

2014

RAPPORT

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

RAPPORT 2014

Sur la situation financière
des organismes complémentaires
assurant une couverture santé

Rédacteur : Alexis Montaut

Remerciements : La DREES tient à remercier l'ACPR, le Fonds CMU, la CNAM-TS, le RSI et la MSA qui fournissent les données nécessaires à ce rapport, et les personnes des organismes publics ou privés qui améliorent ce document grâce à leur relecture. Elle tient à remercier tout particulièrement les fédérations CTIP, FNMF, et FFSA pour leur collaboration et leur concours.

DREES

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

Sommaire

Sommaire	3
Avant-propos	5
Principaux enseignements	7
Chapitre 1 – Un marché de la complémentaire santé dominé par les mutuelles	9
Les organismes d'assurance : un secteur d'activité toujours plus concentré	9
L'activité « Santé » : principale pour les mutuelles, secondaire pour les sociétés d'assurance	14
Chapitre 2 – Un résultat en santé égal à 0,7 % des primes en 2013	19
Le résultat technique en santé des institutions de prévoyance s'améliore en 2013.....	21
Les contrats collectifs : une gestion différente, un résultat différent	27
Des résultats techniques et des charges de gestion plus homogènes pour les mutuelles et les grands organismes.....	32
Chapitre 3 – Des organismes solvables.....	35
Un résultat net positif pour toutes les catégories d'organismes en 2013	35
Des règles prudentielles respectées	37
Chapitre 4 – Une incomplétude des données qui nuit à la mesure des coûts de gestion	45
Des charges de gestion en part des prestations versées très variables selon les organismes	45
Délégation de gestion : un coût presque compensé par construction pour les organismes	48
Les conséquences de la gestion de la CMU-C/ACS sur les comptes des organismes ne peuvent être évaluées faute de remontées suffisantes	50
Annexes.....	53
Annexe 1 – Article 12 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009	55
Annexe 2 – Article 11 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012	55
Annexe 3 – Liste de états réglementaires et statistiques définie dans le code monétaire et financier et dans le code des assurances.....	56
Annexe 4 – Les redressements des données.....	59
Annexe 5 – Des écarts entre les primes en santé déclarées au fonds CMU et à l'ACPR.....	62
Annexe 6 – Les comptes de résultats détaillés.....	63

Avant-propos

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

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour les années 2011, 2012 et 2013. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par le Fonds CMU.

Ce rapport comprend quatre parties. La première présente la structure et la démographie du marché assurantiel et notamment sur le champ plus restreint des organismes assurant une activité de complémentaire santé. La deuxième partie présente la situation financière (résultat technique) des organismes sur leur activité « Santé ». La troisième partie présente leur solvabilité financière, à travers leur résultat net et le respect des règles prudentielles. Enfin, la quatrième partie apporte des éclairages complémentaires sur les frais de gestion.

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

Principaux enseignements

En 2013, le **nombre d'organismes** qui exercent des opérations d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) a de nouveau diminué. Ce recul du nombre d'acteurs est tout aussi marqué sur le champ des organismes pratiquant une activité de complémentaire santé, c'est-à-dire ceux assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du fonds CMU (dite « taxe CMU-C ») : depuis 2001, le nombre de mutuelles a notamment été divisé par trois et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Malgré ce mouvement de concentration, le secteur mutualiste reste très morcelé avec 481 mutuelles assujetties à la taxe CMU-C en 2013, contre 96 sociétés d'assurance et 28 institutions de prévoyance.

Les mutuelles restent prédominantes sur le **marché de la couverture santé complémentaire** (54 % des primes¹ collectées d'après le fonds CMU) même si, à l'instar des institutions de prévoyance, leurs parts de marché diminuent au profit des sociétés d'assurances.

Les **mutuelles sont spécialisées en santé** (qui représente 91 % de leurs primes collectées) tandis que la santé ne représente que 46 % des primes collectées pour les institutions de prévoyance et 11 % pour les sociétés d'assurance. En raison d'une activité plus large et diversifiée, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance sont très souvent des organismes de grande taille en termes de chiffre d'affaires total, mais pas toujours des acteurs dominants sur le marché plus spécifique de la complémentaire santé.

En 2013, l'activité santé des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance mixte est déficitaire puisque le **résultat technique en santé** (produits de l'activité santé nets des charges) représente respectivement -1,0 % et -1,1 % des primes collectées en santé. Si ce déficit se réduit par rapport à 2012 pour les institutions de prévoyance, il se creuse en revanche pour les sociétés d'assurance mixte. Quant aux sociétés d'assurance non-vie et aux mutuelles, leur activité santé est excédentaire depuis 2011 : leur résultat technique en santé représente respectivement 3,7 % et 0,6 % des primes en 2013.

Toutefois, ces chiffres doivent être considérés avec prudence, puisque la situation financière de l'activité santé ne peut s'apprécier réellement qu'à moyen terme. De plus, ces résultats moyens masquent une certaine **hétérogénéité** entre organismes, y compris au sein d'une catégorie donnée. Les mutuelles et les organismes de grande taille ont généralement des résultats techniques plus homogènes.

Les **charges de prestations**, représentatives de l'activité d'indemnisation, sont en moyenne plus élevées pour les institutions de prévoyance : elles représentent 93 % des primes en 2013, contre 86 % pour les mutuelles, 85 % pour les sociétés d'assurance mixte et 77 % pour les sociétés d'assurance non-vie. Les **charges de gestion** (somme des frais de gestion des sinistres, des frais d'acquisition et des frais d'administration) sont plus faibles pour les institutions de prévoyance (13 % des primes en 2013) que pour les mutuelles (18 %) et les sociétés d'assurance (23 %). Les mutuelles se caractérisent par des frais d'administration moyens plus élevés que les autres types d'organismes, les sociétés d'assurance par des frais d'acquisition moyens plus importants.

¹ La notion de « prime », utilisée dans ce rapport et issue du code des assurances, est équivalente à celle de « cotisation » issue des codes de la mutualité et de la Sécurité sociale.

Les mutuelles et les sociétés d'assurance non-vie proposent essentiellement des contrats santé **individuels** (trois-quarts de leurs primes) alors que les sociétés d'assurance mixte et les institutions de prévoyance sont nettement positionnées sur les contrats santé **collectifs** (plus de trois-quarts de leurs primes).

Ce plus ou moins grand positionnement sur le marché des contrats collectifs en santé explique en partie les différences de résultats santé des organismes. En moyenne, et pour toutes les catégories d'organismes, le **résultat technique en santé des contrats collectifs** est déficitaire alors que celui des contrats individuels est excédentaire. De plus, les charges de prestations sont en moyenne plus élevées pour les contrats collectifs, et les charges de gestion plus faibles.

Pour évaluer la solidité financière des organismes exerçant une activité santé, il faut analyser leur **résultat net** qui résulte de l'intégralité de leur activité, assurantielle ou non. En 2013, pour chacune des quatre catégories d'organismes le résultat net est en moyenne excédentaire, alors qu'il était négatif en 2012 pour les sociétés d'assurance non-vie et les institutions de prévoyance. Pour les institutions de prévoyance et sociétés d'assurance mixte, malgré une activité santé déficitaire, le résultat net représente respectivement 1,2 % et 3,5 % des primes totales collectées. Ce résultat net positif est notamment la conséquence d'importants excédents sur l'activité vie. Quant aux mutuelles et sociétés d'assurance non-vie, leur résultat net s'élève en moyenne à respectivement 1,7 % et 3,1 % des primes en 2013.

D'un point de vue prudentiel, la situation des organismes qui exercent une activité santé n'appelle pas d'attention particulière, notamment s'agissant du respect des deux ratios prudentiels que sont la **couverture des engagements réglementés et la couverture de la marge de solvabilité**, imposés dans le cadre du régime Solvabilité 1. Les organismes (pour l'essentiel des petites mutuelles) qui se trouvent à la limite des seuils de couverture de la marge de solvabilité font l'objet d'un suivi spécifique par l'ACPR à l'aide d'outils quantitatifs et qualitatifs adaptés à leur situation. En moyenne, ces deux ratios prudentiels sont largement couverts en 2013 et ce, de manière assez stable depuis plusieurs années.

Enfin, la dernière partie de ce rapport apporte des éléments complémentaires sur les charges de gestion, et tente en particulier de mettre en lumière l'impact de deux dispositifs particuliers sur ces charges : la gestion déléguée d'un régime obligatoire de santé d'une part, et la gestion de la CMU-C / ACS d'autre part.

Chapitre 1 – Un marché de la complémentaire santé dominé par les mutuelles

En 2013, 974 organismes pratiquent des **activités d'assurance** (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance). Ils sont moins nombreux chaque année. Ce mouvement de « concentration » concerne plus particulièrement les mutuelles dont le nombre a été divisé par deux depuis 2006 suite à des fusions ou des absorptions notamment. Les mutuelles restent toutefois nombreuses et souvent de petite taille.

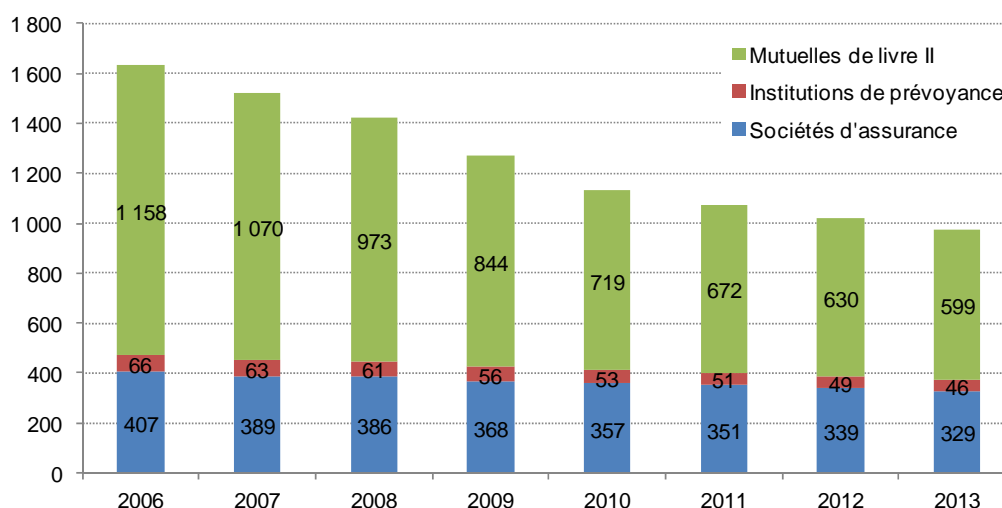
Sur le **marché de l'assurance complémentaire santé**, 605 organismes sont présents et les mutuelles en restent l'acteur principal, même si, de même que les institutions de prévoyance, leurs parts de marché diminuent au profit des sociétés d'assurance. Le marché de la complémentaire santé est en effet en restructuration depuis plus d'une décennie. Ce chapitre 1 en dresse un état des lieux.

Les organismes d'assurance : un secteur d'activité toujours plus concentré

Un nombre d'acteurs qui se réduit chaque année

En 2013, 974 organismes pratiquent des **activités d'assurance** selon l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 599 mutuelles régies par le code de la mutualité, 329 sociétés d'assurance régies par le code des assurances et 46 institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale (cf. graphique 1). Le nombre d'organismes habilités par l'ACPR à pratiquer de telles opérations diminue depuis le milieu des années 1990. La transposition aux mutuelles des directives européennes relatives aux assurances en 2002 (afin de mettre en place un marché unique européen, concurrentiel, de l'assurance privée), puis le relèvement en 2007 et 2008 du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour toute mutuelle exerçant une activité d'assurance, ont contraint les mutuelles à se restructurer pour atteindre une taille critique. Le nombre d'organismes a ainsi fortement reculé entre 2008 et 2010 : on dénombre deux fois moins de mutuelles en 2013 qu'en 2006 selon l'ACPR. De même, 30 % des institutions de prévoyance et 20 % des sociétés d'assurance ont disparu.

Graphique 1 – Nombre d'organismes d'assurance contrôlés par l'ACPR au 31 décembre



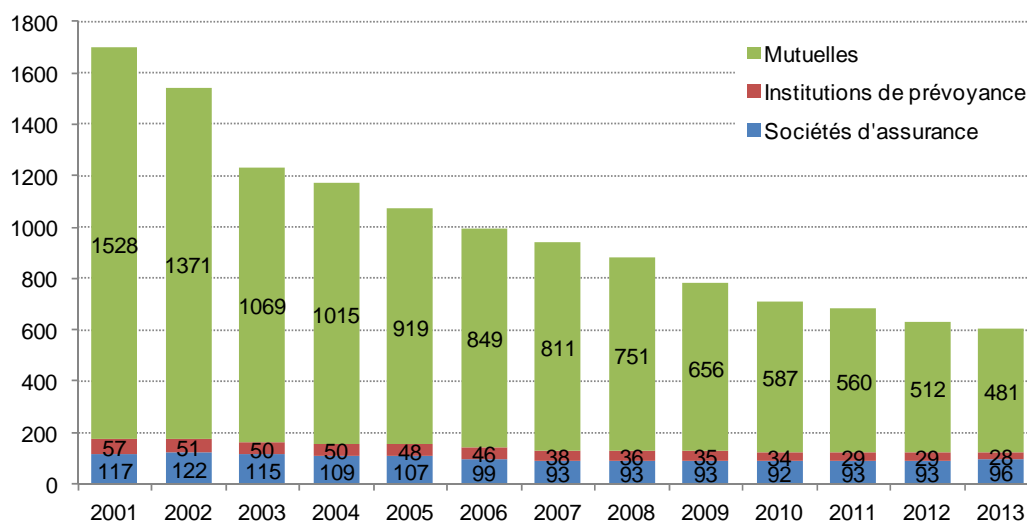
Champ : Organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année.

Source : ACPR.

Le marché français de la **couverture complémentaire santé** regroupe l'ensemble des organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe CMU », qui est perçue au profit du Fonds CMU (cf. encadré 1). À ce titre, 605 organismes exercent une activité de complémentaire santé en 2013 sur le territoire français selon le Fonds CMU, répartis en 481 mutuelles, 96 sociétés d'assurance et 28 institutions de prévoyance (cf. graphique 2). L'ensemble

des primes (ou « cotisations » dans les secteurs mutualistes et de la prévoyance) que ces organismes collectent au titre de leur activité de complémentaire santé, dénommées aussi primes en « frais de soins »², s'élève à 33 milliards d'euros. C'est sur cette base, ou *assiette*, qu'est calculé le montant de la taxe CMU. Depuis 2001, le nombre d'organismes présents sur le marché français de la complémentaire santé a reculé de 64 %. En particulier, le nombre de mutuelles contribuant au Fonds a été divisé par trois depuis cette date et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Le mouvement de concentration sur le champ de la santé explique donc largement l'effet de concentration sur l'ensemble de l'activité assurantielle.

Graphique 2 – Nombre d'organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du Fonds CMU entre 2001 et 2013



Champ : Établissements ayant versé une contribution au fonds CMU (période 2001-2010) ou une taxe au fonds CMU (période 2011-2013) au cours de l'année. Cette définition est différente du dénombrement en fin d'année. La taxe a remplacé la contribution au 1^{er} janvier 2011.

Source : Rapports du Fonds CMU de 2003 à 2013.

La moitié du marché de la complémentaire santé est gérée par les mutuelles

En 2013, les mutuelles restent prédominantes sur le marché de la complémentaire santé, devant les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Le chiffre d'affaires en santé des mutuelles, correspondant aux primes en « frais de soins » collectées auprès des souscripteurs, s'élève à 17,8 milliards d'euros soit 54 % du marché, contre 9,2 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance (28 % du marché) et 5,8 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance (18 %), d'après le Fonds CMU en 2013 (*cf.* graphique 3). Toutefois, depuis 2001, les mutuelles et institutions de prévoyance perdent des parts de marché face aux sociétés d'assurance.

² Les frais de soins recouvrent les frais médicaux, les frais d'hospitalisation, d'optique, de soins dentaires...

Tableau 3 – Assiette de la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du Fonds CMU entre 2001 et 2013 et part de marché

Montant en millions d'euros	2001*	2006*	2011	2012	2013
Mutuelles	10 596	15 319	17 248	17 589	17 846
Sociétés d'assurance	3 279	6 344	8 267	8 808	9 241
Institutions de prévoyance	3 692	4 379	5 160	5 746	5 806
Ensemble	17 567	26 042	30 676	32 142	32 893
Parts de marché					
Mutuelles	60%	59%	56%	55%	54%
Sociétés d'assurance	19%	24%	27%	27%	28%
Institutions de prévoyance	21%	17%	17%	18%	18%
Ensemble	100%	100%	100%	100%	100%

(*) : En 2011 la taxe CMU-C a remplacé la contribution CMU-C. Les primes collectées pour les années 2001 et 2006 incluent donc la contribution, tandis que celles collectées à partir de 2011 excluent la taxe.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du Fonds CMU au cours de l'année. L'assiette du fonds CMU correspond aux primes collectées par les organismes au titre d'une activité de complémentaire santé. Elle sert de base au calcul de la taxe CMU.

Source : Fonds CMU.

Par rapport aux mondes de l'assurance et de la prévoyance, celui de la mutualité est très morcelé : les mutuelles sont nombreuses et souvent de petite taille. À titre de comparaison, 481 mutuelles gèrent 17,8 milliards d'euros de primes santé en 2013 d'après le fonds CMU, ce qui représente, en moyenne, 37 millions d'euros de primes santé par mutuelle. Une société d'assurance qui a une activité santé gère en moyenne 100 millions d'euros de primes santé, et une institution de prévoyance 210 millions d'euros. Néanmoins, parmi les 15 plus gros organismes en termes de chiffre d'affaires santé, on dénombre 7 mutuelles, 4 sociétés d'assurance et 4 institutions de prévoyance.

Le champ du rapport : les organismes contrôlés par l'ACPR exerçant une activité de complémentaire santé

Dans ce rapport, on s'intéresse aux 469 **organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et qui sont contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2013, hors mutuelles substituées** (cf. encadré 1). Ce champ est en effet le seul pour lequel on peut disposer des données collectées par l'ACPR (cf. encadré 2), mais il offre une très bonne représentativité du marché de la complémentaire santé en France. En effet, les établissements qui ne sont pas contrôlés par l'ACPR (essentiellement des sociétés d'assurance étrangères) ne représentent que 31 millions de primes d'assurance santé sur les 33 milliards d'euros collectés à ce titre en France en 2013.

Les rapprochements, fusions et absorptions peuvent avoir des conséquences non négligeables sur le champ de la complémentaire santé. L'ensemble de ceux-ci sont décrits dans le rapport annuel d'activité de l'ACPR. Seuls les événements majeurs en 2013 sont listés ci-dessous :

- le transfert d'une grande partie du portefeuille, notamment prévoyance, de l'union de mutuelles MUTEX-UNION vers la société d'assurance mixte MUTEX ;
- le rapprochement des mutuelles EOVI et MCD, qui a donné naissance au 4^{ème} acteur en termes de chiffre d'affaires santé dans la catégorie des mutuelles, EOVI-MCD MUTUELLES ;
- le transfert de toute l'activité santé et prévoyance de GENERALI IARD (société d'assurance non-vie, qui sort donc du périmètre du rapport) vers GENERALI VIE (société d'assurance mixte).

Encadré 1 – Champ du rapport : les organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR

Le champ de la « complémentaire santé » en France est défini par l'ensemble des organismes assujettis en 2013 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe CMU » – voir tableau E1, colonne (1). Cette taxe permet au Fonds CMU de financer la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Elle porte sur l'ensemble des primes que ces organismes collectent dans l'année au titre de leur activité de complémentaire santé, complémentaire souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France. En revanche sont exclues de l'assiette :

- les primes de couverture santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie (ce sont des couvertures dites au 1^{er} euro car elles prennent en charge les dépenses santé de leurs assurés dès le 1^{er} euro) ;
- les primes qui couvrent une garantie ayant un lien avec la santé mais qui est accessoire par rapport à l'objet même du contrat auquel elle se rapporte (ce sont par exemple les activités de « surcomplémentaire santé », ou bien les garanties « individuelle accident » des conducteurs dans les contrats d'assurance automobile).

Tableau E1 – Nombre d'organismes ayant une activité de complémentaire santé en 2013

	Assujettis à la taxe CMU au cours de 2013 (1)	Assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013 (2)	Champ du rapport (3)	Dont ayant renseigné les états prudentiels et comptables (4)	Taux de couverture du champ en termes de primes (5)
Sociétés d'assurance	96	89	89	85	100,0%
Sociétés d'assurance mixte		19	19	19	100,0%
Sociétés d'assurance non-vie		70	70	66	99,9%
Institutions de prévoyance	28	26	26	26	100,0%
Mutuelles de livre II	481	460	354	338	99,7%
Total	605	575	469	449	99,9%

(1) Organismes ayant versé une taxe au fonds CMU au cours de l'année (définition différente du dénombrement en fin d'année).

(2) Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013, i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et absorptions ayant eu lieu en 2013.

(3) Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013, après avoir intégré les unions de mutuelles et exclu les mutuelles substituées.

(4) Organismes utilisés pour l'analyse, c'est-à-dire ayant renseigné au minimum les comptes et l'état prudentiel C1.

(5) Assiette du fonds CMU des organismes ayant renseigné les états sur l'assiette totale du fonds CMU des organismes du champ du rapport.

Sources : ACPR et Fonds CMU, calculs DREES.

Un peu plus réduit, le champ des organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013 est le seul sur lequel on dispose de données détaillées – tableau E1 colonne (2). Ce champ restreint est très proche de celui des seuls organismes assujettis à la taxe CMU – tableau E1 colonne (1). L'écart entre les deux s'explique surtout par des fusions et absorptions ayant eu lieu en 2013, ainsi que, pour les sociétés d'assurance, par la présence de quelques sociétés étrangères qui ne sont pas contrôlées par l'ACPR mais par l'autorité de contrôle du pays dont elles dépendent. L'activité santé de ces organismes hors champ est extrêmement mineure : elle représente seulement 31 millions sur les 33 milliards d'euros de primes collectées en complémentaire santé en 2013 (soit 0,1 %).

Enfin, le champ du rapport, tableau E1 colonne (3), exclut également les mutuelles substituées : en effet, les primes et prestations en frais de soins d'une mutuelle substituée sont déjà comptabilisées *via* sa substituant dans les données de l'ACPR. La mutuelle substituée doit alors être écartée afin d'éviter des doubles comptes.

Parmi les 469 organismes du champ du rapport, 449 ont fourni à l'ACPR leurs états comptables et prudentiels, tableau E1 colonne (4). Sont considérés comme ayant fourni leurs comptes les organismes ayant renseigné au minimum les états comptables et le compte de résultat technique par contrats (état prudentiel C1, *cf.* encadré 2) à la date du 1^{er} octobre 2014.

Les 20 organismes qui n'ont pas renseigné leurs états sont généralement des organismes de faible chiffre d'affaires en santé. Les organismes qui peuvent être exploités pour l'analyse représentent donc la quasi totalité des primes du champ du rapport, tableau E1 colonne (5). Le taux de réponse se maintient à un très bon niveau pour les trois types d'organismes, proche du taux de réponse de l'an dernier. Les corrections et redressements effectués sur les états prudentiels et comptables ont ainsi été très limités, mais ils ont été plus importants pour les états statistiques (*cf.* annexe 4). Une fois les redressements effectués, les 449 organismes exploitables sont repondérés de façon à être représentatifs de l'assiette du fonds CMU des 469 organismes du champ. La repondération est effectuée par type d'organisme et par taille pour les mutuelles.

Encadré 2 – Les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR

Afin d'assurer sa mission de contrôle prudentiel, l'ACPR collecte chaque année auprès des organismes complémentaires divers éléments comptables et financiers, appelés états comptables et prudentiels. L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, cinq états supplémentaires, appelés « états statistiques », qui permettent d'alimenter le présent rapport ainsi que les comptes de la Santé et ceux de la Protection sociale dont la DREES a la charge. La législation concernant ces états est reprise en annexe 3.

Les principaux états utilisés pour réaliser ce rapport sont les suivants :

- états bilantiels (BILA et BILP) : actifs et passifs du bilan des organismes ;
- comptes de résultat technique (CRTD, CRTV et CRNT) : produits, charges et résultat technique ;
- comptes de résultat technique par types de contrats (état C1) : produits, charges et résultat technique, par type de contrats, notamment pour les contrats de type « dommages corporels » qui incluent la santé ;
- primes émises par catégorie comptable (état C4) : cet état distingue l'activité santé de l'activité sur les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) ;
- sinistres payés en dommages corporels (état C11) : cet état distingue les sinistres payés en santé de ceux payés en autres dommages corporels ;
- engagements réglementés et marge de solvabilité (états C5 et C6) : éléments sur le respect des exigences de Solvabilité 1 ;
- nombre de personnes assurées, de personnes couvertes et de bénéficiaires par type de garanties (état E1) ;
- primes et prestations par type de garantie (état E2) ;
- prestations santé par type de soins (état E3) ;
- compte de résultat technique en frais de soins (état E4) ;
- frais de gestion des organismes complémentaires (état E5).

Les « primes en frais de soins » telles qu'elles sont définies dans les états de l'ACPR ne coïncident pas parfaitement avec l'assiette servant de base au calcul de la taxe CMU. Ces petites différences sont détaillées en annexe 5.

L'activité « Santé » : principale pour les mutuelles, secondaire pour les sociétés d'assurance

Des mutuelles spécialisées en santé

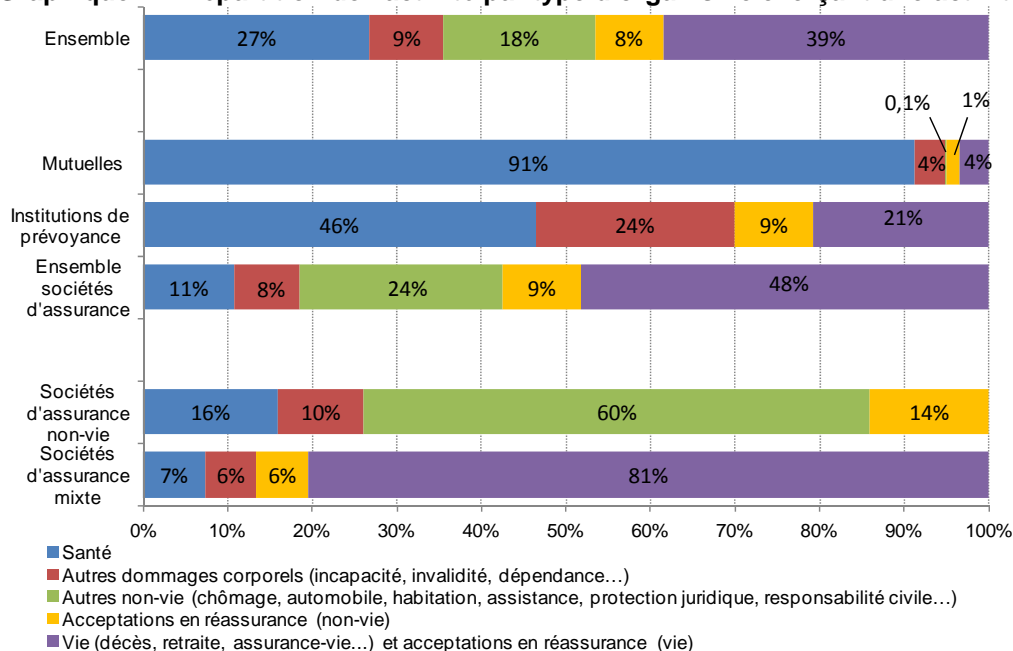
Sur le champ des organismes qui pratiquent une activité de complémentaire santé, cette activité santé représente presque un tiers des primes collectées³. Toutefois, la part de la santé dans l'activité varie fortement selon le type d'organisme. Lorsque les mutuelles assurent une activité de complémentaire santé, elles s'y consacrent presque exclusivement : la santé représente 91 % de leur activité en 2013 (cf. graphique 4), soit plus encore que les années antérieures (89 % en 2012) en raison d'un transfert d'activité, notamment de prévoyance, du secteur des mutuelles vers celui de l'assurance.

Lorsque les institutions de prévoyance pratiquent une couverture santé, cette activité est leur activité principale puisqu'elle représente en moyenne 46 % des primes collectées en 2013. Les institutions de prévoyance consacrent également un quart de leur activité aux risques longs, comme l'invalidité, l'incapacité ou la dépendance (dits « autres dommages corporels »). Elles ont aussi une activité assurantielle vie (décès, retraite...) à hauteur de 21 % de leur activité.

L'activité santé des sociétés d'assurance est plus minoritaire : elle ne représente que 11 % de l'activité des sociétés d'assurance actives en santé (16 % pour les sociétés non-vie et 7 % pour les sociétés d'assurance mixte). Les sociétés d'assurances ont en effet une activité très diversifiée qui dépasse largement le cadre des risques sociaux : assurance automobile, dommages aux biens, responsabilité civile, etc. Cette diversification est cependant limitée par la double spécialisation du marché de l'assurance (cf. encadré 3). En raison de la réglementation juridique de leur activité, les sociétés d'assurance non-vie n'ont pas d'activité vie, tandis que les sociétés d'assurance mixte, si elles sont spécialisées dans l'activité vie, peuvent tout de même couvrir certains dommages corporels.

Un assureur peut céder tout ou partie de ses primes à un autre assureur, appelé « réassureur », lequel s'engage à indemniser tout ou partie des sinistres (les primes prises en réassurance sont alors nommées « acceptations »). Toutefois, les données ne permettent pas de savoir quelle proportion de ces acceptations en non-vie correspond à de la santé.

Graphique 4 – Répartition de l'activité par type d'organisme exerçant une activité santé



Lecture : Pour les mutuelles, les primes collectées en santé représentent 91 % de l'ensemble des primes collectées.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

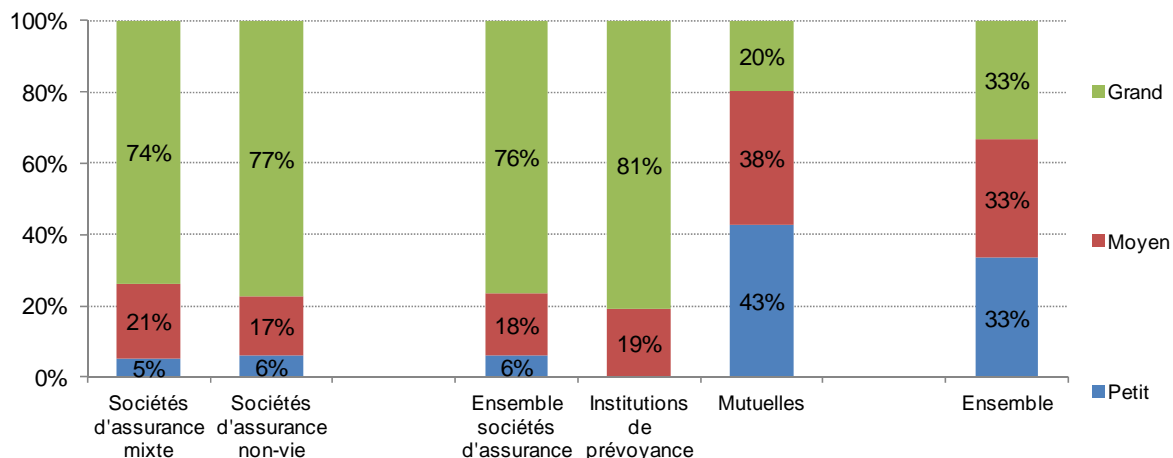
Source : ACPR, calculs DREES.

³ Dans ce rapport, le chiffre d'affaire est systématiquement assimilé aux primes collectées.

Sociétés d'assurance : de grands organismes, mais quelques petits « acteurs » en santé

Un tiers des organismes qui exercent une activité santé ont un chiffre d'affaires total, i.e. toutes activités confondues, inférieur à 6 millions d'euros. Mais ce sont plus de quatre mutuelles sur dix exerçant une activité santé qui ont un chiffre d'affaires inférieur à ce seuil, contre moins d'une société d'assurance sur dix et aucune institution de prévoyance (cf. graphique 5). Les mutuelles donc plus souvent des organismes de faible chiffre d'affaires total.

Graphique 5 – Répartition des organismes exerçant une activité santé selon leur chiffre d'affaires total en 2013



Note : « Grand » = chiffre d'affaires total supérieur à 60 millions d'euros, « Moyen » = Chiffre d'affaires total compris entre 6 et 60 millions d'euros et « Petit » = chiffre d'affaires total inférieur à 6 millions d'euros.

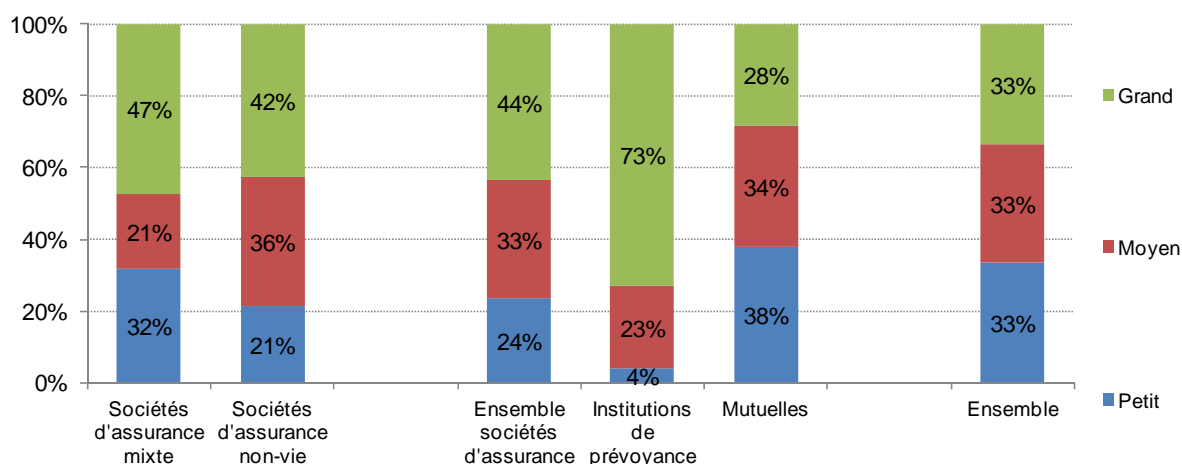
Lecture : 6 % des sociétés d'assurance ont un chiffre d'affaires total inférieur à 6 millions d'euros.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Sources : ACPR et Fonds CMU.

Néanmoins, sur le marché plus spécifique de la complémentaire santé, les sociétés d'assurance sont moins souvent des acteurs dominants. En effet, un tiers des organismes complémentaires actifs en santé a un chiffre d'affaires en santé inférieur à 5 millions d'euros. Un quart des sociétés d'assurance exerçant une activité santé ont un chiffre d'affaires santé inférieur à ce seuil (cf. graphique 6), même si la plupart d'entre elles ont un chiffre d'affaires total plus important.

Graphique 6 – Répartition des organismes exerçant une activité santé selon leur chiffre d'affaires en santé en 2013



Note : « Grand » = chiffre d'affaires en santé supérieur à 30 millions d'euros, « Moyen » = Chiffre d'affaires en santé compris entre 5 et 30 millions d'euros et « Petit » = chiffre d'affaires en santé inférieur à 5 millions d'euros.

Lecture : 24 % des sociétés d'assurance ont un chiffre d'affaires en santé inférieur à 5 millions d'euros.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Sources : ACPR et Fonds CMU.

Encadré 3

La double spécialisation du marché de l'assurance

Encadrée par des règles juridiques spécifiques, une entreprise ayant des activités d'assurance ne peut exercer aucune autre activité. Les mutuelles ayant des activités d'assurance proprement dites (mutuelles du Livre II du code de la mutualité) ne peuvent donc pas gérer des structures et des services sociaux ou sanitaires (mutuelles du Livre III du code de la mutualité : centres de santé, cliniques, magasins d'optique...).

Sur le plan juridique, il existe 26 branches, correspondant à toutes les opérations pouvant être exercées par des assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, autres dommages aux biens, vie-décès, etc. Pour pratiquer une activité dans une branche donnée, l'assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée « agrément ». Certaines branches ne peuvent être exercées que par des sociétés d'assurance : il s'agit par exemple de celles qui couvrent les dommages aux biens, ou encore la responsabilité civile.

Enfin, une société d'assurance pratiquant des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance dite « vie » : retraite, décès, ...) ne peut pratiquer simultanément d'autres opérations d'assurance dites « non vie » (assurance dite « non-vie » : complémentaire santé, incendie, automobile, ...), afin que « les promesses de longue durée faites aux assurés vie ne puissent être compromises par la survenance de sinistres incendie ou automobile » (*Assurance, Comptabilité – Règlementation – Actuariat, Economica, 2011*). 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). « La plupart des grandes sociétés d'assurance européennes comportent à la fois une société vie (ou mixte) et une société non-vie, dont les patrimoines et les garanties de solvabilité sont distincts » (*Assurance, Comptabilité – Règlementation – Actuariat, Economica, 2011*).

Le tableau E3 présente les catégories d'opérations au sens de l'ACPR. Pour plus de détail sur les montants de primes collectées pour ces différentes catégories, et notamment celles qui couvrent des risques sociaux (retraite, décès, nuptialité, natalité, dommages corporels et perte d'emploi), cf. la protection sociale en France et en Europe en 2012, DREES, 2014.

Tableau E3 – Catégories d'opérations de l'ACPR

VIE	Assurance vie et retraite
	Décès
	Capitalisation et contrats diversifiés
	Nuptialité et natalité
NON-VIE	Dommages corporels, dont
	- Frais de soins
	- Autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance)
	Pertes pécuniaires diverses (notamment perte d'emploi)
Autres catégories non-vie (automobile, dommages aux biens, responsabilité civile générale...)	

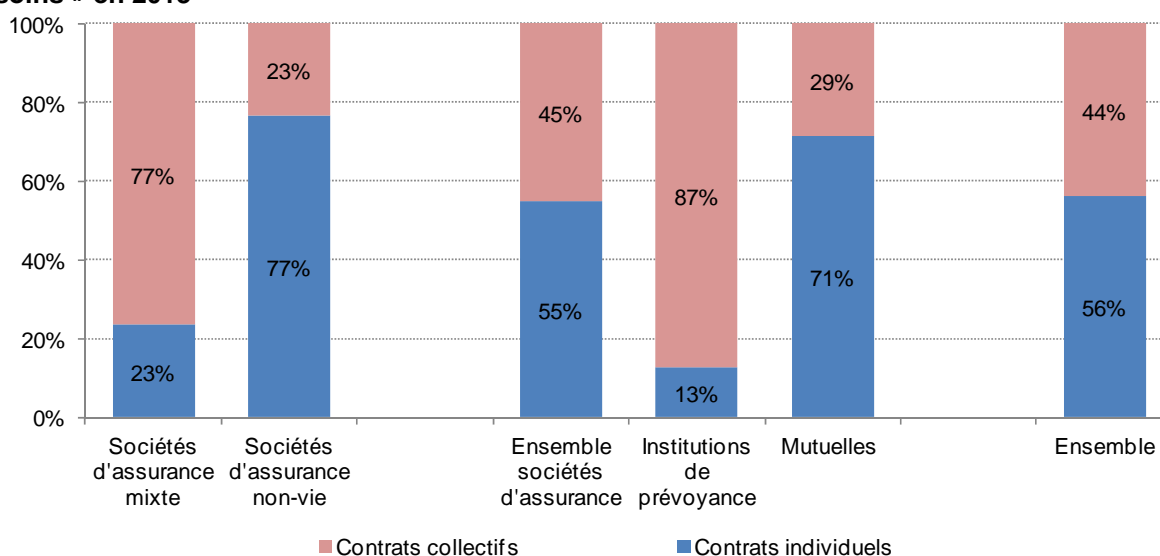
En 2013, les contrats collectifs représentent un peu moins de la moitié de l'activité santé

Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance mixte proposent essentiellement des contrats santé collectifs, tandis que les sociétés d'assurance non-vie et les mutuelles proposent surtout des contrats individuels. Ainsi, en 2013, 87 % des primes en « frais de soins » des institutions de prévoyance et 77 % de celles des sociétés d'assurance mixte correspondent à des contrats collectifs, contre respectivement 29 % et 23 % pour les mutuelles et les sociétés d'assurance non-vie (cf. graphique 7).

Par symétrie, 13 % des primes collectées par les institutions de prévoyance le sont au titre de contrats individuels. Cela correspond à des contrats destinés aux salariés ou anciens salariés chômeurs ou retraités des entreprises affiliées, et à leurs ayant-droit.

Au global, les contrats collectifs représentent près de la moitié des primes en santé.

Graphique 7 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des primes « frais de soins » en 2013

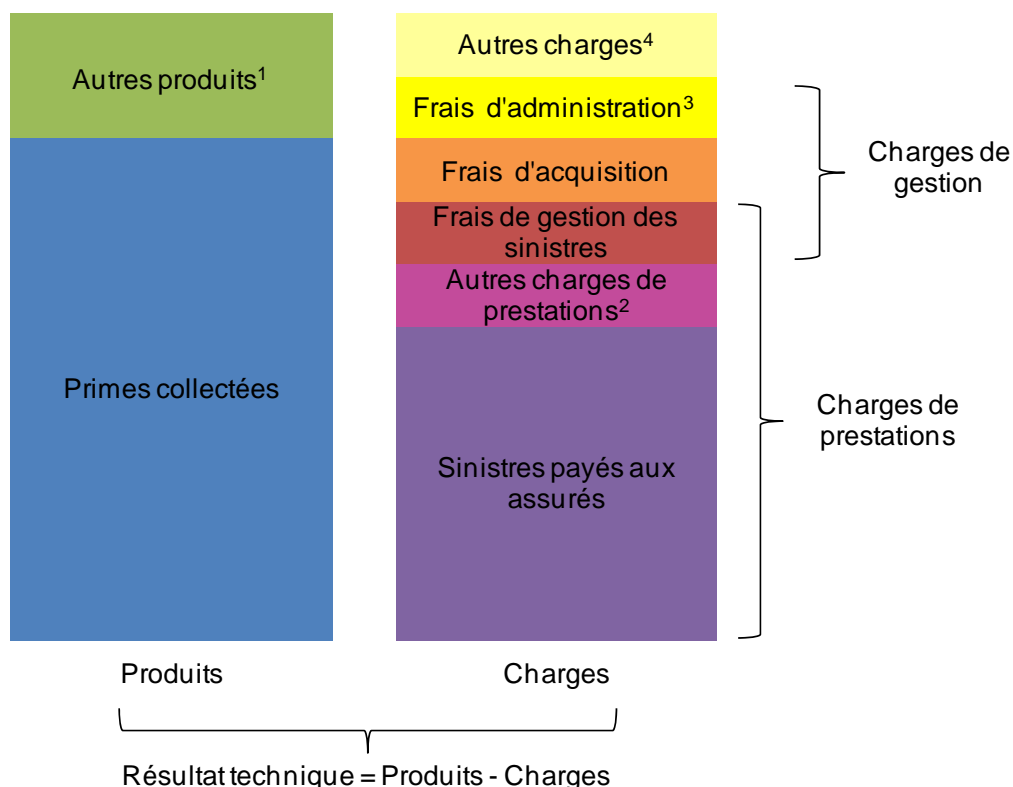


Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.
Source : ACPR, calculs DREES.

Chapitre 2 – Un résultat en santé égal à 0,7 % des primes en 2013

Le **résultat technique en santé** représente la différence entre les produits et les charges liés à l'activité santé pour une année donnée. Les **produits** de l'activité assurantielle correspondent principalement aux primes collectées hors taxes. Les **charges** sont notamment constituées des charges de prestations, issues de l'activité d'indemnisation des assurés, des frais d'acquisition, engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseaux par exemple), et des frais d'administration, liés à la gestion des contrats (cf. graphique 8).

Graphique 8 – Représentation simplifiée des produits et des charges techniques



1 : Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations ou primes non acquises, subventions d'exploitation et autres produits techniques ;

2 : Autres charges de prestations = variations des provisions techniques (pour sinistres à payer, recours à encaisser et autres), et participation aux excédents ou résultats incorporée dans l'exercice ;

3 : Frais d'administration et autres charges techniques nets

4 : Autres charges = participation aux excédents, charges de réassurance nettes des produits de réassurance.

Depuis 2009, l'état statistique E4 « résultat technique en frais de soins » permet de connaître les produits, les charges et la situation financière des organismes sur leur seule activité santé. Il est dès lors possible d'identifier la contribution de cette activité santé à la situation financière générale des organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle.

Si les produits (notamment les primes et cotisations collectées) sont plutôt réguliers chaque année, les charges (notamment les prestations versées) peuvent en revanche être beaucoup plus volatiles. Ainsi, la situation financière du secteur de la complémentaire santé ne peut s'observer que sur la durée. Les résultats techniques sont systématiquement présentés sur les trois dernières années (2011, 2012 et 2013). Pour rendre les comparaisons possibles entre ces trois années, quelques traitements sont parfois nécessaires (cf. encadré 4).

Encadré 4

Analyser les évolutions et les mouvements de champ

Chaque année, des sociétés entrent ou sortent du champ du rapport (organismes finançant le fonds CMU et contrôlés par l'ACPR) ou sont transférées d'un secteur à l'autre :

- certaines sociétés entrent sur le marché de la complémentaire santé, ou absorbent tout ou partie du portefeuille d'un organisme d'un autre secteur (comme la société d'assurance mixte MUTEX, dont l'activité santé s'est fortement accrue en 2013 suite à l'acquisition d'une grande partie du portefeuille de l'union de mutuelles MUTEX UNION),
- certaines sociétés interrompent ou cèdent leur activité santé (comme GENERALI IARD en 2013) ;
- d'autres sociétés sont rachetées ou cédées par une société étrangère qui ne fournit donc pas ses comptes à l'ACPR (cas de Metlife, transformée en 2013 en succursale de Metlife Europe, Irlande).

Ces mouvements de champ peuvent expliquer une grande partie de l'évolution des primes, du résultat technique ou du total du bilan entre 2012 et 2013, au niveau agrégé ou par secteur (mutuelles, sociétés d'assurances ou institutions de prévoyance). L'évolution de ces agrégats peut alors s'exprimer comme la somme de trois contributions : la contribution des organismes présents à la fois en 2012 et 2013 (organismes dits « pérennes »), celle des organismes qui entrent dans le champ ou le secteur (« entrées »), et celle des organismes qui en sortent (« sorties »).

En 2011, la taxe CMU a remplacé la contribution CMU, toutes deux prélevées afin de financer le Fonds CMU. Jusqu'en 2010, les primes déclarées dans les états incluaient la contribution tandis que, depuis 2011, elles excluent la taxe. La transition de la contribution CMU vers la taxe CMU étant quasiment terminée dès 2011 (moins de 5 % des cotisations et primes étaient encore concernées par la contribution en 2011), les données des années 2011 à 2013 sont donc toutes hors taxe, et peuvent donc aisément être comparées. Ce rapport présente donc systématiquement des séries de l'année 2011 à l'année en cours. En revanche, comme l'année 2010 et les années antérieures nécessitent des retraitements lourds pour être comparables aux années post-2011, il a été décidé de ne pas les présenter dans ce rapport.

Le résultat technique en santé des institutions de prévoyance s'améliore en 2013

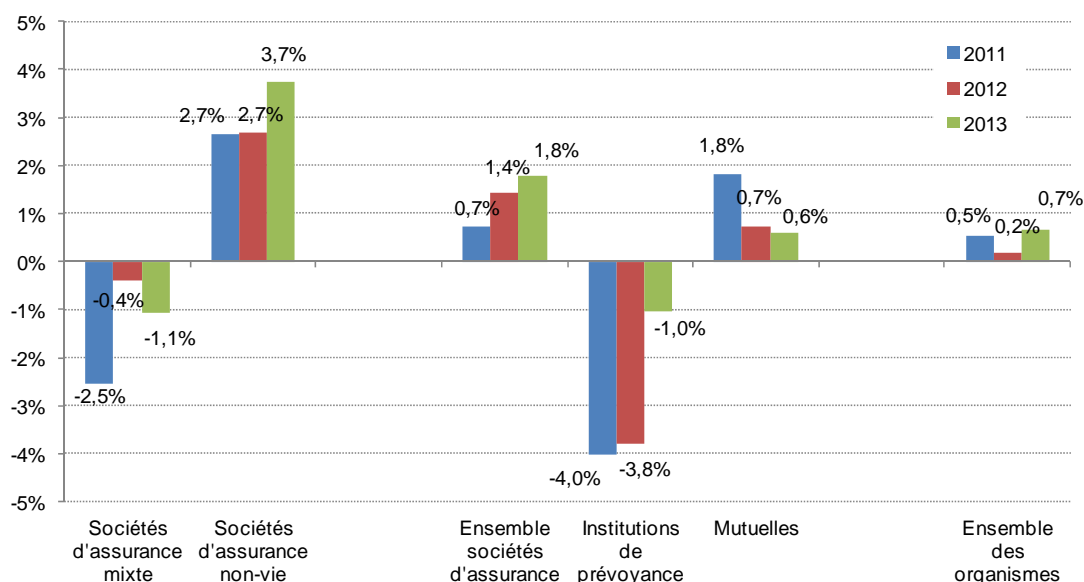
Institutions de prévoyance : un résultat en santé toujours déficitaire mais qui s'améliore

Le **résultat technique en santé** de l'ensemble des organismes exerçant une activité de complémentaire santé est globalement excédentaire en 2013. Il s'élève à +228 millions d'euros, soit 0,7 % des primes collectées en 2013, et reste donc légèrement positif, après avoir représenté 0,5 % des primes en 2011 et 0,2 % des primes en 2012 (cf. graphique 9).

Même s'il reste déficitaire (-63 millions d'euros), le résultat technique en santé des institutions de prévoyance s'améliore nettement puisqu'il représente -1,0 % des primes en 2013 après deux années où il était proche de -4,0 %. Pour les institutions de prévoyance, ces dernières années déficitaires font suite à plusieurs années d'excédents. Selon des fédérations des organismes assureurs⁴, la complémentaire santé est une activité marquée par l'alternance de périodes déficitaires et excédentaires et la situation financière des organismes ne peut être appréciée que dans la durée, les réajustements tarifaires ne pouvant avoir d'effet immédiat sur l'équilibre du rapport « primes sur prestations ». Le résultat technique en santé des institutions de prévoyance s'améliore notamment en raison d'une progression moins rapide des charges de prestations que des primes en 2013 (cf. tableau 10).

Graphique 9 – Résultat technique en santé entre 2011 et 2013

Exprimé en pourcentage des primes collectées



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

Le résultat technique en santé des sociétés d'assurance mixte est également déficitaire en 2013 (-45 millions d'euros, soit -1,1 % des primes collectées en santé sur l'année). Après s'être amélioré entre 2011 (-2,5 % des primes) et 2012 (-0,4 % des primes), il se dégrade à nouveau en 2013, en raison notamment d'une forte hausse des frais d'acquisition.

À l'inverse, le résultat technique en santé des sociétés d'assurance non-vie augmente encore et atteint +230 millions d'euros, ce qui représente 3,7 % des primes collectées en santé en 2013 par ces organismes. Les sociétés non-vie ont un résultat en santé excédentaire depuis trois ans. Cette amélioration du résultat technique s'explique principalement par des primes qui augmentent plus vite que les charges de prestations.

⁴ Les fédérations en question sont le CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), la FNM (Fédération Nationale de la Mutualité Française) et la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurance).

Tableau 10 – Compte de résultat technique en santé en 2013
Exprimé en millions d'euros

Sociétés d'assurances mixte	En euros			En % des primes			Total produits et charges	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2012-2013	Contributions à l'évolution
Produits	998	3 251	4 248	102%	101%	101%	5,7%	
Primes collectées	982	3 218	4 200	100%	100%	100%		5,2%
Autres produits ¹	16	33	49	2%	1%	1%		0,5%
Charges	948	3 345	4 293	97%	104%	102%	6,4%	
Charges de prestations, dont	674	2 908	3 582	69%	90%	85%		3,8%
- Sinistres payés aux assurés	655	2 636	3 291	67%	82%	78%		3,2%
- Frais de gestion des sinistres	35	157	192	4%	5%	5%		-1,1%
- Autres charges de prestations ²	-16	115	99	-2%	4%	2%		1,7%
Frais d'acquisition	204	278	481	21%	9%	11%		2,5%
Frais d'administration ³	86	158	244	9%	5%	6%		0,2%
Autres charges ⁴	-16	2	-14	-2%	0%	0%		-0,1%
Résultat technique	50	-95	-45	5,1%	-2,9%	-1,1%		

Sociétés d'assurance non-vie	En euros			En % des primes			Total produits et charges	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2012-2013	Contributions à l'évolution
Produits	4 744	1 444	6 188	101%	101%	101%	4,8%	
Primes collectées	4 711	1 425	6 136	100%	100%	100%		3,0%
Autres produits ¹	33	19	52	1%	1%	1%		1,7%
Charges	4 485	1 473	5 958	95%	103%	97%	3,7%	
Charges de prestations, dont	3 486	1 240	4 727	74%	87%	77%		1,4%
- Sinistres payés aux assurés	3 255	1 223	4 478	69%	86%	73%		2,4%
- Frais de gestion des sinistres	208	53	261	4%	4%	4%		0,2%
- Autres charges de prestations ²	23	-35	-13	0%	-2%	0%		-1,2%
Frais d'acquisition	673	161	834	14%	11%	14%		0,8%
Frais d'administration ³	264	65	329	6%	5%	5%		0,1%
Autres charges ⁴	62	6	69	1%	0%	1%		1,3%
Résultat technique	258	-29	230	5,5%	-2,0%	3,7%		

Ensemble des sociétés d'assurance	En euros			En % des primes			Total produits et charges	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2012-2013	Contributions à l'évolution
Produits	5 741	4 695	10 436	101%	101%	101%	5,1%	
Primes collectées	5 693	4 643	10 336	100%	100%	100%		3,9%
Autres produits ¹	48	52	100	1%	1%	1%		1,2%
Charges	5 433	4 818	10 251	95%	104%	99%	4,8%	
Charges de prestations, dont	4 161	4 148	8 309	73%	89%	80%		2,4%
- Sinistres payés aux assurés	3 910	3 859	7 769	69%	83%	75%		2,7%
- Frais de gestion des sinistres	243	210	453	4%	5%	4%		-0,4%
- Autres charges de prestations ²	7	79	87	0%	2%	1%		0,0%
Frais d'acquisition	877	439	1 315	15%	9%	13%		1,5%
Frais d'administration ³	350	223	573	6%	5%	6%		0,1%
Autres charges ⁴	46	8	54	1%	0%	1%		0,7%
Résultat technique	308	-123	185	5,4%	-2,6%	1,8%		

1 : Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations ou primes non acquises, subventions d'exploitation et autres produits techniques ;

2 : Autres charges de prestations = variations des provisions techniques (pour sinistres à payer, recours à encaisser et autres), et participation aux excédents ou résultats incorporée dans l'exercice ;

3 : Frais d'administration et autres charges techniques nets.

4 : Autres charges = participation aux excédents, charges de réassurance nettes des produits de réassurance.

Lecture : En 2013, les frais d'acquisition des sociétés d'assurance mixte s'élèvent à 481 millions d'euros, dont 278 millions au titre des contrats collectifs et 204 millions au titre des contrats individuels. Ces frais d'acquisition représentent 11 % des primes collectées en 2013. Entre 2012 et 2013, les charges des sociétés d'assurance mixte ont globalement augmenté de 6,4 %. Les frais d'acquisition ont contribué pour 2,5 points de pourcentage à cette hausse des charges.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs DREES.

Institutions de prévoyance	En euros			En % des primes			Total produits et charges	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2012-2013	Contributions à l'évolution
Produits	794	5 375	6 168	101%	101%	101%	8,4%	
Primes collectées	788	5 344	6 132	100%	100%	100%		8,4%
Autres produits ¹	6	30	36	1%	1%	1%		0,0%
Charges	758	5 473	6 231	96%	102%	102%	5,5%	
Charges de prestations, dont	693	4 996	5 689	88%	93%	93%		4,0%
- Sinistres payés aux assurés	655	4 539	5 195	83%	85%	85%		4,6%
- Frais de gestion des sinistres	31	241	272	4%	5%	4%		-0,3%
- Autres charges de prestations ²	7	216	223	1%	4%	4%		-0,2%
Frais d'acquisition	30	270	300	4%	5%	5%		0,5%
Frais d'administration ³	35	178	212	4%	3%	3%		-0,3%
Autres charges ⁴	0	29	30	0%	1%	0%		1,3%
Résultat technique	35	-98	-63	4,5%	-1,8%	-1,0%		

Mutuelles	En euros			En % des primes			Total produits et charges	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2012-2013	Contributions à l'évolution
Produits	13 103	5 365	18 468	101%	103%	102%	2,8%	
Primes collectées	12 979	5 199	18 178	100%	100%	100%		2,1%
Autres produits ¹	124	166	290	1%	3%	2%		0,7%
Charges	12 930	5 432	18 362	100%	104%	101%	3,0%	
Charges de prestations, dont	10 902	4 730	15 632	84%	91%	86%		2,1%
- Sinistres payés aux assurés	10 161	4 447	14 608	78%	86%	80%		0,8%
- Frais de gestion des sinistres	542	233	775	4%	4%	4%		-0,2%
- Autres charges de prestations ²	199	51	249	2%	1%	1%		1,5%
Frais d'acquisition	772	282	1 054	6%	5%	6%		0,4%
Frais d'administration ³	1 189	362	1 551	9%	7%	9%		0,2%
Autres charges ⁴	66	58	125	1%	1%	1%		0,2%
Résultat technique	174	-67	106	1,3%	-1,3%	0,6%		

Ensemble des organismes	En euros			En % des primes			Total produits et charges	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2012-2013	Contributions à l'évolution
Produits	19 638	15 435	35 073	101%	102%	101%	4,5%	
Primes collectées	19 460	15 187	34 646	100%	100%	100%		3,7%
Autres produits ¹	178	248	426	1%	2%	1%		0,7%
Charges	19 121	15 723	34 845	98%	104%	101%	4,0%	
Charges de prestations, dont	15 756	13 874	29 630	81%	91%	86%		2,5%
- Sinistres payés aux assurés	14 727	12 845	27 572	76%	85%	80%		2,0%
- Frais de gestion des sinistres	817	683	1 500	4%	5%	4%		-0,3%
- Autres charges de prestations ²	212	346	558	1%	2%	2%		0,8%
Frais d'acquisition	1 679	991	2 669	9%	7%	8%		0,8%
Frais d'administration ³	1 574	762	2 337	8%	5%	7%		0,1%
Autres charges ⁴	113	96	209	1%	1%	1%		0,6%
Résultat technique	517	-289	228	2,7%	-1,9%	0,7%		

1 : Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations ou primes non acquises, subventions d'exploitation et autres produits techniques ;

2 : Autres charges de prestations = variations des provisions techniques (pour sinistres à payer, recours à encaisser et autres), et participation aux excédents ou résultats incorporée dans l'exercice ;

3 : Frais d'administration et autres charges techniques nets.

4 : Autres charges = participation aux excédents, charges de réassurance nettes des produits de réassurance.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs DREES.

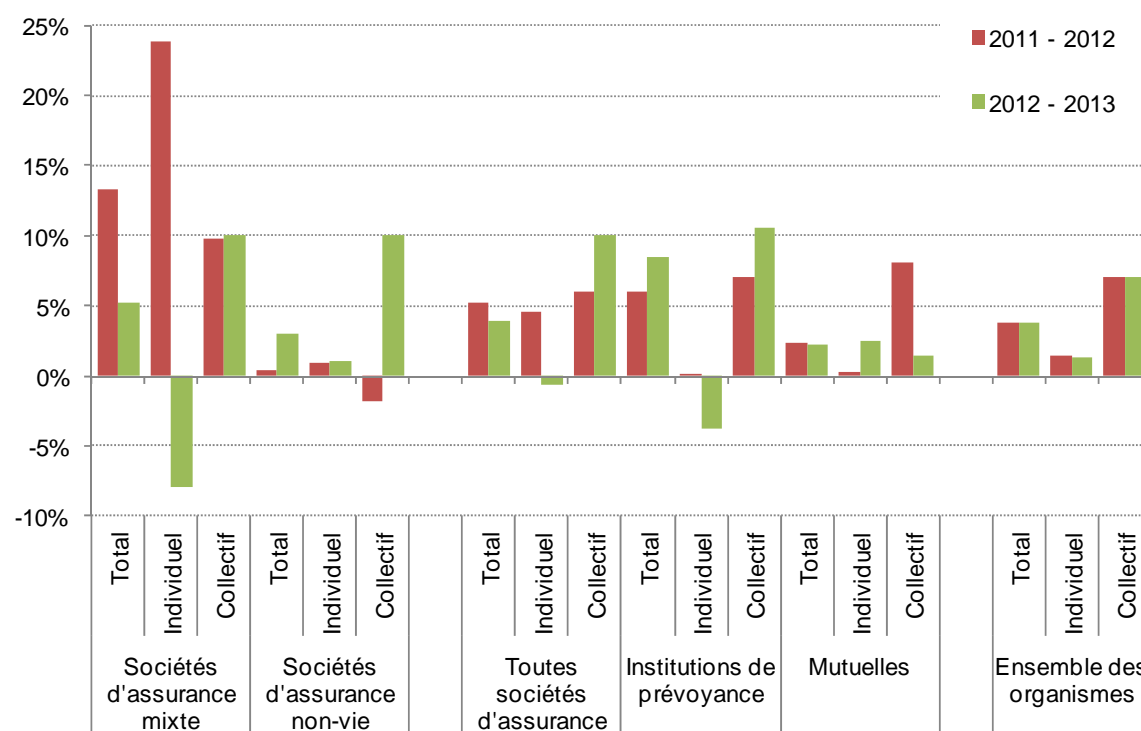
Enfin, le résultat technique en santé dégagé par les mutuelles en 2013 (+106 millions d'euros, soit 0,6 % des primes) se maintient à peu près au même niveau que celui réalisé en 2012 (0,7 % des primes), excédentaire depuis 2011. Ce résultat technique stable s'explique par des produits et des charges qui augmentent dans les mêmes proportions entre 2012 et 2013.

La hiérarchie des catégories d'organismes en termes de résultat technique est légèrement modifiée par rapport à 2012 (cf. graphique 9). Si en 2013 les sociétés d'assurance non-vie restent la catégorie qui dégage le plus d'excédents (rapportés aux primes) devant les mutuelles, les institutions de prévoyance cèdent en revanche la dernière place aux sociétés d'assurance mixte.

Des primes plus dynamiques pour les contrats collectifs

Depuis 2011, la masse totale des **primes** des contrats collectifs **collectés en santé** a tendance à croître plus vite (+7,1 % en moyenne) que celle des contrats individuels (+1,3 % en moyenne, cf. graphique 11). En conséquence, puisque les contrats collectifs sont prépondérants au sein de leur activité, c'est pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance mixte que la masse des primes a le plus augmenté entre 2012 et 2013 (respectivement +8,5 % et +5,2 %) devant les sociétés d'assurance non-vie (+3,0 %) et les mutuelles (+2,2 %).

Graphique 11 – Évolution des primes en santé entre 2011 et 2013



Lecture : Entre 2012 et 2013, les primes collectées par les sociétés d'assurance mixte pour leurs contrats collectifs ont augmenté de 10 %.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

La masse des primes des assureurs mixtes a augmenté de 5,2 % entre 2012 et 2013. Cette hausse s'explique pour partie par une hausse des primes collectées par les organismes présents les deux années, qui contribue pour 2,2 points de pourcentage à la croissance du secteur (cf. tableau 12). Mais elle s'explique surtout par l'entrée de nouveaux organismes dans le champ des sociétés d'assurance mixte exerçant une activité santé (qui contribuent pour 3,0 points de pourcentage).

À l'inverse, la croissance de la masse des primes dans le secteur mutualiste entre 2012 et 2013 (+2,2 %) a été freinée par un transfert de portefeuille des mutuelles vers les sociétés d'assurance. La masse des primes des mutuelles présentes les deux années a en effet augmenté de 2,7 %.

Tableau 12 – Contribution des mouvements de champ à l'évolution des primes

Primes en santé	Croissance des primes	Dont contribution			Croissance des primes des organismes pérennes
		Pérennes	Entrées	Sorties	
Sociétés d'assurance mixte	5,2%	2,2	3,0	0,0	2,2%
Sociétés d'assurance non-vie	3,0%	2,8	0,2	0,0	2,8%
Institutions de prévoyance	8,5%	8,5	0,0	0,0	8,4%
Mutuelles	2,2%	2,7	0,2	-0,6	2,7%

Lecture : Les primes du champ des sociétés d'assurance mixte exerçant une activité santé ont augmenté de 5,2 % entre 2012 et 2013. Cette hausse s'explique par la hausse des primes des sociétés d'assurance présentes les deux années (dites « pérennes » et qui y contribuent pour 2,2 points de pourcentage) mais aussi par l'entrée dans le champ de la complémentaire santé de nouvelles sociétés (qui contribuent pour 3 points de pourcentage). Les primes des sociétés d'assurance mixte présentes en 2012 et en 2013 ont augmenté de 2,2 %.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

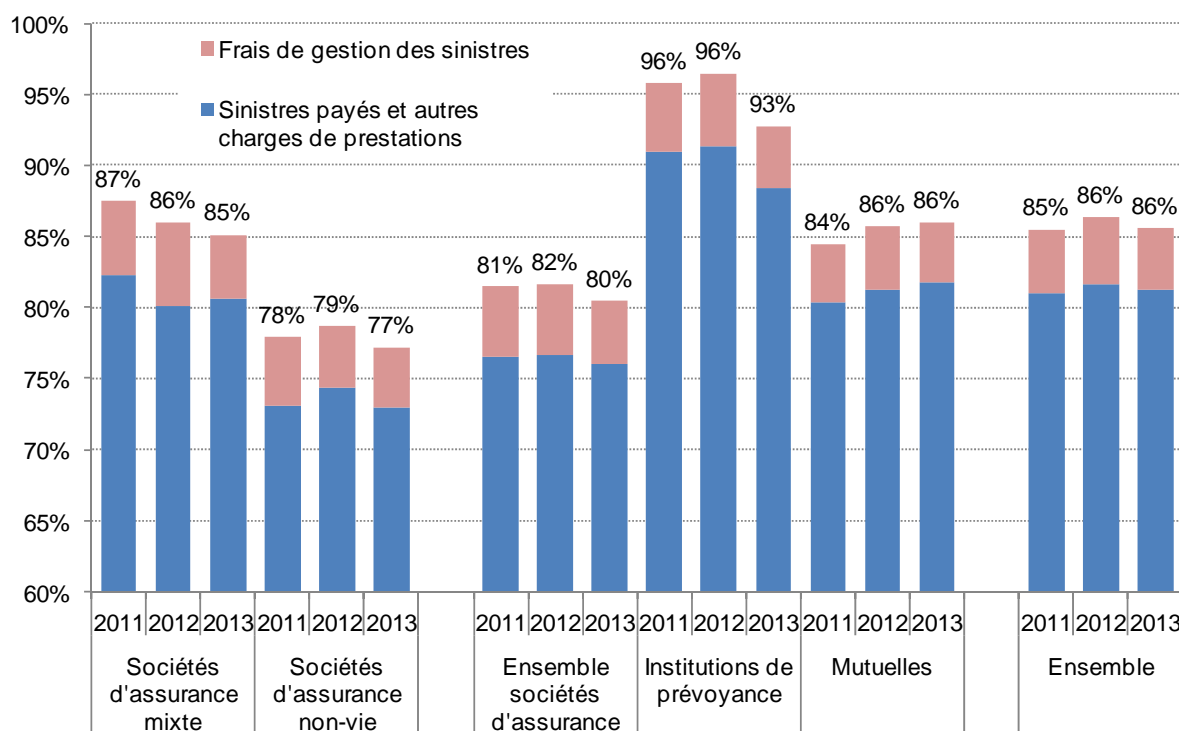
Source : ACPR, calculs Drees.

Des charges de prestations plus élevées pour les institutions de prévoyance

Les **charges de prestations** représentent pour les organismes l'activité d'indemnisation des assurés. Elles sont principalement constituées des **sinistres payés** aux assurés, mais elles incluent aussi les **frais de gestion de ces sinistres** (traitement des dossiers et des contentieux) ainsi que d'autres charges de prestations, notamment les variations de provisions techniques (l'organisme assureur provisionne pour régler les sinistres futurs dont il n'a pas encore connaissance, les sinistres déclarés mais non encore indemnisés, etc.).

En 2013, c'est pour les institutions de prévoyance que les charges de prestations représentent la plus grande part des primes (93 %), devant les mutuelles (86 %) et les sociétés d'assurance (80 %, dont 85 % pour les sociétés d'assurance mixte et 77 % pour les sociétés non-vie, cf. tableau 10 et graphique 13). Parmi ces charges de prestations, les frais de gestion des sinistres sont très homogènes d'un type d'organisme à l'autre. En 2013, ils représentent à peu près 4,5 % des primes quelle que soit la catégorie d'organismes et fluctuent selon les années entre 4 % et 6 %.

Graphique 13 – Part des charges de prestations dans les primes pour l'activité santé



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

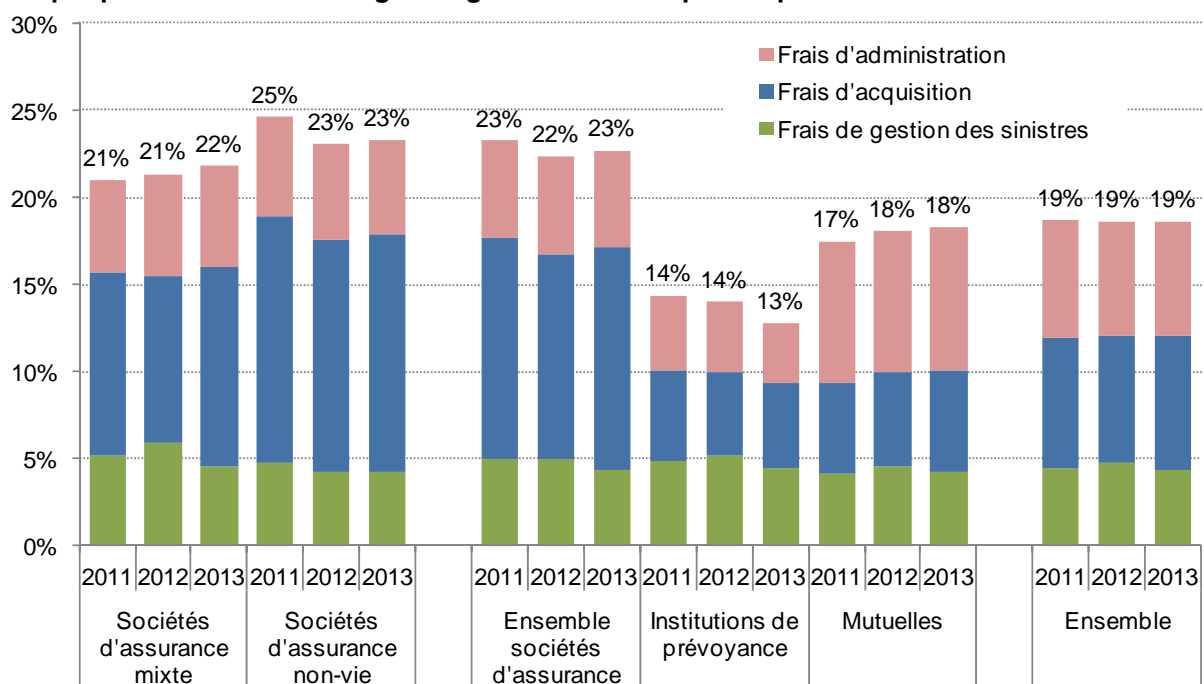
Des charges de gestion plus élevées pour les sociétés d'assurance

Dans les comptes des organismes d'assurance, les **charges de gestion** sont distinguées selon leur finalité : obtention de nouveaux contrats, gestion courante des contrats, traitement des sinistres. Les charges liées à l'obtention des nouveaux contrats sont les **frais d'acquisition** (publicité, réseau commercial, frais d'ouverture de dossiers...). La gestion courante est retracée dans les **frais d'administration et autres charges techniques** (encaissement des primes, administration du portefeuille, frais de réassurance...). Enfin, les frais de gestion des sinistres ont été décrits ci-dessus. Si les frais de gestion des sinistres sont proches entre les types d'organismes, oscillant entre 4 et 6 % des primes, ce n'est pas le cas des frais d'acquisition et d'administration.

C'est pour les sociétés d'assurance que les frais d'acquisition sont les plus élevés en 2013 (13 % des primes, dont 14 % pour les sociétés non-vie et 11 % pour les sociétés d'assurance mixte) alors qu'ils avoisinent 5 % pour les mutuelles et les institutions de prévoyance (cf. graphiques 10 et 14). Cette hiérarchie des frais d'acquisition entre types d'organismes se maintient depuis plusieurs années. En revanche, les mutuelles se caractérisent par des frais d'administration plus élevés que les autres organismes, puisqu'ils représentent 9 % des primes en 2013, contre 6 % pour les sociétés d'assurance et 3 % pour les institutions de prévoyance.

Au total, l'ensemble de ces charges de gestion représente 23 % des primes pour les sociétés d'assurance (23 % pour les sociétés non-vie et 22 % pour les sociétés d'assurance mixte), 18 % pour les mutuelles et 13 % pour les institutions de prévoyance en 2013. La part de ces charges de gestion dans les primes a peu évolué entre 2012 et 2013 sauf pour les institutions de prévoyance, où elle a baissé d'un peu plus d'un point. En effet, une institution de prévoyance de grande taille s'est restructuré et a fortement réduit ses charges de gestion en 2013.

Graphique 14 – Part des charges de gestion dans les primes pour l'activité santé



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

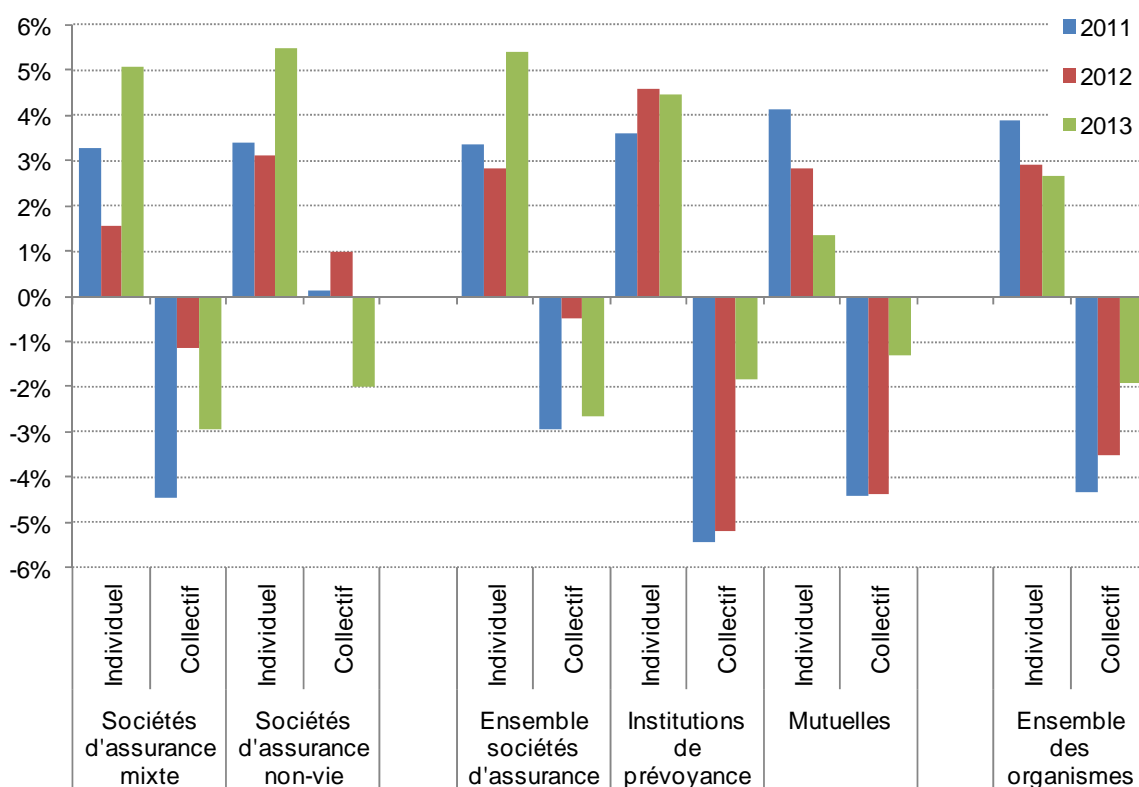
Les contrats collectifs : une gestion différente, un résultat différent

Un résultat technique tiré vers le bas par les contrats collectifs

Entre 2011 et 2013, les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels. Les contrats collectifs sont de plus très rarement équilibrés ou excédentaires sur cette période, à l'inverse des contrats individuels (cf. graphique 15). Seules les sociétés d'assurance non vie en 2011 et 2012 ont un résultat technique en santé des contrats collectifs proches de l'équilibre. Toutefois, le résultat technique des contrats collectifs des mutuelles et institutions de prévoyance se redresse en 2013 (respectivement -1 % et -2 % des primes) après deux années de déficit plus marqué (autour de -5 % des primes). En revanche il se dégrade à nouveau en 2013 pour les sociétés d'assurance (-3 % des primes alors qu'il était proche de l'équilibre en 2012). À nouveau, il faut toutefois garder à l'esprit que l'équilibre financier d'une activité assurantielle doit s'évaluer sur la durée.

Graphique 15 – Résultat technique en santé selon le type de contrats

Exprimé en pourcentage des primes collectées



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

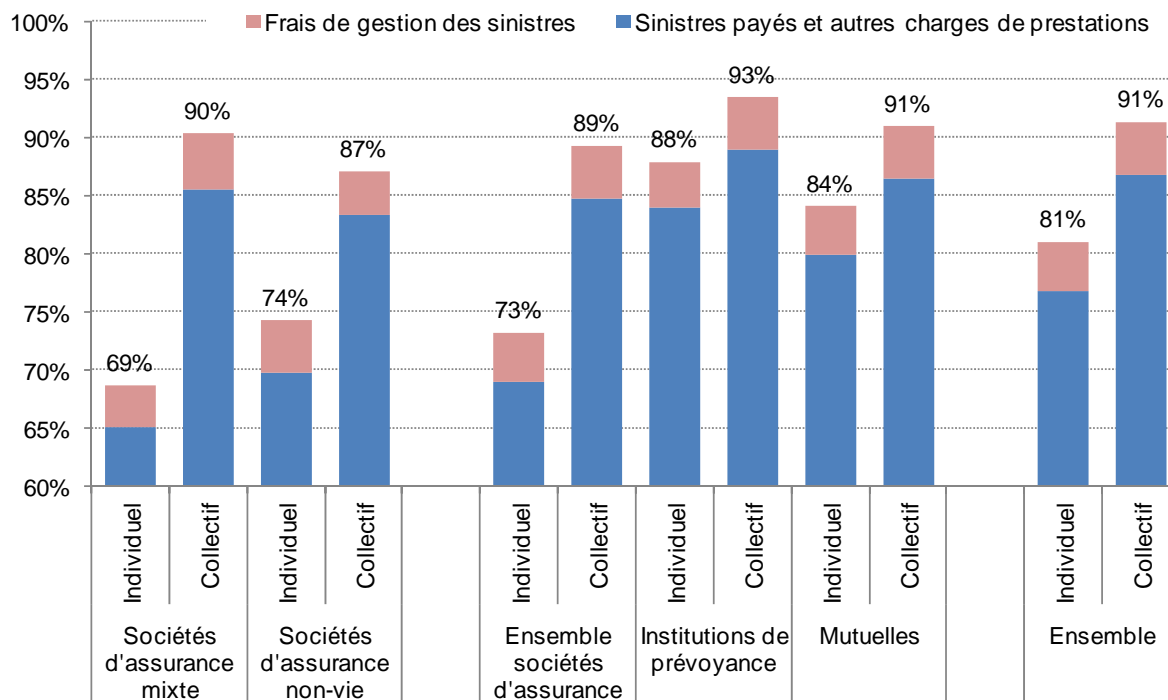
Contrats collectifs : plus avantageux pour les souscripteurs, moins rentables pour les organismes assureurs

Entre les contrats collectifs et les contrats individuels, les coûts relatifs pour les souscripteurs sont sensiblement différents. Quel que soit le type d'organismes assureurs, le ratio « charges de prestations sur primes » des contrats collectifs est en moyenne supérieur à celui des contrats individuels (cf. tableau 10 et graphique 16).

Ce résultat conforte ceux issus de l'enquête Drees sur les contrats les plus souscrits (dits contrats modaux – cf. encadré 5) : les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés. D'une part les garanties offertes par les contrats collectifs sont généralement plus élevées et d'autre part leur

coût relatif pour les souscripteurs est généralement plus faible. En 2009, à niveau de garanties et âge de l'assuré équivalents, la cotisation mensuelle moyenne d'un contrat collectif était inférieure de 6 € à celle d'un contrat individuel, sachant que la prime des contrats s'élevait en moyenne à 40 € par bénéficiaire et par mois (Garnero M., Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009, *Études et résultats* n°789, février 2012).

Graphique 16 – Part des charges de prestations dans les primes pour les contrats santé individuels et collectifs en 2013



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.
Source : ACPR, calculs Drees.

Encadré 5
L'enquête sur les « contrats les plus souscrits
auprès des complémentaires santé » réalisée par la Drees

En 2013, 95 % des Français sont couverts par une assurance maladie complémentaire ; 6 % de la population l'est au titre de la couverture maladie universelle (CMU-C) et 89 % l'est par une complémentaire privée (hors CMU-C). La DREES mène chaque année une enquête auprès des mutuelles, des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance afin de mieux connaître l'offre en matière de couverture complémentaire santé. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et des trois contrats collectifs les plus souscrits au sein de chaque organisme, appelés « contrats modaux », ce qui représente 57 % de l'ensemble des bénéficiaires de contrats individuels et 27 % de l'ensemble des bénéficiaires de contrats collectifs en 2013.

En 2013, 42 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé privée sont couverts par un contrat collectif (à adhésion obligatoire ou facultative) et 58 % par un contrat individuel. 69 % des personnes couvertes par un contrat individuel le sont par une mutuelle, 27 % par une société d'assurance et 4 % par une institution de prévoyance. Ces dernières sont, en fait, spécialisées dans les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé : elles couvrent 48 % des bénéficiaires sur ce marché, devant les mutuelles (38 %) et les sociétés d'assurance (14 %).

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

Les deux-tiers des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par des contrats offrant les garanties les plus élevées (par exemple, remboursement intégral des frais de santé choisis en référence) qui figurent dans les classes A (53 %) ou B (13 %) tandis que ces deux classes ne représentent que 9 % des contrats souscrits en individuel (*cf.* tableau E5).

Tableau E5 – Répartition selon la typologie des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs

Type de contrat	Individuels	Collectifs
A	3	53
B	6	13
C	47	24
D	22	3
E	22	8
Ensemble	100	100

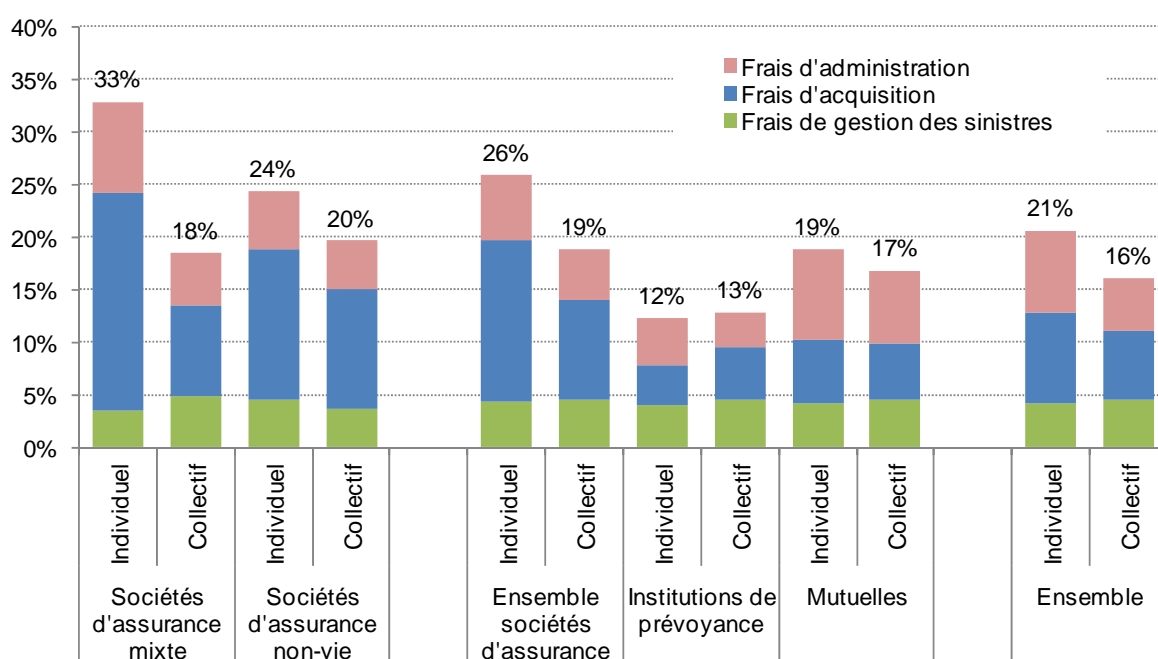
Lecture : 3 % des bénéficiaires de contrats individuels sont couverts par un contrat de type A, c'est-à-dire offrant la meilleure couverture.

Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé – année 2013.

Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs

À l'inverse des charges de prestations, les charges de gestion sont plus faibles pour les contrats collectifs. Les frais d'acquisition sont systématiquement plus faibles en collectif qu'en individuel (cf. graphique 17) : faire de la publicité et vendre les contrats auprès des entreprises est moins coûteux qu'auprès du grand public (nombre d'interlocuteurs réduits), les dossiers sont par ailleurs ouverts en partenariat avec les ressources humaines de ces entreprises et non auprès de chaque individu couvert. Seules les institutions de prévoyance se caractérisent par des frais d'acquisition en individuel un peu plus faibles qu'en collectif mais leurs contrats individuels concernent la couverture de salariés et d'anciens salariés (L. 932-14 du code de la sécurité sociale), donc sont issus de la complémentaire d'entreprise. De même, les frais d'administration sont systématiquement un peu plus faibles en collectif qu'en individuel car les primes sont prélevées par les entreprises et reversées globalement aux assureurs. Les frais de gestion des sinistres, en revanche, sont très proches en individuel et en collectif puisque la gestion des sinistres est semblable dans les deux cas.

Graphique 17 – Part des charges de gestion dans les primes pour les contrats santé individuels et collectifs en 2013



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.
Source : ACPR, calculs Drees.

Le résultat technique, les charges de prestations et les charges de gestion varient non seulement selon le type d'organisme et la part des contrats collectifs dans l'activité, mais aussi selon la taille de l'organisme en terme de primes collectées au titre de l'activité santé (cf. encadré 6). Les organismes dont le chiffre d'affaires en santé est important ont des frais d'acquisition plus élevés, mais des frais d'administration plus faibles : ils réalisent des économies d'échelle sur l'administration des dossiers une fois le coût d'entrée acquitté.

Encadré 6

Les déterminants du résultat technique, des charges de prestation et de gestion

Une analyse toutes choses égales par ailleurs permet de distinguer les effets propres à chacun des déterminants potentiels du résultat technique. Elle permet de préciser les résultats obtenus par statistiques descriptives, qui sont présentés dans les paragraphes précédents.

À chiffre d'affaires en santé et type d'organisme comparable, un organisme qui a une grande **proportion de contrats collectifs** dans son activité a tendance à avoir des charges de prestations, rapportées aux primes, plus importantes : ces charges pour un organisme qui ne fait que du collectif sont supérieures de 5 points de pourcentage en moyenne à celles d'un homologue qui ne fait que de l'individuel (cf. tableau E6). En revanche, un organisme qui ne propose que des contrats collectifs a des charges de gestion, exprimées en pourcentage des primes encaissées, inférieures en moyenne de 6 points par rapport à un homologue qui ne fait que de l'individuel.

À chiffre d'affaires en santé et positionnement individuel/collectif comparables, les **institutions de prévoyance et les mutuelles** dégagent moins d'excédents que les sociétés d'assurance, respectivement -6 et -3 points de pourcentage des primes. Les institutions de prévoyance ont les charges de prestations les plus élevées, devant les mutuelles, puis les sociétés d'assurance mixte, et enfin les sociétés non-vie. Les charges de gestion sont plus élevées de 5 points de pourcentage pour les sociétés d'assurance. Si, au sein de ces charges de gestion, les frais de gestion ne semblent pas dépendre du type d'organisme, en revanche les frais d'acquisition sont significativement plus importants pour les sociétés d'assurance tandis que les frais d'administration sont plus élevés pour les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Enfin, à mesure que le **chiffre d'affaires en santé** augmente, la part des primes consacrée aux frais d'acquisition a tendance à augmenter tandis que celle relative aux frais d'administration recule. Les charges de prestations et le résultat technique ne semblent en revanche pas dépendre significativement de la taille de l'organisme.

Tableau E6 – Déterminants du résultat technique, des charges de prestations et de gestion

	Résultat technique	Charges de prestation	Charges de gestion	Frais de gestion	Frais d'acquisition.	Frais d'administration.
Organisme de référence	6%	74%	23%	4%	11%	8%
Institutions de prévoyance	-6 ***	+14 ***	-5 **	-	-8 ***	+2 *
Mutuelles	-3 ***	+9 ***	-5 ***	-	-8 ***	+3 ***
Sociétés d'assurance mixte	-	+6 **	-	-	-3 **	-
Sociétés d'assurance non-vie	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Part du collectif dans les primes	-	+5 ***	-6 ***	-1 **	-1 **	-3 ***
Chiffre d'affaire santé : grand	-	-	+2 *	-	+3 ***	-2 **
Chiffre d'affaire santé : moyen	-	-	-	-	+1 **	-1 *
Chiffre d'affaire santé : petit	ref	ref	ref	ref	ref	ref

Note : On cherche à expliquer six ratios, le résultat technique, les charges de prestations et les charges de gestion (frais de gestion, d'acquisition et d'administration) exprimés en pourcentage des primes en santé. Le chiffre d'affaire en santé correspond aux primes collectées au titre de l'activité santé.

Ref : Catégorie de référence. - : non significatif au seuil de 10 %.

* : significatif au seuil de 10 %, ** : significatif au seuil de 5 %, *** : significatif au seuil de 1 %.

Lecture de la 2^{ème} colonne : Pour l'organisme de référence (une société d'assurance non-vie, qui ne propose pas de contrats collectifs et avec un petit chiffre d'affaires en santé, c'est-à-dire < 5 millions d'euros) les charges de prestations représentent en moyenne 74 % des primes. À autres caractéristiques identiques, les charges de prestations d'une mutuelle sont supérieures en moyenne de 9 points à celles d'une société d'assurance non-vie (soit 83 % des primes). Pour un organisme proposant uniquement des contrats collectifs, les charges de prestations sont plus élevées, de l'ordre de 5 points de pourcentage. Pour un organisme dont le chiffre d'affaires en santé est grand (> 30 millions d'euros), les charges de prestations ne sont pas différentes de celles d'un homologue de petite taille (<5 millions d'euros) ou de taille moyenne (entre 5 et 30 millions).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

Des résultats techniques et des charges de gestion plus homogènes pour les mutuelles et les grands organismes

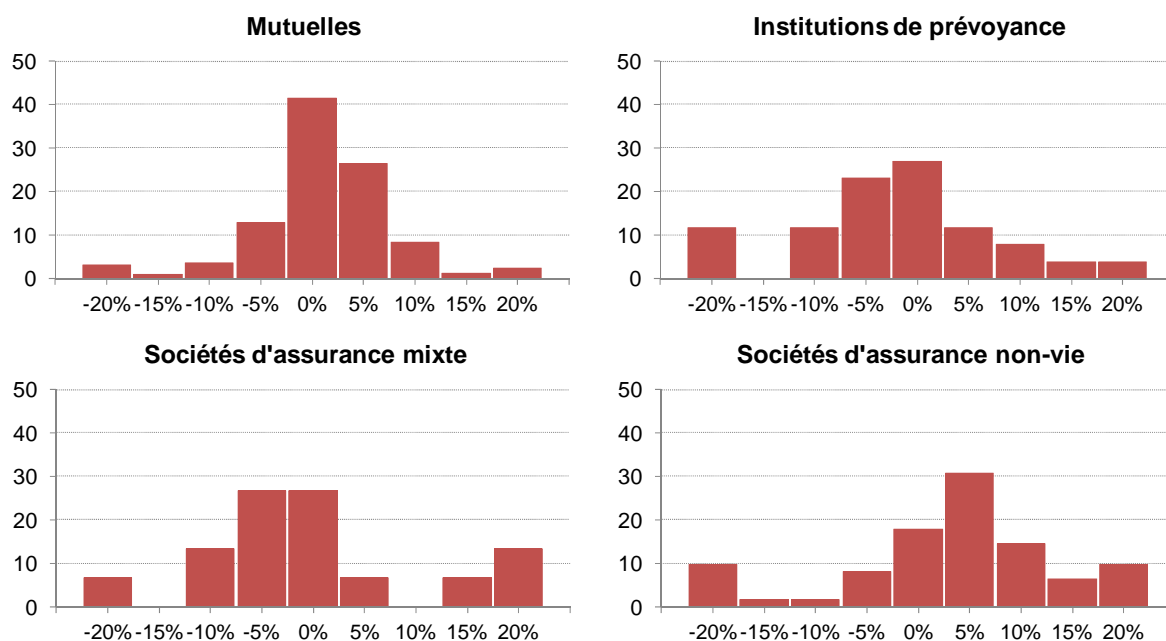
Des résultats techniques plus homogènes pour les mutuelles

Le résultat technique moyen discuté précédemment masque une forte variabilité d'un organisme à l'autre. Ce constat est net lorsqu'on en examine la distribution.

En 2013, les mutuelles sont la catégorie d'organismes dont les résultats techniques sont les plus homogènes. En effet pour 40 % des mutuelles, le résultat technique est proche de l'équilibre (compris entre -2,5 % et +2,5 % des primes, cf. graphiques 18) et pour près de 80 % d'entre elles, il est compris entre -7,5 % et +7,5 % des primes). Les résultats techniques des autres catégories d'organismes sont en revanche plus dispersés.

Graphique 18 – Distribution des résultats techniques en santé en 2013 par type d'assureur

Résultats techniques exprimés en % des primes en santé



Lecture : Pour 40 % des mutuelles, le résultat technique est à peu près équilibré (classe 0 %, c'est-à-dire compris entre -2,5 % et +2,5 %). Pour 25 % d'entre elles, il représente à peu près 5 % des primes en santé (il est compris entre +2,5 % et +7,5 % des primes).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

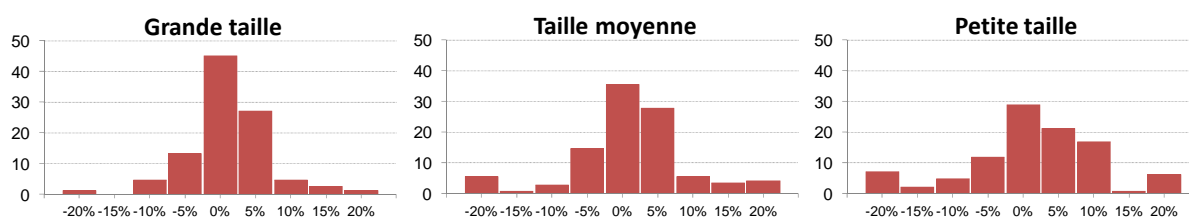
Des résultats techniques et charges de gestion plus dispersés pour les organismes assureurs de petite taille

Plus l'activité santé est importante et plus l'organisme assureur a des charges de prestations stables d'une année sur l'autre. D'une part, sur un grand nombre d'assurés, l'aléa (ici la survenue de sinistres) est mieux maîtrisé, plus prévisible⁵. D'autre part, il est également possible que le réajustement des primes en fonction de la sinistralité intervienne moins souvent pour les organismes de petite taille.

En effet, plus les organismes ont un chiffre d'affaires en santé élevé et plus leurs résultats techniques en santé sont homogènes, puisque pour la quasi-totalité des organismes de grande taille, le résultat technique s'écarte peu de l'équilibre (entre -7,5 % et +7,5 % des primes) alors que pour les organismes de petite taille les résultats techniques sont plus dispersés (cf. graphique 19). Les charges de gestion (notamment les frais d'acquisition et d'administration) sont également plus dispersées parmi les petits organismes (cf. graphique 20).

Graphique 19 – Dispersion des résultats techniques en santé en 2013

Exprimés en % des primes en santé



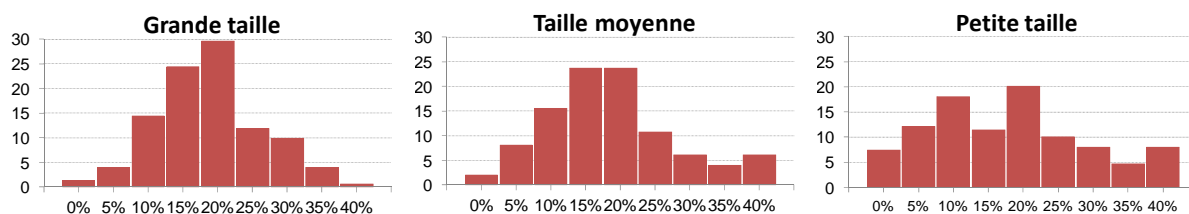
Lecture : Pour 45 % des organismes de grande taille, le résultat technique est à peu près équilibré (classe 0 %, c'est-à-dire compris entre -2,5 % et +2,5 %) et pour 27 % d'entre eux il représente à peu près 5 % des primes en santé (il est compris entre 2,5 % et 7,5 % des primes).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

Graphique 20 – Dispersion des charges de gestion en santé en 2013

Exprimées en % des primes en santé



Lecture : Pour 30 % des organismes de grande taille, les charges de gestion représentent environ 20 % des primes en santé (entre 17,5 % et 22,5 % des primes) et pour 25 % d'entre elles elles représentent à peu près 15 % des primes en santé (12,5 % et 17,5 % des primes).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

⁵ De façon un peu schématique, un organisme ayant de nombreux assurés aura donc probablement quelques sinistres à indemniser chaque année (loi des grands nombres) tandis qu'un organisme de plus petite taille risquera davantage d'alterner des années sans sinistres (et donc des charges de prestations faibles et un résultat technique nettement excédentaire) et des années avec des sinistres fréquents (et donc des charges de prestations importantes et un résultat technique nettement déficitaire).

Chapitre 3 – Des organismes solvables

Un résultat net positif pour toutes les catégories d'organismes en 2013

La solidité financière des organismes s'évalue à partir du **résultat net comptable** annuel. Il reflète l'intégralité de l'activité des organismes, puisqu'il comprend les **résultats techniques** (résultats de l'activité assurantielle, en santé, mais aussi sur tous les autres risques vie ou non-vie : retraite, décès, automobile...), ainsi que le **résultat non-technique** (résultats de l'activité non assurantielle : produits financiers et charges issus des placements des fonds propres, produits et charges exceptionnels, action sociale, impôt sur les sociétés, participation des salariés...).

Tous les types d'organismes pratiquant une activité santé dégagent au global un résultat net positif en 2013, y compris les institutions de prévoyance et sociétés d'assurance mixte pour lesquelles le résultat technique en santé était déficitaire (cf. tableau 21). Un compte de résultat technique et non technique plus détaillé par type d'organisme est également présenté en annexe 6.

Tableau 21 – Du résultat technique au résultat net en 2013

Exprimé en millions d'euros

	Résultat technique	dont			Résultat non technique	Résultat net
		Santé	Autre non-vie	Vie		
Sociétés d'assurance mixte	2 351	-45	102	2 293	-365	1 986
Sociétés d'assurance non-vie	1 616	230	1 387	0	-411	1 205
Ensemble sociétés d'assurance	3 967	185	1 489	2 293	-776	3 191
Institutions de prévoyance	-78	-63	-497	483	234	157
Mutuelles	195	106	7	82	146	341
Ensemble des organismes	4 084	228	998	2 858	-396	3 688

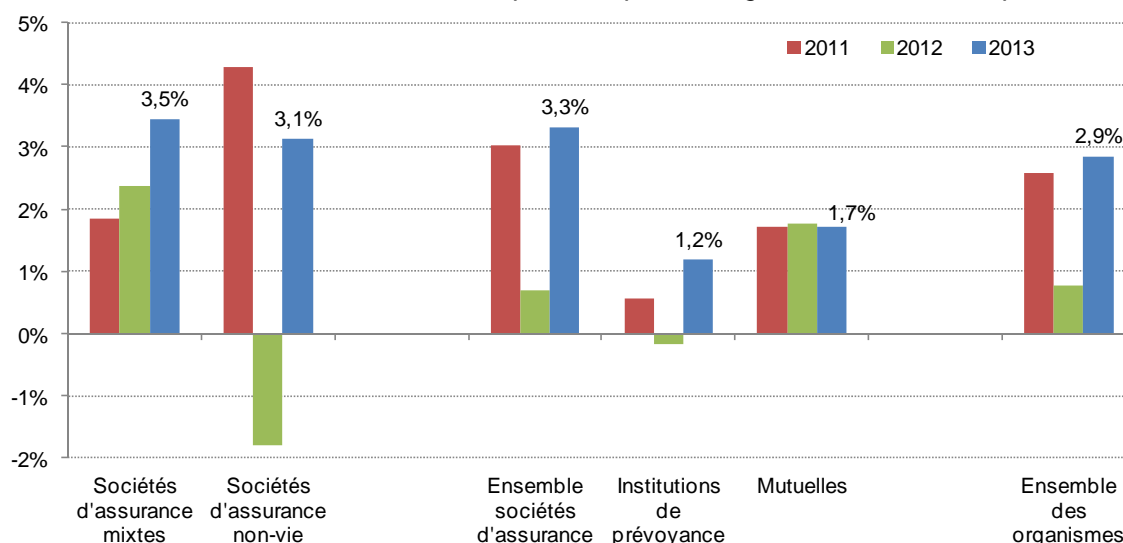
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

Rapporté à l'ensemble des primes, ce sont les sociétés d'assurance, mixte et non-vie, qui dégagent le plus d'excédents en 2013 (respectivement 3,5 % et 3,1 % du total des primes), devant les mutuelles (1,7 % des primes) et les institutions de prévoyance (1,2 % des primes, cf. graphique 22).

Graphique 22 – Résultat net entre 2011 et 2013

Exprimé en pourcentage de l'ensemble des primes acquises



Note : Primes acquises = primes émises (collectées) + variations des provisions pour primes non acquises.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

Pour les institutions de prévoyance, en 2013, les déficits des activités « santé » et « autre non-vie » sont plus que compensés par les excédents dans les activités « vie » et non techniques (effet des produits financiers notamment). Rapporté aux primes, leur résultat net s'améliore en 2013 (1,2 % des primes) par rapport à 2012 où il était à peu près équilibré (-0,2 % des primes).

Le déficit en santé des sociétés d'assurance mixte est résorbé par une activité « vie » largement excédentaire en 2013. Rapporté aux primes, le résultat net des sociétés d'assurance mixte augmente en 2013 (3,5 % des primes) par rapport à 2012 (2,4 % des primes).

Déficitaire en 2012 (-1,8 % des primes), le résultat net comptable des sociétés d'assurance non-vie s'améliore fortement (3,1 % des primes en 2013). Cette amélioration est encore un peu plus forte sur les seules sociétés présentes les deux années (dites « pérennes », cf. tableau 23). Les sociétés qui disparaissent entre 2012 et 2013 tirent en revanche le résultat à la baisse.

Enfin, l'ensemble des activités des mutuelles est excédentaire en 2013. Leur résultat net est plutôt stable depuis 2011 aux alentours de 1,7 % des primes. Toutefois, en 2013, le résultat net de celles présentes les deux années se dégrade légèrement, ce que compense partiellement celles sortant du champ.

Tableau 23 – Évolution du résultat net de 2012 à 2013 et mouvements de champ

Exprimé en pourcentage de l'ensemble des primes

	Résultat net rapporté aux primes		Variation 2012-2013	Dont contributions		
	2012	2013		Pérennes	Entrées	Sorties
Sociétés d'assurance mixte	2,4%	3,5%	1,1	1,1	0,0	0,0
Sociétés d'assurance non-vie	-1,8%	3,1%	4,9	5,1	0,0	-0,2
Institutions de prévoyance	-0,2%	1,2%	1,4	1,3	0,1	0,0
Mutuelles	1,8%	1,7%	-0,1	-0,2	0,0	0,1

Lecture : En 2013, pour les sociétés d'assurance non-vie, le résultat net représente 3,1 % des primes, contre -1,8 % l'année précédente. Cette variation (de 4,9 points de pourcentage) s'explique par l'évolution du résultat net des sociétés présentes les deux années (dites « pérennes » et qui contribuent pour 5,1 points de pourcentage à cette variation), mais aussi par des sorties de champ (qui contribuent pour -0,2 point de pourcentage). Sans ces mouvements de champ, le résultat net aurait été plus élevé en 2013.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

Des règles prudentielles respectées

Légalement, les organismes d'assurance doivent être capables d'honorer à tout moment leurs engagements vis-à-vis des assurés et des bénéficiaires. Les **provisions techniques** représentent pour les organismes une évaluation du coût futur des prestations à verser aux assurés. Les primes et cotisations perçues par les organismes avant la matérialisation du risque et le paiement des prestations peuvent être investies, sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers ou encore de prêts et dépôts afin de les faire fructifier, mais les règles prudentielles (*cf.* encadré 7), qui visent à protéger les intérêts des assurés, imposent que ces placements en **couverture des engagements réglementés** soient suffisamment sûrs, liquides, diversifiés et rentables.

Les provisions techniques peuvent néanmoins se révéler insuffisantes pour couvrir les engagements (risques mal tarifés, sinistres exceptionnels, réassurance inefficace...). Les règles prudentielles imposent donc aux organismes de respecter une **marge de solvabilité** supplémentaire en disposant de suffisamment de **fonds propres** en cas d'imprévu.

Les provisions techniques et les fonds propres sont les principales ressources de l'assureur, inscrites au passif de son **bilan**. La façon dont ces ressources sont utilisées (placements, réassurance...) est inscrite à l'actif du bilan. Les placements peuvent générer des **plus-values latentes** (plus-value ou moins-value qui aurait été réalisée par l'assureur s'il avait revendu ses actifs à leur valeur de marché l'année considérée soit ici en 2013).

La situation prudentielle s'apprécie du point de vue des organismes et ne porte pas uniquement sur un risque spécifique, comme le risque santé. Les différences entre types d'organismes s'expliquent donc aussi, en partie, par le caractère plus ou moins spécialisé et par la nature des risques couverts.

Des différences de structure de bilan entre organismes liées à leur profil d'activité

Parmi les organismes exerçant une activité santé, les sociétés d'assurance mixte représentent la plus grande part de marché en termes de bilan agrégé (652 milliards d'euros) devant les sociétés d'assurance non-vie (115 milliards), les institutions de prévoyance (48 milliards) et enfin les mutuelles (27 milliards, *cf.* tableau 24).

Tableau 24 – Passif, actif et bilan en valeur de marché en 2013

	Ensemble des organismes	Exprimé en millions d'euros dont			
		Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	Institutions de prévoyance	Mutuelles
Total chiffre d'affaires	129 220	57 552	38 507	13 217	19 945
Fonds propres	69 987	22 167	21 675	11 671	14 474
Provisions d'assurance vie	422 721	409 598	0	11 969	1 155
Provisions des contrats en UC*	102 535	102 398	0	121	16
Autres provisions techniques	138 500	37 725	75 361	18 664	6 749
Autres passifs	107 332	79 695	17 517	5 131	4 989
Total passif	841 076	651 584	114 553	47 556	27 383
Provisions techniques réassurées	61 802	39 740	13 842	6 179	2 041
Placements hors UC*	613 974	477 278	81 725	34 254	20 717
Placements en UC*	101 562	101 470	0	90	2
Autres actifs	63 737	33 095	18 986	7 032	4 623
Total actif	841 076	651 584	114 553	47 556	27 383
Bilan comptable	841 076	651 584	114 553	47 556	27 383
Plus-values latentes	52 392	35 909	10 780	3 131	2 572
Bilan en valeur de marché	893 468	687 493	125 333	50 687	29 955

* : UC = Unité de comptes

Note : Le total du chiffre d'affaires correspond aux primes collectées pour l'ensemble de l'activité. Le bilan en valeur de marché correspond au total du bilan comptable et des plus-values latentes. La valeur de l'actif correspond à celle du passif.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

Encadré 7 Les règles prudentielles

Dans le cadre de Solvabilité 1, les directives européennes et la réglementation française imposent aux organismes assurantiels de respecter un certain nombre de règles :

- disposer de provisions, y compris une marge de prudence, telles qu'ils puissent couvrir leurs engagements avec une probabilité suffisante ;
- disposer d'actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés, à mettre en regard des provisions techniques ;
- disposer d'un montant minimal de fonds propres, s'ajoutant aux provisions, pour pouvoir faire face à des pertes imprévues.

En particulier, deux principaux ratios, appelés *ratios prudentiels*, sont calculés afin de vérifier que les organismes respectent ces règles. Il s'agit d'une part du ratio de couverture des engagements réglementés défini comme :

$$\text{Ratio de couverture des engagements réglementés} = \frac{\text{Actifs retenus en couverture des engagements}}{\text{Engagements réglementés}}$$

- Les **engagements réglementés** correspondent aux provisions techniques (i.e. aux engagements des assureurs envers les assurés) et aux autres dettes privilégiées (dettes prioritaires sur les provisions techniques : hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales) ;
- Les codes des assurances, de la mutualité et de la sécurité sociale fixent une liste de valeurs mobilières et autres titres admis en **couverture des engagements** réglementés : les obligations d'état, les actions d'entreprises, les placements immobiliers, les prêts et les dépôts sont autorisés. En revanche, l'or, les tableaux et le mobilier sont exclus. Par ailleurs, afin de répartir au mieux les risques, certains types de placements ne peuvent excéder un plafond : 65 % des engagements réglementés pour les actions, 40 % pour les placements immobiliers et 10 % pour les prêts. En outre, toujours pour des raisons de diversification du risque, et sauf exceptions, il n'est pas possible de dépasser 5 % des engagements réglementés en valeur émise par une même société (actions d'une même entreprise, appartements d'un même immeuble, ...), afin que la faillite d'une entreprise ou l'incendie d'un immeuble ne puisse à elle seule compromettre la solvabilité d'un organisme.

Il s'agit d'autre part du ratio de couverture de la marge de solvabilité tel que calculé ci-dessous :

$$\text{Ratio de couverture de la marge de solvabilité} = \frac{\text{Fonds propres}}{\text{Marge minimale de solvabilité}}$$

- Les **fonds propres** sont augmentés des **plus ou moins-values latentes** sur les actifs. Ces plus ou moins-values latentes sont estimées comme la différence entre la « valeur de marché » des actifs (estimation de la valeur à laquelle l'actif s'échangerait sur les marchés à la date du bilan) et la « valeur nette » des actifs (valeur d'achat nette de l'amortissement) ;
- La **marge minimale de solvabilité** est proportionnelle à l'activité de chaque organisme et tient compte de la réassurance. En assurance non-vie, elle correspond au maximum entre 16 % des primes et 23 % des sinistres. En assurance vie, elle est la somme d'une marge calculée sur l'activité décès (0,1 % des capitaux garantis en cas de décès) et d'une fraction calculée sur les autres risques (4 % des provisions mathématiques, ramenée à 1 % en cas de contrats en unités de compte).

Ces ratios sont jugés respectés lorsqu'ils sont supérieurs à 100 %. Du fait de leur caractère synthétique, ils sont particulièrement regardés même si le contrôle prudentiel s'appuie aussi sur d'autres indicateurs. Le nouveau régime prudentiel appelé **Solvabilité 2**, qui sera mis en place en 2016 pour une grande partie des organismes, va modifier en profondeur le régime actuel. En particulier, il reposera sur de nouveaux critères quantitatifs, notamment le « capital de solvabilité requis », c'est-à-dire le capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance pour limiter la probabilité de ruine à 0,5 % sur un an. Ce critère sera complété par un « minimum de capital requis », en deçà duquel l'intervention des autorités prudentielles sera déclenchée. Ces deux critères devront être couverts par un montant équivalent de fonds propres de qualité suffisante (la qualité étant la capacité du fonds propre à absorber les pertes). Enfin, une des grandes nouveautés de Solvabilité 2 consistera à mieux prendre en compte les groupes dans le contrôle prudentiel, élément crucial pour la réussite du marché unique européen de l'assurance (Les grands principes de solvabilité 2, l'Argus de l'assurance, 2013). Toutefois, un grand nombre d'organismes de petite taille (principalement des mutuelles) resteront soumis au régime Solvabilité 1.

Les **provisions techniques** représentent pour les organismes une évaluation du coût futur des prestations à verser aux assurés. En assurance non-vie, les provisions techniques représentent essentiellement la valeur estimée des sinistres que l'assureur s'est engagé à payer et les frais de gestion de ces sinistres. En assurance-vie, il s'agit surtout des provisions mathématiques, c'est-à-dire la partie épargnée et capitalisée des primes payées par les souscripteurs, ainsi que des provisions pour contrats en unités de compte (UC) qui sont des contrats dont le risque financier est porté par l'assuré et non par l'assureur (l'assureur garantit au terme du contrat un nombre d'unités de compte, par exemple un nombre d'actions d'entreprises, et non la valeur de ces unités). Les sociétés d'assurance mixte sont quasiment les seules à proposer des contrats en unité de compte même si, en théorie, les mutuelles et les institutions de prévoyance ont aussi la capacité juridique de le faire. Les provisions en assurance-vie sont donc beaucoup plus importantes qu'en assurance non-vie.

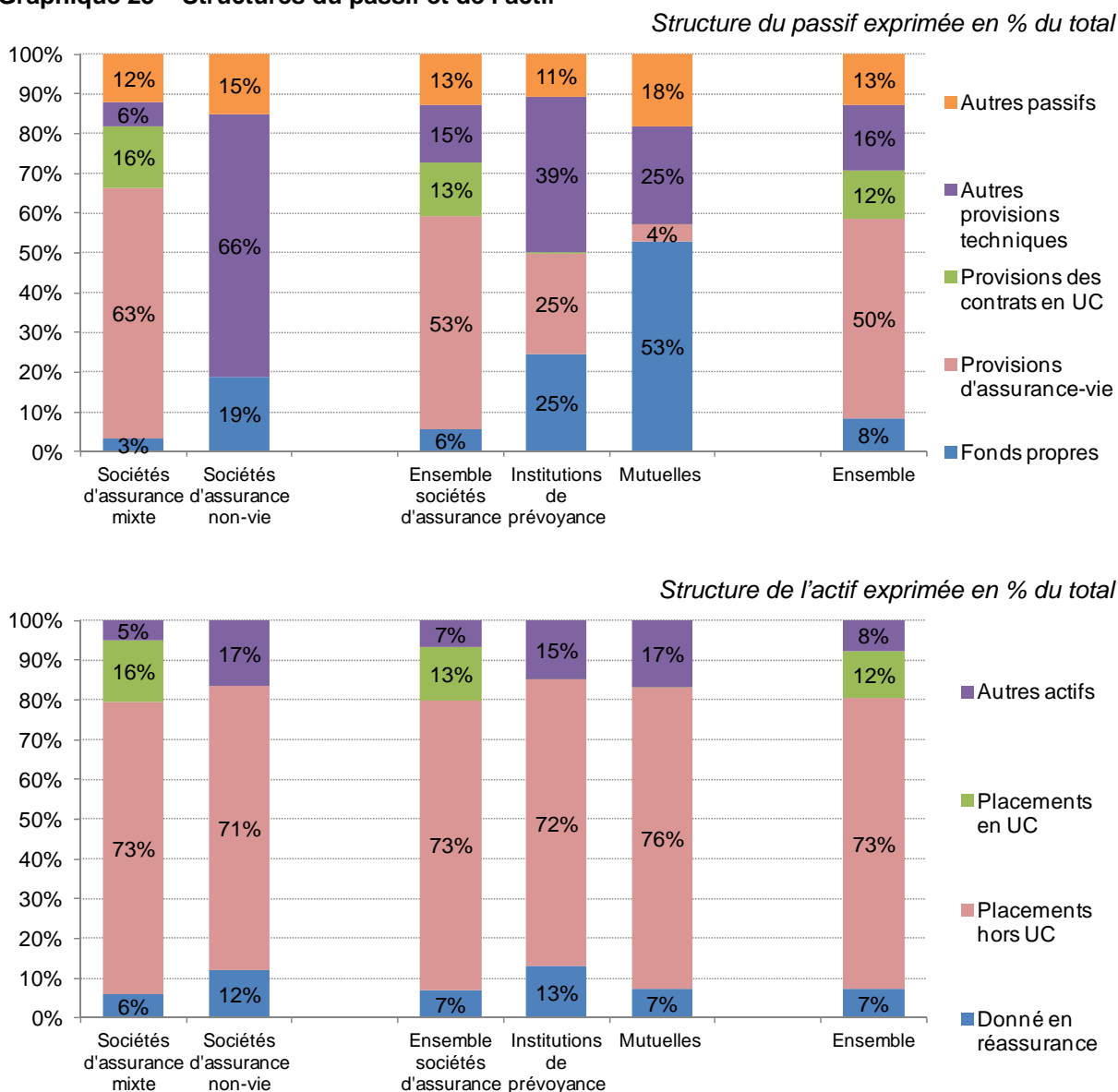
Même si l'on exclut les provisions pour contrats en UC, ce sont les sociétés d'assurance mixte qui provisionnent le plus (les provisions hors UC représentent 8 fois le montant de leurs primes collectées en 2013), devant les sociétés d'assurance non-vie et les institutions de prévoyance qui provisionnent 2 fois leur montant de primes. Les mutuelles quant à elles provisionnent seulement un montant équivalent à 40 % de leurs primes. La singularité des mutuelles s'explique notamment par leur spécialisation dans l'activité Santé dont « *le règlement rapide des prestations n'impose pas la détention de placements importants* » (Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR, 2010). Les provisions techniques (hors UC) représentent donc un tiers du passif pour les mutuelles (cf. graphique 25), contre les deux tiers pour les autres organismes qui assurent davantage de risques longs. Les provisions techniques des sociétés d'assurance mixte sont essentiellement des provisions d'assurance-vie.

Les **fonds propres** sont des « *ressources financières pouvant servir de tampon face aux aléas et absorber d'éventuelles pertes financières* » (Les grands principes de Solvabilité 2, l'Argus de l'assurance, 2013). Au regard de leur chiffre d'affaires, les sociétés d'assurance mixte disposent d'un peu moins de fonds propres que les autres catégories d'organismes : ils représentent en effet 40 % de l'ensemble des primes collectées en 2013 pour les sociétés d'assurance mixte contre 55 à 90 % des primes pour les autres catégories. Compte tenu du montant élevé des provisions techniques des sociétés d'assurance mixte, les fonds propres représentent 3 % du passif de ces organismes, alors qu'ils représentent 19 à 25 % du passif des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance non-vie, et un peu plus de 50 % du passif des mutuelles.

Selon le type d'organisme, en 2013, 70 % à 90 % des ressources à l'actif sont placées (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et de dépôts) et environ 10 % sont données en réassurance.

Les **plus-values latentes** viendraient augmenter le bilan comptable de 6 % (pour les sociétés d'assurance mixte) à 9 % (sociétés non-vie et mutuelles, cf. graphique 26) du fait notamment « *des bonnes performances du marché actions* » en 2013 (Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR, 2014). Ces plus-values latentes reculent pour les sociétés d'assurance non-vie – puisqu'elles rehaussaient de 20 % le bilan en 2012 – et ce recul est le fait des organismes pérennes et non la conséquence d'entrées ou sorties de champ. Pour les autres catégories d'organismes, les plus-values latentes, rapportées au bilan, se maintiennent entre 2012 et 2013.

Graphique 25 – Structures du passif et de l'actif

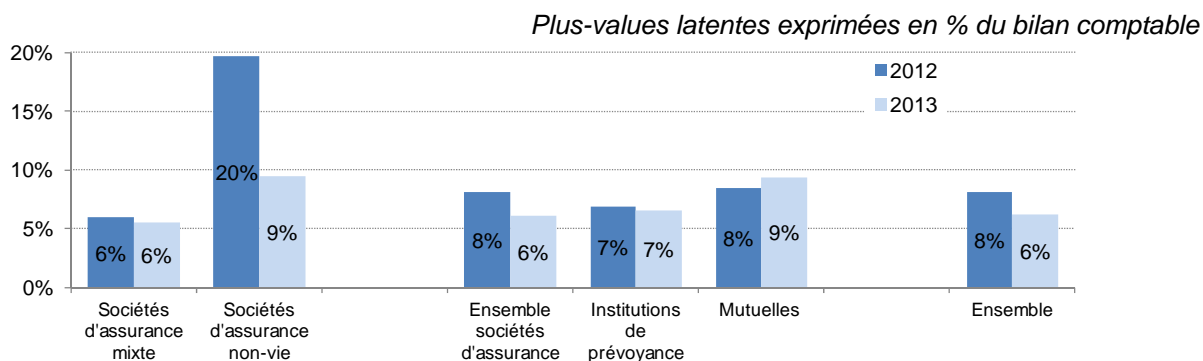


Lecture : Par définition comptable, le bilan est égal au passif et à l'actif. Les fonds propres représentent 3 % du passif des sociétés d'assurance mixte et les placements en Unité de Compte (UC) représentent 16 % de l'actif.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

Graphique 26 – Plus-values latentes par catégorie d'organismes



Lecture : La prise en compte des plus-values latentes augmenterait le bilan comptable des mutuelles de 9 %.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

Un bilan comptable en hausse pour les institutions de prévoyance et sociétés d'assurance mixte

Le bilan comptable (hors plus-values latentes) a augmenté entre 2012 et 2013 pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance mixte (respectivement +12,8 % et +8,0 %) alors qu'il est resté stable pour les sociétés d'assurance non-vie (-0,1 %) et a reculé pour les mutuelles (-1,8 % – cf. tableau 27).

Toutefois, pour ces deux dernières catégories d'organismes, ces évolutions s'expliquent par des sorties de champ d'organismes de grande taille qui ont tiré à la baisse le bilan. Le bilan des mutuelles présentes à la fois en 2012 et en 2013 a progressé en effet de 4,5 %, et celui des sociétés d'assurance non-vie présentes les deux années a progressé de 3,8 %.

Tableau 27 – Évolution du bilan total entre 2012 et 2013

Total du bilan	Croissance du bilan	dont contribution			Croissance du bilan des organismes pérennes
		Pérennes	Entrées	Sorties	
Sociétés d'assurance mixte	8,0%	6,3	1,7	-0,1	6,3%
Sociétés d'assurance non-vie	-0,1%	3,6	1,1	-4,9	3,8%
Institutions de prévoyance	12,8%	8,9	3,9	0,0	8,9%
Mutuelles	-1,8%	4,1	3,3	-9,3	4,5%

Lecture : Le total du bilan des mutuelles exerçant une activité santé a diminué de 1,8 % entre 2012 et 2013. Cette baisse peut se décomposer en trois facteurs : le bilan des mutuelles présentes les deux années (dites « pérennes ») a augmenté de 4,5 %, contribuant donc à hauteur de 4,1 points de pourcentage à la hausse du secteur. L'entrée de nouvelles mutuelles dans le champ du rapport contribue aussi à la croissance à hauteur de 3,3 points de pourcentage. Enfin, les mutuelles qui sont sorties du champ entre 2012 et 2013 contribuent pour -9,3 points de pourcentage à l'évolution du secteur. Ce dernier effet l'emporte au total sur les deux précédents dans le cas des mutuelles.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

Des ratios prudentiels respectés

La majorité des organismes respectent les deux principaux ratios prudentiels qui leur sont imposés dans le cadre de Solvabilité 1 (*cf.* encadré 7). Ces ratios, fondés sur le bilan des organismes, portent sur l'ensemble de leur activité. Ils sont jugés respectés lorsqu'ils dépassent la valeur de 100 %.

Lorsqu'elles pratiquent une activité santé, ce sont les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus les **engagements réglementés** (192 % en 2013), devant les institutions de prévoyance (117 %), les sociétés d'assurance non-vie (108 %) et les sociétés d'assurance mixte (103 %). Cette plus importante couverture des engagements par les mutuelles est liée à des engagements plus faibles : les mutuelles ont moins de provisions techniques rapportées aux primes. Elles couvrent en effet majoritairement des risques courts ne nécessitant pas la « détention de placements importants ». Cette hiérarchie et ces ordres de grandeurs sont plutôt stables depuis 2010, en particulier pour les sociétés d'assurance (*cf.* tableau 28).

C'est également au sein des mutuelles que s'observe la plus forte dispersion du taux de couverture des engagements, et en particulier la plus forte proportion de ratios inférieurs aux normes requises (*cf.* graphique 29). Les mutuelles qui se situent à la limite des seuils de couverture des engagements correspondent à des situations économiques spécifiques, qui sont identifiées et suivies par l'ACPR à l'aide de moyens adaptés à ces particularités. L'ensemble des organismes d'assurance (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) dont le taux de couverture est inférieur à la norme représentent 2 % des primes collectées en santé en 2013.

Tableau 28 – Couverture moyenne des engagements réglementés entre 2010 et 2013

Exprimé en % des engagements réglementés

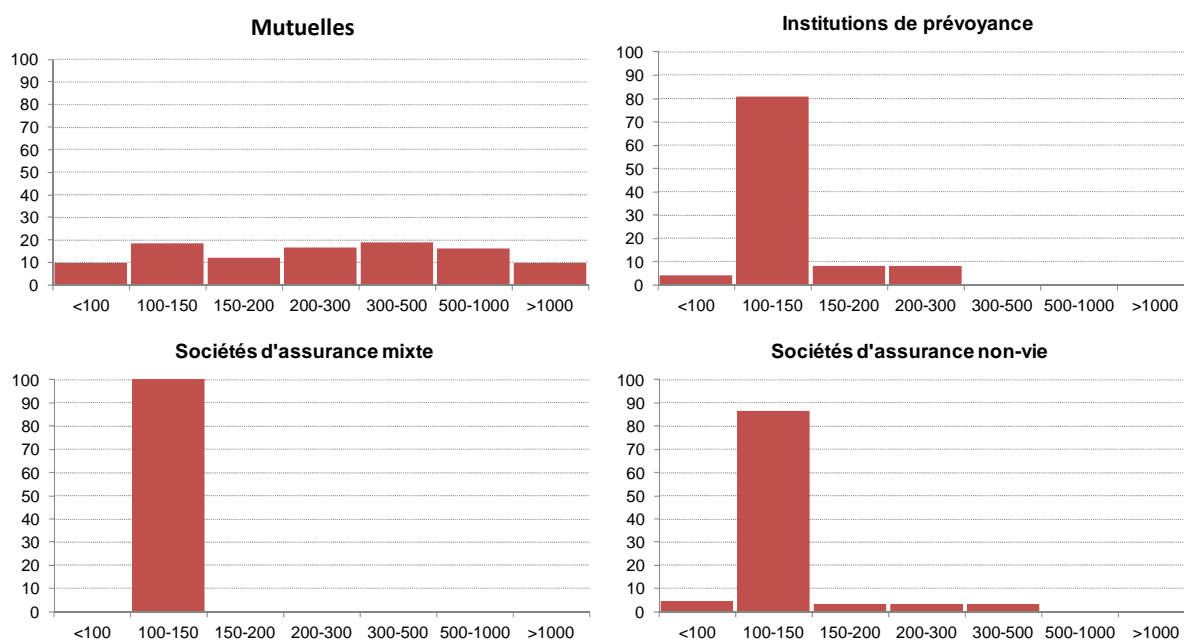
	Couverture moyenne			
	2010	2011	2012	2013
Sociétés d'assurance mixte	104	104	104	103
Sociétés d'assurance non-vie	109	109	110	108
Institutions de prévoyance	131	127	120	117
Mutuelles	161	225	193	192

Lecture : En 2013, pour les mutuelles, les actifs admis couvrent en moyenne 192 % des engagements réglementés.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année et ayant déclaré un taux de couverture des engagements réglementés au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C5.

Source : ACPR, calculs Drees.

Graphique 29 – Dispersion de la couverture des engagements réglementés en 2013



Lecture : En 2013, pour 12 % des mutuelles les actifs admis couvrent entre 150 et 200 % des engagements réglementés.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013 et ayant déclaré un taux de couverture des engagements réglementés au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C5.

Source : ACPR, calculs Drees.

En 2013, lorsqu'elles pratiquent une activité santé, ce sont les institutions de prévoyance qui couvrent le plus leur **marge minimale de solvabilité**, y compris plus-values latentes : leurs fonds propres, y compris plus-values latentes, représentent en effet 566 % de cette marge. Elles se classent ainsi devant les sociétés d'assurance non-vie (526 %), les mutuelles (474 %) et les sociétés d'assurance mixte (306 %). Cette hiérarchie et les ratios de couvertures de la marge de solvabilité sont plutôt stables depuis 2010 (cf. tableau 30), même s'ils semblent augmenter légèrement pour les sociétés d'assurance mixte. Pour tous les types d'organismes, les plus-values latentes améliorent en moyenne nettement la couverture de la marge de solvabilité. Les diagnostics en termes de hiérarchie restent cependant valables lorsque l'on ne prend pas ces plus-values latentes en compte.

La couverture de la marge, notamment hors plus-values latentes, est beaucoup plus concentrée et proche de la norme minimale de 100 % pour les sociétés d'assurance mixte que pour les autres types d'organismes (cf. graphique 31) : « *l'aléa est beaucoup moins important en vie qu'en non-vie car, en vie, le versement de la prestation dépend en général de la survie de l'assuré, évènement qui a une forte probabilité, contrairement à l'assurance non-vie où les sinistres ont de faibles probabilités* » (Assurance, Comptabilité – Règlementation – Actuariat, Economica, 2011).

Tableau 30 – Couverture moyenne de la marge de solvabilité entre 2010 et 2013

exprimé en % de la marge minimale de solvabilité

Hors plus-values latentes	2010	2011	2012	2013
Sociétés d'assurance mixte	112	123	124	127
Sociétés d'assurance non-vie	346	349	371	337
Institutions de prévoyance	433	469	450	448
Mutuelles	386	402	401	402
Y compris plus-values latentes	2010	2011	2012	2013
Sociétés d'assurance mixte	174	118	311	306
Sociétés d'assurance non-vie	545	453	551	526
Institutions de prévoyance	500	472	554	566
Mutuelles	424	435	468	474

Lecture : En 2013, les fonds propres hors plus values latentes représentent en moyenne 402 % de la marge minimale de solvabilité des mutuelles et ils représentent en moyenne 474 % de cette marge si l'on prend en compte les plus-values latentes.

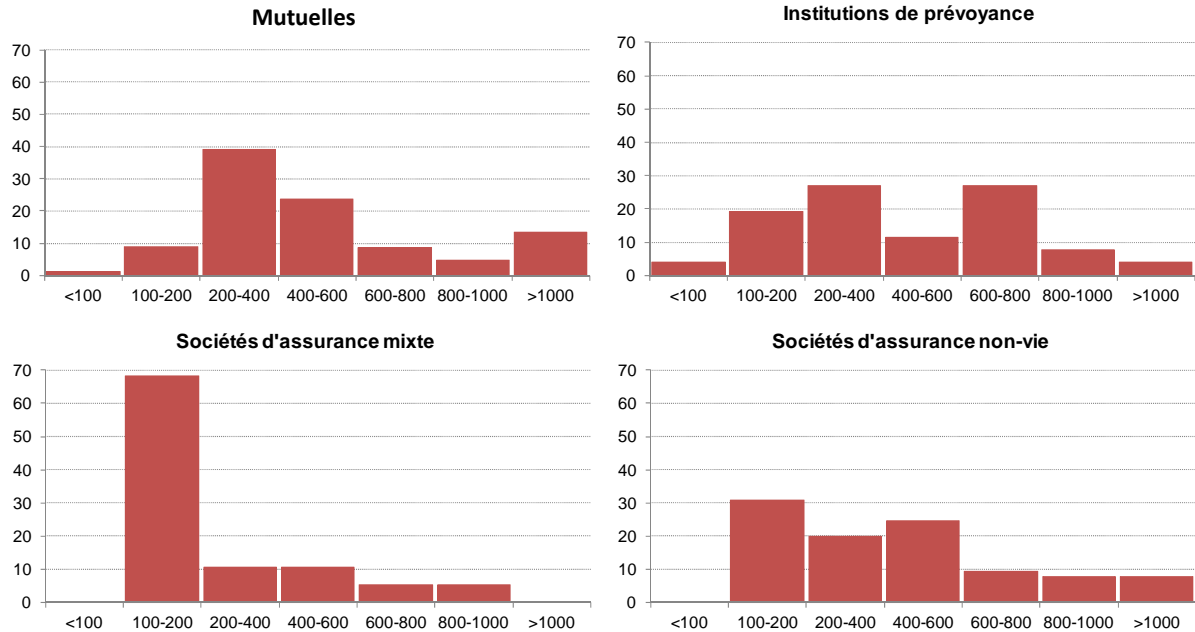
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année et ayant déclaré un taux de couverture de la marge de solvabilité au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C6.

Source : ACPR, calculs Drees.

Si ces deux ratios prudentiels que sont la couverture des engagements réglementés et la couverture de la marge de solvabilité sont particulièrement regardés en raison de leur caractère synthétique, ils ne sont toutefois pas parfaits, et pas toujours totalement pertinents dans le cas de petits organismes spécialisés sur des risques courts comme la santé, le contrôle prudentiel pouvant alors s'appuyer sur d'autres indicateurs. « *L'ACPR veille au respect de ces deux principaux piliers quantitatifs que sont l'exigence de marge de solvabilité et la couverture des engagements réglementés, et ce avec une égale attention. Or, la seconde est souvent plus difficile à respecter que la première, voire enfreinte alors que la marge de solvabilité est respectée.* » (Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR, 2014).

Graphique 31 – Dispersion de la couverture de la marge de solvabilité en 2013

Couverture hors plus-values latentes exprimée en % de la marge de solvabilité

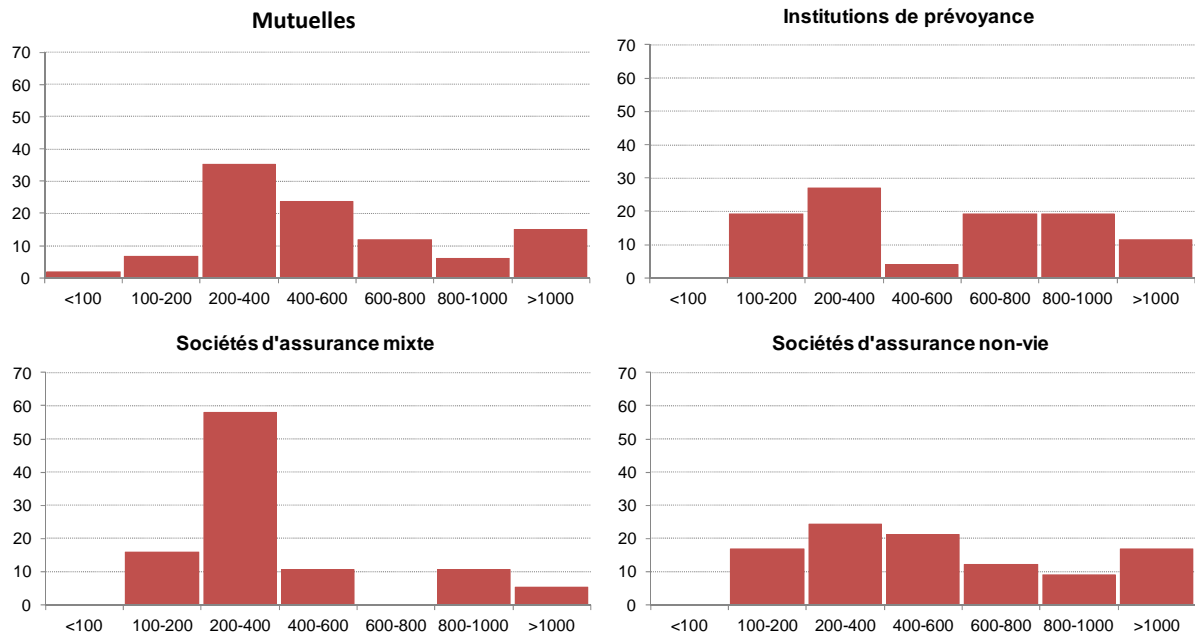


Lecture : En 2013, pour 9 % des mutuelles, les fonds propres hors plus-values latentes couvrent entre 100 et 200 % de la marge minimale de solvabilité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013 et ayant déclaré un taux de couverture de la marge de solvabilité au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C6.

Source : ACPR, calculs Drees.

Couverture y compris plus-values latentes exprimée en % de la marge de solvabilité



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013 et ayant déclaré un taux de couverture de la marge de solvabilité au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C6.

Source : ACPR, calculs Drees.

Chapitre 4 – Une incomplétude des données qui nuit à la mesure des coûts de gestion

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 (cf. annexe 2), il a été demandé au Gouvernement d'établir, pour le 31 août 2012, un rapport comparant les coûts de gestion des complémentaires santé d'une part, et des organismes de base de l'assurance maladie d'autre part. Des premières analyses ont été produites dans le rapport de 2012 et elles ont montré la difficulté d'un tel exercice : les activités des organismes complémentaires et des organismes de base sont par nature différentes mais imbriquées. Ce travail de comparaison n'a pas été reconduit dans ce rapport, mais sera approfondi dans un rapport ultérieur. Quelques indicateurs ont toutefois été mis à jour avec les données de l'année 2013.

Ce quatrième et dernier chapitre se concentre essentiellement sur les comparaisons des charges de gestion entre les différents organismes complémentaires. Il cherche aussi à mettre en lumière l'impact de deux dispositifs particuliers sur ces charges : la gestion déléguée d'un régime obligatoire de santé d'une part, et la gestion de la CMU-C / ACS d'autre part. Le faible taux de réponse à l'état statistique E5 limite toutefois les analyses qui ont pu être menées.

Des charges de gestion en part des prestations versées très variables selon les organismes

Rappelons que les charges de gestion, représentées dans le graphique 15 du chapitre 2, comprennent les frais d'administration et d'acquisition ainsi que les frais de gestion des sinistres. Afin d'approcher un indicateur de coût unitaire comparable à celui de la CNAM-TS, ces charges de gestion sont rapportées aux prestations versées et non aux primes reçues.

Les institutions de prévoyance ont en moyenne des charges de gestion en santé qui représentent 15 % de leurs prestations versées en santé. C'est moins que pour les mutuelles (23 %) et les sociétés d'assurance (30 %, cf. tableau 32). Cette hiérarchie s'explique, comme vu au chapitre 2, par des frais d'acquisition plus élevés pour les sociétés d'assurance et des frais d'administration plus élevés pour les mutuelles. La dispersion de ces charges de gestion rapportées aux prestations est un peu plus importante pour les sociétés d'assurance (cf. graphique 33).

Tableau 32 – Part des charges de gestion dans les prestations en santé en 2013

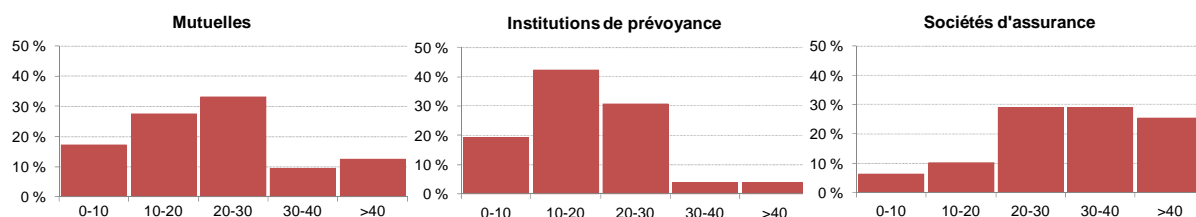
	Moyenne 2013	Médiane 2013	Organismes exploitables	
			Nombre	Représentativité
Mutuelles	23%	21%	338	100%
Sociétés d'assurance	30%	32%	85	100%
Institutions de prévoyance	15%	17%	26	100%

Lecture : En 2013, pour les mutuelles, les charges de gestion représentent en moyenne 23 % des prestations versées. 338 mutuelles ont renseigné les éléments nécessaires au calcul de ce ratio, et représentent 100 % des prestations versées par les mutuelles du champ du rapport tel que précisé à l'encadré 1.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, état statistique E4, calculs Drees.

Graphique 33 – Distribution de la part des charges de gestion dans les prestations en santé en 2013



Lecture : En 2013, pour 17 % des mutuelles, les charges de gestion représentent entre 0 % et 10 % des prestations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, état statistique E4, calculs Drees.

Les états statistiques E1 et E5 renseignent sur le nombre de personnes couvertes et le nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année par les organismes. Cette information devrait permettre de se rapprocher un peu plus d'un indicateur de coût unitaire en rapportant les charges de gestion au nombre de personnes couvertes, ou au nombre de personnes remboursées dans l'année.

Cependant, en raison de la non-réponse parfois importante aux états E1 et E5, et malgré les redressements effectués, la population sur laquelle ces ratios peuvent être calculés est réduite. Par exemple, seules 44 sociétés d'assurance sur les 85 du champ de ce rapport ont fourni le nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année (cf. tableau 34). Elles représentent certes 74 % des prestations versées en 2013 mais l'information manquante ne peut être négligée. De même, seules 189 mutuelles et 13 institutions de prévoyance, représentant respectivement 80 % et 63 % des prestations versées en santé en 2013 sur chacun de ces deux secteurs, ont renseigné un nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année.

Même lorsque l'information est disponible, celle-ci peut différer selon les sources considérées : le nombre de personnes couvertes, ou servies dans l'année, n'est parfois pas identique entre les états E1 et E5 alors que l'information demandée est la même. Les ratios charges de gestion sur nombre de personnes servies dans l'année ou couvertes sont donc à prendre avec précaution.

Le tableau 34 fournit la moyenne et la médiane de ces deux ratios en 2013. Avec l'ensemble des réserves mentionnées, on pourrait conclure que la hiérarchie entre les trois types d'organismes n'est pas modifiée avec l'un ou l'autre des ratios. Les institutions de prévoyance afficheraient toujours les coûts les plus faibles, devant les mutuelles et les sociétés d'assurance.

Tableau 34 – Charges de gestion en santé par personne couverte et bénéficiaire servi au moins une fois en 2013

	Moyenne 2013	Médiane 2013	Organismes exploitables	
			Nombre	Représentativité
Mutuelles	85 €	91 €	303	98%
Sociétés d'assurance	133 €	121 €	42	71%
Institutions de prévoyance	55 €	70 €	25	98%

Par personne couverte

	Moyenne 2013	Médiane 2013	Organismes exploitables	
			Nombre	Représentativité
Mutuelles	106 €	96 €	189	80%
Sociétés d'assurance	161 €	149 €	44	74%
Institutions de prévoyance	73 €	83 €	13	63%

Par bénéficiaire servi au moins une fois

Lecture : En 2013, pour les mutuelles, les charges de gestion s'élèvent en moyenne à 107€ par bénéficiaire servi au moins une fois dans l'année. 189 mutuelles ont renseigné les éléments nécessaires au calcul de ce ratio, représentant 80 % des prestations versées.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, états E4, E5 et E1, calculs Drees.

Le ratio charges de gestion sur nombre de lignes d'actes ou de décompte pourrait aussi constituer un indicateur de coût unitaire. Mais cette année, comme les années précédentes, il n'est pas possible d'en fournir une estimation fiable, le taux de non réponse à ces informations étant trop important (cf. tableau 35). Il n'est pas non plus possible de décomposer ce coût en fonction du mode de transmission des demandes de remboursement (flux électronique ou envoi papier), ratios qui permettraient en théorie une meilleure mesure des coûts unitaires.

Tableau 35 – Organismes ayant renseigné le nombre d'actes ou de décompte en 2013

	Nombre d'actes		Nombre de décomptes	
	Organismes exploitables		Organismes exploitables	
	Nombre	Représentativité	Nombre	Représentativité
Mutuelles	51	40%	45	11%
Sociétés d'assurance	6	7%	5	1%
Institutions de prévoyance	7	13%	0	0%

Lecture : En 2013, 51 mutuelles ont renseigné un nombre d'actes traités, elles représentent 40 % des prestations versées par l'ensemble des mutuelles du champ.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

Délégation de gestion : un coût presque compensé par construction pour les organismes

On nomme « délégation de gestion » le fait que certains organismes complémentaires, pour des raisons historiques, gèrent aussi les remboursements de leurs assurés au titre de l'assurance maladie obligatoire. Ces organismes se voient alors accorder par le régime général des « remises de gestion » en contrepartie de cette gestion déléguée par l'assurance maladie obligatoire. Les faibles taux de réponse à l'état E5 rendent fragile l'évaluation des produits et charges engendrés par la gestion déléguée d'un régime obligatoire de santé. Il est par exemple impossible d'estimer, à ce stade, si les coûts associés à la gestion déléguée d'un régime obligatoire pèsent sur les charges globales des mutuelles concernées ou, au contraire, s'ils sont largement compensés par les économies d'échelle permises par cette gestion déléguée, ou encore si le fait d'avoir une délégation de gestion limite les coûts d'acquisition des sociétés d'assurance conventionnées.

L'organisation même de la délégation de gestion ne permet pas d'apparier aisément les données transmises par les organismes complémentaires à l'ACPR et celles collectées par les caisses de Sécurité sociale. C'est en particulier le cas pour certaines mutuelles de fonctionnaires qui passent par MFP services⁶ (mutuelle de Livre I) pour leur relation avec la CNAMTS : les données CNAMTS ne sont alors pas disponibles au niveau des mutuelles, mais au niveau agrégé de MFP services. C'est aussi le cas pour certaines mutuelles conventionnées avec le RSI regroupées dans des unions relevant du livre I du code de la mutualité. Pour elles, seules les données agrégées sont alors disponibles. Pour les sociétés d'assurance regroupées au sein du RAM⁷, la question se pose en des termes différents : la gestion déléguée est confiée à un prestataire de service APRIA et n'apparaît donc pas directement les comptes des organismes complémentaires. Enfin, le nombre d'organismes autorisés à assurer une délégation de gestion recule chaque année, en particulier, par rapport aux années précédentes, la MSA n'accorde plus de délégation de gestion au GAMEX⁸.

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

- pour certaines d'entre elles, des écarts importants (proches de 10 %) peuvent être notés entre les données transmises par les régimes obligatoires et celles figurant dans l'état statistique E5 ;
- dans leur grande majorité, les mutuelles déclarent des frais de gestion pour la gestion déléguée supérieurs aux remises de gestion qui leur sont accordées par la CNAMTS et le RSI. Bien que robuste, on ne peut tirer à ce stade la moindre conclusion de ce résultat. En effet, les principes de répartition de charges communes entre les régimes obligatoire et complémentaire peuvent conduire à une surestimation du coût de l'activité régime obligatoire. C'est en particulier le cas des mutuelles étudiantes : pour déterminer le partage des coûts entre régimes de base et complémentaire, le postulat a consisté à considérer l'activité complémentaire santé comme accessoire à la gestion obligatoire. Il en résulte une valorisation comptable des activités complémentaires égale au coût marginal de la gestion du régime obligatoire. Pour les quatre mutuelles étudiantes ayant renseigné l'état statistique E5, les charges de gestion relatives à la gestion déléguée du régime obligatoire sont supérieures de 9 % aux remises de gestion accordées par la CNAMTS. Pour les mutuelles de fonctionnaires, les charges sont supérieures de 10 % aux remises ; elles le sont de 6 % pour les mutuelles en délégation de gestion avec le RSI (cf. tableau 36) ;
- sur la base des données transmises par les régimes de base (CNAMTS, RSI), et des informations collectées dans l'état E5, les écarts entre types d'organismes sont importants s'agissant des ratios entre remises de gestion et prestations versées : les remises de gestion versées par la CNAMTS aux mutuelles étudiantes représentent 20 % des prestations versées contre 3 % à 5 % pour les autres organismes.

⁶ MFP services est une mutuelle de livre I du code de la mutualité, qui à ce titre ne transmet pas de données à l'ACPR.

⁷ RAM : réunions des assureurs maladie, qui a délégué à l'association APRIA-RSA la gestion des comptes « assurance santé obligatoire ».

⁸ GAMEX : groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles. Gestion déléguée supprimée par l'article 64 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014.

Tableau 36 – Gestion déléguée d'un régime obligatoire en 2013

Régimes de base	Type d'organismes	Source de données	Nombre d'organismes pour lesquels les données sont disponibles	Prestations santé (nature + espèces) versées au titre du RO (en milliers d'euros) (4)	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 %) (5)	Charges de gestion pour le RO/Prestations santé versées au titre du RO (en %)
CNAMTS	mutuelles étudiantes (1)	données CNAM	11	477 732	92 787		19,4%	
		données CNAM ayant répondu à l'état C1	5		31 919			
		données CNAM ayant répondu à l'état E5	4		27 675			
		données E5	4	129 548	25 628	27 922	19,8%	21,6%
	mutuelles de fonctionnaires (2)	données CNAM	16	6 669 904	238 993		3,6%	
		données CNAM ayant répondu à l'état C1	13	6 534 814	235 342		3,6%	
		données CNAM ayant répondu à l'état E5	2	3 346 611	137 089		4,1%	
		données E5	2	3 246 177	138 660	152 936	4,3%	4,7%
	autres mutuelles (3)	données CNAM	13	835 917	26 802		3,2%	
		données CNAM ayant répondu à l'état C1	10	773 927	25 109		3,2%	
données CNAM ayant répondu à l'état E5		1						
données E5		1						
RSI	mutuelles	données RSI	20	2 149 329	89 224		4,0%	
		données RSI ayant répondu à l'état C1	13	1 487 761				
		données CNAM ayant répondu à l'état E5	6	961 984				
		données E5	6	998 790	43 445	46 028	4,2%	4,6%
	RAM	données RSI	1	2 476 670	118 862		4,3%	

Lecture : En 2013, 11 mutuelles étudiantes sont concernées par la délégation de gestion. D'après les données de la CNAM, elles ont versé 477 732 milliers d'euros de prestations en santé au titre du régime obligatoire et reçu 92 787 milliers d'euros de remises de gestion. Sur ces 11 mutuelles étudiantes, seules 4 ont renseigné l'état E5. Ces 4 mutuelles étudiantes ont versés 129,5 millions d'euros de prestations santé en 2013 au titre du régime obligatoire. Elles ont reçu 25,6 millions d'euros de remises de gestion pour couvrir les charges de gestion du régime obligatoires qui s'élèvent à 27,9 millions d'euros d'après l'état E5. Les remises de gestion représentent ainsi 19,8 % des prestations santé versées au titre du régime obligatoire et les charges de gestion représentent 21,6 % de ces mêmes prestations.

(1) LMDE, MEP, MGEL, SMEBA, SMECO, SMENO, SMEREB, SMEREP, SMERRA, VITTAVI (SMESO), SMERAG. Article L381-3 du code de la Sécurité sociale.

(2) MGEN, MG, MGP, MNAM, MAGE, INTERIALE, MFP Services (MCF, MCDEF, MAEE, MMJ, MPCDC, MFFOM, MGEFI, MGAS, MGET, SMAR). Article L712-6 du code de la sécurité sociale.

(3) MNT, MNH, MUT EST, MUN MARSEILLE, MCV PAP, COVIMUT, MHV, MUTAME, BOISSIERE DU BATIMENT, HCL, UMIGA, UPEMO-MBTPSE, MUNICIPAL PAUX GRENOBLE. Article L211-4 du code de la Sécurité sociale.

(4) 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...

(5) Pour le RSI, les remises de gestion couvrent aussi les frais de recouvrement des cotisations. Comme en 2012, les remises correspondant à l'activité d'encaissement et de recouvrement sont estimées à 11,3 % des remises totales de gestion pour le RAM et à 3,6 % pour les mutuelles et sont déduites du ratio remise de gestion sur prestations versées.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, CNAMTS, RSI, calculs Drees.

Ce dernier constat est largement documenté dans différents rapports⁹. Outre le coût élevé des régimes étudiants, ces travaux pointent la qualité insuffisante de service à laquelle s'ajoutent des délais d'obtention de la carte Vitale importants, des taux de « décrochés » (pourcentage d'appels téléphoniques entrants effectivement traités) très variables selon les mutuelles étudiantes et en moyenne plus faibles qu'à la CNAMTS, une part des étudiants devant envoyer leur feuilles de soins en format papier deux à trois fois supérieure à celle des bénéficiaires des caisses primaires d'assurance maladie...

Ces difficultés de gestion pourraient être en partie imputables au très fort taux de mutation tant interne qu'externe (21,5 % d'entrées, 20,6 % de sorties et 33,5 % de mutations internes aux régimes étudiants, contre respectivement 2,0 %, 1,9 % et 2,7 % au régime général). Le statut de transition du régime étudiant de Sécurité sociale, associé à une affiliation courte de trois ans en moyenne, se traduit en effet par des mouvements inter-régimes nombreux entre le régime étudiant et les autres régimes de base.

⁹ Rapport de l'inspection générale des finances sur les coûts de gestion de l'assurance maladie (septembre 2013), de la Cour des Comptes (2006 et 2013), rapport d'information n°221 du Sénat sur la Sécurité sociale et la santé des étudiants (12 décembre 2012).

Les conséquences de la gestion de la CMU-C/ACS sur les comptes des organismes ne peuvent être évaluées faute de remontées suffisantes

Dans l'état E5 sont demandées aux organismes complémentaires des informations sur le nombre de leurs bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) remboursés au moins une fois dans l'année, ainsi que sur le montant qu'ils leur ont servi, et sur la participation légale reçue en contrepartie.

Mais, comme les années précédentes, en raison du faible nombre d'organismes ayant renseigné les éléments du volet « CMU-C, ACS » de l'état E5, et des nombreuses incohérences entre ces éléments et ceux issus du fonds CMU, les résultats présentés ci-dessous sont fragiles et sujets à caution. De ce fait, ils seront aussi restreints car des indicateurs par nombre de bénéficiaires servis ne peuvent pas être calculés.

La **CMU-C**, couverture maladie universelle complémentaire, permet l'accès à une protection complémentaire de santé gratuite sous conditions de résidence et de ressources. Elle couvre les dépenses restant à la charge de ses bénéficiaires après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale. La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C. En 2013, 15 % des bénéficiaires de la CMU-C ont choisi un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits¹⁰.

Les prestations versées par les organismes auprès de leurs adhérents bénéficiaires de la CMU-C sont à peu près compensées par les **participations légales** reçues ou à recevoir de la part du fonds CMU (cf. encadré 8). La participation légale couvre en moyenne 95 % des prestations versées par les mutuelles et 92 % de celles versées par les sociétés d'assurance. Les données concernant les institutions de prévoyance sont en revanche très fragiles et ne sont pas présentées car seuls 4 établissements ont renseigné les éléments nécessaires à ces estimations (cf. tableau 37).

Tableau 37 – Prestations versées et participation légale reçue au titre de la gestion CMU-C

	Nombre d'organismes concernés par la CMU-C	Dont ayant renseigné les éléments (répondants E5)	Représentativité des répondants E5 en termes de prestations	Participation légale sur prestations versées
Institutions de prévoyance	16	4	36%	
Mutuelles	236	157	70%	95%
Sociétés d'assurance	30	27	85%	92%

Lecture : 30 sociétés d'assurance ont déclaré auprès du Fonds CMU des adhérents bénéficiaires de la CMU-C. Parmi elles, 27 ont renseigné les éléments nécessaires aux calculs des coûts (la participation légale reçue de la part du fonds CMU ainsi que le total des prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C). Ces 27 répondants représentent 85 % de l'ensemble des prestations en santé versées par les sociétés d'assurance concernées par la CMU-C. En moyenne, la participation légale reçue couvre 92 % des prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

¹⁰ Rapport d'activité 2013 du fonds CMU, mai 2014

Encadré 8 Modalités de calcul de la participation financière du Fonds CMU

L'article 22 de la loi n°2012-1404 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a modifié les modalités de remboursement des dépenses de CMU-C engagées par les organismes gestionnaires, avec pour objectif de diminuer le reste à charge des organismes assurant la gestion de bénéficiaires de la CMU-C. À compter de 2013, ces derniers sont désormais remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel de 400 €, indexé sur l'inflation (ils étaient, de 2009 à 2012, remboursés sur la base d'un forfait de 370 € par bénéficiaire).

En 2013, la dépense moyenne par bénéficiaire de la CMU-C en métropole est en effet estimée à 446 euros pour la CNAMTS et les organismes délégataires, 336 euros pour le RSI, 371 euros pour la MSA et 384 euros pour les organismes complémentaires (la dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2012 et 2013, fonds CMU, 2014).

En pratique, pour l'année 2013 (dite année N), la prise en charge des dépenses s'effectue sur la base d'un acompte trimestriel fixé à 92,50 € par bénéficiaire. L'année N+1, une régularisation est opérée entre la somme totale des acomptes enregistrés l'année N et le montant définitif des dépenses engagées cette même année, dans la limite du forfait annuel par bénéficiaire (rapport d'activité 2013 du fonds CMU, mai 2014).

L'aide à la complémentaire Santé (ACS) est une aide qui s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %. Elle vise à les aider à financer un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Le montant annuel par personne de la réduction varie selon l'âge de l'assuré. En 2013, il variait de 100 euros pour les moins de 16 ans à 500 euros pour les 60 ans ou plus. Les montants d'ACS sont attribués dans la limite de la cotisation à la complémentaire santé, et l'assuré s'acquitte du reste de la cotisation. En 2013, l'ACS a permis de réduire la cotisation annuelle des bénéficiaires de 280 euros en moyenne (*cf.* tableau 38).

Tableau 38 – Participations légales reçues au titre de la gestion de l'ACS et distribution

	Nombre d'organismes avec au moins un bénéficiaire ACS	Dont ayant renseigné les participations légales reçues pour ACS (E5)	Représentativité des répondants au E5 en termes de prestations	Participation légale reçue en moyenne par bénéficiaire
Ensemble	385	221	71%	280
Institutions de prévoyance	24	8	40%	360
Mutuelles	294	172	76%	290
Sociétés d'assurance	67	41	81%	260

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs Drees.

Annexes

Annexe 1 – Article 12 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009

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

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

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

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

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

Annexe 2 – Article 11 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012

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

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

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

Annexe 3 – Liste de états réglementaires et statistiques définie dans le code monétaire et financier et dans le code des assurances

Article L612-24 du code monétaire et financier

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

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

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

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

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

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

Article R344-2 du code des assurances

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

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

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

Article A344-6 du code des assurances

Modifié par Arrêté du 7 novembre 2008 - art. 8

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

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

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

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

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

Article A344-7 du code des assurances

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

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

Article A344-8 du code des assurances

Modifié par Arrêté du 27 avril 2011 - art. 1

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

- 1° Les renseignements généraux énumérés à l'annexe au présent article ;
- 2° Les comptes définis à l'article A. 344-9 ;
- 3° Les états d'analyse des comptes énumérés à l'article A. 344-10 ;
- 4° Les états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire énumérés à l'article D. 344-5.

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

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

Article A344-9 du code des assurances

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

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

Article A344-10 du code des assurances

Modifié par Arrêté du 7 novembre 2008 - art. 8

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

- C 1 Résultats techniques par contrats ;
- C 2 Engagements et résultats techniques par pays ;
- C 3 Acceptations et cessions en réassurance ;
- C 4 Primes par contrats et garanties ;
- C 5 Représentation des engagements privilégiés ;

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

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

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

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

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

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

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

Article D344-5 du code des assurances (cet article est complété d'une annexe listant les informations demandées dans chacun des états statistiques)

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

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

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

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

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

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

Annexe 4 – Les redressements des données

Pour utiliser les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR, des redressements sont effectués. Les organismes conservés pour l'analyse sont ceux ayant renseigné les comptes de résultats publics et l'état C1 ; les autres forment la non-réponse dite « totale ».

La correction de la non-réponse totale

Afin de garantir la représentativité des résultats, une repondération est nécessaire : les 20 organismes n'ayant pas transmis leurs comptes et l'état C1 (non-répondants) sont compensés en attribuant une pondération aux organismes de même type ayant transmis l'ensemble des données requises (répondants). Cette pondération est calculée de sorte que la somme pondérée des primes en santé déclarées au Fonds CMU par les répondants soit égale à l'assiette totale du fonds CMU.

Quatre sociétés d'assurance non-vie étant non-répondante, la pondération des sociétés d'assurance non-vie répondantes est calculée simplement (cf. tableau 39).

Tableau 39 – Pondération des sociétés d'assurance non-vie

Nombre d'organismes (1)	70
Montant de cotisations santé en millions d'euros (2)	5602
Nombre d'organismes répondants (3)	66
Montant de cotisations santé en millions d'euros des organismes répondants (4)	5599
Pondération des répondants (5) = (2)/(4)	1,0006

Source : Fonds CMU, ACPR, calculs Drees.

Le traitement de la non-réponse des mutuelles est en revanche plus élaboré. Les non-réponses des mutuelles sont compensées en augmentant la pondération des mutuelles répondantes de taille semblable, *a priori* plus similaires. La population des mutuelles est donc préalablement stratifiée en 4 tranches en fonction du montant de cotisations santé déclaré au fonds CMU. La strate 1 représente les 45 plus grandes mutuelles, qui pèsent pour 75 % des cotisations santé. Ces 45 organismes ayant fourni l'intégralité de leurs comptes, tous les organismes de la strate 1 se voient donc affecter un poids de 1 (cf. tableau 40) : ainsi, ils ne représentent qu'eux-mêmes. À l'opposé, la strate 4 est composée des 175 plus petites mutuelles (pour 443 millions d'euros de primes collectées en santé), dont 161 ont fourni leurs comptes (représentant 424 millions d'euros de primes en santé). Les 161 mutuelles ayant fourni l'ensemble des comptes se voient attribuer un poids de 1,0443 afin de pouvoir compenser les primes en santé des 14 « petites » mutuelles n'ayant pas répondu.

Tableau 40 – Pondération des mutuelles

	Strate 1	Strate2	Strate3	Strate4	Total
Nombre d'organismes (1)	45	48	86	175	354
Montant de cotisations santé en millions d'€ (2)	13109 (75 %)	2623 (15 %)	1316 (7,5 %)	443 (2,5 %)	17491 (100 %)
Nombre d'organismes répondants (3)	45	48	84	161	338
Montant de cotisations santé en millions d'€ des organismes répondants (4)	13109	2623	1283	424	17440
Pondération des répondants de la strate (5) = (2)/(4)	1,0000	1,0000	1,0251	1,0443	

Source : Fonds CMU, ACPR, calculs Drees.

Enfin, toutes les institutions de prévoyance et toutes les sociétés d'assurance mixte ont envoyé leurs comptes et l'état C1, elles se voient donc toutes attribuer une pondération égale à 1.

La correction de la non-réponse partielle

En 2013, 449 organismes (338 mutuelles, 26 institutions de prévoyance et 85 sociétés d'assurance) sont « répondantes », c'est-à-dire qu'elles ont renseigné leurs comptes de résultats publics et l'état C1. Certains de ces organismes n'ont pas renseigné les états C4 et E4, indispensables à la rédaction de ce rapport. Leurs données sont donc imputées.

En effet, l'état C1 fournit un compte de résultat technique en dommages corporels. L'état C4 donne le montant des primes collectées en santé au sein de ces dommages corporels. Enfin, l'état E4 est un compte de résultat technique en santé. La comparaison de ces 3 états permet de corriger certaines données incohérentes et d'en inférer d'autres absentes. L'état C1 est en général considéré comme le plus fiable, devant l'état C4 et enfin l'état E4. D'autres états (E2, E3, C11...) sont mobilisés à des fins de contrôles.

Les organismes n'ayant pas renseigné C4 sont rares en raison des relances et contrôles de l'ACPR. Il s'agit plutôt d'incohérences ou d'erreurs, un organisme déclarant dans l'état C4 ne pas avoir d'activité santé alors qu'il en déclare une au fonds CMU. Dans ce cas, un montant plausible de primes en santé peut être imputé en C4 en s'appuyant sur le montant déclaré au fonds CMU (l'imputation consiste à remplacer les données manquantes ou manifestement erronées par des données cohérentes compte-tenu des informations disponibles par ailleurs).

Les organismes sont un peu plus nombreux à ne pas avoir renseigné l'état E4. Cet état est construit sur le même modèle que l'état C1, mais se focalise sur l'activité santé. On distingue 3 cas pour l'imputation de l'état E4 :

- Si l'organisme ne fait que de la santé, alors le compte de résultat technique en dommages corporels n'est autre qu'un compte de résultat technique en santé. C'est le cas d'un grand nombre de mutuelles pour lesquelles la couverture complémentaire santé est la seule activité assurantielle. L'état E4 est alors imputé de façon exacte à partir du C1.
- Si l'organisme fait essentiellement de la santé (primes en santé = plus de 75 % des primes en dommages corporels), le compte de résultat technique en dommages corporels offre une bonne idée de ce que serait le compte de résultat technique en santé. Dans ce cas, l'état E4 est imputé sur la base des primes en santé de l'état C4, auxquelles on applique la structure du compte de résultat technique en dommages corporels issue de l'état C1.
- Si la santé ne représente pas une grande partie de l'activité de dommages corporels de l'organisme (moins de 75 %), alors l'état E4 est imputé sur la base des primes en santé de l'état C4, auxquelles on applique la structure moyenne du compte de résultat technique des organismes ayant renseigné l'état E4.

Les autres états statistiques, moins bien renseignés, ne sont en revanche pas imputés. La cohérence des données est de plus difficile à garantir pour ces états.

Le tableau 41 dresse le bilan du taux de réponse pour les états C1, C4 ainsi que pour les 5 états statistiques E1 à E5, ainsi que le nombre d'organismes imputés et la part représentée par ces organismes imputés dans l'ensemble des primes collectées en santé.

Tableau 41 – Taux de réponse par état et imputation

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
	Nombre	% primes en santé	Nombre	% primes en santé	Nombre	% primes en santé
Ayant renseigné les comptes et l'état C1	338	100,0%	26	100,0%	85	100,0%
État C4 exploitable après imputation, dont	338	100,0%	26	100,0%	85	100,0%
- C4 renseigné et sans incohérence	336	100,0%	26	100,0%	84	100,0%
- C4 imputé	2	0,01%	0	0	1	0,001%
État E4 exploitable après imputation, dont	338	100,0%	26	100,0%	85	100,0%
- E4 renseigné et sans incohérence	312	97,4%	24	99,8%	75	99,3%
- E4 imputé (santé uniquement)	19	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
- E4 imputé (santé principalement)	7	2,4%	1	0,2%	5	0,5%
- E4 imputé (par structure moyenne du E4)	0	0,0%	1	0,02%	5	0,1%
État E1 renseigné	300	96,6%	26	100,0%	43	68,2%
État E2 renseigné	322	99,7%	26	100,0%	52	80,0%
État E3 renseigné	286	93,5%	25	100,0%	58	87,9%
État E5 renseigné	205	81,1%	17	55,8%	39	61,2%

Source : Fonds CMU, ACPR, calculs Drees.

Annexe 5 – Des écarts entre les primes en santé déclarées au fonds CMU et à l'ACPR.

Sur le champ du rapport, 32,9 milliards d'euros de primes ont été collectées sur le marché de la complémentaire santé en 2013 d'après les données du fonds CMU, contre 35,1 milliards d'après les données des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR (cf. tableau 42). L'écart entre les deux sources est particulièrement marqué pour les sociétés d'assurance, les primes émises comptabilisées par l'ACPR étant supérieures de 13 % à celles retenues pour le calcul de la taxe collectée au profit du Fonds CMU en 2013.

Cet écart s'explique notamment par des différences dans la définition du chiffre d'affaires en santé entre ces deux sources. En effet, l'assiette de la taxe CMU exclut :

- les primes ou cotisations afférentes aux non-résidents (qui couvrent 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 qui couvrent une garantie santé accessoire par rapport à l'objet principal du contrat (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, par exemple les frais de transport en cas d'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) ;
- les primes de contrats couvrant des garanties statutaires frais de soins pour des fonctionnaires – de la fonction publique hospitalière et territoriale notamment – en cas de maladie professionnelle (cf. circulaire Fonction publique du 30 janvier 1989).

L'écart s'explique enfin par des 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.

Tableau 42 – Montant de primes collectées en santé

Exprimé en milliards d'euros

	Données du fonds CMU	Données des états comptables et prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	écart
Mutuelles	17,8	18,2	+0,3
Sociétés d'assurance	9,2	10,3	+1,1
Institutions de prévoyance	5,8	6,1	+0,3
Ensemble	32,9	34,6	+1,8

Source : Fonds CMU, ACPR, calculs Drees.

Annexe 6 – Les comptes de résultats détaillés

Exprimé en millions d'euros

Sociétés d'assurance mixte	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	46 335	11 216	4 208	57 552
Produits financiers	23 785	610	41	24 395
Prestations (-)	62 882	9 609	3 588	72 491
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	5 614	2 203	726	7 818
Solde réassurance (-)	-669	-43	-20	-712
Résultat technique	2 293	58	-45	2 351
Produits financiers du résultat non-technique				591
Autres éléments non techniques				-956
Résultat net				1 986

Sociétés d'assurance non-vie	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	0	38 507	6 121	38 507
Produits financiers	0	1 873	68	1 873
Prestations (-)	0	28 200	4 736	28 200
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	0	9 212	1 162	9 212
Solde réassurance (-)	0	1 352	62	1 352
Résultat technique	0	1 616	230	1 616
Produits financiers du résultat non-technique				493
Autres éléments non techniques				-904
Résultat net				1 205

Ensemble sociétés d'assurance	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	46 335	49 724	10 329	96 059
Produits financiers	23 785	2 483	109	26 268
Prestations (-)	62 882	37 808	8 323	100 691
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	5 614	11 415	1 888	17 030
Solde réassurance (-)	-669	1 309	42	639
Résultat technique	2 293	1 674	185	3 967
Produits financiers du résultat non-technique				1 084
Autres éléments non techniques				-1 860
Résultat net				3 191

* : Primes acquises = primes collectées (émises) + variations de provisions pour primes non acquises.

** : Frais d'acquisition, d'administration et autres charges nets des autres produits et subventions.

Note : Ce tableau étant établi à partir des comptes publics des organismes dont le niveau de détail est moindre que celui utilisé pour étudier la partie « Santé », les regroupements de produits et de charges présentés en ligne dans ce tableau diffèrent légèrement des concepts plus fins utilisés dans le chapitre 2 de ce rapport.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs DREES.

Institutions de prévoyance	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	2 740	10 477	6 132	13 217
Produits financiers	483	400	37	883
Prestations (-)	2 412	10 549	5 701	12 961
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	195	1 072	512	1 267
Solde réassurance (-)	132	-183	21	-51
Résultat technique	483	-560	-63	-78
Produits financiers du résultat non-technique				299
Autres éléments non techniques				-65
Résultat net				157

Mutuelles	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	702	19 243	18 172	19 945
Produits financiers	44	156	235	201
Prestations (-)	556	16 529	15 651	17 085
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	105	2 683	2 545	2 788
Solde réassurance (-)	4	74	105	78
Résultat technique	82	113	106	195
Produits financiers du résultat non-technique				468
Autres éléments non techniques				-322
Résultat net				341

Ensemble des organismes	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Primes acquises*	49 777	79 444	34 634	129 220
Produits financiers	24 313	3 039	381	27 352
Prestations (-)	65 850	64 887	29 675	130 736
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	5 915	15 170	4 944	21 085
Solde réassurance (-)	-533	1 199	168	667
Résultat technique	2 858	1 227	228	4 084
Produits financiers du résultat non-technique				1 851
Autres éléments non techniques				-2 247
Résultat net				3 688

* : Primes acquises = primes collectées (émises) + variations de provisions pour primes non acquises.

** : Frais d'acquisition, d'administration et autres charges nets des autres produits et subventions.

Note : Ce tableau étant établi à partir des comptes publics des organismes dont le niveau de détail est moindre que celui utilisé pour étudier la partie « Santé », les regroupements de produits et de charges présentés en ligne dans ce tableau diffèrent légèrement des concepts plus fins utilisés dans le chapitre 2 de ce rapport.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.

Source : ACPR, calculs DREES.