

2009

RAPPORT

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

 <p><i>Liberté • Égalité • Fraternité</i> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</p>
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

RAPPORT

sur la situation financière des organismes
complémentaires
assurant une couverture santé

Octobre 2009

Rédacteurs : Marguerite Garnero, Catherine Zaidman

Remerciements : La Drees tient à remercier pour leur collaboration Safia Lekehal et Pierre-Jean Vouette de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) et Philippe Comte et Bruno Négroni du Fonds CMU

DREES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Avant-propos

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

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les premiers résultats obtenus pour les années 2006, 2007 et 2008. Ceux-ci s'appuient sur les données fournies par l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) et par le Fonds CMU.

Dans une première partie sont présentés des éléments de cadrage généraux sur le marché de la « couverture santé complémentaire ». La deuxième partie du rapport, centrée sur les organismes assurant la couverture complémentaire santé, donne quelques éléments d'analyse sur leur situation financière. La troisième partie est quant à elle consacrée aux propositions d'amélioration du système de collecte des données nécessaire pour évaluer précisément la situation financière du marché de « la couverture santé complémentaire ». Enfin, des annexes détaillant les données et les méthodes retenues pour redresser les données manquantes sont jointes au rapport.

Sommaire

Éléments de cadrage généraux sur le marché de la couverture « santé » complémentaire	6
1. Un champ d'analyse limité aux seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU	6
1.1. Un secteur d'activité qui se concentre, mais reste très morcelé pour ce qui concerne les mutuelles	7
1.2. Des champs différents entre les organismes « assurant une couverture santé » et les organismes « contribuant au financement du Fonds CMU ».....	8
1.3. Des analyses qui ont nécessité des redressements des données de base.....	10
2. Une spécialisation marquée du marché de l'assurance selon le type d'organismes.....	13
2.1. Un poids de l'activité « santé » très variable selon le type d'organismes	13
2.2. Des couvertures « santé » de nature différente selon le type d'organismes	15
La situation financière des organismes assurant une couverture complémentaire en santé.....	18
1. Un marché en tension en 2008 du fait de la crise financière	18
1.1. Une baisse du résultat net comptable pour la plupart des organismes en 2008	20
1.2. Un résultat technique « dommages corporels » en baisse en 2008 pour les institutions de prévoyance et les mutuelles	21
2. Des différences de structure entre les organismes.....	24
2.1. Des différences notables entre les contrats collectifs et les contrats individuels	24
2.2. Des ratios « charges de gestion » différents selon le type d'organismes	25
Amélioration du système de collecte des données.....	26
1. Consolider les données transmises par les organismes complémentaires à l'ACAM... ..	26
2. Compléter les données transmises par les organismes complémentaires à l'ACAM	27
Annexes.....	29
1. Article 12 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2009	29
2. Éléments de cadrage généraux (données brutes ACAM).....	30
3. Présentation de la méthode de correction pour non réponse	36
4. Liste des états réglementaires définie dans le code des assurances.....	39
5. Nouveaux états demandés (proposition DREES)	40

Éléments de cadrage généraux sur le marché de la couverture « santé » complémentaire

Le marché de la « couverture santé complémentaire » est en restructuration depuis plus d'une dizaine d'années. La complexification du métier et l'intensification de la concurrence poussent, en effet, des organismes à se restructurer pour atteindre une taille critique suffisante. Depuis 2001 le nombre d'organismes assurant une couverture santé complémentaire a ainsi diminué de moitié. Cette diminution, qui concerne l'ensemble du secteur, touche plus particulièrement les mutuelles. Malgré un fort mouvement de concentration, le secteur mutualiste reste encore très morcelé avec environ 750 organismes en 2008. Sur l'ensemble des mutuelles contribuant au financement du Fonds CMU, les 100 premières représentent à elles seules près de 80 % de l'assiette du Fonds CMU correspondante et les 650 restantes seulement 20 %.

Avec un poids de presque 60 % dans l'assiette globale du Fonds CMU (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance), les mutuelles sont prédominantes sur le marché de la « couverture santé complémentaire ». Le poids de la santé dans l'activité des différents types d'organismes apparaît en outre très variable. Ainsi, sur le champ réduit aux organismes contribuant au financement du Fonds CMU, le poids de la « santé » s'élève à plus de 90 % dans le chiffre d'affaires global des mutuelles, alors qu'il n'est que de 47 % pour les institutions de prévoyance, et de seulement 16 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » et de 6 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte ».

Sur ce seul marché de la santé, la nature des contrats proposés diffère en outre significativement entre type d'organismes : les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance proposent notamment plus souvent des contrats collectifs que ne le font les mutuelles. Cela n'est pas sans conséquences sur les niveaux de garantie proposés.

1. Un champ d'analyse limité aux seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU

Parmi les organismes contrôlés par l'ACAM on dénombrait en 2008 1 420 organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance : 386 sociétés régies par le code des assurances, 61 institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, et 973 mutuelles régies par le code de la mutualité. En 2007 et en 2006 leur nombre s'élevait respectivement à 1 522 et à 1 631.

Tableau n°1 : Nombre d'organismes d'assurance au 31 décembre de chaque année

Nombre d'organismes contrôlés par l'ACAM	au 31/12/2006	au 31/12/2007	au 31/12/2008
Sociétés d'assurance vie et mixte	115	109	106
Sociétés d'assurance non-vie	263	252	252
Sociétés de réassurance	29	28	28
Code des assurances	407	389	386
IP	66	63	61
IRS (1)	80	80	65
Code de la sécurité sociale	146	143	126
mutuelles livre I	66	67	66
mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance <i>dont mutuelles substituées (2)</i>	1 158 484	1 070 424	973 388
mutuelles livre III gérant des réalisations sanitaires et sociales	752	709	668
Code de la mutualité	1 976	1 846	1 707
autres entités contrôlées par l'ACAM	55	n.d.	n.d.
Total des organismes contrôlés par l'ACAM <i>dont organismes d'assurance</i>	2 584 1 631	2 378 1 522	2 219 1 420

(1) changement de statut obligatoire en 2009

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

Source : ACAM

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

Le nombre d'organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance est en réduction constante depuis le milieu des années 1990. On assiste, en effet, depuis cette date à un mouvement de concentration important : la complexification du métier et l'intensification de la concurrence poussent les organismes à se restructurer pour atteindre une taille critique suffisante.

Ce mouvement de concentration du secteur a été largement accentué à partir de 2002 avec la transposition par ordonnance aux mutuelles des directives européennes relatives aux assurances. À ces différents facteurs est venu s'ajouter en 2007 et 2008 le relèvement du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour toute mutuelle exerçant une activité d'assurance : celui-ci a été porté le 20 mars 2007 de 225K€ à 1,5M€ en complémentaire santé, et de 600K€ à 2,25M€ en assurance-vie, et le 1^{er} janvier 2008 respectivement à 1,6M€ et 2,4M€.

Ce mouvement de concentration, qui concerne l'ensemble du secteur, touche plus particulièrement les mutuelles (avec 185 mutuelles du livre II en moins, en 2008 par rapport à 2006, sur une diminution totale de 211 organismes). Depuis fin 2005, date à laquelle un travail de recensement précis du nombre de mutuelles actives a été réalisé par l'ACAM, le nombre de mutuelles du livre II a ainsi diminué de près de 300, passant de 1 270 fin 2005 à 973 fin 2008.

Sur le seul champ de la santé, alors que le Fonds CMU comptabilisait en 2008 876¹ organismes assurant une couverture santé complémentaire (748 mutuelles, 92 sociétés d'assurance et 36 institutions de prévoyance), il en dénombrait 1 702 en 2001 (1 528 mutuelles, 117 sociétés d'assurance et 57 institutions de prévoyance) : soit une diminution de leur nombre de 49 % entre 2001 et 2008.

Tableau n°2 : Évolution 2001-2008 du nombre d'organismes contribuant au Fonds CMU

Fonds CMU - nombre d'organismes en 2001 et 2008				
au cours de l'année (1)	Sociétés d'assurance	IP	Mutuelles	Total
2001	117	57	1528	1702
2002	122	51	1371	1544
<i>tx d'évolution annuel 2002-2001</i>	4%	-11%	-10%	-9%
2003	115	50	1069	1234
<i>tx d'évolution annuel 2003-2002</i>	-6%	-2%	-22%	-20%
2004	109	50	1015	1174
<i>tx d'évolution annuel 2004-2003</i>	-5%	0%	-5%	-5%
2005	103	48	922	1073
<i>tx d'évolution annuel 2005-2004</i>	-6%	-4%	-9%	-9%
2006	98	45	848	991
<i>tx d'évolution annuel 2006-2005</i>	-5%	-6%	-8%	-8%
2007	91	38	805	934
<i>tx d'évolution annuel 2007-2006</i>	-7%	-16%	-5%	-6%
2008	92	36	748	876
<i>tx d'évolution annuel 2008-2007</i>	1%	-5%	-7%	-6%
tx d'évolution cumulé 2008-2001	-21%	-37%	-51%	-49%

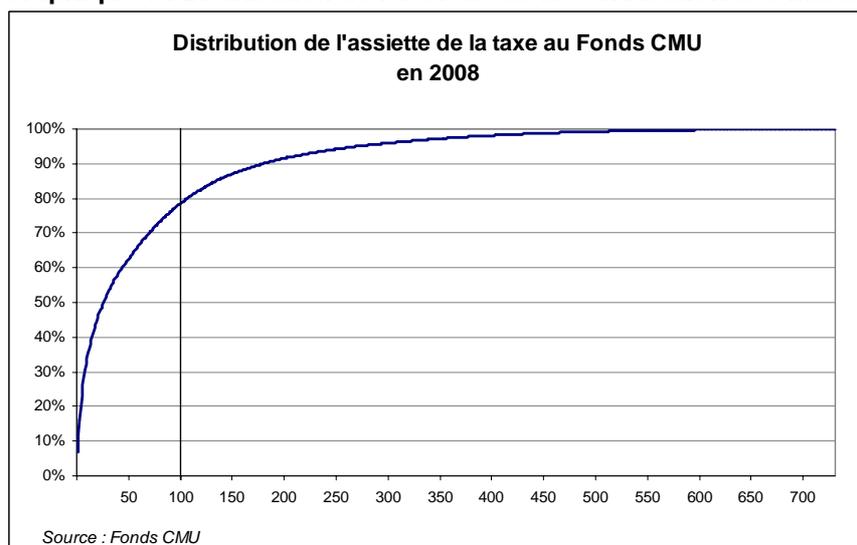
(1) ayant versé une contribution au cours de l'année - chiffre différent du nombre de ceux dénombrés en fin d'année

Source : rapport du Fonds CMU de 2003 et 2008

Malgré sa forte concentration depuis ces dix dernières années le monde de la mutualité n'en demeure pas moins encore très morcelé. Les 100 premières mutuelles en termes de chiffre d'affaires « santé » représentent à elles seules près de 80 % de l'assiette du Fonds CMU et les 650 restantes seulement 20 %.

¹ Nombre d'organismes ayant versé une contribution au Fonds CMU au cours de l'année considérée – chiffre différent du nombre d'organismes comptabilisés en fin d'année.

Graphique 1 : Distribution de l'assiette de la contribution des mutuelles au Fonds CMU en 2008



Notons cependant que sur les 735 mutuelles enregistrées au Fonds CMU à la fin de l'année 2008, 200 environ étaient des mutuelles substituées pour lesquelles le risque financier est porté par un autre assureur.

Tableau n°3 : Nombre de mutuelles substituées au 31 décembre 2008

Nombre de mutuelles substituées (1)	au 31/12/2008
Mutuelles livre II contribuant au Fonds CMU (source Fonds CMU)	735
. dont substituées (source ACAM)	194
. dont non substituées (source ACAM)	527
. dont non enregistrées par l'ACAM	14

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

Source : ACAM et Fonds CMU

1.2. Des champs différents entre les organismes « assurant une couverture santé » et les organismes « contribuant au financement du Fonds CMU »

Parmi les organismes d'assurance, l'ACAM dénombrait au 31-12-2008 879 organismes assurant une couverture santé : 109 sociétés d'assurance, 35 institutions de prévoyance et 735 mutuelles. Ce chiffre est différent de celui du Fonds CMU qui comptabilisait à la même date en « assurance complémentaire santé » 91 sociétés d'assurance (le nombre d'institutions de prévoyance et de mutuelles étant quant à lui identique à celui présenté par l'ACAM même si les organismes concernés diffèrent pour partie).

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

- en négatif,
 - o des organismes déclarent assurer une couverture santé alors qu'ils ne contribuent pas au financement du Fonds CMU. Il s'agit notamment des organismes dont l'activité « santé » est une activité « santé » surcomplémentaire (c'est le cas pour nombre de sociétés d'assurance non-vie assurant une surcomplémentaire santé associée à leur activité « automobile »), l'assiette de la contribution au Fonds CMU ne portant que sur la seule activité complémentaire santé (encadré n°1) ; ces organismes sont ainsi comptabilisés par l'ACAM alors qu'ils ne sont pas décomptés par le Fonds CMU ;
- ou encore en positif,
 - o quelques sociétés d'assurance étrangères qui contribuent au financement du Fonds CMU ne sont pas comptées par l'ACAM car elles sont contrôlées par l'autorité de contrôle du pays dont elles dépendent. Il s'agit des quelques sociétés d'assurance qui assurent une activité santé en libre prestation de services sur le territoire français ;

- il s'agit, aussi, des quelques organismes qui peuvent se déclarer au Fonds CMU au niveau de leur filiale alors qu'ils sont enregistrés à l'ACAM au niveau du groupe ; ou encore des organismes ayant cessé leur d'activité et dont l'année de cessation peut être enregistrée avec décalage, notamment au Fonds CMU.

Tableau n°4 : Nombre d'organismes d'assurance assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU au 31 décembre de chaque année

Nombre d'organismes assurant une couverture santé	au 31/12/2006	au 31/12/2007	au 31/12/2008
Sociétés d'assurance (ACAM)	111	111	109
- non comptabilisées au Fonds CMU	31	33	29
+ non comptabilisées à l'ACAM	10	11	11
Sociétés d'assurance (Fonds CMU)	90	89	91
IP (ACAM)	38	36	35
+ non comptabilisées à l'ACAM	2	0	0
IP (Fonds CMU)	40	36	35
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACAM)	843	807	735
<i>dont mutuelles totalement substituées (1)</i>	236	215	197
- non comptabilisées au Fonds CMU	62	58	14
<i>dont mutuelles totalement substituées (1)</i>	18	13	3
+ non comptabilisées à l'ACAM	32	18	14
<i>dont mutuelles totalement substituées (1)</i>	nd	nd	nd
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (Fonds CMU)	813	767	735
Total des organismes contrôlés par l'ACAM	992	954	879

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

Source : ACAM et Fonds CMU

Encadré n° 1

Le champ des organismes soumis à la contribution au Fonds CMU

Extrait de la circulaire DSS/5A/2004/n°155 du 29 mars 2004 relative au prélèvement de 1,75 %² à la charge des organismes de couverture complémentaire

1. Champ d'application territorial de la contribution

L'article L. 862-4 du code de la Sécurité sociale assujettit les organismes de couverture complémentaire à une contribution assise sur les primes ou cotisations afférentes à leur activité de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé réalisée en France. La notion « d'activité en France » n'est pas attachée au lieu du siège social de l'organisme de couverture complémentaire. Elle fait référence au lieu de résidence du client ou de l'adhérent. Dès lors que le contrat est conclu avec une personne résidant en France, les primes ou les cotisations afférentes à la protection complémentaire doivent être intégrées dans l'assiette de la contribution. Il en va de même lorsque le contrat est conclu avec une entreprise implantée en France, qui procure une couverture complémentaire à ses employés, que ces derniers résident ou non en France.

2. L'Assiette

2.1 Appréciation du caractère complémentaire de la couverture

Les primes ou les cotisations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé ne sont prises en compte dans l'assiette de la contribution que si la couverture revêt un caractère complémentaire à un régime de base. Sont donc exclues de l'assiette les primes ou cotisations afférentes à une protection complémentaire formant un ensemble indivisible avec le régime de base (cas notamment des régimes spéciaux).

2.2 Appréciation du caractère complémentaire des prestations au titre des frais de soins de santé

L'article L. 862-4 – I 2° alinéa dispose que les cotisations ou primes entrant dans l'assiette de la contribution de 1.75 % sont celles « afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé ».

Les cotisations et primes entrant dans l'assiette de la contribution sont celles destinées au financement de tous soins de santé (prestations en nature au titre de la maladie, de la maternité, d'un accident, à l'exception des prestations en espèces comme par exemple les indemnités versées en cas d'arrêt maladie). Il importe peu à cet égard que les conditions d'ouverture de droit aux prestations concernées soient identiques ou non à celles prévues par les régimes obligatoires de Sécurité sociale, y compris lorsque ces derniers n'interviennent pas

² Au 1^{er} janvier 2009 le taux s'établit à 5,9 %.

dans la prise en charge de tout ou partie des mêmes frais de soins de santé que les organismes complémentaires.

Il peut s'agir notamment de prestations destinées à assurer la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, frais d'analyse ou d'appareillage ainsi que les dépenses indirectes susceptibles d'être engagées dans le cadre de l'hospitalisation (frais de séjour, de transport...).

2.3 Précisions sur les éléments constituant l'assiette

- En matière de réalisations sanitaires et sociales des mutuelles, entrent dans l'assiette de la contribution les cotisations destinées au financement de réalisations sanitaires et sociales qui fournissent des prestations en nature au titre des frais de soins de santé. Ainsi la fraction de la cotisation des adhérents affectée au financement d'une structure de soins (clinique mutualiste par exemple) entre dans l'assiette de la contribution de 1.75 %.

- Les primes afférentes à la couverture de frais d'obsèques, d'allocations décès, de naissance ou de mariage ne couvrent pas des frais relatifs à des soins de santé. Les cotisations destinées au financement de ces dépenses n'ont donc pas à être intégrées dans l'assiette de la contribution.

- En référence au paragraphe 2.2, le forfait hospitalier fait partie des soins de santé, notion qui recouvre l'ensemble des dépenses exposées à l'occasion d'une maladie, d'une maternité, d'un accident : dès lors, la part des cotisations finançant le forfait hospitalier doit être intégrée dans l'assiette du prélèvement.

Aussi, afin de répondre le plus précisément possible à la demande formulée par le Parlement, le champ de l'analyse a été réduit au champ du Fonds CMU duquel ont été toutefois exclues les sociétés d'assurance étrangères (les autres organismes non identifiés par l'ACAM étant des organismes déclarés avec leur organisme de rattachement ou encore en fin d'activité). Sur ce champ, le chiffre d'affaires « santé » est inférieur à celui correspondant au champ de l'assurance « santé » relevant de l'ACAM de 650 millions d'euros environ en 2007 : de près de 400 millions pour ce qui concerne les sociétés d'assurance « non-vie » (sur un total de 5,1Mds€) et de 250 millions d'euros pour les mutuelles (sur un total de 14,4 Mds€ - données brutes non redressées) (cf. ci-dessous tableau n° 7).

1.3. Des analyses qui ont nécessité des redressements des données de base

Pour réaliser l'analyse, les données transmises par les organismes à l'ACAM ont dû être corrigées (cf. 3^{ème} partie) : le mouvement de concentration du secteur de l'assurance ainsi que le fort morçèlement du champ de la mutualité ne sont, en effet, pas sans conséquences sur la qualité et l'exhaustivité des données transmises à l'ACAM. Certaines de ces corrections ont été intégrées directement par l'ACAM et sont donc prises en compte dans l'analyse globale présentée dans ce rapport, d'autres ont été effectuées par la DREES sur les données que l'ACAM lui a transmises et sont intégrées dans les seuls tableaux détaillés.

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

- des non-réponses totales, c'est-à-dire de l'absence de certains organismes dans la base de données de l'ACAM, soit parce que ces organismes ne transmettent leurs données à l'ACAM que sur format papier, soit parce qu'ils n'avaient pas transmis leurs données au 31 juillet 2009³. C'est notamment le cas pour nombre de mutuelles. Au total, en effet, les mutuelles pour lesquelles la DREES dispose de données fournies par l'ACAM représentent 87 % de l'assiette du Fonds CMU en 2006, 95,4 % de celle de 2007 et 88,6 % de celle de 2008. Notons toutefois que parmi les mutuelles manquantes un nombre important sont des mutuelles substituées : 167 en 2006, 125 en 2007 et 170 en 2008 (représentant respectivement 3,9 % de l'assiette des cotisations au Fonds CMU en 2006, 3,2 % en 2007 et 3,6 % en 2008) ;
- des non-réponses partielles, c'est-à-dire l'absence de certains états. Certains organismes, en effet, n'envoient que des dossiers partiels n'incluant pas l'état C11 « prestations par année de

³ Ont été cependant ajoutées à l'analyse les mutuelles les plus importantes (plus de 70 M€ de chiffre d'affaires en santé) dont les données sont parvenues à l'ACAM entre le 31 juillet et le 15 septembre, ainsi que les trois sociétés d'assurance et les quatre institutions de prévoyance qui n'avaient pas transmis leurs données sous forme informatisée au 31 juillet.

survenance », voire l'état C4 « cotisations par catégories de contrats et garanties » et plus rarement l'état C1 « résultats techniques par catégories d'opérations », les seules données disponibles étant dans ce cas les données des comptes de résultat publics (dénommés CR) transmis aux assurés.

La méthode de correction retenue pour compléter le champ est présentée annexe 3.

Tableau n°5 : Nombre d'organismes contribuant au financement du Fonds CMU disponibles pour l'analyse

Nombre d'organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU	au 31/12/2006		au 31/12/2007		au 31/12/2008	
	Effectifs	Poids en termes de cotisations (1)	Effectifs	Poids en termes de cotisations (1)	Effectifs	Poids en termes de cotisations (1)
Total des sociétés d'assurance contrôlées par l'ACAM	111		111		109	
Contribuant au financement du Fonds CMU	80	(99,9%)	78	(99,8%)	80	(99,7%)
Dont Sociétés d'assurance vie et mixte (ACAM)	23		20		20	
Contribuant au financement du Fonds CMU	19	(34,7%)	19	(34,6%)	17	(37,2%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	19	(34,7%)	19	(34,6%)	17	(37,2%)
Dont Sociétés d'assurance non-vie (ACAM)	88		91		89	
Contribuant au financement du Fonds CMU	61	(65,3%)	59	(65,2%)	63	(62,4%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	61	(65,3%)	59	(65,2%)	63	(62,4%)
IP (ACAM)	38	(99,8%)	36	(100,0%)	35	(100,0%)
Comptes disponibles pour l'analyse (2)	38	(99,8%)	36	(100,0%)	35	(100,0%)
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACAM)	843		807		735	
Contribuant au financement du Fonds CMU	781	(99,7%)	749	(99,9%)	721	(99,9%)
dont mutuelles non substituées ou partiellement substituées	563	(94,7%)	547	(95,9%)	527	(96,0%)
dont mutuelles totalement substituées (3)	218	(5,0%)	202	(4,1%)	194	(3,9%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	492	(87,0%)	596	(95,4%)	362	(88,6%)
dont : mutuelles non substituées ou partiellement substituées	441	(85,9%)	519	(94,6%)	337	(88,3%)
dont : mutuelles totalement substituées (3)	51	(1,1%)	77	(0,9%)	25	(0,3%)
Total des organismes contrôlés par l'ACAM	992		954		879	

(1) assiette de cotisations au Fonds CMU

(2) organismes pour lesquels les données étaient disponibles au 31 juillet 2009 ou rajoutées par la suite

(3) mutuelles pour lesquelles le risque financier est intégralement porté par un autre opérateur

Source : ACAM et Fonds CMU

Ce traitement de la non-réponse modifie de façon sensible les résultats présentés sur le champ des mutuelles. En effet pour les années 2006 et 2008, le champ des données transmises par l'ACAM au 31 juillet (cf. note de bas de page n°3) et sur lesquelles s'est appuyée l'analyse était plus restreint que celui de l'année 2007. Si pour l'analyse en structure cela ne semble pas introduire de biais trop importants, cela n'est pas sans conséquences sur les évolutions annuelles présentées et sur le calcul des poids relatifs de chaque type d'organismes.

Comme le montre le tableau ci-dessous le niveau et l'évolution des primes des mutuelles sont sensiblement différents selon que l'on retient les données brutes non corrigées de la non-réponse ou les données redressées.

Ce tableau présente en outre les écarts constatés entre l'assiette du Fonds CMU et les primes émises comptabilisées par les organismes dans leur état C4 « cotisations par catégories de contrats et garanties », écarts qui ne peuvent s'expliquer par les différences résiduelles de champ, vu le très faible poids dans l'assiette du Fonds CMU des organismes non connus par l'ACAM⁴ (de l'ordre de 0,1 % à 0,3 % de l'assiette au Fonds CMU selon les années et le type d'organismes – cf. tableau ci-dessus).

Ces écarts sont à la fois le résultat :

- des différences existant dans la définition du chiffre d'affaires en « complémentaire santé » entre l'ACAM et le Fonds CMU : primes nettes émises⁵ pour l'ACAM, primes ou cotisations nettes émises, ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours d'un trimestre civil (article L. 862-4 du code de la sécurité sociale) pour le Fonds CMU ; ensemble des primes de l'activité « santé » pour l'ACAM, primes correspondant uniquement aux soins de santé des résidents (hors primes afférentes à des activités accessoires telles – frais d'obsèques, allocations décès, allocation naissance...) pour le Fonds CMU ;

⁴ Parce qu'il s'agit de sociétés étrangères ou encore d'organismes déclarés avec un décalage temporel au Fonds CMU.

⁵ Déduction faite des annulations et charge des ristournes.

- des divers redressements opérés : redressement pour non-réponse des données ACAM, redressement pour annulation de l'impact de la modification du taux de la contribution au 1^{er} janvier 2009 sur le montant des déclarations du dernier trimestre 2008 (encadré n° 2).

On peut notamment noter l'importance de l'écart constaté pour les sociétés d'assurance, les primes émises comptabilisées par l'ACAM étant de 10 % supérieures à celles retenues pour le calcul de la contribution au Fonds CMU ; cet écart serait en grande partie imputable au poids des contrats ouverts à des non résidents dans l'activité des assurances.

Tableau n°6 : Comparaison de l'assiette Fonds CMU et du chiffre d'affaires « santé » tiré des données ACAM (en M€)

Chiffre d'affaires des OC	2006	2007	évolution 2007/2006	2008	évolution 2008/2007
Sociétés d'assurance					
. Fonds CMU	6 344	6 729	6,1%	7 556	12,3%
. Fonds CMU redressé (1)	6 344	6 729	6,1%	7 377	9,6%
. ACAM et DREES sur champ Fonds CMU	7 171	7 566	5,5%	8 187	8,2%
Mutuelles					
. Fonds CMU	15 319	15 951	4,1%	16 470	3,3%
. Fonds CMU redressé (1)	15 319	15 951	4,1%	16 430	3,0%
. ACAM sur champ Fonds CMU	13 301	14 151	6,4%	14 117	-0,2%
. DREES redressé	15 143	16 017	5,8%	16 548	3,3%
IP					
. Fonds CMU	4 379	4 695	7,2%	5 126	9,2%
. Fonds CMU redressé (1)	4 379	4 695	7,2%	4 996	6,4%
. ACAM et DREES sur champ Fonds CMU	4 464	4 854	8,7%	5 114	5,4%

(1) redressement statistique pour annuler l'impact du changement de taux au 1^{er} janvier 2009 sur la chronique des déclarations (cf. encadré)

(2) redressement DREES notamment pour correction de non réponse

Encadré n° 2

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

L'assiette de la contribution financière des organismes complémentaires (OC) au financement de la CMU-C est constituée du montant des primes ou cotisations émises déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées au cours d'un trimestre civil (article L. 862-4 du code de la sécurité sociale). Les déclarations relatives aux quatre trimestres civils d'une année constituent donc la base des données diffusées par le Fonds CMU.

Elles peuvent différer des résultats comptables présentés par les OC. Par exemple, une institution de prévoyance peut recevoir un versement important d'une entreprise en janvier 2009, relatif à un contrat en vigueur en 2008. Si l'émission fait suite à l'encaissement (cas de figure existant), le montant est rattaché à la déclaration de la contribution CMU-C du 1^{er} trimestre 2009 alors qu'il sera rattaché à l'exercice 2008 dans les comptes de l'organisme complémentaire.

L'évolution de l'assiette de la contribution CMU-C entre 2007 et 2008.

Les chiffres tels que déclarés par les OC montrent une évolution sensible de l'assiette de la contribution CMU-C entre 2007 et 2008 (+6,5 %). L'examen attentif des données par le Fonds CMU montre cependant que la reprise constatée en 2008 s'explique presque exclusivement par un transfert effectué par certains OC qui ont anticipé, à la fin de 2008, une partie de la déclaration d'assiette qui aurait dû être faite au titre de 2009. Le taux de la contribution CMU est en effet passé de 2,5 % à 5,9 % à partir de 2009. Pour les OC concernés, l'assiette a « anormalement » augmenté entre 2007 et 2008, l'augmentation portant sur le 4^{ème} trimestre 2008. Dans le même temps, celle déclarée sur le 1^{er} trimestre 2009 a chuté du même ordre de grandeur, par rapport à la même période sur 2008. On peut chiffrer ce transfert autour de 350 millions d'euros. En neutralisant ce montant, l'assiette 2008 n'aurait augmenté que de 5,2 % par rapport à 2007.

Source : Fonds CMU

2. Une spécialisation marquée du marché de l'assurance selon le type d'organismes

Même sur le champ restreint des organismes assurant une couverture santé complémentaire, le marché de l'assurance apparaît très spécialisé : la part de la santé dans l'activité des organismes reste très variable et la nature des contrats proposés est significativement différente selon le type d'organismes.

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

Du fait des règles de double spécialisation imposées aux organismes pratiquant des opérations d'assurance (encadré n° 3), le poids relatif des différentes branches d'activités couvertes varie fortement selon le type d'organismes : alors que le poids de la santé dans le chiffre d'affaires n'atteint pas 2 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte », il s'élève à près de 75 % pour les mutuelles.

Les écarts sont encore plus notables lorsqu'on limite l'analyse au seul champ des organismes contribuant au financement du Fonds CMU. Sur ce champ réduit, le poids de la santé dans le chiffre d'affaires passe, en effet, de 6 % environ pour les sociétés d'assurance « vie et mixte » à plus de 90 % pour les mutuelles, et atteint 47 % pour les institutions de prévoyance (contre 42 % pour l'ensemble des institutions de prévoyance) et 16 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » (contre 8 % pour l'ensemble du champ des sociétés « non-vie »).

Avec un poids de 58 % dans l'assiette globale du Fonds CMU en 2007, les mutuelles sont prédominantes sur le marché de la « couverture santé complémentaire » ; les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance n'en représentant quant à elles que respectivement 17 % et 25 %.

Encadré n° 3

La double spécialisation du marché des assurances

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

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

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

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

Tableau n° 7 : Part de l'activité "dommages corporels" et "santé" dans l'ensemble de l'activité des organismes d'assurance

Activité en 2007 (en M€) (1)	Assurance vie et mixte		Assurance non-vie		Mutuelles		Institutions de prévoyance		Ensemble des organismes	
		en %		en %		en %		en %		en %
Ensemble des organismes										
Total général (affaires directes, en LPS, acceptation,...)	151 162	100,0%	61 867	100,0%	19 373	100,0%	11 631	100,0%	244 033	100,0%
Total des affaires directes	142 190	94,1%	51 417	83,1%	18 997	98,1%	10 610	91,2%	223 214	91,5%
dont "Dommages corporels"	5 668	3,7%	9 204	14,9%	16 631	85,8%	7 651	65,8%	39 154	16,0%
dont "santé"	2 838	1,9%	5 105	8,3%	14 397	74,3%	4 837	41,6%	27 178	11,1%
dont Organismes assurant une couverture Santé et soumis à la contribution au fonds CMU									-	
Total général (affaires directes, en LPS, acceptation,...)	51 565	100,0%	30 116	100,0%	15 423	100,0%	10 218	100,0%	107 323	100,0%
Total des affaires directes	47 224	91,6%	27 455	91,2%	15 559	100,9%	9 227	90,3%	99 464	92,7%
dont "Dommages corporels"	5 186	10,1%	8 135	27,0%	14 862	96,4%	7 075	69,2%	35 259	32,9%
dont "Santé"	2 835	5,5%	4 731	15,7%	14 151	91,8%	4 805	47,0%	26 523	24,7%

NB : Total général tiré du compte de résultat ; total affaires directes, dommages corporels et santé de l'état C4 (correspondant aux primes émises)

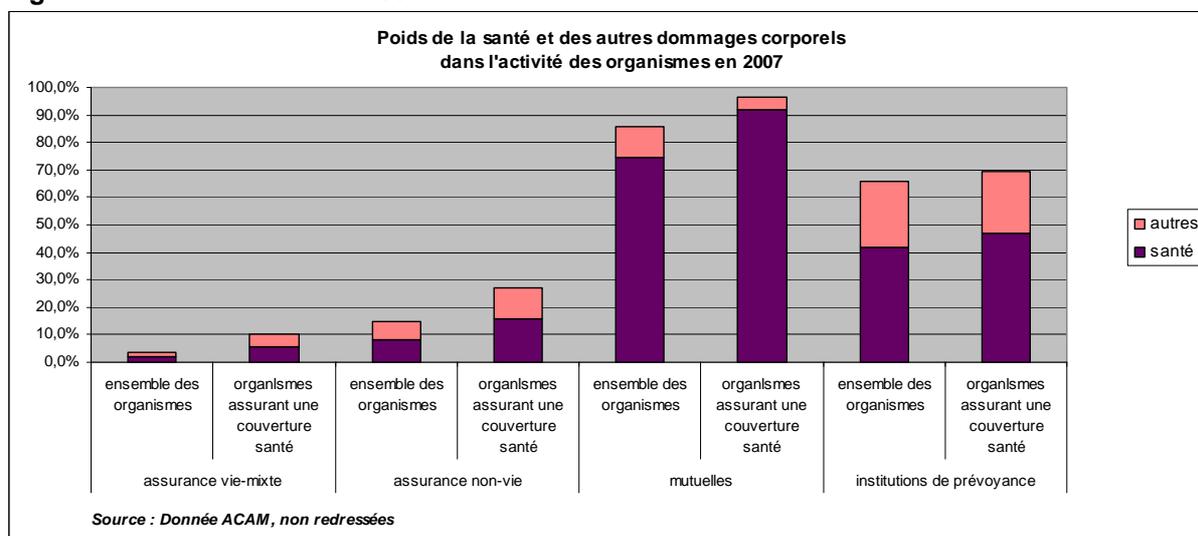
(1) montant des primes émises

Source : ACAM, données brutes non redressées, y compris mutuelles substituées

En fait, lorsque les mutuelles assurent une couverture « santé » elles le font presque exclusivement de toute autre activité, alors qu'à l'inverse lorsque les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance assurent une couverture « santé » elles ouvrent plus largement leurs offres aux autres couvertures en « dommages corporels » (invalidité-incapacité et dépendance).

Ainsi, en 2007, année pour laquelle le champ couvert par les données ACAM est le plus large (cf. tableau 7), alors que les autres dommages corporels représentaient 11 % de l'activité de l'ensemble des mutuelles, ils n'en représentaient plus que 5 % sur le seul champ des mutuelles participant au financement du Fonds CMU ; pour les institutions de prévoyance les taux s'établissaient respectivement à 24 % et 22 %, soit des taux relativement proches ; en revanche, pour les sociétés d'assurance la réduction du champ aux seuls organismes contribuant au financement du Fonds CMU rehausse la valeur de ces taux. Alors que ceux-ci s'établissaient à 1,9 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte » et à 6,6 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » sur l'ensemble du champ, ils atteignaient respectivement 4,6 % et 11,3 % sur le champ réduit aux seuls organismes contribuant au financement du Fonds CMU.

Graphique 2 : Poids de la « santé » et des « autres dommages corporels » dans l'activité des organismes d'assurance en 2007



2.2. Des couvertures « santé » de nature différente selon le type d'organismes

La nature des contrats proposés diffère, en outre, significativement selon le type d'organismes considéré. Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance proposent, notamment, plus souvent des contrats collectifs que ne le font les mutuelles : 87 % des contrats des institutions de prévoyance en « dommages corporels » sont des contrats collectifs et respectivement 74 % et 42 % de ceux des sociétés d'assurance « vie et mixte » et des sociétés d'assurance « non-vie ». Ils ne sont en revanche que 27 % à l'être pour les mutuelles. Notons, que les contrats individuels des institutions de prévoyance ne sont, en fait, que des contrats collectifs de groupes ouverts ou des contrats individuels destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités et à leurs ayants droit des entreprises affiliées (encadré n° 4).

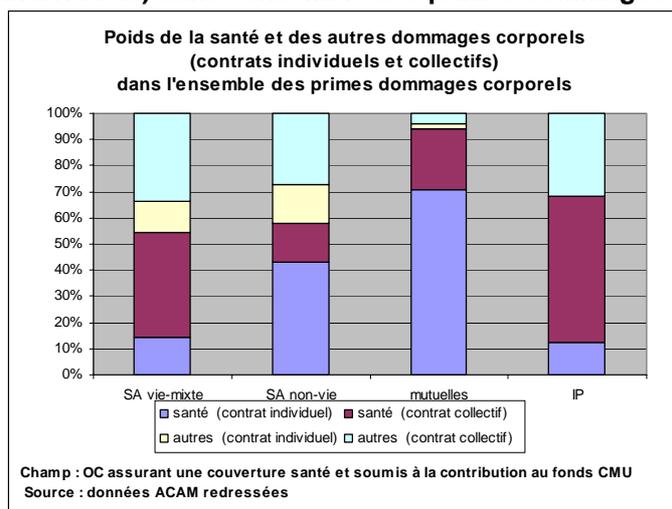
Encadré n° 4

Les contrats individuels et les contrats collectifs

Les données recueillies par l'ACAM regroupent sous la rubrique « **contrats individuels** » les contrats « individuels » et les contrats « collectifs facultatifs », dits contrats collectifs de groupes ouverts.

Dans l'enquête de la DREES sur les contrats modaux le choix a été fait de regrouper sous la rubrique « **contrats collectifs** » les contrats « collectifs obligatoires » et les contrats « collectifs facultatifs ».

Graphique n°3 : le poids de la santé et des autres dommages corporels (contrats collectifs et individuels) dans l'ensemble des primes dommages corporels en 2007



Or, comme le montre l'enquête menée par la DREES sur « les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé » cela n'est pas sans conséquences sur le niveau des garanties proposées (encadré n° 5).

Pour les trois principaux postes de remboursement des organismes complémentaires en soins et biens médicaux en 2008 que sont les dépenses de médicaments (25 % des prestations versées), les consultations de médecins (17 %) et les consultations de dentistes (15 %), les garanties proposées diffèrent selon le type de contrat souscrit (contrat individuel ou contrat collectif) et selon l'organisme auquel l'assuré est affilié.

Que ce soit pour la pharmacie ou les consultations de spécialistes, par exemple, les contrats collectifs offrent des couvertures plus élevées que celles proposées dans les contrats individuels. Le ticket modérateur des médicaments à vignette bleue (médicaments pris en charge à 35 % par l'assurance maladie) est remboursé dans sa totalité pour 97,3 % des personnes assurées en collectif, alors qu'il ne l'est qu'à 84,7 % en moyenne pour les personnes assurées en individuel. Au total les personnes assurées, que ce soit en collectif ou en individuel, sont ainsi remboursés intégralement dans 89,7 % des cas : dans 86,1 % des cas pour des personnes affiliées à une mutuelle, dans 96,9 % des cas pour des personnes affiliées à une institution de prévoyance et dans tous les cas pour les personnes affiliées à une société d'assurance.

De même lorsqu'un assuré consulte un spécialiste dans le cadre du parcours de soins, le dépassement est remboursé dans 64,5 % des cas lorsque son contrat est un contrat collectif et dans seulement 27,5 % des cas si son contrat est un contrat individuel. Les mutuelles incitent, en fait, davantage leurs assurés à adopter le parcours de soins que ne le font les autres types d'organismes. Au sein des mutuelles, la moitié des personnes remboursées en cas de dépassement d'honoraires perdent cet avantage en cas d'écart au parcours de soins. Cette sanction est moins fréquente parmi les personnes remboursées au-delà du ticket modérateur et couvertes par une société d'assurance (6,2 % des cas) ou par une institution de prévoyance (1,4 % des cas).

Tableau n° 8 : niveau de couverture des principales garanties offertes

en pourcentage du nombre d'assurés	total	par type d'organisme			par type de contrat	
		mutuelles	IP	SA	individuel	collectif
Pharmacie - vignette bleue (1) . remboursement partiel	10,3%	13,9%	3,1%	0,0%	15,3%	2,7%
Consultation spécialiste dans le parcours de soins . remboursement en cas de dépassement	42,3%	33,7%	63,0%	62,0%	27,5%	64,5%
Consultation spécialiste hors du parcours de soins . remboursement en cas de dépassement	30,0%	17,3%	62,1%	58,1%	15,2%	52,4%
. part des assurés perdant le remboursement du dépassement	29,0%	48,7%	1,4%	6,2%	44,8%	18,8%

(1) vignette bleue médicament pris en charge à 35 % par l'assurance maladie

en euros	total	type d'organisme et type de contrat							
		mutuelles		IP		SA			
	total	individuel	collectif	individuel	collectif	individuel	collectif		
Dentaire . Montant médian de la prise en charge de l'organisme complémentaire pour une prothèse de 750 euros (2)	240	215	247,25	230	225,75	193,5	247,25	159,13	430

(2) base de remboursement de l'assurance maladie 107,5 euros

Pour le dentaire, le diagnostic est globalement le même : les contrats collectifs offrent là aussi une meilleure garantie que les contrats individuels. Il s'en différencie cependant sur un point : si les contrats collectifs proposés par les sociétés d'assurance ou par les institutions de prévoyance sont généralement plus larges que ceux proposés par les mutuelles, les contrats individuels des mutuelles assurent en revanche des niveaux de remboursement supérieurs à ceux des sociétés d'assurance.

Encadré n° 5

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

La DREES mène chaque année une enquête auprès des mutuelles, des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance afin de mieux connaître l'offre en matière de couverture complémentaire santé⁶. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus souscrits, au sein de chaque organisme, appelés « contrats modaux », ce qui représente 64 % de l'ensemble des contrats individuels et 27 % de l'ensemble des contrats collectifs en termes de personnes couvertes.

En France, 86 % de la population est couverte par une assurance maladie complémentaire privée, 7 % par la couverture maladie universelle complémentaire, et 7 % est sans couverture complémentaire⁷. Parmi les personnes bénéficiant d'une couverture privée en 2007, 59 % sont couvertes par une mutuelle, 24 % par une société d'assurance et 17 % par une institution de prévoyance. Quatre bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé sur dix sont couverts par un contrat collectif et six sur dix par un contrat individuel. Les couvertures individuelles sont essentiellement assurées par les mutuelles (69 % des personnes couvertes) et les sociétés d'assurance (27 %), les institutions de prévoyance étant très peu présentes sur ce marché (les contrats collectifs « groupes ouverts » étant dans l'enquête DREES comptabilisés avec les contrats collectifs et non comme à l'ACAM avec les contrats individuels). Les contrats collectifs sont quant à eux plus proposés par des mutuelles (42 %) et des institutions de prévoyance (38 %) que par des sociétés d'assurance (20 %).

Le poids de chaque type d'organisme dans les contrats

	contrats individuels	contrats collectifs (y compris groupes ouverts)	ensemble des contrats
Sociétés d'assurance	27	20	24
Mutuelles	69	42	59
Institutions de prévoyance	4	38	17
	100	100	100
<i>poids des contrats</i>	60	40	100

Source : enquête DREES sur les contrats modaux

L'exploitation des données de cette enquête montre en outre qu'à niveau de garanties équivalent, la cotisation mensuelle moyenne d'un contrat collectif est inférieure de 10 € à celle d'un contrat individuel. Montant très significatif par rapport au montant de la prime mensuelle moyenne des contrats modaux des organismes complémentaires, puisque celui-ci s'élevait en 2007 à 38 € en moyenne mensuelle par bénéficiaire.

⁶ Garnero M., Rattier M.O., 2009, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 », Études et Résultats, DREES, n°698, Août.

⁷ Source : Enquête sur la santé et la protection sociale, ESPS 2006 de l'IRDES et calculs de la DREES.

La situation financière des organismes assurant une couverture complémentaire en santé

En 2008, comme le note l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) dans son rapport d'activité⁸ « le secteur français des assurances, malgré sa bonne résistance n'a pas été totalement épargné par les effets de la crise financière. Le chiffre d'affaires total s'inscrit en repli de 4 %, notamment en raison de la baisse de l'activité en assurance-vie. Le résultat net total du secteur, malgré une baisse de 18,5 %, reste néanmoins largement positif à 11,8 milliards d'euros. L'orientation défavorable des marchés en 2008 a en effet touché les organismes d'assurance qui en fin d'année détenaient 1 700 milliards d'euros d'actifs, dont plus de 1 500 milliards d'euros détenus en garantie de leur capacité à tenir leurs engagements envers les assurés. Les plus-values latentes, matelas de sécurité, déjà fortement entamées à fin 2007, se sont encore sérieusement réduites notamment pour la partie « actions » qui en fin d'année présente des moins values latentes. La solvabilité du secteur n'est toutefois pas en danger. La marge de solvabilité demeure couverte en fin d'exercice à 180 % par les éléments les moins fluctuants (fonds propres), et à 220 % en tenant compte de la totalité des éléments admissibles dans la couverture ».

Selon le type d'organismes l'impact de la crise financière apparaît en fait différencié : la crise financière a en effet plus particulièrement touché ceux pour lesquels l'activité « vie » est prédominante.

L'examen des comptes de résultat des seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU (champ du rapport) montre toutefois que cette seule grille d'analyse - part relative des activités « vie » et « non-vie » dans l'ensemble de l'activité – n'est pas suffisante pour expliquer les différences observées fin 2008 entre types d'organismes (sociétés d'assurance « vie et mixte », sociétés d'assurance « non-vie », mutuelles et institutions de prévoyance).

1. Un marché en tension en 2008 du fait de la crise financière

L'évolution en 2008 de la situation financière des organismes assurant une couverture complémentaire santé apparaît contrastée : selon l'ACAM, les plus touchés par la crise financière sont ceux pour lesquels l'activité « vie » est prédominante. Comme le note le rapport d'activité de l'ACAM de juillet 2009 relatif aux chiffres du marché français de l'assurance, parmi les assureurs, la crise financière a touché plus fortement les assureurs « vie ou mixte » pour lesquels les actifs financiers ont subi des moins values latentes significatives et pour lesquels le recul de l'activité déjà engagé au cours de l'année 2007 s'est accentué en 2008. Le secteur de l'assurance « non-vie » a, en revanche, été en partie préservé : les garanties couvertes à court terme nécessitent moins d'immobilisations d'actifs financiers. Les opérations « non-vie » ont d'ailleurs connu une vive progression en 2008 (+5,8 % contre +1 % en 2007).

Ainsi, les sociétés d'assurance « vie et mixte » assurant une couverture santé sont celles pour lesquelles les résultats technique et net comptable se sont le plus contractés. Ce sont aussi celles pour lesquelles le taux de couverture de la marge de solvabilité y compris plus values latentes (encadré n° 6) a le plus diminué entre 2006 et 2008.

Pour l'ensemble du secteur, la « dégradation de ce ratio s'inscrit [en fait] dans une évolution entamée en 2006 et reflète l'amoindrissement voire la disparition des plus-values latentes à fin 2008 » (rapport ACAM).

⁸ Rapport d'activité 2008 de l'Autorité de contrôle des assurances « Les chiffres du marché français de l'assurance », juillet 2009.

Encadré n° 6 Les règles prudentielles

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

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

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

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

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

- le ratio de couverture des engagements réglementés est égal au rapport des actifs retenus en couverture aux engagements réglementés. Les codes des assurances, de la mutualité et de la Sécurité sociale fixent la liste des valeurs mobilières et autres titres admis en couverture des engagements réglementés. La liste comporte cinq catégories principales : obligations, actions, immobilier, prêts et dépôts. Les placements admis en couverture des engagements réglementés ne peuvent pas toutefois dépasser certains plafonds pour les catégories d'actifs suivantes : 65 % pour les actions, 40 % pour l'immobilier et 10 % pour les prêts. Ils doivent en outre ne pas excéder, afin de diviser les risques, 5 % des engagements réglementés en valeur émises par une même société (actions, obligations ou prêts), cette limite de 5 % est portée à 10 % à condition que le total ne dépasse pas 40 % de l'ensemble des placements admis en couverture. Les engagements réglementés correspondent quant à eux aux provisions techniques et autres dettes privilégiées (hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales..);
- le ratio de couverture de la marge solvabilité est égal au rapport des fonds propres (augmentés des plus values latentes sur actifs et déduction faite des moins values latentes sur actifs non obligataires) à la marge minimum de solvabilité. La marge minimum de solvabilité est calculée en assurance vie en pourcentage des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unités de compte, et en assurance non-vie en proportion des primes ou des sinistres⁹.

Entre 2006 et 2008 ces deux ratios ont évolué comme suit pour les organismes **assurant une couverture complémentaire santé et participant au financement du Fonds CMU** :

Taux de couverture des engagements réglementés (en %)

	2006	2007	25ème percentile en 2007	Médiane en 2007	75ème percentile en 2007	2008	25ème percentile en 2008	Médiane en 2008	75ème percentile en 2008
Sociétés d'assurance vie et mixte	111,8%	102,1%	101,1%	101,8%	120,8%	103,3%	102,3%	106,2%	126,8%
Sociétés d'assurance non-vie	111,8%	112,3%	105,7%	113,1%	124,8%	110,6%	107,6%	113,7%	125,5%
Mutuelles	166,4%	160,6%	199,7%	372,2%	664,7%	136,8%	213,7%	412,5%	657,6%
Institutions de prévoyance	124,4%	127,3%	102,1%	112,1%	148,9%	130,1%	106,9%	114,9%	137,7%

Source : ACAM- données brutes.

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

	2006	2007	25ème percentile en 2007	Médiane en 2007	75ème percentile en 2007	2008	25ème percentile en 2008	Médiane en 2008	75ème percentile en 2008
Sociétés d'assurances vie et mixte	102,0%	105,6%	102,8%	127,5%	225,3%	119,3%	112,8%	137,1%	226,9%
+ plus values latentes	355,4%	282,1%	169,9%	276,5%	392,5%	165,8%	132,1%	155,5%	258,3%
Sociétés d'assurance non-vie	342,3%	352,3%	164,3%	302,4%	691,2%	311,9%	174,9%	326,8%	930,8%
+ plus values latentes	562,8%	593,7%	241,8%	464,6%	997,4%	401,5%	188,8%	365,5%	944,2%
Mutuelles	420,8%	365,8%	232,1%	313,9%	465,1%	363,9%	248,8%	328,0%	467,9%
+ plus values latentes	437,2%	378,0%	241,0%	323,4%	465,1%	367,8%	250,4%	332,9%	467,9%
Institutions de prévoyance	414,3%	491,3%	222,4%	368,0%	693,1%	499,0%	244,2%	373,0%	741,0%
+ plus values latentes	490,3%	567,7%	289,3%	368,0%	693,1%	514,6%	272,3%	373,0%	743,7%

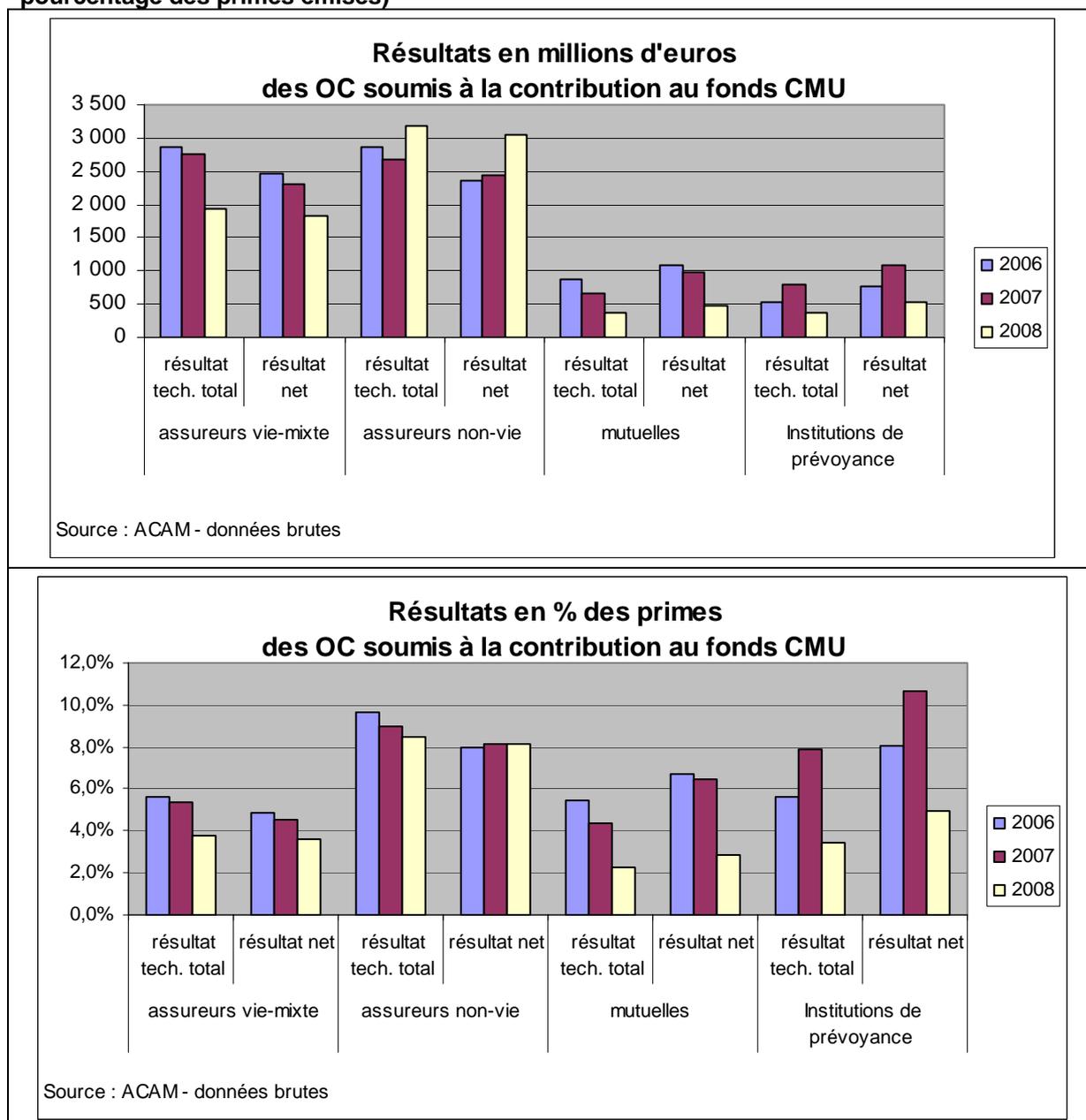
Source : ACAM- données brutes.

⁹ Les proportions retenues pour le calcul s'établissent en assurance vie à 4 % des provisions mathématiques des contrats en euros et à 1 % des contrats en unités de compte, et en assurance non-vie à 16 % des primes ou 23 % des sinistres (pour un calcul détaillé voir l'article A344-10 du code des assurances).

1.1. Une baisse du résultat net comptable pour la plupart des organismes en 2008

En pourcentage des primes émises, les sociétés d'assurance « vie et mixte » apparaissent cependant moins impactées par la crise financière que les mutuelles¹⁰ et les institutions de prévoyance. Ces dernières ont vu, en effet, leur résultat net comptable en pourcentage des primes baisser, respectivement de 3 et 6 points environ entre 2007 et 2008, alors qu'il ne s'est réduit que de 1 point seulement pour les sociétés d'assurance « vie et mixte ». Seules les sociétés d'assurance « non-vie » n'ont pas connu de baisse significative de leur résultat net comptable.

Graphiques 4 et 4bis : Résultats technique et net comptable des organismes complémentaires contribuant au financement du Fonds CMU, en 2006, 2007, 2008 (en millions d'euros et en pourcentage des primes émises)



L'analyse plus précise des comptes de résultat montre que l'ensemble des organismes (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles) ont, en fait, vu leurs produits financiers en

¹⁰ Pour les mutuelles le champ étant incomplet (cf. deuxième partie), notamment en 2008, il est préférable de ne s'attacher qu'aux résultats en pourcentage des primes.

pourcentage des primes chuter. Or, si cette baisse semble avoir été partiellement compensée pour les sociétés d'assurance par des baisses relatives des différentes charges, elle semble s'être intégralement reportée sur le résultat net comptable des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Concernant les sociétés d'assurance « vie et mixte » pour lesquelles les placements en unités de compte sont importants (cf. les bilans en annexe), la baisse relative des prestations et des produits financiers est le résultat des conventions comptables appliquées : « la comptabilisation en valeur de marché des actifs détenus en regard des contrats libellés en unités de compte perturbe [en effet] fortement l'analyse de l'évolution du compte de résultat du marché en 2008. Le risque de placement assumé par les assurés pour ces opérations a été comptabilisé simultanément sous forme d'une baisse des prestations et d'une baisse concomitante des produits financiers, les rendant de ce fait en apparence négatifs » (ACAM). Corrigée de cet effet la part des prestations « vie » en pourcentage des primes s'établit alors à -109,7 % (contre -62,1 % sans correction) et celle des produits financiers à 27,5 % (contre -20,1 % sans correction).

Tableau n° 9 : le compte de résultat global en % des primes des organismes assurant une couverture santé et soumis à la contribution au Fonds CMU

	assureurs vie et mixte			assureurs non-vie		
	2006	2007	2008 (3)	2006	2007	2008
Primes émises	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Charges de prestations (-) (1)	-127,8%	-115,1%	-62,1%	-72,0%	-70,7%	-68,7%
<i>Prestations hors ACAV (2)</i>	-113,3%	-112,7%	-109,7%	-	-	-
Produits financiers	42,6%	31,5%	-20,1%	9,5%	9,1%	7,1%
<i>Produits financiers hors ACAV</i>	28,1%	29,1%	27,5%	-	-	-
Frais d'administration et d'acquisition (-)	-9,6%	-11,6%	-12,3%	-22,9%	-24,4%	-25,1%
Solde réassurance	0,4%	0,5%	-1,7%	-5,0%	-5,1%	-4,8%
Résultat technique	5,6%	5,4%	3,8%	9,7%	9,0%	8,5%
Produits financiers du résultat non-technique	0,9%	1,1%	1,1%	2,9%	3,1%	1,9%
Autres éléments non techniques	-1,7%	-2,0%	-1,3%	-4,6%	-4,0%	-2,3%
Résultat net	4,9%	4,5%	3,6%	8,0%	8,2%	8,1%

	mutuelles			Institutions de Prévoyance		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Primes émises	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Charges de prestations (-) (1)	-83,8%	-85,3%	-84,9%	-91,5%	-88,2%	-90,5%
Produits financiers	2,6%	2,6%	1,2%	6,3%	5,9%	4,0%
Frais d'administration et d'acquisition (-)	-11,1%	-12,1%	-13,2%	-6,9%	-7,6%	-8,4%
Solde réassurance	-0,9%	-0,9%	-0,5%	-2,3%	-2,3%	-1,7%
Résultat technique	5,5%	4,4%	2,3%	5,6%	7,9%	3,4%
Produits financiers du résultat non-technique	2,0%	2,4%	0,9%	2,7%	3,0%	1,9%
Autres éléments non techniques	-1,1%	-0,3%	-0,3%	-0,2%	-0,2%	-0,4%
Résultat net	6,7%	6,4%	2,9%	8,0%	10,6%	4,9%

(1) Charges de prestations y compris variation des charges de provisions pour primes non acquises

(2) ACAV : ajustement des opérations à capital variable

(3) la baisse en 2008 des prestations et des produits financiers est imputable pour partie au mode de comptabilisation des contrats en unités de compte, corrigée de cet effet (hors ACAV) la baisse est moins forte et les produits financiers restent positifs.

Source : ACAM, données brutes

1.2. Un résultat technique « dommages corporels » en baisse en 2008 pour les institutions de prévoyance et les mutuelles

Lorsque l'on examine le sous-compte « dommages corporels », qui est plus large que celui de la couverture « santé », le diagnostic est encore plus contrasté.

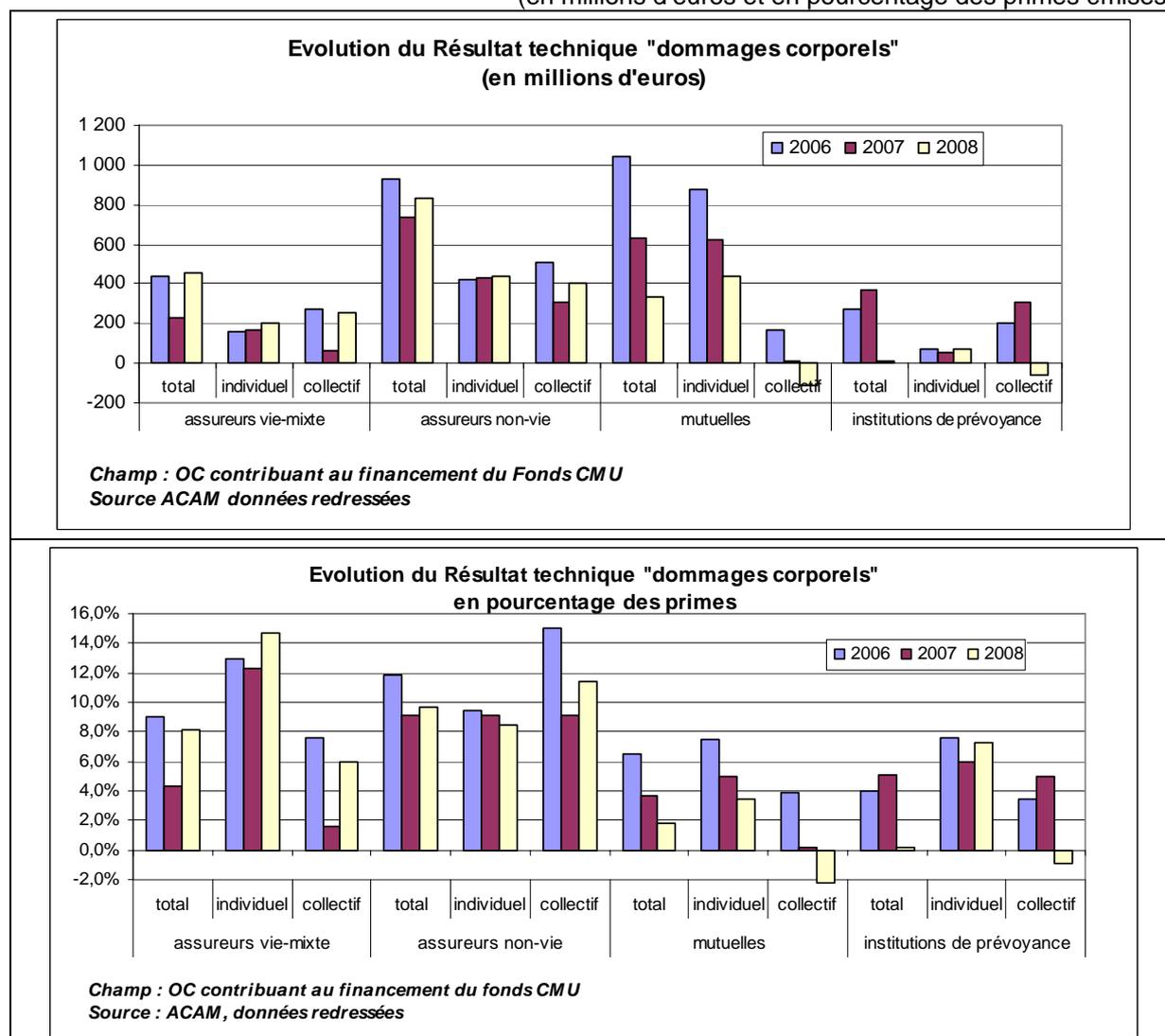
En effet, seules les mutuelles et les institutions de prévoyance connaissent une baisse de leur résultat technique « dommages corporels » en 2008. La baisse est même particulièrement marquée pour les « dommages corporels » collectifs.

L'activité « dommages corporels » des sociétés d'assurance « vie et mixte » -qui ne représente qu'une faible part de leur résultat¹¹- n'a pas été, en revanche, touchée par la crise : le résultat technique « dommages corporels », tant en niveau qu'en pourcentage des primes, a même progressé pour ces sociétés entre 2007 et 2008. Il en est de même pour les sociétés d'assurance « non-vie », assurant une couverture santé.

¹¹ 10 % de l'activité en 2007, cf. tableau 7.

Graphiques 5 et 5bis : évolution 2006-2008 du résultat technique « dommages corporels » des organismes complémentaires contribuant au financement du Fonds CMU

(en millions d'euros et en pourcentage des primes émises)



Les spécificités en termes de risques couverts des différents types d'organismes ne semblent pas expliquer ces écarts d'évolution. Si l'activité des institutions de prévoyance est, pour une part significative, tournée vers des risques longs (30 % de l'activité « dommages corporels » des institutions de prévoyance correspond à la couverture des risques invalidité-incapacité et dépendance), celle des sociétés d'assurance « vie et mixte » et « non-vie » l'est aussi. Comme on l'a présenté dans la première partie, ces risques représentent même plus de 40 % de leur activité respective (cf. graphique n° 3). Et comme pour les institutions de prévoyance, la part des contrats collectifs est loin d'être négligeable (voire même prédominante en assurance « vie et mixte »).

Seule l'activité des mutuelles se différencie en fait nettement avec un poids très important du risque santé (avec contrats individuels) dans l'ensemble de leur couverture « dommages corporels ».

L'analyse détaillée des comptes montre que le maintien du résultat technique en « dommages corporels » des sociétés d'assurance en 2008 à son niveau de 2006-2007 est la conséquence de deux effets de sens contraire : une baisse des produits financiers compensée par une moindre progression des prestations versées. En ce qui concerne les institutions de prévoyance et les mutuelles, la baisse des produits financiers s'est en revanche reportée intégralement sur le résultat technique. Plus faible initialement que celui des sociétés d'assurance, le résultat technique en « dommages corporels » avoisine zéro pour les institutions de prévoyance et moins de 400 millions d'euros pour les mutuelles, alors qu'il était respectivement de 300 millions d'euros et de 800 millions d'euros en moyenne en 2006 et 2007.

Tableau n° 10 : le compte de résultat technique "dommages corporels"

Dommages Corporels - Sociétés d'assurances mixtes et vie - Millions d'euros

	2006						2007						2008					
	Individuel		Collectif		Total		Individuel		Collectif		Total		Individuel		Collectif		Total	
Primes acquises	1 242	100%	3 610	100%	4 851	100%	1 357	100%	3 837	100%	5 194	100%	1 398	100%	4 287	100%	5 685	100%
Charges de prestations(-)	- 886	-71%	- 3 111	-86%	- 3 997	-82%	- 946	-70%	- 3 441	-90%	- 4 387	-84%	- 892	-64%	- 3 565	-83%	- 4 458	-78%
Produits financiers	97	8%	363	10%	460	9%	101	7%	347	9%	448	9%	101	7%	303	7%	404	7%
Frais d'acquisition et d'administration(-)	- 285	-23%	- 555	-15%	- 840	-17%	- 343	-25%	- 686	-18%	- 1 030	-20%	- 395	-28%	- 737	-17%	- 1 132	-20%
Solde réassurance(-)	- 5	0%	- 32	-1%	- 38	-1%	- 2	0%	3	0%	1	0%	- 6	0%	- 34	-1%	- 40	-1%
Résultat technique	161	13%	275	8%	436	9%	167	12%	60	2%	226	4%	206	15%	254	6%	460	8%

Dommages Corporels - Sociétés d'assurances non-vie - Millions d'euros

	2006						2007						2008					
	Individuel		Collectif		Total		Individuel		Collectif		Total		Individuel		Collectif		Total	
Primes acquises	4 419	100%	3 392	100%	7 810	100%	4 683	100%	3 404	100%	8 087	100%	5 155	100%	3 513	100%	8 669	100%
Charges de prestations(-)	- 3 015	-68%	- 2 565	-76%	- 5 580	-71%	- 3 163	-68%	- 2 454	-72%	- 5 618	-69%	- 3 445	-67%	- 2 202	-63%	- 5 647	-65%
Produits financiers	130	3%	617	18%	747	10%	140	3%	460	14%	600	7%	109	2%	266	8%	376	4%
Frais d'acquisition et d'administration(-)	- 1 046	-24%	- 929	-27%	- 1 975	-25%	- 1 137	-24%	- 1 131	-33%	- 2 268	-28%	- 1 299	-25%	- 1 143	-33%	- 2 442	-28%
Solde réassurance(-)	- 70	-2%	- 7	0%	- 76	-1%	- 93	-2%	30	1%	- 63	-1%	- 85	-2%	- 35	-1%	- 120	-1%
Résultat technique	417	9%	508	15%	925	12%	429	9%	309	9%	738	9%	436	8%	399	11%	835	10%

Dommages Corporels - Institutions de prévoyance - Millions d'euros

	2006						2007						2008					
	Individuel		Collectif		Total		Individuel		Collectif		Total		Individuel		Collectif		Total	
Primes acquises	896	100%	5 754	100%	6 650	100%	888	100%	6 219	100%	7 108	100%	930	100%	6 527	100%	7 457	100%
Charges de prestations(-)	- 763	-85%	- 5 298	-92%	- 6 062	-91%	- 762	-86%	- 5 543	-89%	- 6 305	-89%	- 771	-83%	- 6 027	-92%	- 6 798	-91%
Produits financiers	10	1%	268	5%	278	4%	9	1%	264	4%	273	4%	5	1%	174	3%	179	2%
Frais d'acquisition et d'administration(-)	- 62	-7%	- 431	-7%	- 493	-7%	- 71	-8%	- 506	-8%	- 577	-8%	- 87	-9%	- 634	-10%	- 721	-10%
Solde réassurance(-)	- 12	-1%	- 92	-2%	- 105	-2%	- 11	-1%	- 122	-2%	- 133	-2%	- 9	-1%	- 97	-1%	- 106	-1%
Résultat technique	68	8%	201	3%	269	4%	53	6%	311	5%	364	5%	68	7%	- 57	-1%	10	0%

Dommages Corporels - Mutuelles - Millions d'euros

	2006						2007						2008					
	Individuel		Collectif		Total		Individuel		Collectif		Total		Individuel		Collectif		Total	
Primes acquises	11 798	100%	4 260	100%	16 059	100%	12 380	100%	4 622	100%	17 002	100%	12 717	100%	4 981	100%	17 698	100%
Charges de prestations(-)	- 9 654	-82%	- 3 645	-86%	- 13 299	-83%	- 10 256	-83%	- 4 057	-88%	- 14 313	-84%	- 10 561	-83%	- 4 451	-89%	- 15 012	-85%
Produits financiers	94	1%	86	2%	180	1%	101	1%	68	1%	169	1%	46	0%	30	1%	76	0%
Frais d'acquisition et d'administration(-)	- 1 297	-11%	- 500	-12%	- 1 797	-11%	- 1 514	-12%	- 589	-13%	- 2 104	-12%	- 1 696	-13%	- 673	-14%	- 2 369	-13%
Solde réassurance(-)	- 64	-1%	- 37	-1%	- 101	-1%	- 91	-1%	- 37	-1%	- 127	-1%	- 65	-1%	2	0%	- 63	0%
Résultat technique	878	7%	167	4%	1 046	7%	621	5%	8	0%	629	4%	440	3%	- 111	-2%	329	2%

Champ : OC assurant une couverture santé et soumis à la contribution CMU

Source : données ACAM redressées

2. Des différences de structure entre les organismes

L'analyse détaillée des comptes de résultat « dommages corporels » et de leur décomposition en « santé » et « autres dommages corporels », tant pour les primes que pour les charges de prestations¹² fait ressortir des différences significatives entre les types d'organismes.

2.1. Des différences notables entre les contrats collectifs et les contrats individuels

La première différence déjà évoquée concerne le type de contrat offert que ce soit en « dommages corporels » ou en « santé » : 87 % des contrats des institutions de prévoyance en « dommages corporels » sont des contrats collectifs et respectivement 74 % et 42 % de ceux des sociétés d'assurance « vie et mixte » et des sociétés d'assurance « non-vie ». Ils ne sont en revanche que 27 % à l'être pour les mutuelles. En « santé », les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance « vie et mixte » proposent essentiellement des contrats collectifs : 82 % pour les institutions de prévoyance¹³ et 73 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte », alors que les mutuelles et les sociétés d'assurance « non-vie » proposent, à l'inverse, essentiellement des contrats individuels 75 % de contrats individuels pour les mutuelles et 74 % pour les sociétés d'assurance « non-vie ».

L'analyse détaillée fait aussi ressortir des différences significatives de coûts relatifs entre les contrats collectifs et les contrats individuels. Quel que soit le type d'organismes assureurs, le ratio « charges de prestations / primes » des contrats collectifs est supérieur à celui des contrats individuels. Ce constat vaut tant pour les « dommages corporels » que pour la « santé ». Seule exception, la couverture « santé » des institutions de prévoyance, mais dont on sait qu'elle ne couvre en individuel que des contrats collectifs de groupes ouverts ou des contrats individuels destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités et à leurs ayants droits des entreprises affiliées.

Lorsque l'on déduit des charges de prestations les frais de gestion pour sinistres payés, on constate que le diagnostic n'est pas modifié : les charges de prestations hors frais de gestion restent inférieures pour les contrats individuels. Ce résultat est cohérent avec ceux tirés de l'enquête DREES sur les contrats modaux (cf. première partie) : les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés.

Les données de l'état C11 « prestations par année de survenance » sur lequel s'appuie l'analyse du risque « santé » comportant de nombreuses erreurs (cf. troisième partie), notamment en ce qui concerne les variations des provisions pour sinistres à payer, un second ratio intitulé « prestations¹⁴ / primes » a été calculé. Les résultats obtenus ne modifient pas le diagnostic porté.

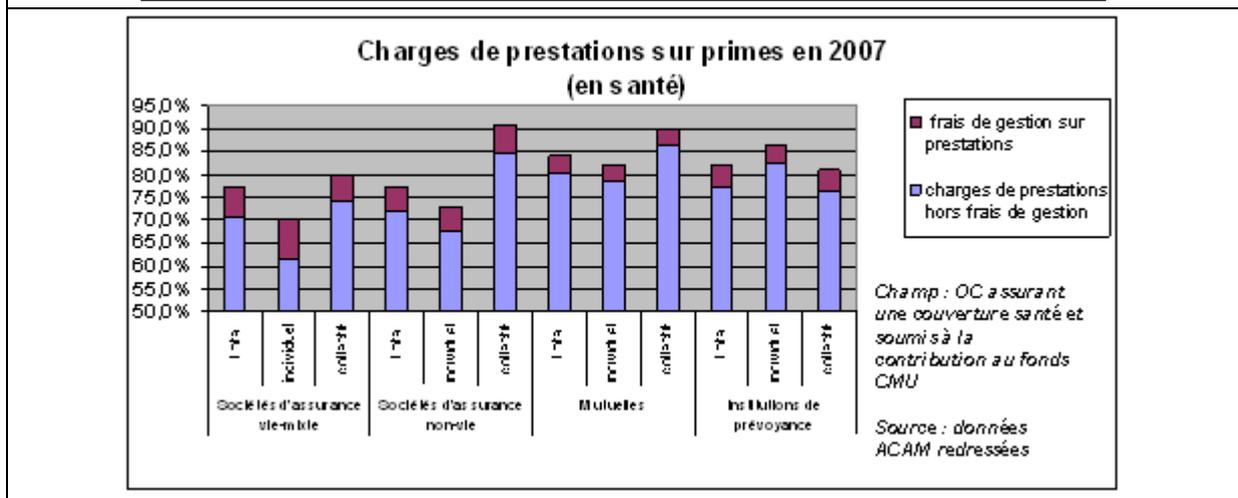
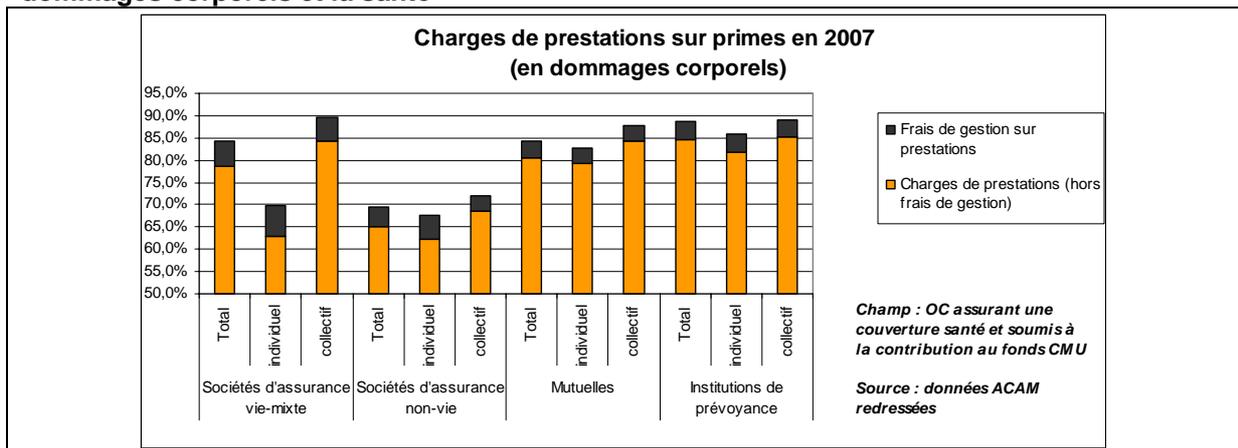
¹² Pour les « dommages corporels », les charges de prestations s'entendent au sens large : elles comprennent les sinistres et rentes payés, nets de recours, les frais de gestion sur sinistres et rentes payés, les variations des provisions (pour sinistres à payer, recours et autres), les participations aux excédents et intérêts techniques versés.

Pour la santé, les charges de prestations comprennent : les sinistres payés nets de recours, les frais de gestion sur sinistres payés, les variations des provisions (pour sinistres à payer et recours).

¹³ Sachant en outre que les 18 % de contrats individuels correspondent à des contrats collectifs de groupes ouverts ou à des contrats individuels destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités et à leurs ayants droit des entreprises affiliées.

¹⁴ Pour la santé les prestations comprennent : les sinistres payés, nets de recours, et les frais de gestion sur sinistres payés.

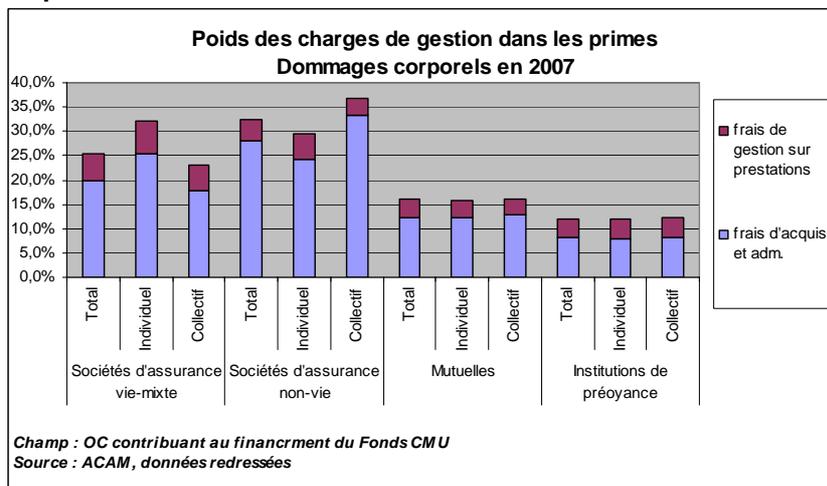
Graphique 6 et 6bis : Les charges de prestations en pourcentage des primes en 2007 pour les dommages corporels et la santé



2.2. Des ratios « charges de gestion » différents selon le type d'organismes

Enfin on constate, graphique 7, que globalement, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration) dans les primes sont significativement différentes selon les organismes : celles-ci s'élèvent à plus 30 % pour les sociétés d'assurance non-vie contre 12 % seulement pour les institutions de prévoyance pour la couverture des risques « dommages corporels ».

Graphique 7 : Poids des charges de gestion dans les primes en 2007 pour les « dommages corporels »



Amélioration du système de collecte des données

Les résultats présentés dans ce rapport sont fragiles. Ceux-ci s'appuient, en effet, sur les données actuellement transmises par les organismes complémentaires à l'ACAM. Or celles-ci comportent, à ce stade, de nombreuses erreurs et sont dans bien des cas incomplètes. Elles sont, en outre, insuffisantes pour apprécier précisément la situation financière des organismes assurant une couverture santé complémentaire.

Deux types d'évolution du système de remontée des données sont proposés : la première proposition consiste à consolider l'existant, la seconde à compléter les informations reçues.

1. Consolider les données transmises par les organismes complémentaires à l'ACAM

De nombreuses corrections ont dû être apportées aux données transmises par les organismes complémentaires à l'ACAM. Ces corrections, apportées par l'ACAM et la DREES, ont consisté à assurer la cohérence des données recueillies :

- corrections visant à harmoniser les unités utilisées pour l'analyse : selon les organismes et les années examinées, les données transmises sont en euros ou en milliers d'euros, les unités peuvent même différer pour un même organisme selon l'état examiné ;
- corrections consistant à réimputer correctement les données dans les différents états utilisés (dans le CR « compte de résultat », dans les états prudentiels C1 « résultats techniques par catégories d'opération », C4 « cotisations par catégories de contrats et de garanties », C11 « prestations par année de survenance »,..., et dans l'état statistique E2/C42B « cotisations et prestations » pour les différents risques relatifs à la protection sociale). De nombreuses incohérences ont, en effet, été détectées entre données d'un même organisme : déclaration par exemple d'une activité santé – état C4 – sans versement de prestations santé - état C11 – ou inversement ; résultat technique « dommages corporels » déclaré à la fois dans l'état C1 « vie » et l'état C1 « non-vie » revenant à doubler le compte « dommages corporels » ; non égalité entre le C11 « dommages corporels » total et les C11 « santé » et C11 « autres dommages corporels », non égalité entre la somme des différents postes du C1 et le résultat technique affiché ; non cohérence entre les postes « totaux » et les postes « contrats individuels » et « contrats collectifs ».... ;
- imputation de données pour compléter les états incomplets.

Des redressements ont dû, en outre, être effectués, pour ce qui concerne les mutuelles, afin de disposer de données représentatives pour l'ensemble du champ des organismes concernés.

Ce travail d'analyse s'est prolongé jusqu'à la fin du mois de septembre. Ainsi, les données de cadrage transmises par l'ACAM à la DREES et présentées dans ce rapport correspondent aux données telles qu'elles ont été stabilisées fin septembre. Elles intègrent les données des organismes qui avaient transmis leur dossier à l'ACAM sous forme informatisée fin juillet. À cette date, quelques sociétés d'assurance et institutions de prévoyance (trois sociétés d'assurance et quatre institutions de prévoyance de petite taille représentant moins de 3 % de l'assiette du Fonds CMU) et plus 370 mutuelles (sur les 721 mutuelles participant au financement du Fonds CMU et comptabilisées par l'ACAM, soit un peu plus de 15 % de l'assiette du Fonds CMU) n'avaient pas fait parvenir leurs états comptables à l'ACAM sous forme informatisée. Ces données ont été complétées en septembre afin de couvrir l'intégralité du champ des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance et d'élargir la base d'analyse pour les mutuelles afin de couvrir 88,6 % de l'assiette du Fonds CMU. Vu l'importance des corrections à apporter aux données, il n'était, en effet, pas possible d'intégrer en septembre l'ensemble des données transmises par les mutuelles à l'ACAM entre le 31 juillet et le 15 septembre sous forme informatisée, et celles des mutuelles transmettant leurs données exclusivement sous format papier.

Ce travail d'analyse a été réalisé dans un temps réduit dans la mesure où la date limite de transmission des données des mutuelles et des institutions de prévoyance est fixée

réglementairement au 31 mai (dans les cinq mois suivant la clôture de l'exercice¹⁵) et que rien n'oblige les organismes concernés à transmettre leurs données par voie informatique sous un format de données préétabli.

Pour les sociétés d'assurance qui sont tenues de transmettre leur compte rendu détaillé annuel dans les quatre mois suivant la clôture de l'exercice (30 avril¹⁶) et qui transmettent de longue date, pour la majorité d'entre elles, les données par voie informatique dans le format défini par l'ACAM, le traitement des données a été facilité.

Aussi, afin de réduire le temps de l'analyse et améliorer ainsi la qualité des données présentées, il semble nécessaire d'amender les articles A.931-11-13 du code de la sécurité sociale pour les institutions de prévoyance et A114-2 du code de la mutualité pour les mutuelles, de telle sorte que la date de transmission des données de ces organismes à l'ACAM soit alignée sur celle du code des assurances. Une proposition dans ce sens a déjà été présentée par la DREES aux représentants des organismes complémentaires concernés.

En outre, des outils d'aide à la saisie des données pourraient être développés par chaque fédération, afin de réduire les incohérences relevées dans les données recueillies pour chaque organisme. Une telle proposition pourrait être mise en débat lors de prochains échanges entre l'administration et les fédérations représentant l'ensemble des organismes complémentaires.

2. Compléter les données transmises par les organismes complémentaires à l'ACAM

Les analyses présentées dans la deuxième partie sont relativement limitées.

Actuellement l'ACAM reçoit des organismes de nombreuses informations, celles-ci sont précisées dans le code des assurances A344-6. Trois types d'état sont demandés chaque année :

- l'ensemble des données comptables présentées aux assemblées générales des actionnaires ou adhérents : le Bilan – actif/passif ; les Comptes de résultat – CR technique vie, CR technique non-vie et CR non technique ; les annexes au Bilan et aux Comptes de résultat telles que définies dans les plans comptables des assurances et des mutuelles. Ces données sont de nature publique à l'issue de la tenue des assemblées générales ;
- l'ensemble des états réglementaires nécessaires au contrôle prudentiel : états « C » dont les contenus sont précisés dans les arrêtés A.931-11-17 du code de la sécurité sociale pour les institutions de prévoyance ; A114-5 du code de la mutualité pour les mutuelles et A.344-10 pour les entreprises régies par le code des assurances (annexe 4) ;
- et, pour les seules mutuelles et institutions de prévoyance, des états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire (états E1, E2, E3 pour les mutuelles et C42A, C42B et C42C pour les institutions de prévoyance). Le premier état statistique permet de connaître les nombres de cotisants ou de participants ; le deuxième les cotisations et les prestations. Le troisième état porte spécifiquement sur la ventilation des prestations en matière de frais de santé. Ces états statistiques sont collectés par l'ACAM pour le compte de la DREES.

En fait, parmi ces états, seuls les états prudentiels C4 « cotisations par catégories de contrats et de garanties » et C11 « prestations par année de survenance » et les états statistiques E1/C42A « nombres de cotisants ou de participants », E2/C42B « cotisations et prestations » et E3/C42C « frais de santé et indemnités journalières », isolent les garanties « frais de santé » et peuvent être utilisés pour évaluer un compte « santé » :

- l'état C4 qui ventile les primes et les cotisations émises par modalités d'exercice (en affaires directes en France, en libre prestation de services...) et pour les affaires directes en France par catégories d'opérations (assurance vie, décès, dommages corporels...) et types de contrat (contrat individuel ou contrat collectif) ; avec pour les dommages corporels une décomposition

¹⁵ Cf. les articles A.931-11-13 du code de la sécurité sociale pour les institutions de prévoyance et A114-2 du code de la mutualité pour les mutuelles.

¹⁶ Cf. article A.344-6 du code des assurances.

par types de garanties (frais de soins, frais de soins CMUC, autres garanties). À ce jour, c'est le seul état qui permette d'isoler les primes pour frais de soins pour les garanties émises en France ; et d'en comparer l'ordre de grandeur avec les cotisations acquises contenues dans les états E2/C42B des mutuelles et des institutions de prévoyance ;

- les états C11 qui ventilent les prestations par année de survenance selon les modalités d'exercice (en affaires directes en France, en libre prestation de services...) et pour les affaires directes en France par catégories d'opérations (dommages corporels, automobile...) et types de contrat (contrat individuel ou contrat collectif) ; avec pour les dommages corporels une décomposition par types de garantie (frais de soins, autres garanties). À ce jour, c'est le seul état qui permette d'isoler les prestations et les frais de gestion associés pour frais de soins payés au cours de l'exercice pour les garanties souscrites en France et qui permette de comparer précisément les prestations avec celles des états E2/C42B des mutuelles et IP. Notons que ces états sont extrêmement mal renseignés pour nombre d'organismes ;
- pour les seules mutuelles et institutions de prévoyance, l'état statistique E2/C42B qui ventile les cotisations acquises et les charges de prestations nettes de recours (y compris charges de gestion) pour les affaires directes en France, par risque de protection sociale (frais de santé, invalidité incapacité, chômage, dépendance...) et types de contrat (contrat collectif à adhésion obligatoire, contrat collectif à adhésion facultative et contrat individuel) ;
- pour les seules mutuelles et institutions de prévoyance, l'état statistique E3/C42C qui ventile les frais de soins par type de dépenses (soins hospitaliers, soins ambulatoires, médicaments...).

Ces différents états ne permettent donc pas d'établir un compte de résultat complet de l'activité « santé » sur le modèle des états C1 « dommages corporels ». On ne peut dès lors évaluer les charges de gestion associées à l'activité « santé », les frais d'administration et d'acquisition n'étant pas ventilés au sein du compte « dommages corporels ». On ne dispose pas en outre du résultat technique associé.

Aussi pour compléter l'analyse la proposition de la DREES, déjà présentée aux représentants des organismes d'assurance, consiste :

- à ajouter à la liste un état « compte de résultat technique santé » (dénommé E4/C42D) sur le modèle de l'état C1 « dommages corporels » et à lui adjoindre un état complémentaire (dénommé E5/C42E) présentant les transferts financiers existant entre les organismes complémentaires et les régimes obligatoires d'assurance maladie pour délégation de gestion d'un régime de base, ainsi que les transferts financiers entre les organismes complémentaires et le Fonds CMU au titre de la contribution des organismes complémentaires au financement de la CMU-C ;
- et à demander aux sociétés d'assurance de renseigner également l'état E2/42C (modifié) qui ventile les frais de soins par type de dépenses.

Les articles A.931-11-17 du code de la sécurité sociale pour les institutions de prévoyance ; A114-9 du code de la mutualité pour les mutuelles et A.344-10 du code des assurances pour les entreprises régies par ce code devraient être modifiés en conséquence.

Ces états sont présentés annexe 5. Ils doivent faire l'objet de derniers ajustements avec les représentants des organismes.

Annexe 1

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



Service de la
séance

Projet de loi
Financement de la sécurité sociale
(1ère lecture)
(n° 80 , 83 , 84)

N° 513 rect.
13 novembre
2008

AMENDEMENT
présenté par

C Favorable
G Favorable
Adopté

LE GOUVERNEMENT

ARTICLE 12

Remplacer le second alinéa (e) du 7° du I de cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

« e) L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles 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. »

Objet

Afin d'éclairer, notamment dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement et le Parlement sur la situation des organismes complémentaires d'assurance maladie, il est essentiel de disposer d'éléments précis sur leur situation financière. C'est l'objet du 7°) du présent article, adopté à l'initiative de l'Assemblée nationale.

Toutefois, il est souhaitable que ces éléments soient établis en cohérence avec ceux qui sont produits dans le cadre de la Commission des comptes de la santé. Cette commission est, en effet, chargée de présenter chaque année, les différentes composantes des dépenses de santé et des financements associés, ainsi que les conditions de leur équilibre aussi bien pour la couverture de base que pour la couverture complémentaire. Ce sont ces données qui sont utilisées dans le cadre de la comptabilité nationale et pour les comparaisons internationales établies par l'Union européenne ou l'OCDE.

C'est pourquoi le présent amendement propose que le rapport soit rédigé par les services statistiques actuellement responsables de l'élaboration des comptes de la santé, sur la base des informations transmises par l'ACAM et le Fonds CMU. Ce rapport sera remis au Parlement avant le 15 septembre, ce qui permettra d'assurer toute la transparence nécessaire.

Annexe 2

Éléments de cadrage généraux (données brutes ACAM)

Bilans 2008 - Organismes assurant une couverture santé

Bilan résumé des assureurs vie-mixte

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	17 314,7	16 069,1	Fonds propres
Placements	311 182,6	294 654,4	Provisions
Placements en UC	74 252,3	75 150,6	Provisions en UC
Autres actifs	25 550,7	42 426,2	Autres passifs
Total actif	428 300,3	428 300,3	Total passif
Plus-values latentes	765,5		
Bilan en valeur de marché	429 065,8		

Source : ACAM

Bilan résumé des assureurs non-vie

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	10 481,3	20 903,4	Fonds propres
Placements	77 563,3	70 014,4	Provisions
Placements en UC	0,0	0,0	Provisions en UC
Autres actifs	16 574,8	13 701,6	Autres passifs
Total actif	104 619,4	104 619,4	Total passif
Plus-values latentes	6 560,3		
Bilan en valeur de marché	111 179,7		

Source : ACAM

Bilan résumé des mutuelles

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	1 579,6	11 501,6	Fonds propres
Placements	20 936,6	10 323,2	Provisions
Placements en UC	27,3	15,6	Provisions en UC
Autres actifs	3 520,0	4 223,1	Autres passifs
Total actif	26 063,5	26 063,5	Total passif
Plus-values latentes	-193,5		
Bilan en valeur de marché	25 870,0		

Source : ACAM

Bilan résumé des institutions de prévoyance

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	4 049,3	9 615,7	Fonds propres
Placements	26 444,2	21 770,2	Provisions
Placements en UC	15,1	71,4	Provisions en UC
Autres actifs	4 600,8	6 703,6	Autres passifs
Total actif	35 109,4	35 109,4	Total passif
Plus-values latentes	-429,6		
Bilan en valeur de marché	34 679,8		

Source : ACAM

Bilans 2007 - Organismes assurant une couverture santé

Bilan résumé des assureurs vie-mixte

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	17 428,1	14 600,0	Fonds propres
Placements	293 814,8	278 682,9	Provisions
Placements en UC	103 404,6	104 719,8	Provisions en UC
Autres actifs	25 158,0	41 802,8	Autres passifs
Total actif	439 805,5	439 805,5	Total passif
Plus-values latentes	24 136,5		
Bilan en valeur de marché	463 942,0		

Source : ACAM

Bilan résumé des assureurs non-vie

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	9 229,1	17 764,2	Fonds propres
Placements	59 063,4	54 633,8	Provisions
Placements en UC	0,0	0,0	Provisions en UC
Autres actifs	12 999,4	8 893,9	Autres passifs
Total actif	81 291,9	81 291,9	Total passif
Plus-values latentes	11 494,4		
Bilan en valeur de marché	92 786,3		

Source : ACAM

Bilan résumé des mutuelles

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	825,7	11 147,6	Fonds propres
Placements	20 314,9	9 954,9	Provisions
Placements en UC	30,3	19,8	Provisions en UC
Autres actifs	3 475,6	3 523,4	Autres passifs
Total actif	24 646,5	24 645,7	Total passif
Plus-values latentes	1 707,8		
Bilan en valeur de marché	26 354,3		

Source : ACAM

Bilan résumé des institutions de prévoyance

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	3 685,3	8 922,8	Fonds propres
Placements	23 464,9	18 990,2	Provisions
Placements en UC	19,0	91,5	Provisions en UC
Autres actifs	4 123,3	3 288,0	Autres passifs
Total actif	31 292,5	31 292,5	Total passif
Plus-values latentes	2 243,3		
Bilan en valeur de marché	33 535,8		

Source : ACAM

Bilans 2006 - Organismes assurant une couverture santé

Bilan résumé des assureurs vie-mixte

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	15 102,6	14 072,8	Fonds propres
Placements	272 251,8	265 302,9	Provisions
Placements en UC	96 984,0	98 226,4	Provisions en UC
Autres actifs	24 805,7	31 542,0	Autres passifs
Total actif	409 144,1	409 144,1	Total passif
Plus-values latentes	32 593,2		
Bilan en valeur de marché	441 737,3		

Source : ACAM

Bilan résumé des assureurs non-vie

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	9 639,3	17 490,4	Fonds propres
Placements	59 473,2	55 039,7	Provisions
Placements en UC	0,0	0,0	Provisions en UC
Autres actifs	11 806,0	8 388,4	Autres passifs
Total actif	80 918,5	80 918,5	Total passif
Plus-values latentes	11 019,4		
Bilan en valeur de marché	91 937,9		

Source : ACAM

Bilan résumé des mutuelles

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	740,9	10 777,8	Fonds propres
Placements	19 472,5	9 470,9	Provisions
Placements en UC	35,2	22,6	Provisions en UC
Autres actifs	3 382,2	4 695,3	Autres passifs
Total actif	23 630,8	23 630,7	Total passif
Plus-values latentes	1 585,6		
Bilan en valeur de marché	25 216,4		

Source : ACAM

Bilan résumé des institutions de prévoyance

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	3 320,5	7 768,2	Fonds propres
Placements	21 394,5	17 811,1	Provisions
Placements en UC	21,3	105,2	Provisions en UC
Autres actifs	3 695,3	2 747,1	Autres passifs
Total actif	28 431,6	28 431,6	Total passif
Plus-values latentes	2 214,4		
Bilan en valeur de marché	30 646,0		

Source : ACAM

Comptes de résultat 2008 - Organismes assurant une couverture santé

Compte de résultat résumé des assureurs vie-mixte

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	42 889	7 931	50 820
Prestations (-)	-25 361	-6 221	-31 582
Produits financiers	-10 736	536	-10 200
Frais d'administration (-)	-4 736	-1 526	-6 262
Solde réassurance	-818	-33	-851
Résultat technique	1 238	688	1 926
Produits financiers du résultat non-technique			547
Autres éléments non techniques			-642
Résultat net			1 832

Source : ACAM

Compte de résultat résumé des assureurs non-vie

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes		37 381	37 381
Prestations (-)		-25 675	-25 675
Produits financiers		2 649	2 649
Frais d'administration (-)		-9 374	-9 374
Solde réassurance		-1 801	-1 801
Résultat technique		3 180	3 180
Produits financiers du résultat non-technique			721
Autres éléments non techniques			-862
Résultat net			3 039

Source : ACAM

Compte de résultat résumé des mutuelles

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	721	15 913	16 634
Prestations (-)	-690	-13 426	-14 116
Produits financiers	121	73	193
Frais d'administration (-)	-78	-2 123	-2 201
Solde réassurance	-10	-80	-90
Résultat technique	57	323	380
Produits financiers du résultat non-technique			146
Autres éléments non techniques			-44
Résultat net			482

Source : ACAM données brutes non redressées

Compte de résultat résumé des institutions de prévoyance

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	2 461	8 516	10 977
Prestations (-)	-2 154	-7 775	-9 929
Produits financiers	242	195	437
Frais d'administration (-)	-181	-741	-922
Solde réassurance	-74	-111	-185
Résultat technique	294	84	378
Produits financiers du résultat non-technique			209
Autres éléments non techniques			-46
Résultat net			541

Source : ACAM données brutes non redressées

Données calculées à partir de l'état C1

Comptes de résultat 2007 - Organismes assurant une couverture santé

Compte de résultat résumé des assureurs vie-mixte

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	44 315	7 231	51 546
Prestations (-)	-53 165	-6 153	-59 318
Produits financiers	15 658	578	16 235
Frais d'administration (-)	-4 650	-1 326	-5 976
Solde réassurance	257	19	277
Résultat technique	2 415	349	2 763
Produits financiers du résultat non-technique			561
Autres éléments non techniques			-1 008
Résultat net			2 316

Source : ACAM

Compte de résultat résumé des assureurs non-vie

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes		29 875	29 875
Prestations (-)		-21 117	-21 117
Produits financiers		2 728	2 728
Frais d'administration (-)		-7 279	-7 279
Solde réassurance		-1 516	-1 516
Résultat technique		2 691	2 691
Produits financiers du résultat non-technique			935
Autres éléments non techniques			-1 182
Résultat net			2 444

Source : ACAM

Compte de résultat résumé des mutuelles

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	708	14 709	15 416
Prestations (-)	-707	-12 440	-13 148
Produits financiers	240	164	404
Frais d'administration (-)	-79	-1 782	-1 861
Solde réassurance	-11	-124	-134
Résultat technique	149	523	672
Produits financiers du résultat non-technique			365
Autres éléments non techniques			-46
Résultat net			991

Source : ACAM données brutes non redressées

Compte de résultat résumé des institutions de prévoyance

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	2 370	7 849	10 219
Prestations (-)	-2 049	-6 962	-9 011
Produits financiers	315	285	600
Frais d'administration (-)	-147	-627	-773
Solde réassurance	-75	-157	-231
Résultat technique	414	388	803
Produits financiers du résultat non-technique			308
Autres éléments non techniques			-23
Résultat net			1 088

Source : ACAM données brutes non redressées

Données calculées à partir de l'état C1

Comptes de résultat 2006 - Organismes assurant une couverture santé

Compte de résultat résumé des assureurs vie-mixte

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	44 341	6 639	50 980
Prestations (-)	-59 521	-5 621	-65 142
Produits financiers	21 135	564	21 698
Frais d'administration (-)	-3 818	-1 081	-4 898
Solde réassurance	260	-44	216
Résultat technique	2 398	457	2 855
Produits financiers du résultat non-technique			471
Autres éléments non techniques			-850
Résultat net			2 476

Source : ACAM

Compte de résultat résumé des assureurs non-vie

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes		29 646	29 646
Prestations (-)		-21 331	-21 331
Produits financiers		2 811	2 811
Frais d'administration (-)		-6 787	-6 787
Solde réassurance		-1 477	-1 477
Résultat technique		2 863	2 863
Produits financiers du résultat non-technique			856
Autres éléments non techniques			-1 354
Résultat net			2 365

Source : ACAM

Compte de résultat résumé des mutuelles

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	645	15 547	16 192
Prestations (-)	-793	-12 774	-13 567
Produits financiers	248	170	418
Frais d'administration (-)	-58	-1 733	-1 791
Solde réassurance	-11	-140	-151
Résultat technique	31	854	885
Produits financiers du résultat non-technique			319
Autres éléments non techniques			-176
Résultat net			1 088

Source : ACAM données brutes non redressées

Compte de résultat résumé des institutions de prévoyance

(en M€)	Vie	Non-vie	TOTAL
	en M€	en M€	en M€
Primes	2 418	7 281	9 699
Prestations (-)	-2 276	-6 597	-8 873
Produits financiers	321	291	613
Frais d'administration (-)	-144	-526	-670
Solde réassurance	-97	-130	-227
Résultat technique	222	320	542
Produits financiers du résultat non-technique			259
Autres éléments non techniques			-23
Résultat net			778

Source : ACAM données brutes non redressées

Données calculées à partir de l'état C1

Annexe 3

Présentation de la méthode de correction pour non réponse

1. Correction de la non réponse totale pour les mutuelles

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

Les cotisations des mutuelles transmises par l'ACAM représentent 87 % du total de l'assiette de la contribution au Fonds CMU en 2006, 95 % en 2007 et 89 % en 2008. Il a donc été nécessaire de pondérer les données de l'ACAM afin qu'elles soient représentatives de la population totale des mutuelles offrant une couverture complémentaire santé.

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

Les comptes des mutuelles totalement substituées ont été retirés du champ de l'analyse. En effet, les mutuelles substituantes sont tenues d'intégrer dans leur chiffre d'affaires celui des organismes qu'elles prennent en substitution ; en conservant les données des mutuelles substituées, on s'exposerait à des problèmes de doubles comptes. Cette correction explique l'écart entre l'assiette globale de la contribution au Fonds CMU (tableau n° 6) et le total des cotisations présentées dans les tableaux ci-dessous.

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2006

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	89	87	143	276	595
Nombre d'organismes (base ACAM)	79	75	113	174	441
Total de l'assiette de la contribution au Fonds CMU (Md €) (*)	10 947	2 202	1 094	365	14 607
Total de l'assiette de la contribution au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACAM (Md €)	10 193	1 890	873	266	13 222
POIDS DES STRATES					
Poids de la strate (effectifs)	15,0 %	14,6 %	24,0 %	46,4 %	100,0 %
Poids de la strate (cotisations)	74,9 %	15,1 %	7,5 %	2,5 %	100,0 %
TAUX DE RÉPONSE					
Taux de réponse (effectifs)	88,8 %	86,2 %	79,0 %	63,0 %	74,1 %
Taux de réponse (cotisations)	93,1 %	85,8 %	79,8 %	72,9 %	90,5 %
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,07	1,16	1,25	1,37	

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

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2007

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	88	81	134	262	565
Nombre d'organismes (base ACAM)	86	81	131	221	519
Total de l'assiette de la contribution au Fonds CMU (Md €) (*)	11 452	2 302	1 162	389	15 305
Total de l'assiette de la contribution au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACAM (Md €)	11 288	2 302	1 143	360	15 093
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	15,6 %	14,3 %	23,7 %	46,4 %	100,0 %
Poids strate (cotisations)	74,8 %	15,0 %	7,6 %	2,5 %	100,0 %
TAUX DE RÉPONSE					
Taux de réponse (effectifs)	97,7 %	100,0 %	97,8 %	84,4 %	91,9 %
Taux de réponse (cotisations)	98,6 %	100,0 %	98,4 %	92,6 %	98,6 %
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,01	1,00	1,02	1,08	

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

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2008

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	77	77	132	255	541
Nombre d'organismes (base ACAM)	70	67	93	107	337
Total de l'assiette de la contribution au Fonds CMU (Md €) (*)	11 869	2 402	1 201	393	15 865
Total de l'assiette de la contribution au Fonds des organismes présents dans la base ACAM (Md €)	11 353	2 120	867	200	14 539
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	14,2 %	14,2 %	24,4 %	47,1 %	100,0 %
Poids strate (cotisations)	74,8 %	15,1 %	7,6 %	2,5 %	100,0 %
TAUX DE RÉPONSE					
Taux de réponse (effectifs)	90,9 %	87,0 %	70,5 %	42,0 %	62,3 %
Taux de réponse (cotisations)	95,7 %	88,2 %	72,2 %	50,7 %	91,6 %
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,05	1,13	1,39	1,97	

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

2. Correction de la non réponse partielle pour les mutuelles et les institutions de prévoyance

En plus de la correction pour non réponse totale, il a été nécessaire de corriger les comptes de certaines mutuelles et institutions de prévoyance de la non réponse partielle : en effet, quelques organismes ne remplissent pas tous les états requis.

La correction de la non réponse partielle a été faite par imputation, c'est-à-dire en remplaçant les données manquantes par des données cohérentes compte-tenu des informations disponibles dans les autres états. Trois états ont fait l'objet d'imputation : l'état C4, l'état C11 et l'état E2/C42B. En cas de non-remplissage de l'état C1, les données de l'organisme n'ont pas été exploitées quand il n'a pas été possible de faire d'imputation à partir des autres données transmises, et l'organisme a été dans ce cas traité comme ceux dont les comptes n'étaient pas disponibles (correction pour non réponse totale).

Le tableau ci-dessous dresse un bilan du taux de non réponse par état, en 2008, pour les mutuelles et les institutions de prévoyance ; les sociétés d'assurances ne sont par concernées par la non réponse partielle.

Bilan de la non réponse partielle : effectifs et poids en termes de contribution

		Mutuelles	Institutions de prévoyance
Organismes contribuant au financement du Fonds CMU(*)	Effectifs	541	35
dont : comptes disponibles pour l'analyse (compte de résultats et bilan remplis)		337	35
dont : état C1 manquant		11	1
dont : état C4 manquant		12	0
dont : état C11 manquant		128	3
dont : état E2/C42B manquant		48	7
Organismes contribuant au financement du Fonds CMU(*)	Contributions (%)	100,0%	100,0%
dont : comptes disponibles pour l'analyse (compte de résultats et bilan remplis)		91,6%	100,0%
dont : état C1 manquant		0,9%	1,0%
dont : état C4 manquant		1,0%	0,0%
dont : état C11 manquant		15,8%	2,3%
dont : état E2/C42B manquant		7,6%	7,0%

(*) hors mutuelles totalement substituées

Lecture : les contributions des mutuelles ne répondant pas à l'état C1 représentent 0,9 % du total des contributions des mutuelles dont les comptes sont disponibles pour l'analyse.

Annexe 4

Liste des états réglementaires définie dans le code des assurances (même liste pour les institutions de prévoyance et les mutuelles)

Article A344-10

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](#).

Annexe 5

Nouveaux états demandés (proposition DREES)

Etat E3-C42C - Frais de santé et IJ

Etat modifié dès 2010 (exercice 2009)

Tableau A : Données techniques relatives au risque "santé" issues des systèmes de gestion données qui doivent être cohérentes avec la ligne 10-12 de l'état E4-C42d

Données techniques issues des systèmes de gestion : Prestations versées du risque santé		Opérations directes en France		Total
		Individuelles	Collectives	
Champ couvert - en pourcentage des prestations versées nettes de recours (1)	01			
Ensemble des Hôpitaux (Secteur Public et Secteur Privé) (2)	02			
- dont frais d'hébergement en SLD, suppléments chambres particulières, lit accompagnant... (3)	03			
Soins ambulatoires (L05 + L06 + L07+ L10 + L11 + L12)	04			
1. médecins exerçant en cabinet libéral (4)	05			
2. auxiliaires en cabinets libéraux (5)	06			
3. dentistes en cabinets libéraux	07			
- dont honoraires	08			
- dont prothèses	09			
4. Centres de Santé (Dispensaires...)	10			
5. Laboratoires d'analyse (6)	11			
6. Etablissements thermaux	12			
- dont hébergement (7)	13			
Transports des malades (ambulances, taxis, VSL, ...) (8)	14			
TOTAL PRESTATIONS DE SOINS (L02 + L04 + L14)	15			
Officines pharmaceutiques (médicaments)	16			
Distributeurs d'autres biens médicaux (L18 + L19 + L20)	17			
1. optique	18			
2. prothèses (sauf dentaires), orthèses, VHP (9)	19			
3. petit matériel et pansements	20			
TOTAL BIENS MEDICAUX (L16 + L17)	21			
TOTAL DES PRESTATIONS VERSEES en SOINS et BIENS MEDICAUX (L15 + L21)	22			
Autres prestations liées à la santé (L24 + L25)	23			
EHPA et EHPAD des Secteurs Public et Privé (10)	24			
Autres prestations liées à la santé (11)	25			
TOTAL DES PRESTATIONS VERSEES (L22 + L23)	26			

(1) importance des opérations prises en compte dans ce tableau en pourcentage des sinistres payés nets de recours (ligne 10-12 de l'état E4-C42d)

(2) Les frais d'hospitalisation incluent le forfait journalier hospitalier, le ticket modérateur des journées et des actes, **les honoraires et prescriptions en activité libérale**.

(3) Ligne à renseigner dans la mesure où ces versements pour hébergement des soins de longue durée (SLD), chambres particulières, lits accompagnant... font partie des prestations de santé de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé.

(4) Honoraires médicaux y compris sage-femmes et frais de déplacement

(5) Actes d'auxiliaires médicaux y compris frais de déplacement

(6) Analyses médicales

(7) Ligne à renseigner dans la mesure où les versements pour hébergement en cures thermales font partie des prestations de santé de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé.

(8) VSL = Véhicule sanitaire léger

(9) VHP : véhicule pour handicapé physique

(10) EHPA = Etablissements pour Personnes âgées et EHPAD = Etablissements pour Personnes âgées Dépendantes. Ligne à renseigner si les versements correspondants relatifs à l'hébergement ou à la prise en charge de la dépendance font partie des prestations de santé de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé.

(11) Prestations liées à la santé non comptabilisées dans les rubriques précédentes (par exemple forfait naissance, allocations funéraires,...)

Tableau B : Données techniques relatives au risque "incapacité de travail" issues des systèmes de gestion

Données techniques issues des systèmes de gestion : Prestations versées du risque incapacité de travail		Opérations directes en France		Total
		Individuelles	Collectives	
Indemnités journalières maladie	01			
Indemnités journalières maternité	02			
Indemnités journalières accidents du travail - maladie professionnelle	03			
TOTAL DES Indemnités journalières VERSEES (L01 + L02 + L03)	04			

Etat E4 - Résultat technique "santé" - affaires directes en France

Etat demandé dès 2010 (exercice 2009)

Sur le même modèle que les états C1 non-vie et dommages corporels

A titre d'exemple état E4 sur le modèle du C1 - non-vie des mutuelles pour la catégorie "dommages corporels"

Pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance reprendre le modèle C1 -non vie et dommages corporels de leur catégorie

Etat C1 non-vie <i>catégorie :</i>		Garanties frais de soins opér. Individuelles			Garanties frais de soins opér. Collectives		
		Total	non donné en subst.	donné en subst.	Total	non donné en subst.	donné en subst.
		201+203	2011+2031	2012+2032	211+213	2111+2131	2112+2132
<i>Affaires de la colonne données en substitution</i>			Non	Oui		Non	Oui
Cotisations et accessoires émises	01						
Annulations et charge des ristournes	02						
Cotisations à émettre à la clôture	03						
Cotisations à émettre à l'ouverture	04						
Sous-total : cotisations nettes	05						
Provisions pour cotisations non acquises clôture	06						
Prov. pour cotisations non acquises l'ouverture	07						
Sous-total : cotisations de l'exercice	08						
Sinistres payés	10						
Versements périodiques de rentes payés	11						
Recours encaissés	12						
Frais de gestion des sinistres	13						
Provisions pour sinistres à payer à la clôture	14						
Provisions pour sinistres à payer à l'ouverture	15						
Prévision de recours à encaisser à la clôture	16						
Prévision de recours à encaisser à l'ouverture	17						
Autres provisions techniques à la clôture	18						
Autres provisions techniques à l'ouverture	19						
PPE incorporée dans l'exercice	20						
Sous-total : charge des prestations	21						
Participation aux excédents	30						
Frais d'acquisition	40						
Frais d'administration et autres charges techniques	41						
Subventions d'exploitation reçues et autres produits techniques	42						
Produits des placements alloués	43						
Intérêts techniques nets de cessions	44						
Sous-total : produits financiers nets	45						
Cotisations cédées aux réassureurs ou au garant	50						
Part des réass. ou garants dans les prestations payées	51						
Part des réass. ou garant dans les prov. à la clôture	52						
Part des réass. ou garant dans les prov. à l'ouverture	53						
Part des réass. ou garant dans les PPE incorporées	54						
Part des réass. ou garant dans les particip. aux excédents	55						
Commissions reçues des réassureurs ou du garant	56						
Sous-total : charge réass. ou de la garantie en subst.	57						
Résultat technique	60						
PPE à la clôture	70						
PPE à l'ouverture	71						
part des réass. ou du garant dans les PPE à la clôture	72						
part des réass. ou du garant dans les PPE à l'ouverture	73						

Etat E5-C42E - Compléments CMU et gestion du régime obligatoire santé

Etat demandé dès 2010 (exercice 2009)

	Code du Plan comptable (*)	Montant (en milliers d'euros)
<u>Gestion du Régime obligatoire</u>		
Produits de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie	7450	
Charges de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie	6450	
<u>CMU</u>		
Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU	7021	
Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS	(*)	
Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU	6021	
Contribution versée à la CMU	6458	

(*) numéro du poste du plan comptable dans lequel l'opération est enregistrée. Pour les mutuelles le numéro est ici précisé, pour les IP et les sociétés d'assurance le numéro sera à renseigner par l'organisme