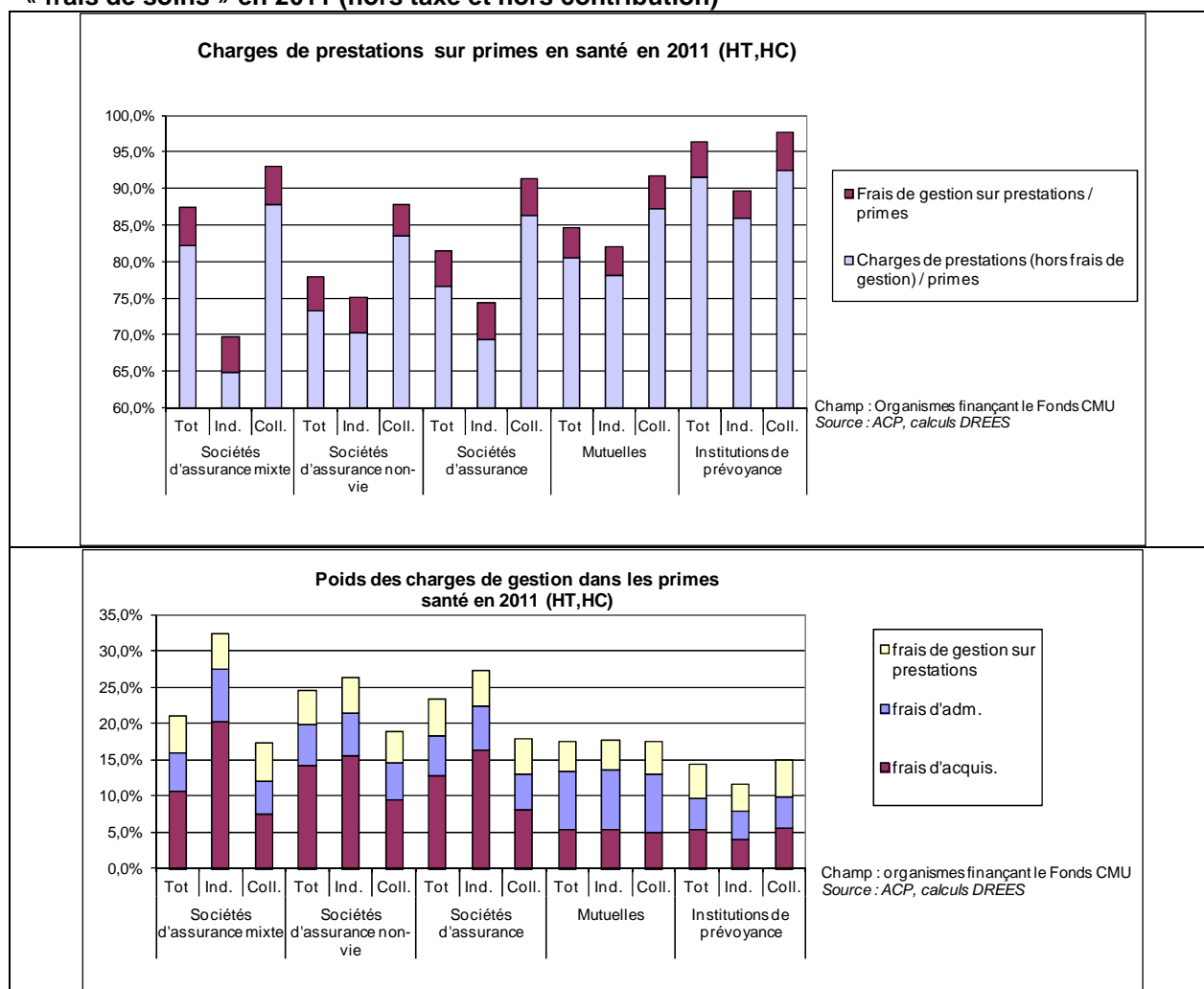
En effet, les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels et déficitaires en 2011 à l'exception des sociétés d'assurance « non-vie » qui parviennent tout juste à l'équilibre à 2 millions d'euros près. Si la situation de ces contrats collectifs s'est dégradée entre 2010 et 2011 pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, elle s'est en revanche très légèrement améliorée pour les mutuelles.

Dès lors le poids que ces contrats représentent dans l'activité des organismes constitue un élément explicatif de leurs différences de résultat.

La dégradation du résultat technique en santé des institutions de prévoyance – qui proposent essentiellement des contrats collectifs – est, ainsi, en partie imputable à la gestion de ces contrats ; en ce qui concerne les sociétés d'assurance « non-vie », leur situation défavorable en santé est compensée par une situation favorable au niveau de leurs autres activités, puisqu'au total le résultat net comptable de ces sociétés est supérieur à celui des autres organismes (cf. ci-dessous). Comme le précise l'ACP dans son rapport annuel, «*Le chiffre d'affaires non-vie (hors dommages corporels) a progressé d'un peu plus de 3 % en 2011 et se retrouve dans l'ensemble des branches. Cette progression est due notamment à des hausses tarifaires, tout comme en 2010, qui sont en partie destinées à compenser une sinistralité qui s'était fortement dégradée les années précédentes. La charge des sinistres et des provisions s'est accrue à un rythme légèrement supérieur, de 4,4 %* ».

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 6 et 6bis). 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 restent inférieures pour les contrats individuels.

Graphique 6 et 6bis- Charges de prestations et charges de gestion en pourcentage des primes « frais de soins » en 2011 (hors taxe et hors contribution)



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 ; et leur coût relatif pour les personnes souscripteurs plus faible. L'exploitation des données de l'enquête sur les contrats modaux montre en effet qu'à niveau de garanties équivalent, la cotisation mensuelle moyenne d'un contrat collectif est inférieure de 7 € à celle d'un contrat individuel. Écart très significatif par rapport au montant de la prime mensuelle moyenne des contrats modaux des organismes complémentaires, puisque celui-ci s'élevait en 2009 à 40 € en moyenne mensuelle par bénéficiaire (cf. encadré 4).

Encadré 4

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

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 santé⁹. 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 27 % de l'ensemble des contrats collectifs en termes de personnes couvertes.

⁹ Garnero M., 2011 « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 », Études et Résultats, DREES, à paraître.

En France métropolitaine, 88,3 % de la population est couverte par une assurance maladie complémentaire privée, 5,6 % par la couverture maladie universelle complémentaire, et 6,1 % est sans couverture complémentaire¹⁰. Parmi les personnes bénéficiant d'une couverture privée en 2009, 56 % sont couvertes par une mutuelle, 24 % par une société d'assurance et 20 % par une institution de prévoyance. 44 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé sont couverts par un contrat collectif et 56 % par un contrat individuel.

Les couvertures individuelles sont essentiellement assurées par les mutuelles (70 % des personnes couvertes) et les sociétés d'assurance (26 %), les institutions de prévoyance étant très peu présentes sur ce marché. Les contrats collectifs sont quant à eux plus proposés par des institutions de prévoyance (41 %) et des mutuelles (39 %) que par des sociétés d'assurance (20 %).

Tableau 12 - Le poids de chaque type d'organisme dans les contrats

	Contrats individuels	Contrats collectifs (y compris groupes ouverts)	Ensemble des contrats
Mutuelles	69,8	38,5	55,9
Institutions de prévoyance	3,9	41,4	20,5
Assurances	26,3	20,2	23,6
	100,0	100,0	100,0
Poids des contrats	55,8	44,2	100,0

Source: Enquête DREES 2009 sur les contrats modaux.

Pour les trois principaux postes de remboursement des organismes complémentaires en soins et biens médicaux que sont les dépenses de médicaments, les consultations de médecins et les consultations de dentistes, les garanties proposées par les contrats collectifs sont supérieures à celles proposées par les contrats individuels (cf. ; études et résultats, n°789 de février 2012). C'est aussi le cas pour les dépenses d'orthodontie ou encore les dépenses d'optique (tableau 13).

Tableau 13 – Remboursement des contrats modaux des organismes complémentaires en dentaire et optique

	Prothèses dentaires - Contrats individuels	Prothèses dentaires - Contrats collectifs	Orthodontie - Contrats individuels	Orthodontie - Contrats collectifs	Optique complexe - Contrats individuels	Optique complexe - Contrats collectifs
Premier quartile	129,0	220,4	116,1	241,9	150,0	228,5
Troisième quartile	332,3	381,6	290,0	580,5	305,0	484,7
Mediane	220,4	322,5	193,5	387,0	212,3	384,2
Moyenne	221,9	314,1	208,0	399,9	220,2	345,0

Lecture : Les contrats individuels modaux versent en moyenne 222 euros pour une prothèse dentaire facturée 750 euros à l'assuré. Un quart de ces contrats remboursent un maximum de 129 euros, tandis qu'un quart remboursent 332 euros et plus.
Sources : DREES, enquête statistique auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, année 2009.

L'exploitation des données de cette enquête montre en outre qu'à structure d'âge et niveau de garanties équivalents, la cotisation mensuelle moyenne d'un contrat collectif était en 2009 inférieure de 7 € à celle d'un contrat individuel, montant à comparer aux 40 euros par mois et personne couverte de la prime mensuelle moyenne. Le montant moyen de la prime payée par les personnes assurées en collectif peut en outre être diminué par la participation de l'employeur au financement de la prime et par la déduction des cotisations du salarié de son revenu imposable.

¹⁰ Source : Enquête sur la santé et la protection sociale, ESPS 2008 de l'IRDES et calculs de la DREES.

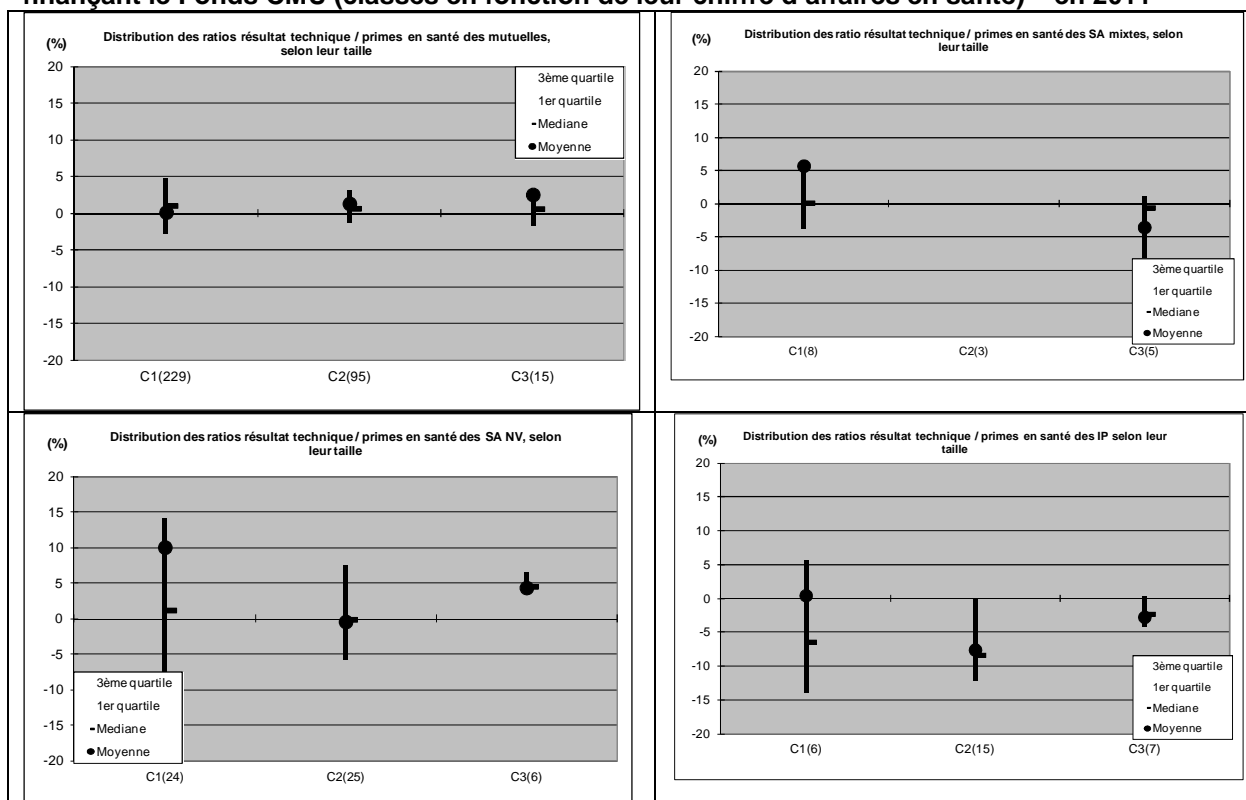
On constate toutefois que le poids des contrats collectifs dans l'ensemble des contrats proposés n'explique pas toutes les différences entre type d'organismes. Globalement, en effet, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration) dans les primes sont significativement différentes selon les organismes à type de contrat donné : elles s'élèvent à 24,6 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » (26,2 % en contrats individuels et 18,9 % en contrats collectifs), contre 14,4 % seulement pour les institutions de prévoyance (11,5 % en individuels et 14,9 % en collectifs). Pour les sociétés d'assurance « mixte » et les mutuelles, les taux s'établissent respectivement à 21,0 % (32,4 % en contrats individuels et 17,3 % en contrats collectifs) et à 17,5 % (17,5 % en contrats individuels et 17,3 % 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 ».

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

Les résultats moyens présentés ci-dessus peuvent aussi cacher de fortes disparités entre les organismes d'une même catégorie. Au-delà des effets nature de contrat – contrats collectifs, contrats individuels – et type d'organismes (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles), le facteur taille de l'organisme (en termes de chiffre d'affaires) peut jouer un rôle important dans les écarts constatés. 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 toutefois pas de façon nette d'évolution des résultats en fonction de la taille, en revanche la dispersion des situations des organismes d'une même catégorie apparaît 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 » exprimés en pourcentage de leurs primes proches). En fait, les écarts entre catégories d'organismes demeurent lorsque l'on tient compte de la taille : quelle que soit leur taille, les sociétés d'assurance « non-vie » et les mutuelles dégagent des résultats en pourcentage de leurs primes supérieurs à ceux des institutions de prévoyance qui ont presque toutes des résultats techniques en santé négatifs, et ce quelle que soit leur taille (cf. graphique 7).

Graphique 7 - 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 2011



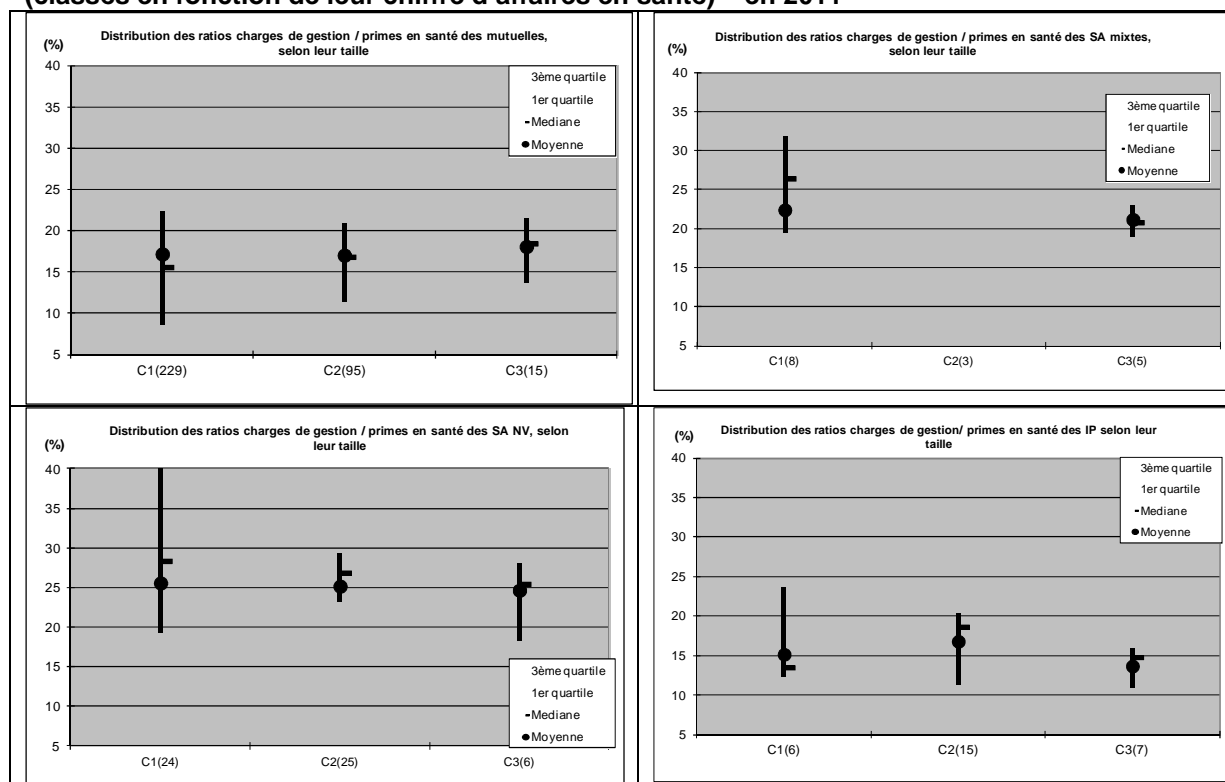
Note de lecture : les différents organismes sont classés en trois classes selon leur chiffre d'affaires en frais de soins en 2011, avec en millions d'euros : C1 [inférieur à 25], C2 [compris entre 25 et 250], C3 [supérieur à 250]. Parmi les 339 mutuelles, 229 appartiennent à la 1^{er} classe, 95 à la deuxième et 15 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 résultats techniques en santé en % des primes des organismes appartenant à la classe correspondante. Sur le graphique en haut à gauche, on constate que la barre verticale est plus longue pour les mutuelles des classes C1 et C3 que pour celles de la classe C2. Cela signifie que la dispersion entre les mutuelles est plus importante pour les petites et les très grandes que pour les mutuelles de taille intermédiaire. 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 0,1 % (représenté par le point), la mutuelle « médiane » (représentée par un tiret) a un résultat technique en santé en pourcentage des primes égal à 1,0 % (114 mutuelles de la classe – soit la moitié ont ainsi un résultat technique en santé en pourcentage des primes inférieur à 1,0 % 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 4,8 % (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 : ACP, calculs DREES.

On trouve un diagnostic similaire en ce qui concerne les charges de gestion. Les écarts entre les types d'organismes 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 8).

Graphique 8 - Charges de gestion en pourcentage des primes des OC finançant le Fonds CMU (classés en fonction de leur chiffre d'affaires en santé) – en 2011



Note de lecture : les différents organismes sont classés en trois classes selon leur chiffre d'affaires en frais de soins en 2011, avec, en millions d'euros : C1 [inférieur 25], C2 [compris entre 25 et 250], C3 [supérieur à 250]. Parmi les 339 mutuelles représentées sur ce graphique, 229 appartiennent à la 1^{er} classe, 95 à la deuxième et 15 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 résultats nets comptables 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 7.

Source : ACP, calculs DREES.

2. Malgré une baisse des résultats nets comptables, des marges de solvabilité peu modifiées

L'analyse des résultats techniques en santé ne suffit 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 est relativement plus réduite pour les sociétés d'assurance en particulier pour les sociétés d'assurance « mixte » (cf. chapitre 1).

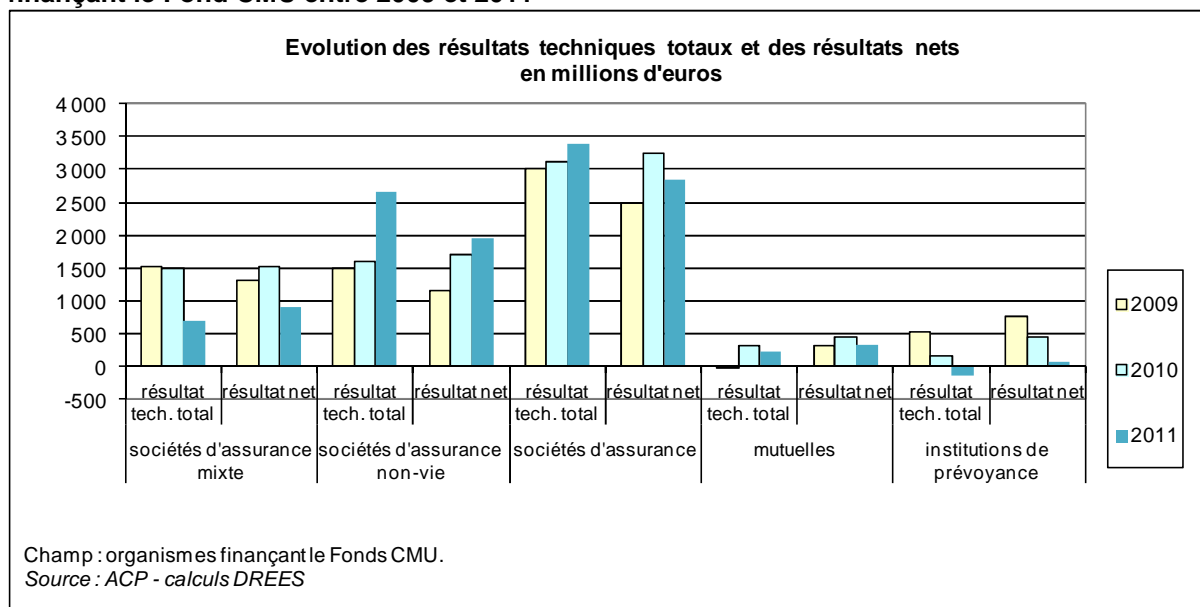
2.1. En moyenne, une diminution du résultat net comptable pour les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance en 2011

L'examen des comptes globaux des organismes, montre que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance (dans leur ensemble) voient leurs résultats nets comptables

diminuer, en moyenne, entre 2010 et 2011 (cf. graphique 9). Ils s'établissent respectivement à 336 millions, 65 millions et 2,9 milliards d'euros, contre 460 millions, 450 millions et 3,2 milliards d'euros en 2010. Au sein des sociétés d'assurance, les sociétés d'assurance « mixte » et les sociétés « non-vie » connaissent des évolutions différentes. En effet, si les sociétés d'assurance « mixte » enregistrent une diminution de leur résultat net comptable de plus de 40 %, les sociétés d'assurance « non-vie » voient leur résultat net comptable s'améliorer (comme entre 2009 et 2010), passant ainsi de 1,7 milliard d'euros en 2010 à 1,9 milliard d'euros en 2011.

Ces évolutions sont cohérentes avec celles présentées par l'Autorité du contrôle prudentiel dans son rapport annuel de 2011 qui concerne l'ensemble du marché et pas uniquement celui des organismes finançant le Fonds CMU : « Les activités d'assurance vie enregistrent un résultat technique divisé par près de trois par rapport à 2010 du fait de la conjonction de trois facteurs : la forte baisse de la collecte et la hausse des rachats et enfin la baisse des produits financiers nets, du fait d'importantes dépréciations, tant sur les actions que sur les obligations (...) Pour l'assurance non-vie, la croissance de l'activité, supérieure en montant à la charge des sinistres et des prestations, couplée à une légère baisse des frais de gestion, permet de dégager un résultat technique en hausse ».

Graphique 9 – Résultats technique et net comptable des organismes complémentaires finançant le Fond CMU entre 2009 et 2011



En 2011, sur le champ des organismes finançant le Fonds CMU, les sociétés d'assurance « non-vie » sont ainsi celles qui dégagent le plus fort résultat net comptable en pourcentage des primes (4,3 %), loin devant les sociétés d'assurance « mixte » (1,8 %), les mutuelles (1,7 %) et les institutions de prévoyance (0,6 %). Pourtant, les institutions de prévoyance étaient celles dont le ratio était le plus important en 2010 avec un ratio brut -non corrigé de la contribution au Fonds CMU- de 4 % (contre 3,9 % pour les sociétés d'assurance « non vie », 2,7 % pour les sociétés d'assurances « mixte » et 2,3 % pour les mutuelles).

2.2. 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 2010. Ceux-ci se sont en effet élevés en moyenne, selon le type d'organisme, entre 104 % et 224 % pour ce qui concerne le taux de couverture des engagements réglementés et entre 123 % et 469 % (sans prise en compte des plus values latentes) pour ce qui concerne le taux de couverture bilantielle de la marge (cf. tableau 14).

En 2010, ces taux étaient compris entre 104 % et 161 % d'une part, et entre 112 % et 433 % d'autre part. Comme le fait remarquer l'ACP dans son rapport annuel sur le marché de l'assurance en 2010¹¹, 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 ».

Tableau 14 – Ratios de solvabilité pour les organismes assurant une couverture complémentaire santé et finançant le Fonds CMU

Taux de couverture des engagements réglementés (en %)

	2009	2010 taux moyen	25ème percentile en 2010	Médiane en 2010	75ème percentile en 2010	2011 taux moyen	25ème percentile en 2011	Médiane en 2011	75ème percentile en 2011
Sociétés d'assurance mixte	103,1%	103,8%	101,1%	104,4%	119,4%	103,8%	101,4%	105,4%	118,1%
Sociétés d'assurance non-vie	109,3%	108,8%	105,5%	112,7%	127,9%	108,7%	105,1%	112,1%	123,9%
Mutuelles	188,0%	161,2%	203,6%	369,9%	687,0%	224,5%	187,8%	339,4%	680,7%
Institutions de prévoyance	124,4%	131,0%	109,2%	127,4%	134,8%	127,4%	106,3%	119,0%	140,8%

Source : ACP - données brutes pour 2009, calcul DREES pour 2010 et 2011

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

	2009	2010 taux moyen	25ème percentile en 2010	Médiane en 2010	75ème percentile en 2010	2011 taux moyen	25ème percentile en 2011	Médiane en 2011	75ème percentile en 2011
Sociétés d'assurances mixte	116,6%	111,9%	110,0%	140,0%	365,5%	122,7%	116,6%	149,5%	336,9%
+ plus values latentes	200,3%	174,0%	146,3%	189,0%	456,6%	118,2%	104,7%	168,1%	357,1%
Sociétés d'assurance non-vie	321,1%	345,5%	168,2%	334,9%	754,8%	349,4%	176,9%	378,0%	655,6%
+ plus values latentes	494,5%	544,9%	233,5%	426,7%	1034,0%	453,2%	189,3%	381,3%	832,5%
Mutuelles	376,2%	386,0%	276,9%	383,3%	608,1%	402,3%	278,1%	394,4%	646,5%
+ plus values latentes	413,8%	423,5%	286,2%	412,3%	644,4%	434,8%	283,9%	421,0%	676,4%
Institutions de prévoyance	497,0%	432,8%	222,1%	403,9%	705,4%	469,2%	223,5%	446,1%	635,1%
+ plus values latentes	557,3%	499,9%	257,1%	467,2%	763,6%	472,2%	219,1%	442,1%	742,6%

Source : ACP - données brutes pour 2009, calcul DREES pour 2010 et 2011

¹¹ Le marché français de la banque et de l'assurance, 2010, ACP

Encadré 5 **Les règles prudentielles**

Pour s'assurer de la solvabilité des sociétés d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance, l'ACP 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).

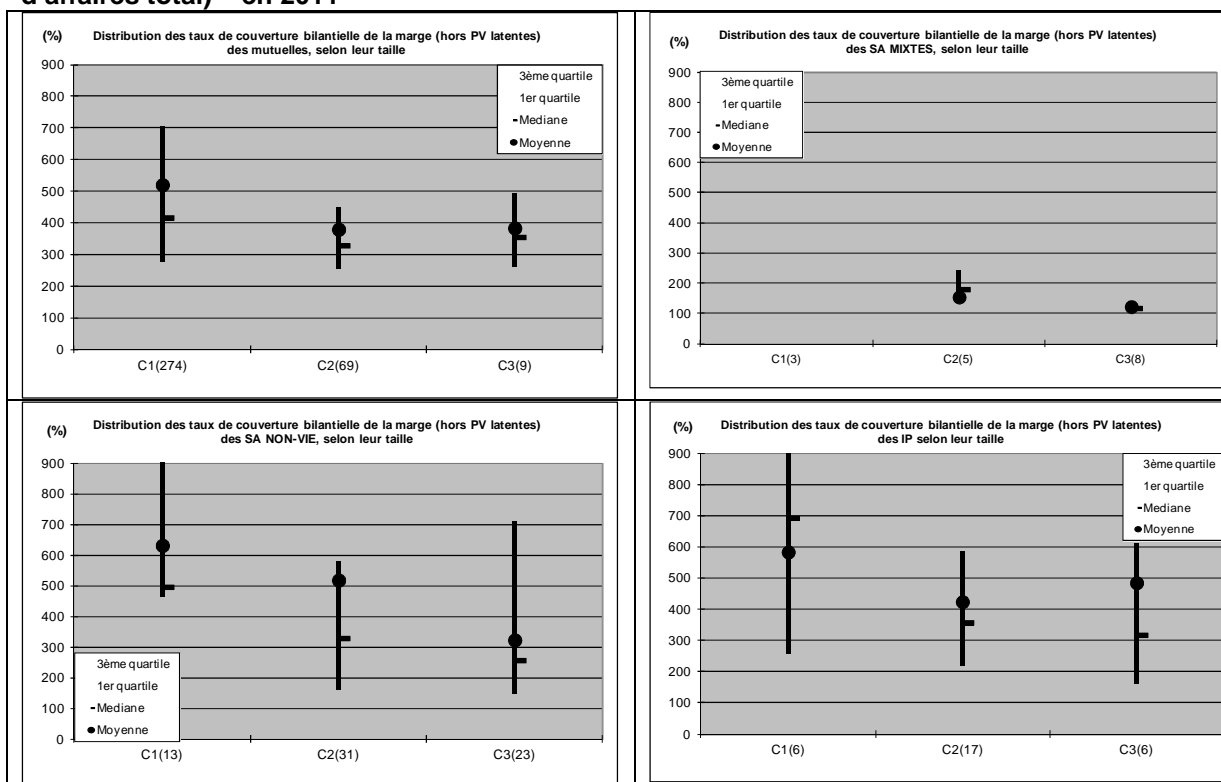
Ces règles portent notamment sur le respect de ratios prudentiels appelés **ratio de couverture des engagements réglementés et ratio de couverture de la marge de solvabilité** :

- 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 unités de compte auquel s'ajoute un pourcentage des capitaux décès, et en assurance non-vie en proportion des primes ou des sinistres¹².

Ces résultats moyens cachent en fait des disparités selon la taille de l'organisme. Le taux de couverture bilantielle de la marge (hors plus-values latentes), décroît, en effet, en moyenne avec la taille pour les sociétés d'assurance. C'est dans une moindre mesure le cas pour les institutions de prévoyance et les mutuelles. Pour ces organismes, le taux moyen de couverture bilantielle de la marge (hors plus-values latentes) est néanmoins beaucoup plus important pour les organismes dont le chiffre d'affaires est inférieur à 50 millions d'euros que pour les autres (cf. graphique 10).

¹² 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).

Graphique 10 - 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 2011



Note de lecture : les différents organismes sont classés en trois classes selon **leur chiffre d'affaires total en 2011**, avec, en millions d'euros : C1 [inférieur à 50], C2 [de 50 à 500], C3 [supérieur à 500]. Parmi 352 mutuelles représentées sur ce graphique, 274 appartiennent à la 1^{er} classe, 69 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 ».

Cf. en complément note de lecture du graphique 7.

Source : ACP, calculs DREES.

Des axes d'analyse qui restent à développer

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, il a été demandé au Gouvernement d'établir 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. Cet exercice est en fait particulièrement complexe dans la mesure où les activités des organismes complémentaires et des organismes de base sont par nature différentes et imbriquées. Il nécessite donc que soit défini au préalable l'objectif et le champ de la comparaison.

Les données collectées auprès des organismes complémentaires dans l'état statistique E5 « Compléments frais de gestion des garanties « frais de soins », gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU-C, ACS et taxe sur les conventions d'assurance » permettent cependant de donner quelques éléments complémentaires sur les frais de gestion de ces organismes ainsi que sur l'impact financier de leur gestion déléguée d'un régime obligatoire santé et de la CMU-C, ACS. Le faible taux de réponse à l'état statistique considéré limite toutefois les analyses qui ont pu être faites.

1. Une comparaison des frais de gestion entre régimes de base et régimes complémentaires qui nécessite de définir le champ de l'analyse

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 :

- la plupart des régimes de base de l'assurance maladie assurent le versement de prestations en nature mais aussi de prestations en espèces (indemnités journalières et invalidité) sans que leurs coûts de gestion associés soient distingués. Pour les régimes complémentaires la distinction est en revanche faite. A 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 » et leurs comptes sont présentés séparément dans l'état statistique E4 « Résultat technique en frais de soins » ;
- 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 ;
- complémentaires à l'assurance maladie de base, les organismes complémentaires interviennent en aval : ils dépendent à ce titre des décisions prises par les régimes de base 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-).

Le taux de prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires équivaut, en outre, au cinquième de celui de l'assurance maladie : en 2011, 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).

Dès lors la comparaison des ratios bruts (frais de gestion)/(prestations versées) entre régimes de base et organismes complémentaires est biaisée. Il faut en effet pouvoir 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 quelque soit le taux de remboursement de la dépense.

Dans la notice explicative jointe aux états statistiques à renseigner par les organismes complémentaires (disponible sur le site de l'Autorité de contrôle prudentiel), plusieurs ratios pour réaliser cette comparaison ont été proposés :

- un premier ratio « frais de gestion / prestations en frais de soins corrigées des taux moyens de prise en charge par grands types 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 ligne d'actes ou de décomptes et factures enregistré dans l'année ».

Les trois derniers ratios permettent de se rapprocher au mieux d'un indicateur de coût unitaire, seul pertinent pour une comparaison régimes de base/organismes complémentaires.

Cette analyse suppose toutefois que les régimes de base aient pu identifier au sein de leurs activités celles comparables à celles des organismes complémentaires.

Sur les trois régimes de base sollicités (CNAMTS, RSI, MSA), seule la CNAMTS s'est livrée à l'exercice. Les résultats en montrent la difficulté. Pour évaluer le montant des frais de gestion des activités comparables à celles des organismes complémentaires, la CNAMTS a dû, en effet, faire un certain nombre d'hypothèses. Elle a en particulier supposé :

- que « le champ d'activités similaires se limite à la gestion des flux dématérialisés des prestations en nature : FSE¹³ + flux B2 pour la CNAMTS et télétransmission des relevés de remboursement (flux NOEMIE) pour les organismes complémentaires ».
- et, en s'appuyant sur la comptabilité des caisses primaires (CPAM), 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 (CNAMTS établissement public notamment).

Sous ces hypothèses, la CNAMTS a évalué 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).

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	4 176		803	
CPAM, CTI et CGSS		24,43%		champ des prestations en nature pas applicable aux CARSAT, et DRSM en charge du contrôle
CNAMTS		24,43%		
CARSAT, DRSM		0,00%		
Dépenses de fonctionnement (hors informatique)	594		125	
CPAM, CTI (non informatique) et CGSS		24,43%		cf. ci-dessus pour CARSAT et DRSM et champ des prestations en nature pas applicable à l'UGECAM
CNAMTS		24,43%		
CARSAT, DSRM et UGECAM		0,00%		
Subventions	13		1	
GIP SIPS, MSA, IDS, IRDES, PNAI.		0,00%		
subventions conseillers, transferts (logiciels créés dans le réseau)		24,43%		
Remises de gestion (OC)	354	0,00%	0	la CNAMTS ne disposant pas des unités d'œuvre nécessaires pour calculer les ratios
Dépenses informatiques	150		43	
CTI informatique, CNAMTS (MOE et AMOA)		24,43%		à 100% par nature
GIE SESAM VITALE, CNAVTS (TDS et DADS)		100,00%		
GIP ASIP santé, GIP MDS et CNAVTS (hors TDS et DADS)		0,00%		
Autres contributions	822		565	
FNGA de l'ACOSS et de l'UCANSS		89,49%		ACOSS (clef ATMP) + UCANSS (taux 24,43%)
AGIRC-ARRCO, UCANSS		24,43%		
contribution aux ARS		0,00%		
Amortissements et provisions	235		55	
CPAM, CTI, CGSS, CNAMTS	206	24,43%	50	
carte vitale 2	5	100,00%	5	
UIOSS, CARSAT, DRSM	24	0,00%	0	
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

¹³ FSE : feuilles de soins électroniques.

Pour les CPAM ont été retirés 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, ont été retirés 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 (UGEAM).

Ont été aussi retirées les subventions à divers organismes (GIP – SIPS, IDS, IRDES,...) ainsi que 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 ».

Sur cette base, la CNAMTS a estimé qu'en 2011 le coût unitaire d'un décompte¹⁴ « prestations en nature » s'élevait à 1,47 euro¹⁵ (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.

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 permet 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) ;
- 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

¹⁴ 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.

¹⁵ Total des décomptes SGA PN (CPAM et CGSS) : 1 168 786 739. Nombre de bénéficiaires consommant (sans doublons) : 50 729 675.

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 il semble qu'une étude complémentaire à toute comparaison soit nécessaire pour définir plus précisément les objectifs visés et les segments d'activité sur lesquels porterait la comparaison.

S'il n'est donc pas possible à ce stade de mener à bien l'exercice de comparaison entre régimes de base et organismes complémentaires, les réponses partielles des organismes complémentaires à l'enquête de la DREES (**état statistique E5 « compléments frais de gestion des garanties « frais de soins », gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU-C, ACS et taxe sur les conventions d'assurance »**, collectée par l'ACP, cf. annexe 6) permettent cependant de donner quelques éléments complémentaires sur les frais de gestion de ces organismes ainsi que sur l'impact financier de leur gestion déléguée d'un régime obligatoire santé et de la CMU-C, ACS.

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

Bien que les réponses aient été très partielles et nécessitent de nombreux retraitements, de premiers résultats ont pu être tirés des réponses au module « frais de gestion des garanties frais de soins » de l'état statistique E5.

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 2011 à 16 % pour les institutions de prévoyance, 21,5 % pour les mutuelles et à 30,5 % pour les sociétés d'assurance. Les écarts entre les premier et troisième quartile sont de même ampleur entre les trois types d'organismes : du simple au double.

Tableau 16 : Poids des charges de gestion sans la contribution CMU-C 2011 dans les prestations en santé (*)

	2011 taux moyen	nombre d'organismes concernés
Mutuelles	21,5	346
Sociétés d'assurance	30,5	71
Institutions de prévoyance	16,0	28

(*) 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 : ACP, calculs DREES

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. Le champ commun « prestations (E4), frais de gestion (E5), nombre de personnes couvertes (E5) », ne couvre en effet que 73 % des mutuelles, 45 % des institutions de prévoyance et seulement 21 % des sociétés d'assurance, rendant dès lors les résultats fragiles.

Sur ce champ réduit on constate, en effet, que les taux « charges de gestion / prestations servies » sont sensiblement modifiés -en particulier pour les sociétés d'assurance- même, si leur hiérarchie est conservée entre les trois types d'organismes. Les ratios affichés « charges de gestion / par nombre de personnes couvertes » doivent dès lors être pris avec une extrême prudence (cf. tableau 17).

Tableau 17 : Poids des charges de gestion sans la contribution CMU-C dans les prestations en santé et par nombre de personnes couvertes

Charges de gestion sans la contribution CMUc 2011 (E5) / prestations en santé (E4)

	2011 taux moyen	nombre d'organismes concernés	% des prestations (1)
Mutuelles	21,6	207	73,0%
Sociétés d'assurance	24,9	21	21,4%
Institutions de prévoyance	17,9	17	45,3%

Charges de gestion sans la contribution CMUc 2011 (E5) / nbre personnes couv (E5)

	2011 taux moyen	nombre d'organismes concernés	% des prestations (1)
Mutuelles	66,8	207	73,0%
Sociétés d'assurance	92,0	21	21,4%
Institutions de prévoyance	53,0	17	45,3%

(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

Source : ACP, calculs DREES

Quand on rajoute pour l'analyse le nombre de bénéficiaires servis une fois dans l'année le taux de représentativité se réduit encore : 45,6 % pour les mutuelles (107 mutuelles), 21,1 % pour les sociétés d'assurance (20 sociétés d'assurance) et 12,6 % pour les institutions de prévoyance (6 institutions de prévoyance). Ce taux 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 : il n'atteint même pas les 4 % et 2 % pour les institutions de prévoyance et les 10 % et 2 % pour les sociétés d'assurance (pour les mutuelles le taux atteint dans ce cas 23,5 % pour le nombre de lignes d'actes -35 mutuelles- et 5 % pour le nombre de décomptes -20 mutuelles-).

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 (mise en cohérence quand cela était possible entre les réponses à l'état E4 « résultat technique en frais de soins » et le module « frais de gestion des garanties frais de soins » de l'état E5, imputation à partir de l'état E1 « personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties » des données relatives au nombre de personnes couvertes au 31 décembre de l'année considérée, suppression des données aberrantes - nombre de personnes bénéficiaires au moins une fois dans l'année largement supérieur au nombre de personnes couvertes au 31 décembre de l'année considérée, ratios prestations par nombre de personnes couvertes au 31 décembre de l'année considérée ou par nombre de bénéficiaires supérieurs à 2 000 euros...).

Il n'est donc pas à ce jour possible d'aller plus loin dans l'analyse et de présenter en particulier le coût unitaire de la gestion des complémentaires santé pour une personne servie au moins une fois dans l'année, ou plus encore le coût unitaire de cette gestion par lignes d'actes ou de décomptes traités.

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

En nombre d'organismes	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance
Organismes contribuant au financement du fonds CMU(*)	398	29	87
dont : comptes disponibles pour l'analyse	352	29	83
Frais de gestion des sinistres en E5	198	19	38
<i>dont au moins une incohérence entre les états E4 et E5 sur les frais de gestion des sinistres</i>	33	3	6
Frais d'acquisition en E5	186	19	40
<i>dont au moins une incohérence entre les états E4 et E5 sur les frais d'acquisition</i>	22	2	6
Frais d'administration en E5	200	18	40
Autres charges techniques en E5	175	15	28
Autres produits techniques et la production immobilisée en E5	96	5	15
<i>dont au moins une incohérence entre les états E4 et E5 sur les frais d'administration et autres charges techniques nettes</i>	<i>calcul impossible (1)</i>	5	16
Total des frais de gestion en E5	210	19	40
Nombre de bénéficiaires et nombre d'actes pour le RC			
<i>dont nombre de personnes couvertes au 31 décembre (4)</i>	188	14	30
<i>dont nombre de bénéficiaires de prestations en nature servis au moins une fois dans l'année (4)</i>	124	8	27
<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>	140	11	16
Acte	66	8	5
11-2- dont flux informatique	50	3	3
11-3- dont flux papier	43	2	1
Décompte	41	1	7
11-2- dont flux informatique	21	1	3
11-3- dont flux papier	22	1	1
Gestion du régime complémentaire			
ayant renseigné le total frais de gestion en E5 et en E4	210	19	39
ayant renseigné le total frais de gestion E5 et le nombre de personnes couvertes en E5	176	12	28
ayant renseigné le total frais de gestion E5 et le nombre de bénéficiaires servis en E5	115	6	25
ayant renseigné le total frais de gestion, nombre de personnes couvertes et nombre de bénéficiaires servis en E5	115	6	25
ayant renseigné le total frais de gestion E5 et le nombre de lignes d'actes en E5	63	4	5
ayant renseigné le total frais de gestion E5 et le nombre de lignes de décompte en E5	40	1	7

(1) pour les mutuelles, il n'a pas été possible de comparer les frais d'administration et autres charges techniques nettes en E4 et en E5 car, à l'exception d'une mutuelle, elles ont toutes renseigné une version antérieure de l'état E4 qui ne permet pas de distinguer les subventions d'exploitation reçues des autres produits techniques.

Lecture : avant retraitement (notamment imputation à partir de l'état E4), seules 210 mutuelles avaient renseigné le total des frais de gestion dans l'état E5.

Source : ACP, calculs DREES

3. Un impact sur les comptes des organismes de la délégation de gestion d'un régime obligatoire 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 de la délégation de gestion d'un régime obligatoire sur les coûts de gestion des organismes complémentaires concernés.

Il est en particulier impossible d'estimer, à ce stade, si les coûts associés à la gestion déléguée d'un régime obligatoire pèsent sur les charges globales des organismes concernés ou au contraire sont largement compensés par des économies d'échelle que peut permettre cette gestion déléguée.

Même si l'on constate pour les mutuelles ayant renseigné le module « frais de gestion des garanties frais de soins – gestion déléguée d'un régime obligatoire » (cf. tableau 19) que dans leur grande majorité elles déclarent des frais de gestion pour la gestion déléguée supérieurs aux remises de gestion qui leur sont accordées par la CNAMTS et le RSI, on ne peut en tirer à ce stade la moindre conclusion. Pour les quatre mutuelles étudiantes, ayant renseigné l'état statistique E5, leurs charges de gestion relatives à la gestion déléguée du régime obligatoire seraient supérieures de 16 % aux montants des remises de gestion accordées par la CNAMTS, elles le seraient de 14 % pour les trois mutuelles de fonctionnaires, de 56 % 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 13% pour les neuf mutuelles en délégation de gestion avec le RSI.

Le peu de sociétés d'assurance ayant renseigné le module « frais de gestion des garanties frais de soins » de l'état E5 rend tout aussi impossible d'étudier l'impact que pourrait avoir l'appartenance d'une société d'assurance au RAM¹⁶ ou au GAMEX¹⁷ sur ses comptes.

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) (8)	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 %) (9)	Charges de gestion pour le RO/Prestations santé versées au titre du RO (en %)
CNAMTS	mutuelles étudiantes (L. 381-3)(1)	données CNAM	9	444 329	93 168		21%	
		données CNAM ayant répondu à l'état C1	9	444 329	93 168		21%	
		données CNAM ayant répondu à l'état E5 (5) (6)	4					
		données E5 (6)	4	124 801	28 207	32 783	23%	26,3%
	mutuelles fonctionnaires (L.712-6)	données CNAM	15	6 465 061	226 096		3%	
		données CNAM ayant répondu à l'état C1	15	6 465 061	226 096		3%	
		données CNAM ayant répondu à l'état E5 (6)	3	4 229 063	153 368		4%	
		données E5 (6)	3	4 238 118	158 100	180 301	4%	4,3%
	autres mutuelles (L.211-4) (2)	données CNAM	16	1 374 341	34 461		3%	
		données CNAM ayant répondu à l'état C1	13	1 265 803	32 426		3%	
		données CNAM ayant répondu à l'état E5 (6)	4	407 006	13 343		3%	
		données E5 (6)	4	344 017	17 077	26 711	5%	7,8%
RSI	mutuelles	données RSI	26	2 030 736	91 123		3%	
		données RSI ayant répondu à l'état C1	17	1 401 661				
		données RSI ayant répondu à l'état E5 (6)	9	862 950				
		données E5 (6)	9	886 338	41 229	46 574	3%	5,3%
	RAM (3)	données RSI	1	2 210 262	114 888		3%	
MSA	GAMEX (4)	données MSA (7)	1	335 571	13 638		3%	

(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) Autres mutuelles relevant de l'article L211-4 du code de la sécurité sociale et caisse mutuelle complémentaire des industries électriques et gazières.

(3) RAM : réunion des assureurs maladie, qui comprend 26 sociétés d'assurance en 2011 et qui a délégué à l'association APRIA-RSA la gestion des comptes "assurance santé obligatoire".

(4) GAMEX : groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles, qui comprend 18 sociétés d'assurance en 2011 et qui a délégué à l'association APRIA-RSA la gestion des comptes "assurance santé obligatoire".

(5) 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".

(6) Sociétés ayant renseigné à la fois les remises de gestion et les prestations versées au titre du RO dans l'état E5.

(7) Remises de gestion 12 116 milliers d'euros auxquelles ont été ajoutés les 21,6 milliers d'euros de ristournes sur prestations FSI, U paternité et les 1 500 milliers d'euros au titre de la CSG (arrêté du 7/12/2011).

(8) 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...

(9) Pour le RSI et la MSA les remises de gestion couvrent aussi les frais de recouvrement des cotisations. Dans son rapport de 2006 la Cour a estimé que 35% de ces remises étaient imputables aux frais recouvrement. Les remises de gestion sont ici réduites de 35%.

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

Le seul constat que l'on peut faire confirme celui déjà réalisé par la Cour des Comptes en 2006 (rapport annuel, chapitre VIII sur « la gestion de l'assurance maladie par les mutuelles et les sociétés d'assurance ») sur le coût de cette délégation pour les régimes de base.

Sur la base des données transmises par les régimes de base (CNAMTS, RSI et MSA), ainsi que des informations collectées dans l'état E5, on constate en effet des écarts importants entre types d'organismes en termes de ratios « remises de gestion / prestations versées » : les remises de gestion versées par la CNAMTS aux mutuelles étudiantes représentant 21 % des prestations versées contre 3 % à 4 % environ pour les autres organismes (3 % pour les mutuelles de fonctionnaires au titre de l'article L.712-6 du code de la Sécurité sociale, 3 % pour les mutuelles en délégation de gestion avec la CNAMTS au titre de l'article L.211-4, 4 % pour les mutuelles en délégation de gestion avec le RSI, et 3 % pour les sociétés d'assurance en délégation de gestion avec le RSI et la MSA) (source : régimes de base - après correction de 35 % du montant des remises de gestion pour le calcul des taux pour le RSI et la MSA afin de tenir compte des frais de recouvrement des cotisations – cf. rapport de la Cour des Comptes de 2006, p245).

Ce constat est toutefois en deçà de celui réalisé en 2006 par la Cour des Comptes. Le manque de fiabilité des chiffres renseignés par les organismes concernant le nombre de personnes couvertes et

¹⁶ RAM : réunions des assureurs maladie.

¹⁷ GAMEX : groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles.

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

Dans son rapport, la Cour notait qu'en fait les écarts constatés entre les mutuelles étudiantes et les autres organismes sont réduits lorsque l'on retient un ratio « coût unitaire par personne bénéficiaire » : 51,06 euros en moyenne par personne prise en charge par les mutuelles étudiantes, contre 53,64 euros pour les mutuelles de fonctionnaires, 46,88 euros pour les autres mutuelles en délégation de gestion avec la CNAMTS, ou encore 50,23 euros et 45,31 euros pour les organismes complémentaires en délégation de gestion avec la MSA ou le RSI. Le resserrement des écarts entre mutuelles étudiantes et autres mutuelles s'explique par le faible recours aux soins des étudiants « l'écart [en termes de ratio remises de gestion / prestations servies] s'expliquent par le fait que les étudiants ont beaucoup moins recours au système de santé, et que les tâches supplémentaires invoquées pour justifier ce niveau de rémunération (par exemple, la réinscription annuelle de tous les étudiants) semblent pour partie liées à la délégation de gestion même et à la concurrence que se font les mutuelles pour recueillir les adhésions des étudiants. »

4. Concernant la CMU-C et l'ACS, des résultats fragiles

Par rapport à l'année dernière, le constat n'a été que très peu modifié. Le taux de réponse au volet « CMU-C, ACS » de l'état E5 reste relativement faible pour certaines lignes, et les données collectées doivent être encore consolidées. L'analyse de l'impact pour chaque organisme de l'effet de la CMU-C sur leurs comptes de charges (rapport entre le montant des prestations versées et le montant des participations reçues ou à recevoir à ce titre) reste fragile.

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 244 mutuelles sur les 365, par 53 sociétés d'assurance sur les 83 et par 22 institutions de prévoyance sur les 29 (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)	244	150	150	103	154	115
	Comptabilisés par le Fonds CMU	352	251	251	251	310	310
Sociétés d'Assurance	Répondants (montant renseigné)	53	24	24	8	35	17
	Comptabilisés par le Fonds CMU	83	31	31	31	62	62
Institutions de prévoyance	Répondants (montant renseigné)	22	5	5	5	10	8
	Comptabilisés par le Fonds CMU	29	14	14	14	21	21

(*) 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 ACP, calculs DREES

Ainsi, sur le champ de l'étude¹⁸ et sur la base des règles d'enregistrement du Fonds CMU (différentes des règles d'enregistrement comptable -cf. encadré 1 annexe 3-, ce qui peut expliquer les écarts constatés entre les montants déclarés dans l'état E5 et ceux du Fonds CMU), le taux de couverture des données collectées dans l'état E5¹⁹ s'élève ainsi à :

- 81 % pour les mutuelles, 61 % pour les sociétés d'assurance et 83 % pour les institutions de prévoyance en ce qui concerne le montant de la contribution au Fonds CMU ;

¹⁸ Champ restreint aux organismes ayant transmis leurs comptes à l'ACP et ayant renseigné l'état C1, hors mutuelles substituées.

¹⁹ 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.

- à 88 % pour les mutuelles, 86 % 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 65 % pour les mutuelles, 87 % pour les sociétés d'assurance et 65 % pour les institutions de prévoyance en ce qui concerne la participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS.

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

		Taxe et contribution 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	Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS (1)
Mutuelles	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	244	150	150	154
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	108	202	202	198
	Comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	352	251	251	310
	Non comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	0	101	101	42
	Pour les répondants à l'état E5 (nb d'organismes)				
	écart <10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	196	126		135
	écart >10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	48	24		19
	Pour les répondants à l'état E5 (en milliers d'euros)				
Montant déclaré dans l'état E5	836 401	163 033	171 685	74 010	
Montant comptabilisé par le Fonds CMU	837 568	157 244		67 598	
Montant total comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	1 034 445	178 359		104 774	
Sociétés d'Assurance	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	53	24	24	35
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	30	59	59	48
	Comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	83	31	31	62
	Non comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	0	52	52	21
	Pour les répondants à l'état E5 (nb d'organismes)				
	écart <10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	29	21		32
	écart >10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	24	3		3
	Pour les répondants à l'état E5 (en milliers d'euros)				
Montant déclaré dans l'état E5	217 332	48 540	49 807	33 097	
Montant comptabilisé par le Fonds CMU (2)	312 734	46 378		32 942	
Montant total comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	514 672	54 126		37 742	
Institutions de prévoyance	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	22	5	5	10
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	7	24	24	19
	Comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	29	14	14	21
	Non comptabilisés par le Fonds CMU (nb d'organismes)	0	15	15	8
	Pour les répondants à l'état E5 (nb d'organismes)				
	écart <10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	13	4		9
	écart >10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	9	1		1
	Pour les répondants à l'état E5 (en milliers d'euros)				
Montant déclaré dans l'état E5	238 355	5 120	6101	2 868	
Montant comptabilisé par le Fonds CMU	267 767	5 157		2 889	
Montant total comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	322 896	5 719		4 448	

(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'ACP et ayant renseigné l'état C1 (hors mutuelles substituées). Ils ne sont pas corrigés de la non-réponse.

(2) Parmi les sociétés répondant à l'état E5, 9 sociétés d'assurance n'ont renseigné que la partie "contribution" au lieu de renseigner le montant total de la taxe et contribution versée au Fonds CMU (partie "taxe" au taux de 6,27 % + partie "contribution" au taux de 5,9 %). Si l'on ne retient pour ces 9 sociétés que le montant de leur contribution au Fonds CMU (et que l'on exclut la taxe) afin de rendre les champs de la comparaison comparables, le montant comptabilisé par le Fonds CMU parmi les répondants à l'état E5 passe de 312 734 milliers d'euros à 234 623 milliers d'euros, se rapprochant ainsi du montant déclaré dans l'état E5 et le nombre de sociétés d'assurance pour lesquels l'écart est supérieur à 10 % passe de 24 à 15.

Source : Fonds CMU et ACP, 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). Ceux-ci s'élèvent à 58 % pour les mutuelles, 32 % pour les sociétés d'assurance et

90 % pour les institutions de prévoyance pour ce qui concerne la CMU-C et à 58 % pour les mutuelles, 41 % pour les sociétés d'assurance et 65 % pour les institutions de prévoyance pour ce qui concerne l'ACS.

Le faible nombre d'institutions de prévoyance concernées, par exemple, et leur poids relatif très différent (une société pesant à elle seule, en termes de participation légale reçue ou à recevoir au titre de la CMU-C, pour plus de 90 % parmi les 5 sociétés ayant répondu) rend dès lors très fragiles les résultats affichés. Ainsi, alors que l'an passé on avait noté que les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C sur le champ des institutions de prévoyance ayant répondu à l'état E5 étaient inférieures de 6 % aux participations légales reçues, on note cette année un écart inversé avec un montant de prestations versées de 19 % supérieur à celui des participations légale reçues.

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-ACP est nécessaire.

5. Conclusion

En quatre ans, les données transmises par les organismes complémentaires assurant une couverture santé et finançant le Fonds CMU se sont consolidées. Il est notamment possible aujourd'hui établir 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.

Il n'a pas non plus été possible de comparer, comme l'avait demandé le Parlement, les frais de gestion des organismes complémentaires à ceux des organismes de base. Une étude préalable est nécessaire pour définir plus précisément les objectifs visés par cette comparaison et les segments d'activité sur lesquels elle porterait.

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 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 (ACP) et finançant le Fonds CMU. Le nombre de ceux pour lesquels des données étaient disponibles s'est élevé en 2011 à 464 : 83 sociétés d'assurance, 29 institutions de prévoyance et 352 mutuelles (hors mutuelles substituées).

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

Ce champ diffère de celui des organismes contrôlés par l'ACP (assurant une couverture santé) et de celui du Fonds CMU (contribuant au financement du Fonds CMU).

Parmi les 1 074 organismes d'assurance contrôlés par l'ACP (*cf.* tableau 1 du chapitre 1), celle-ci dénombrait en effet au 31-12-2011, sur la base des états comptables qui lui sont ou doivent lui être envoyés, 667 organismes assurant une couverture santé : 106 sociétés d'assurance, 29 institutions de prévoyance et 532 mutuelles (une fois prises en compte les fusions et absorptions en cours d'année)²⁰.

De son côté le Fonds CMU comptabilisait à la même date en « assurance complémentaire santé » 92 sociétés d'assurance et 521 mutuelles ; le nombre d'institutions de prévoyance étant quant à lui identique à celui établi par l'ACP (*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 « automobile²¹ »), 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'ACP 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'ACP 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'ACP des mutuelles « substituées » et « substituantes ». Alors que toutes les mutuelles, qu'elles soient « substituantes » ou « substituées », restent identifiées à l'ACP 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.

²⁰ Le nombre de mutuelles assurant une couverture santé et enregistrées à l'ACP est évalué à partir des sources disponibles.

²¹ 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 31/12/2009	au 31/12/2010	au 31/12/2011
Sociétés d'assurance (ACP)	106	106	106
- non comptabilisées au Fonds CMU	27	20	19
+ non comptabilisées à l'ACP	12	6	5
Sociétés d'assurance (FondsCMU)	91	92	92
Institutions de prévoyance (ACP)	33	29	29
+ non comptabilisées à l'ACP	0	0	0
Institutions de prévoyance (FondsCMU)	33	29	29
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACP) (*)	665	576	532
<i>dont mutuelles substituées (1)</i>	164	142	130
<i>dont mutuelles non substituées</i>	501	434	402
- non comptabilisées au Fonds CMU	47	21	18
<i>dont mutuelles substituées (1)</i>	10	7	7
<i>dont mutuelles non substituées</i>	37	14	11
+ non comptabilisées à l'ACP (plus en activité au 1er janvier de l'année suivante)	0	5	7
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (FondsCMU) (2)	618	560	521
Total des organismes contrôlés par l'ACP	804	711	667

(*) 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 : ACP 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'ACP 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'ACP 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'ACP, soit parce que ces organismes ne transmettent leurs données à l'ACP que sur format papier, soit parce qu'ils n'avaient pas transmis leurs données au 10 septembre 2012 et n'avaient pas renseigné l'état prudentiel C1 « résultats techniques par contrats ». C'est notamment le cas pour quelques sociétés d'assurance²² 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 31/12/2011. 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'ACP 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'ACP tout en ne se déclarant pas au Fonds CMU, parce que la déclaration a été faite par leurs substituées (cas des unions).

²² 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. Toutefois, une amélioration sensible de la qualité des données des mutuelles avait pu être notée l'année dernière, notamment en raison de l'introduction par l'ACP de tests de cohérence, au niveau des cadres de saisie des données comptables et prudentielles ;
- le nombre d'organismes ayant transmis leurs états comptables et prudentiels est à peu près équivalent à celui de l'année dernière. Mais comme l'année dernière la remontée des données a été longue et a nécessité de nombreuses relances de l'ACP ;

Pour l'année 2011, les comptes des mutuelles retenues pour l'analyse (état C1 renseigné) représentent ainsi 95,8 % de l'assiette du Fonds CMU (*cf.* tableau 2), contre 96,4 % pour l'année 2010 et 93,7 % pour l'année 2009. Les mutuelles non substituées, seules retenues dans l'analyse pour éviter les doubles comptes, représentent quant à elles 98,8% de l'assiette des mutuelles non substituées du Fonds CMU (*cf.* annexe 4) ;

- 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), 97,5 % des sociétés d'assurance finançant le Fonds CMU ont renseigné cet état statistique, 99,9 % des institutions de prévoyance et 95,6 % des mutuelles (et 98,5% 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 » ont été en revanche moins bien renseignés que l'état E4 (*cf.* annexe 4).

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

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

Nombre d'organismes assurant une couverture santé et finançant le Fonds CMU		
	Effectifs	<i>Poids en termes de cotisations (1)</i>
	106	
Total des sociétés d'assurance contrôlées par l'ACP		
Finançant le Fonds CMU	87	(99,91%)
dont : Comptes retenus pour l'analyse (2)	83	(99,88%)
Dont Sociétés d'assurance mixte (ACP)	22	
Finançant le Fonds CMU	16	(34,9%)
dont : Comptes retenus pour l'analyse (2)	16	(34,9%)
Dont Sociétés d'assurance non-vie (ACP)	84	
Finançant le Fonds CMU	71	(65,0%)
dont : Comptes retenus pour l'analyse (2)	67	(64,9%)
IP (ACP)	29	(100,0%)
Comptes retenus pour l'analyse (2)	29	(100,0%)
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACP) (*)	532	
Finançant le Fonds CMU (3)	514	(99,2%)
Finançant le Fonds CMU après retraitement (4)	483	(99,2%)
<i>dont mutuelles non substituées</i>	398	(97,0%)
<i>dont mutuelles substituées (5)</i>	85	(2,2%)
dont : Comptes retenus pour l'analyse (2) (6)	352	(95,8%)
<i>dont : mutuelles non substituées</i>	352	(95,8%)
Total des organismes contrôlés par l'ACP	667	
dont : Comptes retenus pour l'analyse	464	

(*) Effectifs calculés à partir des sources disponibles

(1) assiette de cotisations au Fonds CMU.

(2) organismes pour lesquels les données étaient disponibles au 10 septembre 2012 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 2012 représentent 0,8% de l'assiette du Fonds CMU.

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

(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 85 mutuelles substituées, après prise en compte des unions, seules 8 mutuelles n'ont pas leur substituant au Fonds CMU, soit en termes d'assiette 0,03% des mutuelles finançant le Fonds CMU.

Source : ACP et Fonds CMU, calculs DREES

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

Après diverses corrections visant à rapprocher les champs d'analyse du Fonds CMU et de l'ACP (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 0,1 % de l'assiette au Fonds CMU pour les sociétés d'assurance ou encore de 0,8% pour les mutuelles, cf. tableau 2²³.

Ces écarts sont en fait le résultat des différences existant dans la définition du chiffre d'affaires en « complémentaire santé » entre l'ACP 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'ACP 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'ACP 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).

²³ Pour les sociétés d'assurance, écart imputable aux 5 sociétés étrangères (soit, 0,09% de l'assiette du Fonds CMU) et aux 4 sociétés qui n'ont pas renseigné l'état C1 (soit 0,04% 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 0,03% de l'assiette « mutuelles » du Fonds CMU) ou encore aux 7 mutuelles en fin d'activité ayant versé une taxe au Fonds CMU au 4^{ème} trimestre de l'année considérée (soit 0,8% de l'assiette « mutuelles » du Fonds CMU).

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

		2008	2009	2010	2011 (assiette brute) (**)	Evol. 08-09	Evol. 09-10	Evol. 11-10
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	5,3%	6,4%	-2,4%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	7 338	8 167			9,1%	11,3%	-
	Primes E4 santé, données ACP-DREES (3)	8 278	8 860	9 533	9 506	7,0%	7,6%	-0,3%
	Ratio (1)/(3)	91,3%	89,9%	88,8%	87,0%			
Institutions de prévoyance	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement pour fluctuation en 2008-2009 (1)	5 126	5 225	5 257	5 160	1,9%	0,6%	-1,8%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	5 009	5 344			6,7%	6,7%	-
	Primes E4 santé, données ACP-DREES (3)	5 168	5 381	5 404	5 350	4,1%	0,4%	-1,0%
	Ratio (1)/(3)	99,2%	97,1%	97,3%	96,4%			
Mutuelles	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement pour fluctuation en 2008-2009 (1)	16 435	16 931	17 665	17 248	3,0%	4,3%	-2,4%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	16 433	16 956			3,0%	3,2%	-
	Primes E4 santé, données ACP-DREES redressées (*) (3)	16 687	17 306	18 223	17 400	3,7%	5,3%	-4,5%
	Ratio (1)/(3)	98,5%	97,8%	96,9%	99,1%			

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

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

NB : pour les données ACP-DREES, 2008 calculée à partir du C4 et pour 2009, 2010 et 2011 calculées à partir du E4 redressé

Source : Fonds CMU et ACP, 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'ACP 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'ACP et ayant renseigné l'état prudentiel C1 représentent en 2011 98,8 % 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'ACP 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 2009

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	68	68	115	224	475
Nombre d'organismes (base ACP avec un état C1)	65	64	106	147	382
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU (Md €) (*)	12 401	2 474	1 247	416	16 539
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACP (Md €)	12 058	2 324	1 180	326	15 888
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	14,3%	14,3%	24,2%	47,2%	100,0%
Poids strate (cotisations)	75,0%	15,0%	7,5%	2,5%	100,0%
TAUX DE SONDAGE					
Taux de sondage (effectifs)	95,6%	94,1%	92,2%	65,6%	80,4%
Taux de sondage (cotisations)	97,2%	93,9%	94,6%	78,2%	96,1%
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,03	1,06	1,06	1,28	

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

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.

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 trois 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 2011 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 fin 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	398	29	87
avec comptes annuels complets (1)		359	29	83
avec état C1		352	29	83
avec état C4 (**)		346	28	82
avec état C11		312	25	76
avec état E1		299	26	37
dont ligne sur les contrats responsables		201	16	23
avec état E2		290	27	44
dont ligne sur les contrats responsables		177	16	22
avec état E3		305	28	63
avec état E4 après imputation (***)		346	28	71
avec état E5		274	25	63
C1 + C4		343	28	82
C1 + C4 + E4		339	28	71
C1 + C4 + E3 + E4		292	28	60
C1 + C4 + E1 + E2 + E3 + E4		255	27	33
C1 + C4 + E1 + E2 + E3 + E4 + E5		228	24	30
Organismes finançant le Fonds CMU(*)	Versements au Fonds CMU(%)	100,0%	100,0%	100,0%
avec comptes annuels complets (1)		98,8%	100,0%	99,9%
avec état C1		98,8%	100,0%	99,9%
avec état C4		98,6%	99,9%	99,9%
avec état C11		93,5%	93,8%	96,5%
avec état E1		91,5%	96,3%	51,0%
dont ligne sur les contrats responsables		54,1%	41,1%	39,1%
avec état E2		89,1%	96,7%	64,2%
dont ligne sur les contrats responsables		61,0%	57,8%	24,4%
avec état E3		92,5%	99,9%	95,0%
avec état E4		98,5%	99,9%	97,5%
avec état E5		88,0%	86,9%	87,8%
C1 + C4		98,6%	99,9%	99,9%
C1 + C4 + E4		98,4%	99,9%	97,5%
C1 + C4 + E3 + E4		92,0%	99,9%	94,7%
C1 + C4 + E1 + E2 + E3 + E4		83,6%	96,7%	50,8%
C1 + C4 + E1 + E2 + E3 + E4 + E5		80,5%	83,7%	43,2%

(*) 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.

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

Source : Fonds CMU et ACP, calculs DREES

Lecture : l'assiette des mutuelles non substituées répondant à l'état C1 représentent 98,8 % de l'assiette des mutuelles non substituées déclarant au Fonds CMU.

Annexe 5

Correction de l'effet du passage de la contribution à la taxe CMU

Depuis le 1^{er} janvier 2011, la **contribution** CMU est devenue une **taxe**, et son taux est passé de 5,9 % à 6,27 %, afin de rendre cette transformation financièrement neutre pour le Fonds CMU. En effet, le taux de la contribution s'appliquait sur une assiette primes y compris contribution, alors que le taux de la taxe s'applique sur une assiette primes hors taxe.

En théorie, la contribution CMU était également comptabilisée, sauf à l'exception de quelques organismes (cf. rapport 2011) dans les charges de gestion des organismes, contrairement à la taxe qui n'est comptabilisée ni dans les primes, ni dans les charges de gestion mais en compte de tiers (classe 4 du plan comptable des assurances).

Comme le signale le Fonds CMU dans son rapport, bien que la taxe ait été mise en place dès le 1^{er} janvier 2011, la **contribution** demeure applicable pour les échéances afférentes aux contrats en cours au 1^{er} janvier 2011, jusqu'à leur extinction ou leur renouvellement (au plus tard le 31 décembre 2011). Ainsi en 2011, les sociétés selon la date d'échéance de leurs contrats ont versé au Fonds CMU, soit une contribution (au taux de 5,9%), soit une taxe (au taux de 6,27 %), soit les deux. Pour l'exercice 2011 il y a ainsi coexistence de 2 assiettes : une assiette taxe (environ 95 % du chiffre d'affaires global) et une assiette contribution (en cours d'extinction).

Pour que l'évolution entre 2010 et 2011 puisse être interprétée et analysée de façon homogène, il est indispensable de comparer les assiettes de primes (ACP ou Fonds CMU) et les charges de gestion à méthode de comptabilisation identique. Le plus simple est de retenir la comptabilisation « hors taxe et hors contribution (HT,HC) ».

Pour les trois types d'organismes (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance), la même méthode a été retenue :

Pour l'année 2010

En s'appuyant sur l'état E5 -Complément CMU, taxe sur les conventions d'assurance et gestion d'un régime obligatoire santé-, il a été possible d'identifier, lorsque l'organisme l'a renseigné, le numéro du poste comptable dans lequel il a comptabilisé la contribution CMU-C. Si pour la plupart des organismes la classe 6 (compte de charges) a été utilisée, certains traitaient d'ores et déjà la contribution comme une taxe. Nous avons donc procédé de la façon suivante :

- (1) Pour les organismes qui n'ont pas mis la contribution en compte de tiers (classe 4), le montant de la contribution au Fonds CMU a été retiré des primes émises, des primes acquises et des autres charges techniques. Pour les mutuelles, la contribution versée au Fonds CMU par des mutuelles substituées dont la substituante verse une taxe au Fonds CMU a également été retirée du compte de la substituante. Ce choix est justifié par le fait que les primes et les autres charges techniques tiennent compte des opérations prises en substitution dans les états prudentiels et statistiques des mutuelles substituantes ;
- (2) Pour les organismes qui ont traité la contribution comme une taxe (classe 4), les primes émises, les primes acquises et les autres charges techniques n'ont pas été modifiées.

On obtient ainsi une assiette ACP et des charges de gestion hors contribution (et hors taxe) pour l'année 2010.

Pour l'année 2011

Pour les organismes qui présentent à la fois une assiette taxe et une assiette contribution d'après les données du Fonds CMU, la partie « contribution » a été retirée du montant des primes émises, des primes acquises et des autres charges techniques à l'exception des organismes qui déclaraient traiter la contribution comme une taxe en 2010 dans l'état E5. Pour les mutuelles, comme pour l'année 2010, la partie « contribution » versée au Fonds CMU par des mutuelles substituées dont la substituante verse une contribution au Fonds CMU a également été retirée du compte de la substituante.

On obtient ainsi une assiette ACP et des charges de gestion hors contribution et par définition hors taxe car la taxe n'est pas comprise dans les primes en 2011. Il est à noter que le résultat net comptable des organismes, en individuel comme en collectif n'est pas modifié par cette correction.

Ainsi lorsque l'on neutralise l'effet de la transformation de la contribution CMU-C en taxe, on constate que le chiffre d'affaires en santé progresse pour les sociétés d'assurance de 3,1 %, pour les institutions de prévoyance de 4 % et pour les mutuelles de 3,7 %.

Tableau 1 - Comparaison de l'assiette Fonds CMU et du chiffre d'affaires « santé » tiré des données ACP, hors taxe et hors contribution (en M€)

		2010 HT, HC*	2011 HT, HC*	Evol. 11-10, HT-HC*
Sociétés d'assurance	Assiette Fonds CMU (1)	7 969	8 220	3,1%
	Primes E4 santé, données ACP-DREES (2)	9 048	9 460	4,6%
	Ratio (1)/(2)	88,1%	86,9%	
Institutions de prévoyance	Assiette Fonds CMU (1)	4 947	5 144	4,0%
	Primes E4 santé, données ACP-DREES (2)	5 101	5 334	4,6%
	Ratio (1)/(2)	97,0%	96,4%	
Mutuelles	Assiette Fonds CMU(1)	16 623	17 232	3,7%
	Primes E4 santé, données ACP-DREES (2)	17 202	17 385	1,1%
	Ratio (1)/(2)	96,6%	99,1%	

*données du Fonds CMU et de l'ACP recalculées hors taxe et hors contribution.

Source : Fonds CMU et ACP, calculs 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 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)

Bilans 2010 - Organismes finançant le Fonds CMU et contrôlés par l'ACP

Sociétés d'assurance mixte - Bilan 2010

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	21 490	18 130	Fonds propres
Placements	365 562	345 262	Provisions
Placements en UC	78 396	79 508	Provisions en UC
Autres actifs	27 464	50 015	Autres passifs
Total actif	492 914	492 914	Total passif
Plus-values latentes	9 094		
Bilan en valeur de marché	502 008		

Source : ACP, calculs DREES

Sociétés d'assurance non-vie - Bilan 2010

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	13 717	24 514	Fonds propres
Placements	95 567	85 339	Provisions
Placements en UC	-	-	Provisions en UC
Autres actifs	19 378	18 835	Autres passifs
Total actif	128 689	128 689	Total passif
Plus-values latentes	23 413		
Bilan en valeur de marché	152 102		

Source : ACP, calculs DREES

Mutuelles - Bilan 2010

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	1 957	13 912	Fonds propres
Placements	24 779	11 940	Provisions
Placements en UC	27	28	Provisions en UC
Autres actifs	4 123	4 686	Autres passifs
Total actif	30 885	30 885	Total passif
Plus-values latentes	927		
Bilan en valeur de marché	31 813		

Source : ACP, calculs DREES

Institutions de Prévoyance* - Bilan 2010

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	4 472	10 723	Fonds propres
Placements	29 193	24 162	Provisions
Placements en UC	60	107	Provisions en UC
Autres actifs	4 728	3 461	Autres passifs
Total actif	38 453	38 453	Total passif
Plus-values latentes	2 302		
Bilan en valeur de marché	40 755		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Total* - Bilan 2010

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	41 635	67 280	Fonds propres
Placements	515 102	466 702	Provisions
Placements en UC	78 483	79 643	Provisions en UC
Autres actifs	55 693	76 997	Autres passifs
Total actif	690 942	690 942	Total passif
Plus-values latentes	35 737		
Bilan en valeur de marché	726 679		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc 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)

Comptes de résultat 2010 - 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	47 135	8 634	6 046	55 769
Charges de prestations (-)	-59 017	-7 139	-4 815	-66 156
Produits financiers	18 017	554	406	18 571
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-5 345	-1 812	-1 375	-7 157
Solde réassurance (-)	488	-10	-30	477
Résultat technique	1 278	226	232	1 504
Produits financiers du résultat non-technique				499
Autres éléments non techniques				-474
Résultat net				1 529

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		44 127	9 591	44 127
Charges de prestations (-)		-32 748	-6 698	-32 748
Produits financiers		2 929	390	2 929
Frais d'acquisition et d'administration (-)		-11 249	-2 651	-11 249
Solde réassurance		-1 458	-316	-1 458
Résultat technique		1 600	317	1 600
Produits financiers du résultat non-technique				899
Autres éléments non techniques				-782
Résultat net				1 718

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	923	19 436	18 986	20 359
Charges de prestations (-)	-789	-15 980	-15 590	-16 769
Produits financiers	197	143	140	341
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-90	-3 471	-3 402	-3 561
Solde réassurance (-)	-17	-39	-36	-56
Résultat technique	227	89	90	316
Produits financiers du résultat non-technique				353
Autres éléments non techniques				-209
Résultat net				460

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	2 340	8 952	7 934	11 293
Charges de prestations (-)	-2 083	-8 425	-7 467	-10 508
Produits financiers	380	312	289	693
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-158	-1 049	-1 019	-1 207
Solde réassurance (-)	-145	28	53	-117
Résultat technique	335	-183	-210	152
Produits financiers du résultat non-technique				341
Autres éléments non techniques				-43
Résultat net				450

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 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 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 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, à une date et selon la liste fixées par décision de l'Autorité de contrôle prudentiel, 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 (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 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 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.