

RAPPORT D'ACTIVITE 2001

C
M
U

**Fonds de financement de la protection
complémentaire de la couverture universelle
du risque maladie**

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
AVANT PROPOS	3
LES MISSIONS DU FONDS	4
LE SUIVI ET L'ANALYSE SOCIALE	5
➤ LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DU FONDS.....	5
➤ DONNEES QUANTITATIVES.....	6
LES BENEFICIAIRES DE LA CMU AU COURS DE L'ANNEE 2001	6
STRUCTURE ET NIVEAU DES DEPENSES	12
➤ APPRECIATION QUALITATIVE.....	16
LE RAPPORT DE L'IGAS SUR L'APPLICATION DE LA LOI	16
DES MESURES POUR ATTENUER L'EFFET DE SEUIL	17
LES RELATIONS ENTRE REGIMES DE BASE ET ORGANISMES COMPLEMENTAIRES	18
➤ LA CONNAISSANCE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.....	19
LES DECLARATIONS DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES	19
LA LISTE DES ORGANISMES VOLONTAIRES POUR LE GESTION DE CONTRATS CMU	19
LE FINANCEMENT DE LA CMU COMPLEMENTAIRE.....	21
➤ LES RECETTES DU FONDS	21
LA DOTATION DE L'ETAT	21
LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES	21
➤ LES DEPENSES DU FONDS	23
LES VERSEMENTS AUX REGIMES OBLIGATOIRES	23
LES REMBOURSEMENTS AUX ORGANISMES COMPLEMENTAIRES	24
➤ LE CONTROLE DES DEPENSES	25
LES AUTRES ACTIVITES DU FONDS.....	27
➤ UNE LETTRE D'INFORMATION : REFERENCES CMU.....	27
➤ LA MISE EN LIGNE DU SITE DU FONDS : WWW.CMU.FR.....	27
➤ LE RENFORCEMENT DE L'EQUIPE DU FONDS	28
➤ ELEMENTS SUR LE FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF	28
LISTE DES ANNEXES	30
SYNTHESE DES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2001.....	31
PRESENTATION SIMPLIFIEE DES RESULTATS FINANCIERS 2001 DU FONDS.....	32
TEXTES RELATIFS A LA CMU PARUS AU COURS DE L'ANNEE	33
PRINCIPALES DECISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	34
TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES REGISSANT LE FONDS.....	35
COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	42
COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AU 31/12/01	43
ORGANIGRAMME DU FONDS.....	45

AVANT PROPOS

Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie - que l'on appellera ici simplement le Fonds - a connu en 2001 sa première année complète d'activité, après sa mise en place au cours de l'année 2000.

Pour la CMU complémentaire, comme pour son Fonds de financement, on ne peut cependant parler encore de routine...

La révision des droits des anciens bénéficiaires de l'aide médicale et les dispositifs d'accompagnement pour les sortants de la CMU ont été au centre de la réflexion et des décisions : maintien de droit du 30 juin au 31 décembre 2001 pour les bénéficiaires venant de l'aide médicale dont les ressources ne dépassaient que de 10 % le plafond, tiers payant pour tous les sortants de la CMU, mise en place d'une aide financière à l'acquisition d'une couverture complémentaire. La révision des droits a entraîné une charge de travail très importante dans les caisses d'assurance maladie, dont on peut à ce niveau encore saluer les personnels, en particulier lors de l'échéance du 30 juin.

Les organismes complémentaires ont pris quantitativement une place plus importante (gestion de 8 % des contrats de bénéficiaires fin 2000 à 14 % fin 2001) et eux aussi ont connu de lourdes charges.

Si les circuits d'information et financiers entre caisses et organismes complémentaires se sont améliorés, des difficultés demeurent. Pour le fonctionnement administratif du dispositif, c'est un des défis majeurs qui reste à relever.

Au 31 décembre 2001, près de 4,8 millions de personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire, soit 1,5 millions de plus que les anciens bénéficiaires de l'aide médicale. L'amélioration de l'accès aux soins de presque 10 % de la population est donc à souligner.

Pour le Fonds de financement, il s'est agi de compléter son équipe, mettre en place des supports de communication tout en assurant les paiements, beaucoup plus nombreux, aux organismes complémentaires et en développant sa mission de suivi et d'analyse sociale.

* * *

Il n'est traité dans ce rapport que de la CMU complémentaire, ce qui n'est pas systématiquement précisé pour des questions de lisibilité. De même, les données financières sont arrondies dans la mesure où le rapport de l'agent comptable présente les résultats au centime près.

Enfin, l'exercice formel de présentation d'un rapport d'activité sur une année civile, suppose que les données ou informations connues à la date d'adoption du rapport, mais relatives à l'année suivante, n'y figurent pas.

Bruno Négroni
Directeur adjoint

LES MISSIONS DU FONDS

Le Fonds qui finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle est un établissement public administratif de l'Etat créé par la loi du 27 juillet 1999. Son financement est assuré par une dotation budgétaire de l'Etat et par une contribution, à laquelle sont soumis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé. Cette contribution est égale à 1,75 % des primes ou cotisations émises.

Deux grandes missions sont attribuées au Fonds.

En premier lieu, il assure le financement des dépenses de soins de santé restant à la charge, après intervention des régimes obligatoires d'assurance maladie, des personnes titulaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. Le bénéficiaire de la CMU peut, soit demander à sa caisse d'assurance maladie de payer la part complémentaire de ses dépenses de soins, soit souscrire un contrat auprès d'un organisme d'assurance complémentaire déclaré candidat à la gestion de tels contrats. Dans ce deuxième cas, chaque personne ainsi couverte fait ouvrir droit pour l'organisme à une déduction, fixée à 228,67 € pour l'année 2001, qui s'applique sur le montant de la contribution.

Les caisses d'assurance maladie sont remboursées par le Fonds intégralement. Le cas échéant, les organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) reçoivent remboursement de la somme qui leur est due quand le montant de la contribution est inférieur au montant de la déduction. Au titre de cette mission le Fonds procède à tout contrôle sur les dépenses qu'il finance.

En deuxième lieu, le Fonds concourt à l'analyse de l'application de la loi dans ses aspects sanitaire et social. Il assure, à ce titre, le secrétariat du conseil de surveillance placé auprès de lui. En sont membres des parlementaires, des associations œuvrant dans la lutte contre l'exclusion, les trois grands régimes d'assurance maladie, les fédérations d'organismes complémentaires.

Cette mission consiste plus précisément en un « suivi qualitatif » dont l'objet est d'identifier les difficultés d'application de la loi et les solutions à mettre en œuvre ainsi que de dessiner les évolutions souhaitables. Des réunions et des rencontres avec tous les acteurs de la CMU, parmi lesquels il faut également mentionner les élus locaux, les professionnels de santé, les services sociaux départementaux et communaux, les organismes d'études et les services centraux et déconcentrés des ministères, doivent permettre de recueillir toute l'information nécessaire.

La participation à des recherches ou la conduite d'études concourent au recueil d'observations et à la formulation des mesures à prendre. Cette mission comporte enfin une fonction d'information dont l'objectif est la diffusion des nombreuses précisions et mises au point qu'implique un dispositif nouveau et forcément complexe.

LE SUIVI ET L'ANALYSE SOCIALE

Cette mission s'exerce de plusieurs manières. Pour le recueil des données quantitatives, des tableaux statistiques ont été élaborés par le Fonds en concertation avec les organismes chargés de les remplir. Ces tableaux sont annexés aux conventions financières qui lient le Fonds à chaque régime d'assurance maladie. Chaque organisme d'assurance complémentaire a reçu, s'agissant des dépenses de CMU, le même tableau à remplir que celui destiné aux régimes afin que le Fonds dispose d'informations comparables.

Il incombe par ailleurs au Fonds d'établir tout contact avec les acteurs de la CMU en organisant réunions, rencontres et visites. Dans cette perspective le conseil de surveillance placé auprès du Fonds joue un rôle important.

► LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DU FONDS

Le conseil de surveillance s'est réuni à deux reprises aux cours de l'année.

La réunion du 16 mai 2001 a été d'abord consacrée aux opérations de réexamen au 30 juin 2001 du droit à la CMU des anciens bénéficiaires de l'aide médicale. Ceux-ci, qui s'étaient automatiquement vu attribuer le droit en janvier 2000 devaient présenter un dossier comme tout nouveau bénéficiaire. La brutalité de l'effet de seuil a été soulignée, en particulier pour les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés. La mesure de maintien de droit jusqu'au 31 décembre 2001 pour les bénéficiaires ne dépassant que de 400 F le seuil a été considérée comme une mesure d'attente ne résolvant pas, au fond, la difficulté. Puis le rapport d'activité 2000 du Fonds a été étudié par le Conseil.

Lors de la séance du 21 novembre 2001, les discussions ont été fortement influencées par l'actualité qui était alors le débat parlementaire autour de la loi de financement de la sécurité sociale.

L'avancée que constitue l'extension du tiers payant aux sortants de la CMU a été soulignée. Ensuite, le projet annoncé de mise en place d'une aide à l'acquisition d'une protection complémentaire, destinée à limiter l'effet de seuil, a suscité de nombreuses interventions. Plusieurs membres ont affirmé la nécessité d'accorder cette aide, outre aux sortants de la CMU, aux personnes qui n'ont jamais eu accès à la CMU mais dont les ressources sont proches du seuil d'octroi de celle-ci, afin de ne pas créer de nouvelles inégalités. La question de la pérennité, en particulier financière, de ce dispositif a également été évoquée. Enfin, un regret a été exprimé par plusieurs participants : l'amendement qui permet aux enfants de parents en résidence irrégulière d'avoir accès à la CMU de base ne règle pas la question de la couverture complémentaire. La présidente du conseil, madame Grzegrzulka, après avoir recueilli les observations de ses membres, a réaffirmé son intention de les relayer auprès de ses collègues dans la suite de l'examen du projet de loi.

Madame Moreau de la CNAM et madame Meyer de la FNMF sont ensuite intervenues pour faire état des difficultés de relation entre CPAM et organismes complémentaires, mais aussi des progrès obtenus. Madame Moreau a souligné les efforts réalisés afin de simplifier les procédures. La CMU a créé des relations d'ampleur nationale, alors que jusqu'ici les relations entre les caisses et les assureurs complémentaires se limitaient à quelques partenaires pour un même organisme. Si madame Meyer a confirmé ces avancées, elle a par ailleurs rappelé les problèmes dus aux différences des régimes obligatoires. Elle a également insisté sur l'important travail des complémentaires à propos de l'extension du tiers payant coordonné, en particulier pour le paiement de la garantie dentaire.

➤ DONNEES QUANTITATIVES

Les données présentées ci-après sont le plus souvent des données de synthèse. Le Fonds tient à disposition des personnes intéressées des tableaux plus complets et plus adaptés à un format numérique qu'à un rapport d'activité.

Les bénéficiaires de la CMU au cours de l'année 2001

La CMU a été mise en œuvre le 1^{er} janvier 2000, date à laquelle elle a pris le relais de l'aide médicale départementale qui concernait environ 3,2 millions de personnes. En décembre 2000, 5 millions de personnes étaient protégées par la CMU complémentaire, dont environ 600 000 dans les DOM. 366 000 avaient fait le choix d'exercer leur droit par l'intermédiaire d'un organisme complémentaire.

. L'évolution du nombre de bénéficiaires en 2001

Exceptionnellement, cette partie comporte des données relatives à janvier 2002 car c'est à la fin de ce mois qu'ont été constatées les sorties des bénéficiaires maintenus jusqu'en décembre 2001 qui doivent être prises en compte pour étudier 2001.

L'analyse de l'évolution du nombre de bénéficiaires en 2001 est complexe. Plusieurs facteurs ont perturbé la gestion de la prestation : les bénéficiaires provenant de l'aide médicale ont vu leurs droits maintenus jusqu'en juin 2001, voire prolongés jusqu'en décembre pour ceux qui ne dépassaient le seuil de ressources que de 10 %. La révision des droits de 3 millions de personnes sur la période estivale a provoqué une surcharge de travail importante dans les services des caisses d'assurance maladie. Elle a aussi perturbé les usagers qui ont parfois répondu tardivement aux convocations.

L'évolution du nombre des bénéficiaires sur l'année 2001 est marquée de plusieurs étapes.

Au cours des 6 premiers mois de 2001, le nombre de bénéficiaires augmente de 230 000. Après la révision des droits des bénéficiaires de l'aide médicale en juin, il chute de 605 000 personnes en juillet. On peut penser que ce recul traduit principalement le fait que les bénéficiaires de l'aide médicale ont vu leurs droits examinés en 1999 et que leur situation a pu

notablement évoluer quant à leurs ressources. Peu de modifications des effectifs sont à noter au cours des 6 derniers mois de 2001. En janvier 2002 une nouvelle baisse de 146 000 marque la fin de la sortie différée des personnes dont les revenus étaient compris entre 3 600 et 4 000 francs.

Finalement, sur 13 mois, entre janvier 2001 et 2002, le nombre des bénéficiaires baisse d'environ 502 500, soit d'à peu près 10 %. Cette baisse concerne les 3 principaux régimes d'assurance maladie. Elle est plus forte en métropole que dans les DOM.

Il reste que le total en fin janvier 2002 de 4 585 000 bénéficiaires (y compris les Sections Locales Mutualistes – SLM - et les autres régimes) reste largement inférieur aux prévisions initiales.

Trois explications sont possibles.

- L'amélioration de la situation économique en 2000 a fait sortir des bénéficiaires du champ de la prestation : le barème de la CMU est celui du seuil de pauvreté, et les travaux de l'Observatoire de la pauvreté ont en effet montré une certaine amélioration. Cet impact reste néanmoins difficile à évaluer.
- Dans la tranche de revenus proche du seuil, il y a une grande concentration de population : il est ainsi estimé qu'une majoration de 10 % du barème pourrait concerner 2 millions de bénéficiaires.
- La CMU n'a pas fait le plein de ses bénéficiaires potentiels : des travaux en cours montrent que le taux de non-consommateurs de soins parmi les bénéficiaires de la CMU est beaucoup plus faible que celui des assurés sociaux. On peut supposer que des personnes n'entreprendraient les démarches nécessaires à l'ouverture de leur droit à la CMU qu'au moment où le besoin, en terme de santé, s'en ferait sentir. Il est enfin probable que certaines personnes se trouvant dans la tranche supérieure du barème ne font pas la demande par ignorance de leurs droits. On peut donc penser que la montée en charge du dispositif n'est probablement pas achevée.

Le tableau qui suit retrace l'évolution du nombre de bénéficiaires relevant de la CNAM, de la CCMSA et de la CANAM (hors SLM et régimes spéciaux dont nous ne disposons pas des données mensuelles, soit environ 25 000 bénéficiaires).

Chiffres au dernier jour du mois	Caisses d'attribution du droit		
	CNAM	CCMSA	CANAM
Janvier 2001	4 777 667	162 057	125 530
Juin 2001	4 995 851	165 947	133 020
Juillet 2001	4 406 300	160 871	122 802
Décembre 2001	4 428 064	151 481	129 314
Janvier 2002	4 306 555	143 790	112 417
Evolution janvier 2002 par rapport à janvier 2001	- 471 112	- 18 267	- 13 113

Source : régimes d'attribution

Les chiffres concernant le nombre des bénéficiaires ne traduisent pas exactement le fonctionnement de la CMU complémentaire. Par nature de la prestation, tous les dossiers sont ouverts ou réexaminés au cours de l'exercice. Si on regarde en termes de mouvements d'entrée et de sortie et pour le seul régime général, il y a eu de janvier à décembre 2001 :

- 1 million de nouvelles demandes acceptées (qui peuvent d'ailleurs comprendre des renouvellements tardifs d'anciens bénéficiaires) ;
- 3,2 millions de renouvellements ont été effectués ;
- 1,3 millions de renouvellements ont été refusés (revenus au dessus du barème) soit un taux proche de 30 % qui s'explique par l'opération de renouvellement de juin et qui a ensuite tendance à baisser ;
- le taux de nouvelles demandes sur l'ensemble des bénéficiaires 2001 est de 25 %.

. La répartition par type de gestionnaire

La révision des droits des anciens bénéficiaires de l'aide médicale a favorisé la montée en charge des organismes complémentaires dans le dispositif. En effet, les personnes provenant de l'aide médicale avaient été transférées en bloc sur les organismes d'assurance maladie en janvier 2000 : la priorité était alors d'éviter la rupture des droits et de l'accès aux soins. A l'occasion du renouvellement des droits, tous les bénéficiaires ont eu la faculté de faire leur choix.

Le taux de bénéficiaires ayant choisi un OC est passé de 8 à 14 % en 1 an. Par rapport au mois de janvier 2001, les effectifs des personnes gérées par les caisses ont baissé de 15 %, et ceux gérés par les organismes complémentaires ont augmenté de 53 %.

Pour les nouveaux demandeurs (hors renouvellement), le taux de choix des OC est de 20 %. En revanche, lors des renouvellements, environ 90 % des personnes conservent leur choix antérieur.

Chiffres au dernier jour du mois	Gestionnaires		Total
	Régimes de base	Complémentaires	
Janvier 2001	4 674 687	411 480	5 086 167
Juin 2001	4 803 384	513 158	5 316 542
Juillet 2001	4 159 577	552 120	4 711 697
Décembre 2001	4 096 811	633 856	4 730 667
Janvier 2002	3 954 007	630 563	4 584 570
Evolution janvier 2002 par rapport à janvier 2001	- 720 680	+ 219 083	- 501 597

Source : régimes d'attribution

Sur 625 organismes ayant déclaré des bénéficiaires au cours de l'année 2001, la répartition des bénéficiaires entre organismes s'établit de la manière suivante.

	Nombre d'organismes	Moyenne	Structure en %
Mutuelles	568	430 819	80
Institutions de prévoyance	12	9 920	2
Sociétés d'assurance	45	97 473	18
Total	625	538 211	100

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

Les 10 organismes déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires gèrent les contrats de 26 % des bénéficiaires ; les 10 suivants près de 14 %. Au total, les 50 premiers organismes en représentent près de 60 %. En pourcentage, les 10 % qui en déclarent le plus grand nombre regroupent 65 % des bénéficiaires.

Cette concentration globale se retrouve au sein de chaque famille d'organismes : 1 institution de prévoyance sur 12 gère les contrats de 90 % des bénéficiaires présents dans ces institutions ; 5 sociétés d'assurance sur 45, 60 % des bénéficiaires ayant choisi cette catégorie d'organismes ; 30 mutuelles sur 568 regroupent 48 % des bénéficiaires ayant adhéré à une mutuelle.

Au 31 janvier 2002, les bénéficiaires se répartissent comme suit.

Régimes d'attribution	Gestion par le régime obligatoire	Gestion par les organismes complémentaires	Total
Régime général	3 733 844	572 711	4 306 555
Régime agricole (CCMSA)	122 948	20 842	143 790
Régime des travailleurs indépendants	79 978	32 439	112 417
Autres régimes et SLM*	17 237	4 571	21 808
Total	3 954 007	630 563	4 584 570

Source : régimes d'attribution

** Données estimées, probablement sous évaluées*

. La répartition géographique

Le tableau ci-dessous compare la densité régionale des bénéficiaires de la CMU en janvier 2001 et en janvier 2002.

Régions	Population totale	Bénéficiaires CMU Janvier 2001	Bénéficiaires CMU Janvier 2002	Ratio Janvier 01	Ratio Janvier 02
Alsace	1 734 145	84 829	68 667	4,9%	4,0%
Aquitaine	2 908 359	223 460	191 442	7,7%	6,6%
Auvergne	1 308 878	77 378	69 778	5,9%	5,3%
Bourgogne	1 610 067	103 157	87 723	6,4%	5,4%
Bretagne	2 906 197	145 405	120 025	5,0%	4,1%
Centre	2 440 329	139 811	128 955	5,7%	5,3%
Champagne-Ardenne	1 342 363	108 330	98 221	8,1%	7,3%
Corse	260 196	22 347	22 492	8,6%	8,6%
Franche-Comté	1 117 059	64 520	53 953	5,8%	4,8%
Ile-de-france	10 952 011	827 046	725 350	7,6%	6,6%
Languedoc-Roussillon	2 295 648	300 172	280 379	13,1%	12,2%
Limousin	710 939	43 828	40 286	6,2%	5,7%
Lorraine	2 310 376	146 927	123 081	6,4%	5,3%
Midi-Pyrénées	2 551 687	188 786	174 416	7,4%	6,8%
Nord-pas-de-calais	3 996 588	469 331	433 835	11,7%	10,9%
Basse-normandie	1 422 193	103 734	85 562	7,3%	6,0%
Haute-normandie	1 780 192	163 973	133 948	9,2%	7,5%
Pays-de-la-loire	3 222 061	172 805	151 461	5,4%	4,7%
Picardie	1 857 834	155 643	140 385	8,4%	7,6%
Poitou-Charentes	1 640 068	116 858	103 678	7,1%	6,3%
PACA	4 506 151	461 600	429 789	10,2%	9,5%
Rhone-Alpes	5 645 407	332 698	298 111	5,9%	5,3%
Total Métropole	58 518 748	4 452 638	3 961 537	7,6%	6,8%
Total Dom	1 667 436	612 616	592 821	36,7%	35,6%
Total France	60 186 184	5 065 254	4 554 358	8,4%	7,6%

Source : régimes de base

- Les régions à forte densité de bénéficiaires (plus de 8 % en janvier 2002 : zone méditerranéenne et Nord-Pas-de-Calais) ont une baisse des effectifs relativement faible (de 0 à 8 %).
- Les régions à très faible densité (moins de 5 % en janvier 2002 : Alsace, Franche-Comté, Bretagne, Pays-de-la-Loire) sont caractéristiques par leur fort dynamisme économique. Ce sont aussi celles qui accusent les baisses les plus fortes (de 14 à 24 %).
- La région Ile-de-France, qui représente à elle seule 16 % des bénéficiaires, a des évolutions internes contrastées : la Seine-Saint-Denis et Paris dans une moindre mesure se trouvent dans la situation des régions à forte densité.
- La révision des droits a permis de supprimer, au moins en partie, les inégalités et les aléas de l'aide médicale (variation des barèmes, critères d'admission). D'une certaine façon, les écarts entre régions dynamiques et régions en difficulté s'accentuent.

. La répartition par sexe et par âge des bénéficiaires

Ages	Bénéficiaires CMU			Population France		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 à 19	21,3 %	20,6 %	41,8 %	13,0 %	12,4 %	25,5 %
20 à 29	6,2 %	8,7 %	14,9 %	6,7 %	6,6 %	13,3 %
30 à 39	7,0 %	9,1 %	16,1 %	7,2 %	7,3 %	14,6 %
40 à 49	5,8 %	7,0 %	12,9 %	7,1 %	7,2 %	14,3 %
50 à 59	4,5 %	4,5 %	9,0 %	5,8 %	5,8 %	11,6 %
60 à 69	1,7 %	1,6 %	3,4 %	4,3 %	4,8 %	9,1 %
70 à +	0,7 %	1,3 %	2,0 %	4,4 %	7,1 %	11,5 %
Total	47,2 %	52,8 %	100,0 %	48,6 %	51,4 %	100,0 %

Source : CNAM, CANAM, CCMSA et INSEE

La structure par âges et sexes des bénéficiaires de la CMU est très différente de celle de la population française : peu de personnes âgées, beaucoup de moins de 20 ans (42 % du total) et une plus forte présence des adultes de moins de 40 ans, en particulier de jeunes femmes (elles sont 59 % des bénéficiaires de 20 à 30 ans, 56 % des 30 à 40 ans, 55 % des 40 à 50 ans).

Des comparaisons par régimes, que nous ne développons pas dans cette synthèse, montrent des différences importantes : pour la CANAM et la CCMSA, la part des moins de 25 ans est d'environ 35 % et celle des plus de 60 ans de 9,5 %.

Les ayants droit adultes sont relativement peu nombreux : environ 8 % du total des bénéficiaires. Le tableau par sexe et âge permet d'identifier environ 100 000 assurés non ayants droit de moins de 20 ans, qui sont pour l'essentiel des jeunes relevant de la protection de l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse.

. Les départements d'outre-mer

La situation des DOM est très particulière : ils abritent 2,8 % de la population française mais 13 % des effectifs des bénéficiaires de la CMU.

Régions	Population totale	Bénéficiaires CMU Janvier 2001	Bénéficiaires CMU Janvier 2002	Ratio Janvier 2001	Ratio Janvier 2002
Guadeloupe	422 496	75 094	104 939	17,8%	24,8%
Martinique	381 427	95 104	99 345	24,9%	26,0%
Guyanne	157 213	29 176	37 380	18,6%	23,8%
Reunion	706 300	413 242	351 157	58,5%	49,7%
Total Dom	1 667 436	612 616	592 821	36,7%	35,6%

Source : régimes de base

Les évolutions sont dues pour partie à des phénomènes administratifs : héritage des procédures de gestion de l'assurance maladie à la Réunion, répartition entre gestionnaires en Guadeloupe, situation frontalière en Guyane.

Les départements des Caraïbes ont environ 24 % de leur population bénéficiant de la CMU en janvier 2002 et réduisent leurs écarts, tandis que la Réunion baisse un peu (mais avec quand même la moitié de la population couverte !). Cette différence du simple au double entre Caraïbes et la Réunion se rapproche de celle du RMI (15 et 22 %).

. La qualité des données

Les données concernant les effectifs sont d'une relativement bonne qualité : la CNAM fournit un gros effort statistique en corrigeant chaque mois les effectifs des mois précédents et en effectuant un suivi des mouvements d'entrées et de sorties.

La CCMSA et la CANAM se contentent d'indicateurs (stock en fin de mois et entrées nettes), qui sous estiment probablement légèrement les effectifs.

Certaines données sont difficiles à obtenir : la CCMSA ne peut déterminer ses effectifs dans les DOM ; les chiffres concernant les SLM ne sont pas communiqués par les organismes (notamment pour les régimes étudiants) ; les données de certains petits régimes sont peu fiables. Le faible poids de ces organismes ne change pas les tendances générales, mais un travail de clarification devra être entrepris en 2002.

Structure et niveau des dépenses

Les données recueillies par le Fonds ne permettent pas d'analyser la consommation de soins des bénéficiaires : seule la composition et le niveau de la dépense en part complémentaire peuvent être observées.

La consommation totale ne peut en effet être analysée qu'à partir de la connaissance de la consommation de base. Ceci fait l'objet d'un travail au sein de la direction des statistiques de la CNAM.

Les données recueillies pour 2001 autorisent la consolidation des résultats de l'année 2000 et la présentation des premiers résultats de l'année 2001.

En particulier, cette seconde année d'exercice du Fonds et de fonctionnement du dispositif a permis de mesurer l'ampleur du délai de liquidation des dépenses afférentes à une année donnée. Ce délai était encore allongé pour les organismes complémentaires : la mise en place de la CMU, ainsi que leur positionnement en bout de chaîne du paiement peuvent expliquer la longueur du délai.

. La structure des dépenses

La structure des dépenses présentée ici se rapporte aux dépenses de l'année 2000 consolidées. Il est ainsi possible d'envisager qu'au 31 décembre 2001, la presque totalité de la dépense a été enregistrée, et qu'aucun poste n'est sous-évalué. Au regard de ces résultats consolidés, le poids de la dépense hospitalière s'avère plus important que prévu.

<i>En pourcentage</i>			
Nature de la dépense en 2000	Régime général (métropole)	Régime des travailleurs indépendants (métropole)	Organismes complémentaires (estimation)
Ticket modérateur	88,09	86,68	69,08
- honoraires médicaux	20,17	23,50	18,62
- honoraires dentaires	5,27	7,19	5,67
- honoraires des auxiliaires médicaux	4,52	4,92	5,06
- honoraires du secteur public	1,31	0,57	0,71
- médicaments et dispositifs médicaux à usage individuel	36,31	35,33	32,52
- analyse et biologie médicale	3,83	4,15	4,75
- transport	0,84	0,48	0,89
- prestations hospitalières	15,81	10,32	10,18
- autres prestations (cures thermales)	0,04	0,24	0,85
- Forfait journalier	6,88	6,21	9,84
- Forfaits de dépassement	5,03	7,11	9,81
- prothèses dentaires	-	4,54	5,59
- orthodontie	-	0,42	0,58
- optique	-	2,00	2,65
- audioprothèse	-	0,15	0,17
- autres soins	-	0,00	0,46
Autres prestations	-	0,00	1,1
Total complémentaire CMU	100	100	100

Sources expliquées dans le texte

Cette ventilation de la dépense est appliquée sur les résultats 2000 consolidés. Cette donnée prend en compte une année entière de report des dépenses sur l'année postérieure. Pour les années à venir, il est nécessaire d'envisager le possible poids plus important des forfaits de dépassements. Cependant, certains problèmes ont pu être rencontrés dans l'affectation des dépenses par postes au cours de la première année.

La ventilation de la dépense des organismes complémentaire est issue des organismes ayant répondu à l'enquête annuelle du Fonds CMU (correspondant à 70 % des bénéficiaires dans les complémentaires). Les organismes ont souligné un certain nombre de problèmes dans la ventilation de la dépense.

Ces résultats montrent un fort poids des dépenses hospitalières, en particulier pour le régime général. Ce constat n'a pu être réalisé qu'avec une année entière de recul.

En effet, les délais de liquidation des dépenses hospitalières se sont révélés être très longs dans certains départements, et en particulier en région parisienne. Une partie de la dépense 2000 ne serait d'ailleurs toujours pas liquidée au 31 décembre 2001.

Une étude de la CNAM sur la consommation de soins en 2000 fait ainsi clairement apparaître une plus forte consommation de soins hospitaliers pour les bénéficiaires de la CMU que pour la population générale, à âge et sexe équivalents. Pour autant, des analyses plus approfondies sont nécessaires pour pouvoir expliquer ce fort recours à l'hôpital.

Le taux de dépense du régime des travailleurs indépendants est plus important pour les soins de ville. Avant le 1^{er} janvier 2001, le ticket modérateur de ce régime était plus important que pour le régime général, en particulier sur les soins de ville. Le poids de la complémentaire dans le remboursement du ticket modérateur était donc plus important pour les soins de ville au cours de la période précédente.

. Le niveau des dépenses

L'estimation du coût unitaire par bénéficiaire de la CMU pour l'année 2001 s'appuie sur un certain nombre d'hypothèses de travail.

Pour les régimes d'assurance maladie, la dépense unitaire est calculée à partir des données suivantes, issues des résultats comptables et statistiques :

- la dépense enregistrée en 2001 pour des soins réalisés en 2001, pour le régime général et le régime des travailleurs indépendants ;
- les provisions passées en 2001 pour le régime général et le régime des travailleurs indépendants ;
- le régime agricole ne distingue pas les dépenses par année de soins. Le résultat comptabilisé est donc celui en encaissement/décaissement. Cette dépense 2001 comprend donc des dépenses relatives à des soins réalisés en 2000. On suppose ici que le report des dépenses de l'année 2000 sur l'année 2001 est équivalent au report des dépenses de l'année 2001 vers l'année 2002 ;
- l'effectif annuel moyen, calculé à partir des déclarations mensuelles du stock des bénéficiaires par ces trois régimes.

Pour les organismes complémentaires, la dépense unitaire estimée pour 2001 est calculée à partir des données recueillies par le Fonds CMU lors de l'enquête annuelle et sur la base d'un certain nombre d'hypothèses relatives à la vitesse de liquidation de la dépense. En effet, le montant des dépenses est recueilli ici sur une base déclarative. C'est un document statistique et non comptable. Enfin, peu d'organismes passent des provisions spéciales pour les dépenses

afférentes à des soins de bénéficiaires de la CMU complémentaire. Les données concernant les effectifs sont issues des déclarations trimestrielles du nombre de bénéficiaires par les organismes complémentaires.

	<i>En euros</i>	
	Dépense unitaire par an	
	2000 (consolidée)	2001 (estimation)
Régime général	242,8	268,2
- métropole	246,2	272,4
- DOM	217,5	236,5
Régime agricole - CCMSA - métropole	190,9	272,2
Régime des travailleurs indépendants	247,6	222,5
- métropole	253,2	225,6
- DOM	119,1	156,9
Organismes complémentaires (France entière)	198,1	262

Sources expliquées dans le texte

Pour le régime général, qui gère les contrats de plus de 80 % des effectifs en 2001, la dépense en part complémentaire a augmenté de 10,5 % entre l'année 2000 et l'année 2001. Cette évolution s'explique tout d'abord par la croissance des dépenses de santé au niveau global. De plus cette croissance se révèle plus rapide pour la part complémentaire que pour la part de base.

Enfin, en ce qui concerne spécifiquement les dépenses des bénéficiaires de la CMU, elle peut s'expliquer par une appropriation du dispositif par les bénéficiaires qui améliorent leur recours aux soins et par une meilleure prise en charge des forfaits de dépassement dans les secteurs dentaire et optique au cours de l'année 2001.

Pour la CNAM, on peut faire l'hypothèse que la provision passée au 31 décembre 2001 n'est pas surestimée. Au contraire, il est possible de supposer un dépassement de l'estimation réalisée dans le tableau ci-dessus.

Le régime des travailleurs indépendants enregistre, lui, une baisse de la dépense estimée entre 2000 et 2001. Ceci s'explique par l'alignement des taux de remboursement des prestations sur les taux du régime général daté du 1^{er} janvier 2001. Celui-ci a augmenté le montant des prestations relevant de la part obligatoire et a diminué le montant du ticket modérateur.

Le montant de la dépense des organismes complémentaires a fortement augmenté entre 2000 et 2001. Ce phénomène de réduction de l'écart entre le régime général et les organismes complémentaires semble être fortement lié à l'amélioration de la gestion du dispositif de la CMU complémentaire.

. Diversité des résultats

Ces données moyennes cachent de grandes disparités de résultats sur le territoire et entre les organismes complémentaires. L'étude des données du régime général montre que la dépense, selon les départements, peut varier du simple au double. Une étude approfondie de la structure de la population des bénéficiaires, ainsi qu'une meilleure connaissance des habitudes de consommation dans la population générale des régions devrait permettre de mieux comprendre ces phénomènes.

Les résultats communiqués par les organismes complémentaires révèlent également une grande diversité par organisme. Cependant, cette diversité de la dépense unitaire s'explique en grande partie par la grande variation du nombre d'effectifs par organisme (de 1 à 40 000 en 2001). En effet, pour un grand nombre d'organisme, le faible effectif ne permet pas d'étaler sur l'ensemble de la population des comportements de dépense extrêmement élevée, ou au contraire des comportements de non-consommation.

➤ APPRECIATION QUALITATIVE

Pour convenu que soit parfois l'appréciation, l'importance de la réforme doit être rappelée au regard des ruptures qu'elle a provoquées : instauration d'un droit uniforme sur tout le territoire, règles précises d'attribution, niveau de protection élevé et homogène, attribution du droit par la sécurité sociale, nouvelles sources de financement.

Le rapport de l'IGAS sur l'application de la loi

Par lettre de mission datée du 14 mai 2001, la ministre de l'emploi et de la solidarité a chargé monsieur Carcenac, inspecteur général des affaires sociales, assisté de madame Liouville, également membre de l'IGAS de préparer le rapport d'évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999. Le Fonds a été largement associé à son élaboration. Le rapport a été rendu public en décembre 2001. Il dresse un état des lieux approfondi de l'application de la nouvelle loi.

Réalisé à partir d'éléments recueillis pour l'essentiel à l'été 2001, ce rapport est un document très complet auquel chacun est invité à se référer. Il n'est pas question ici d'en réaliser une synthèse complète mais d'en tirer les éléments qui, en matière d'analyse qualitative, trouvent toute leur place ici.

Après une enquête approfondie, les rapporteurs concluent que la CMU est une grande réforme sociale qui a répondu à une attente de l'ensemble des acteurs. Sa mise en place a été rapide et réussie. Toutefois, ils ont souligné certaines difficultés rencontrées dans l'application de la loi. La question du choix d'un organisme et celle des refus de soins par les professionnels de santé ont retenu leur attention. Sur le premier point, le Fonds a pu constater, à l'occasion des opérations de renouvellement des droits et sur les derniers mois de l'année, la disparition de cette difficulté. Les rapporteurs constatent également la faible implication de certains acteurs

sociaux, en particulier les centres communaux d'action sociale. Enfin, les dysfonctionnements du dispositif de l'aide médicale de l'Etat sont dénoncés.

Face à ces constats, les auteurs du rapport proposent six grandes orientations. La première invite à la mise en place d'un soutien aux initiatives locales d'aide à l'acquisition de couverture complémentaire, ainsi qu'à la prolongation de la dispense d'avance de frais, afin d'atténuer l'effet de seuil. Ces mesures ont été prises concomitamment à la rédaction du rapport. Ils préconisent ensuite d'assurer des délais normaux de paiement des professionnels de santé. Les délais de liquidation de certaines caisses posent effectivement problème à ce niveau. Les rapporteurs recommandent le règlement par la concertation des points de litiges, en particulier par la mise en place des recommandations du rapport Yahiel dans le domaine dentaire, et par la révision du montant des déductions des organismes complémentaires. Ils proposent également d'améliorer le lien entre l'accès au droit et l'accès aux soins. La stabilisation des modalités de contrôle et de suivi du dispositif est à prévoir pour les années à venir : simplification de la déclaration de ressources, amélioration des échanges informatisés entre les institutions sociales, définition d'indicateurs pertinents pour mesurer l'évolution du dispositif. Enfin, la dernière observation porte sur l'amélioration nécessaire du fonctionnement de l'aide médicale de l'Etat.

Des mesures pour atténuer l'effet de seuil

La question de l'effet couperet de la règle d'attribution du droit à la couverture maladie universelle complémentaire a été, dès la discussion du projet de loi, une des difficultés relevées par de nombreux acteurs. A quelques francs, le droit était refusé limitant l'accès aux soins.

Déjà, la loi avait prévu qu'un contrat à tarif préférentiel serait proposé par les organismes complémentaires aux sortants du dispositif CMU dont ils géraient le contrat. L'application tardive de cette disposition ne permet pas d'en tirer le bilan.

Le maintien pendant une année du tiers payant pour les anciens bénéficiaires, décidé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, a également pour vocation de limiter l'effet couperet. L'avance des frais est en effet un des principaux freins à l'accès aux soins. Mais sa mise en œuvre se heurte à de nombreuses difficultés pratiques. Pour qu'elle s'applique au mieux, il faut que l'assuré ne dispose pas de contrat complémentaire (le tiers payant ne jouant alors que sur la base) ou d'un contrat du même niveau que la CMU.

Enfin, en novembre 2001, la ministre de l'emploi et de la solidarité a annoncé un dispositif d'aide financière à la conclusion de contrats de couverture complémentaire maladie auprès des assureurs complémentaires traditionnels, utilisant les crédits d'action sanitaire et sociale des caisses primaires.

La proposition, qui a fait l'objet d'une concertation approfondie, s'adresse à l'ensemble des personnes ou ménages dont les ressources n'excèdent pas de plus de 10 % le plafond d'attribution de la CMU complémentaire. Le montant de l'aide s'établit en moyenne à 115 euros par an pour une personne seule, sans préjudice de modulations en fonction de la composition familiale ou de l'âge des bénéficiaires. Cette aide est reconductible.

Les contrats proposés doivent offrir une couverture équivalente à celle de la CMU avec bénéfice du tiers payant coordonné. L'aide peut également être servie aux personnes ayant souscrit un contrat à tarif préférentiel à leur sortie de la CMU.

Des négociations à l'échelon local déterminent les tarifs auxquels ces contrats sont proposés. Aucun tarif plafond n'est donc fixé mais la ministre insiste sur la nécessité pour les caisses primaires « d'agir dans le sens de la réduction du coût de la couverture complémentaire maladie de leurs assurés ».

Ce nouveau dispositif ne rend pas caducs ceux déjà mis en place dans certains départements mais les caisses primaires sont invitées à rechercher leurs convergences progressives, notamment pour ce qui est du champ des bénéficiaires. Elles devront également continuer de rechercher des partenariats, en particulier avec les conseils généraux. L'octroi par les caisses de secours individuels à caractère ponctuel pourra permettre de résoudre certaines difficultés dans l'attente de la conclusion des accords locaux.

Un avenant à la convention d'objectifs et de gestion liant l'Etat et la CNAM constitue le cadre juridique de ce dispositif. Sans supprimer l'effet du seuil, l'ensemble de ces mesures en limite le caractère couperet.

Les relations entre régimes de base et organismes complémentaires

Le premier point de litige a porté sur la question du choix, entre régime de base et organismes complémentaires, donné aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Pour les anciens bénéficiaires de l'aide médicale, le problème était réel. En fin d'année 2001, le litige semble résolu et aucun reproche ne remonte plus au Fonds sur ce point.

Par contre, deux questions ne sont pas réglées au 31 décembre 2001.

D'abord, les circuits d'information entre caisses et complémentaires sur les ouvertures ou renouvellements de droits ont posé des problèmes. Les caisses insistent sur l'incapacité pour certains organismes complémentaires à gérer des flux informatiques qu'elles adressent. De l'autre côté, on souligne le caractère imparfait de ceux-ci et la nécessité d'obtenir le formulaire de choix (document Cerfa), seul document preuve du choix (rôle de la signature, composition familiale).

Ensuite, les caisses reprochent aux organismes complémentaires de s'acquitter avec retard de leurs remboursements envers elles. En effet, dans le cadre de la procédure A, c'est la caisse qui avance le remboursement des professionnels de santé de la part complémentaire. Les organismes complémentaires rétorquent que, non informés de l'existence d'un bénéficiaire, ils ne peuvent rembourser la caisse.

Sans exagérer l'importance de ces difficultés (on peut ainsi constater le faible nombre de régularisations effectuées par les complémentaires dans leurs déclarations au Fonds), on ne peut nier qu'elles ont rendu parfois tendues les relations entre ces partenaires.

Dès l'automne 2001, les CPAM ont mis à disposition des organismes l'image de leurs fichiers. Cette opération a été lourde et difficile. Elle a cependant, à de rares exceptions près, permis que chacun dispose d'une information identique. De nombreuses réunions entre caisses nationales et fédérations d'organismes complémentaires ont été organisées et on peut espérer que 2002 verra enfin la résolution de ces difficultés.

➤ LA CONNAISSANCE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Si la relation avec les organismes nationaux d'assurance maladie est relativement simplifiée du fait de leur nombre réduit, celle avec les organismes complémentaires – près de 1800 identifiés fin 2001 – est plus complexe.

Les déclarations des organismes complémentaires

Le Fonds se doit de connaître les organismes complémentaires concernés par la contribution afin de :

- maîtriser les éléments constitutifs (assiette, nombre de bénéficiaires) et l'évolution de ce qui constitue une partie de ses ressources ;
- procéder dans le délai imparti aux remboursements des organismes complémentaires ;
- contrôler la déduction ;
- calculer le montant des dépenses par bénéficiaire à partir de la remontée du montant des dépenses (qu'il est le seul à détenir) et du nombre de bénéficiaires mentionné sur les déclarations.

La connaissance de la totalité des organismes est maintenant assurée même si quelques-uns n'ont encore adressé aucun double de déclaration sur 2001 malgré de nombreux courriers. Par contre, la remontée systématique et à bonne date des bordereaux trimestriels reste difficile. Il y a pourtant pour les organismes complémentaires obligation d'adresser au Fonds le double de la déclaration envoyée à l'URSSAF et ce, quelle que soit leur situation (déclaration mentionnant ou non des bénéficiaires de la CMU complémentaire, déduction inférieure ou supérieure à la contribution). Chaque trimestre, environ un quart des organismes doit faire l'objet d'une relance de la part du Fonds.

Le Fonds est en relation avec l'ACOSS pour réaliser une mise en cohérence de ses fichiers avec ceux des URSSAF à partir d'un outil de centralisation mis au point par l'Agence.

La liste des organismes volontaires pour la gestion de contrats CMU

Les organismes complémentaires volontaires en 2001 pour la gestion de « contrats CMU » avaient jusqu'au 1^{er} novembre 2001 pour faire part au préfet de la région dans laquelle leur siège est situé, de leur volonté de se retirer du dispositif.

Au 1^{er} janvier 2001, 830 organismes complémentaires étaient inscrits auprès des préfets. A partir du 1^{er} janvier 2002, 592 organismes restent inscrits : 536 mutuelles, 43 sociétés d'assurance et 13 institutions de prévoyance. Parmi ceux-ci, 40 structures ne géraient aucun bénéficiaire en 2001.

Par ailleurs, neuf organismes (huit mutuelles et une société d'assurance) ont fusionné ou disparu sans que l'information n'ait été communiquée aux préfets. Ils ne gèrent, eux aussi, aucun bénéficiaire mais figurent toujours sur la liste nationale, les arrêtés préfectoraux étant les seuls documents faisant foi.

L'analyse des 238 renonciations est la suivante.

Des régularisations (essentiellement des points d'accueil inscrits à tort) ont d'abord diminué la liste de 141 organismes (dont 87 pour le seul département de la Gironde). Des fusions l'ont ensuite réduite de 13 unités.

On dénombre enfin 84 véritables renonciations dont 42 pour la seule Martinique : 74 mutuelles, 8 sociétés d'assurance et deux institutions de prévoyance. Douze de ces retraits sont le fait de mutuelles d'entreprise, comptant peu de bénéficiaires, et dont on peut penser que les structures n'étaient pas adaptées à la gestion de « contrats CMU ». Vingt sept organismes géraient moins de 50 bénéficiaires (dont certains quelques unités) et ce petit nombre peut expliquer à lui seul le retrait. Pour les 45 autres organismes (41 mutuelles et 4 sociétés d'assurance), on peut supposer qu'il s'agit davantage d'une décision d'opportunité. Certains de ces organismes ont indiqué au Fonds que le montant de la déduction ne couvrait pas leurs dépenses. On doit noter que l'ensemble des organismes qui se retirent de la gestion des « contrats CMU » regroupaient en 2001 près de 30 000 bénéficiaires. Ils en assurent la gestion jusqu'à la fin de l'année de droit des bénéficiaires.

Au 1^{er} janvier 2002, la liste nationale demeure donc longue et diverse, permettant un vaste choix pour les bénéficiaires. Elle est nettoyée d'une bonne part d'inscriptions fautives, ce qui facilitera les relations entre les divers partenaires.

Le recueil des arrêtés préfectoraux et en conséquence la constitution de la liste nationale ont été transférés des services du ministère au Fonds. La mise à disposition de ces données est réalisée par le biais du site Internet du Fonds (voir page 27).

LE FINANCEMENT DE LA CMU COMPLEMENTAIRE

Compte-tenu des crédits supplémentaires prévus par la loi de finances rectificative pour 2002, l'équilibre des comptes du fonds a été réalisé pour 2001 (voir annexe 2 : présentation simplifiée des résultats financiers du Fonds).

Dans un premier temps, les prévisions réalisées à l'automne 2001 laissaient prévoir un excédent qui a amené l'Etat à réduire le montant de sa dotation budgétaire 2001. Au final cependant, les dépenses du régime général constatées en 2001, du fait en particulier de la comptabilisation tardive des dépenses hospitalières, ont largement dépassé les prévisions.

L'Etat a, en conséquence, majoré la dotation budgétaire 2002 pour prendre en compte le résultat comptable négatif.

➤ LES RECETTES DU FONDS

Les recettes du Fonds sont constituées du produit de la contribution versée par les organismes complémentaires et d'une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer les comptes du Fonds.

La dotation de l'Etat

C'est l'Etat qui finance pour la plus grande part les dépenses de la CMU complémentaire avec un montant de 889 millions d'euros (M€) en 2001. Cette dotation est versée mensuellement selon des modalités et un échéancier déterminés par convention complétée par un avenant annuel.

L'avenant 2001 à la convention avec l'Etat a été signé le 3 janvier 2002. Il prévoyait des acomptes mensuels de 84 M€. Au regard de la dépense alors prévue dans les régimes de base, moins importante qu'estimée initialement, un avenant à la convention a supprimé le versement de l'acompte de l'Etat du mois de novembre et réduit celui de décembre à 49 M€.

La dotation budgétaire 2002 a pris en compte l'insuffisance de crédits 2001.

La contribution des organismes complémentaires

Le produit de la contribution qui alimente le Fonds s'établit pour 2001 à 223 M€ compte tenu de l'estimation des produits à recevoir de l'ACOSS. En effet, une part de cette contribution n'est payée aux URSSAF qu'au 31 janvier de l'année suivante (date de la quatrième échéance trimestrielle) et son produit exact ne peut donc être connu au 31 décembre précédent.

Les organismes complémentaires adressent chaque trimestre (un mois au plus tard après la fin de chaque trimestre civil) un bordereau déclaratif à l'URSSAF dont ils relèvent. Ils envoient en parallèle une photocopie au Fonds.

Ce document précise :

- le montant de l'assiette de la contribution qu'ils ont à acquitter (le montant hors taxe des primes ou cotisations émises ou recouvrées afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé) ;
- le montant de cette contribution (le taux est de 1,75 %) ;
- le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire sous contrat avec l'organisme au dernier jour du second mois du trimestre civil ;
- le montant de la déduction opérée du fait de cette gestion (nombre de bénéficiaires que multiplient 57,17 € pour 2001).

Si l'organisme ne gère pas de contrats CMU ou si le montant de la contribution est supérieur à celui de la déduction, il effectue son versement à l'URSSAF. Si le montant de la déduction est supérieur à celui de la contribution, il appartient au Fonds de rembourser à l'organisme la différence.

La répartition mensuelle des encaissements nets des URSSAF s'établit pour l'année 2001 à :

<i>En milliers d'euros</i>												
Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	JUIL	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
6 964	42 095	1 563	16 682	49 312	4 863	13 476	31 972	4 845	10 410	41 748	1 007	224 937

Source : ACOSS

Les trois premiers mois concernent des encaissements se rapportant au 4ème trimestre 2000. Les encaissements relatifs au 4ème trimestre 2001 apparaîtront au 1er trimestre 2002. C'est l'explication de la différence entre le total des encaissements (224,9 M€ en trésorerie) présenté dans le tableau ci-dessus et le produit de la taxe en droits constatés (223 M€).

Pour l'année 2001, on notera que parmi les 26 URSSAF, « pivots régionaux », désignées pour encaisser la contribution, l'URSSAF de Paris représente à elle seule près de 69 % des encaissements, les URSSAF de Lyon et Orléans respectivement 5,7 et 3,7 %.

L'ACOSS reverse au Fonds le produit de cette contribution dans des conditions fixées par convention, puis par avenant annuel. L'avenant 2001, fixant le montant trimestriel des acomptes à 40 M€ a été signé le 26 mai 2001. Les régularisations sont réalisées lors du versement trimestriel suivant.

En exploitant les déclarations parvenues au Fonds, l'assiette déclarée en 2001 s'élève à 17 464 millions d'euros en progression de 8,9 % par rapport à 2000. Sa répartition entre organismes est la suivante :

<i>Montants en millions d'euros</i>		
	Montant	Structure en %
Mutuelles	10 505	60
Institutions de prévoyance	3 273	19
Sociétés d'assurance	3 686	21
TOTAL	17 464	100

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

On relèvera que les 10 organismes qui déclarent le montant d'assiette le plus important représentent 20 % de l'assiette totale ; les 40 suivants près de 30 %. Ramenés en pourcentage, les 10 % d'organismes qui déclarent l'assiette la plus importante, représentent 80 % de l'assiette totale. L'assiette est donc fortement concentrée.

L'assiette de la contribution repose sur le montant des primes ou cotisations émises ou à défaut recouvrées au cours d'un trimestre civil. Sa répartition entre les trimestres montre une « sur-déclaration » au premier trimestre représentant 30 % de l'assiette annuelle alors que les trois suivants sont relativement stables et représentent en moyenne 23 % de ce même montant. Les organismes gérant des contrats CMU déclarent près de 63 % de l'assiette.

➤ LES DEPENSES DU FONDS

Les versements aux régimes obligatoires

Ces versements sont organisés par des conventions, puis des avenants annuels. Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des avenants signés pour 2001, le montant des dépenses 2001 (qui incluent les dépenses 2000 décaissées en 2001) et les provisions que certains régimes ont inscrites dans leurs comptes. Il faut noter que le niveau de ces provisions doit être pris avec prudence.

Organismes	Montant des acomptes 2001	Régularisations	Total	en milliers d'euros
				Provisions
CNAM	1 013 481	113 488	1 126 969	134 967
CCMSA	32 929	4 594	37 523	2 242
CANAM	23 782	- 1 740	22 042	3 223
ENIM (Marins)	381	692	1 073	100
GAMEX (Agriculteurs)	457	52	509	42
CNMSS (Militaires)	290	142	432	114
SNCF	244	13	257	28
CAVIMAC (Cultes)	11	143	154	0
CANSSM (Mines)	7	117	124	0
RATP	18	28	46	0
CRPCEN (Notaires)	12	19	31	0
CCIP *	2	1	3	0

Source : données comptables des régimes

* Chambre de commerce et d'industrie de Paris

Ces données ont trait aux personnes qui ont choisi l'exercice de leur droit auprès des caisses des régimes d'assurance maladie.

Il s'agit de données comptables et définitives qui ne correspondront pas forcément à la réalité des dépenses se rapportant à 2001. Les dépenses de l'année 2001 qui seront payées en 2002 sont intégrées d'une manière comptable sous forme de provisions. Cet exercice de prévision est cependant difficile pour un dispositif nouveau, comme il a pu être constaté en 2000. Particulièrement, en matière de soins hospitaliers, il existe un fort décalage entre les dates de soins et les dates de paiements des factures par les régimes.

Les remboursements aux organismes complémentaires

Le montant des remboursements des trois premiers trimestres s'est élevé à 22 M€ Celui du quatrième trimestre figure dans les comptes du Fonds au titre des provisions.

C'est au total près de 1 100 demandes de remboursements qui ont été présentées au Fonds au titre de 2001, soit près de 275 remboursements en moyenne par trimestre. Cette charge de travail pèse d'abord sur les services de l'ordonnateur qui préparent le paiement. Puis les services de l'agent comptable, après contrôle, effectuent le paiement et de nombreuses relances des organismes ont à ce niveau été nécessaires afin d'obtenir les relevés d'identité bancaire indispensables.

<i>Montants en milliers d'euros</i>				
	Montants total des demandes de remboursements	Nombre	Montant moyen 2001	Montant moyen 2000
Premier trimestre	4 623	219	21	5
Deuxième trimestre	8 006	278	29	15
Troisième trimestre	9 256	280	33	19
Quatrième trimestre	15 214	318	48 *	27
Total	37 099	1 095	34	16,5

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

** échéance incluant les régularisations relatives à la période allant du 1^{er} au 3^{ème} trimestre 2001*

Le montant moyen du remboursement s'établit à 34 000 euros en 2001.

Le nombre de remboursements est relativement stable sur les quatre trimestres de l'année à l'exception de l'échéance du premier trimestre. A l'occasion de celle-ci, le pourcentage plus fort de l'assiette annuelle déclaré réduit mécaniquement le nombre et le montant des remboursements.

Le montant moyen des remboursements augmente régulièrement depuis 2000 comme le nombre de contrats CMU gérés par les organismes complémentaires.

On relèvera que le nombre de remboursements d'un montant unitaire supérieur à 100 000 euros représente en moyenne 8 % du nombre des remboursements et 57 % de leur montant total. A l'inverse, les remboursements d'un montant unitaire inférieur à 1 000 euros représentent 51 % du nombre des remboursements et 4,7 % de leur montant total.

La transmission par les caisses d'assurance maladie et la réception par les organismes d'assurance complémentaires des informations nécessaires à la comptabilisation des déductions selon les délais impartis a connu des difficultés. Afin d'en tenir compte, le Fonds a défini et organisé une procédure de régularisation du nombre de bénéficiaires déclaré à compter de l'exercice 2001. C'est en valeur absolue un peu plus de 63 000 régularisations (59 000 positives, 4 200 négatives) qui ont été effectuées dans ce cadre par les organismes d'assurance complémentaire. Ces régularisations représentent environ 2,5 % de l'ensemble des bénéficiaires déclarés en 2001 et 4,5 % des déductions opérées par les organismes en situation de remboursement.

Alors qu'environ 170 organismes ont procédé à des régularisations sur chacun des trois premiers trimestres 2001, leur nombre a chuté pour atteindre 70 sur le quatrième trimestre. Ces chiffres peuvent être encore provisoires dans la mesure où quelques organismes, en attente d'une information définitive, n'ont pu faire encore le nécessaire.

L'opération de régularisation est donc apparue indispensable pour permettre d'ajuster les déductions à la réalité. La diminution de leur nombre enregistrée sur la quatrième trimestre 2001 traduit, il faut l'espérer, une diminution des difficultés de circulation de l'information jusqu'alors rencontrées entre caisses et organismes complémentaires.

➤ LE CONTROLE DES DEPENSES

La loi prévoit que le Fonds procède à tout contrôle sur les dépenses qu'il finance. A cette fin, il a défini sa doctrine en la matière tenant à la fois compte du contexte réglementaire, de son environnement mais également des moyens mis à sa disposition pour mener à bien cette mission.

Le contrôle des dépenses engagées par les caisses d'assurance maladie n'appelle pas d'action spécifique de la part du Fonds : les contrôles effectués par les caisses elles-mêmes (agences comptables) ou ceux exercés sur elles (CODEC), avec des moyens bien supérieurs à ceux dont dispose le Fonds, justifient que le Fonds n'aille pas au-delà d'un contrôle de vraisemblance sur les données reçues par les échelons nationaux des régimes.

Le Fonds s'attache à la déduction opérée sur la contribution due par les assureurs complémentaires. Le volet « déduction » requiert une intervention directe du Fonds avec un enjeu financier de près de 123 millions d'euros sur 2001.

A la réception des doubles de déclaration, deux niveaux de contrôle ont été ainsi définis :

- il y a d'abord vérification de l'exactitude des calculs, de l'inscription sur la liste des préfets pour les organismes effectuant des déductions et de la vraisemblance des évolutions de déduction d'un trimestre sur l'autre ;
- dans le cas de remboursement, un contrôle de cohérence, qui peut aller jusqu'à un contrôle exhaustif, est effectué avec la liste nominative des personnes sous contrats CMU que doivent communiquer systématiquement les organismes qui demandent un paiement.

Dans un second temps, un contrôle approfondi peut intervenir de façon ponctuelle. Il est effectué à partir d'une communication préalable par les organismes concernés d'une liste des personnes sous contrat CMU. La mise en œuvre de la vérification repose sur la confrontation de cette liste avec les attestations du droit à protection complémentaire délivrées par les caisses d'assurance maladie (les formulaires Cerfa) ou tout document émanant de ces caisses attestant du droit pour le bénéficiaire et de la période couverte. Cette confrontation est effectuée sur place ou sur pièces (les attestations sont alors examinées dans les locaux du Fonds) sur la base d'un échantillon de noms extraits de la liste. Elle a pour objet de vérifier l'existence d'un droit à déduction et la bonne comptabilisation des trimestres de déduction pour un même individu.

Sur ce dernier point, dès le dernier trimestre 2000, le Fonds avait engagé la concertation avec l'ACOSS en vue de conclure la convention prévue à l'article R.862-13 du code de la sécurité sociale et par laquelle l'ACOSS peut déléguer au Fonds le contrôle de la déduction. Cette délégation vaut pour les cas où la déduction ne donne pas lieu à remboursement. La convention a été signée le 4 avril 2001. Elle prévoit un exercice coordonné du pouvoir de contrôle par les trois partenaires concernés : ACOSS et URSSAF échangent leurs informations avec le Fonds sur les contrôles projetés et leurs conclusions.

L'année 2001 peut être considérée comme une année expérimentale en matière de contrôle. Douze vérifications ont été effectuées au cours de l'année (huit sur place, quatre sur pièces). Elles ont concerné huit mutuelles, trois sociétés d'assurance, une institution de prévoyance et ont porté sur les effectifs des bénéficiaires déclarés aux premier et second trimestres 2001. Dans ce cadre, la bonne application de la déduction pour 32 541 bénéficiaires (6 % des effectifs moyens en 2001) a été vérifiée. Les vérifications ont été opérées sur la base d'un échantillon représentant en moyenne 5,89 % de ces bénéficiaires. Un taux d'anomalie légèrement inférieur à 1 % est ressorti de ces vérifications. Durant la période expérimentale de 2001, le Fonds n'a pas souhaité donner suite aux anomalies recensées et s'est arrêté au stade de l'observation.

LES AUTRES ACTIVITES DU FONDS

Dans ce chapitre ont été regroupées un ensemble d'activités dont certaines renvoient à la fonction d'animation liée à la mission de suivi et d'analyse sociale, et d'autres sont plus liées directement à sa gestion administrative.

➤ UNE LETTRE D'INFORMATION : REFERENCES CMU

Une réponse à l'enjeu que représente la CMU est la diffusion d'une information qui permette une meilleure communication entre les acteurs malgré les différences de « culture » et les divergences d'intérêt.

La couverture maladie universelle suppose en effet l'engagement d'une multitude d'organismes et de personnes : caisses d'assurance maladie, organismes d'assurance complémentaire, professionnels de santé, associations de lutte contre l'exclusion, pouvoirs publics et bénéficiaires eux-mêmes auxquels des comportements nouveaux sont proposés.

C'est l'ambition de la lettre de participer à l'effort d'information nécessaire à l'application et à l'évolution d'une grande réforme. Cette lettre veut se nourrir des préoccupations de chacun des acteurs du dispositif. Elle renforce la place même du Fonds dans le paysage institutionnel et sa fonction de carrefour.

Quatre numéros de « Références CMU » ont été diffusés à plus de 4 000 exemplaires au cours de l'année 2001 (février, mai, juillet et octobre). La diffusion est principalement réalisée dans les organismes complémentaires (1 800), les caisses de sécurité sociale (500), parmi les élus (300) et au sein des administrations (220).

➤ LA MISE EN LIGNE DU SITE DU FONDS : WWW.CMU.FR

Le site est d'abord créé pour diffuser la liste nationale des organismes complémentaires candidats à la gestion de « contrats CMU », conformément à la demande de madame la ministre de l'emploi et de la solidarité. Cette liste est établie, sous la responsabilité du Fonds, à partir des inscriptions enregistrées par les préfets de région.

Outre cette liste de « sièges sociaux », le site comporte les adresses des points d'accueil, guichets, antennes que les organismes complémentaires souhaitent mettre à disposition des demandeurs ou des bénéficiaires de CMU ainsi que des personnes qui les accueillent ou les aident dans l'établissement de leur dossier.

Les organismes accèdent directement d'une manière sécurisée à une partie de l'administration du site. Ils peuvent ainsi ajouter, modifier, supprimer des points d'accueil en fonction des nécessités. Cette seconde liste, contrairement à la première, n'est pas établie par le Fonds : elle est de la responsabilité exclusive des organismes complémentaires. Le Fonds surveille toutefois le bon usage de cet accès.

Enfin, le site présente des informations générales sur la CMU avec une page d'actualités. Une évolution de cette seconde partie du site afin d'en faire un outil utile pour les personnes souhaitant disposer d'informations générales sur le dispositif est prévue.

Le site a été mis en ligne dans les derniers jours de l'année 2001.

➤ **LE RENFORCEMENT DE L'EQUIPE DU FONDS**

Sur les dix postes budgétaires du Fonds, deux recrutements restaient à réaliser en 2001.

Le premier, un agent issu des services du Trésor, est venu en août 2001 renforcer l'équipe à deux niveaux : d'abord participer à l'ensemble des travaux de l'agence comptable ; ensuite, conforter l'activité de préparation des paiements de l'ordonnateur et de contrôle des organismes complémentaires.

En décembre, une personne a été embauchée sous contrat de droit public pour permettre de développer les activités de suivi et d'analyse sociale.

L'équipe du Fonds dont on trouvera la présentation détaillée en annexe 8, est constituée de 2 agents régis par des contrats de droit public, 4 personnes mises à disposition par les caisses du régime général, 3 agents issus des services du trésor et le directeur, nommé par arrêté du 20 mars 2000, mais dont la situation administrative n'est toujours pas régularisée au 31 décembre 2001.

Comme le rapport d'activité 2000 le soulignait, « cette mosaïque de modes de recrutement résulte de textes trop contraignants et il est à souhaiter que la loi autorise prochainement le Fonds à recruter directement du personnel sous convention collective de sécurité sociale ».

➤ **ELEMENTS SUR LE FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF**

En matière de fonctionnement de l'établissement, l'année 2001 a également été marquée, après l'acquisition d'un progiciel de paie lié au progiciel budgétaire et comptable fin 2000, par la liquidation des premières paies en janvier sous ce progiciel. La gestion des paies a supposé un travail de mise en place important. La diversité des statuts évoqués ci-dessus a suscité et laisse prévoir une charge de travail importante à ce niveau, en particulier en matière de formation.

L'année 2001 a aussi vu la discussion au sein de l'équipe de la question de l'aménagement et de la réduction du temps de travail. Cette discussion entre la direction de l'établissement et les différentes catégories de personnel, en l'absence de représentation du personnel, n'a pas été formellement une négociation. Elle a abouti à un règlement intérieur relatif au temps de travail arrêté par le directeur du Fonds le 19 décembre pour être mis en application au 1^{er} janvier 2002.

Au 31 décembre, les arrêtés ministériels prévus pour les établissement publics sous tutelle du ministère de l'emploi et de la solidarité, et organisant le temps de travail au Fonds devaient toujours être pris.

Le passage à l'euro s'est quant à lui réalisé sans difficulté majeure, l'année 2001 ayant été intégralement gérée en francs et l'année 2002 devant l'être en euros. Une vigilance accrue a cependant été nécessaire dans la gestion des bordereaux déclaratifs des organismes complémentaires comme dans celle des factures.

LISTE DES ANNEXES

- 1.** Synthèse des effectifs des bénéficiaires au 31 décembre 2001
- 2.** Présentation simplifiée des résultats financiers 2001 du Fonds
- 3.** Textes relatifs à la CMU parus au cours de l'année 2001
- 4.** Principales décisions du conseil d'administration
- 5.** Textes législatifs et réglementaires régissant le Fonds
- 6.** Composition du conseil d'administration au 31 décembre 2001
- 7.** Composition du conseil de surveillance
- 8.** Organigramme du Fonds

SYNTHESE DES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2001*En milliers de bénéficiaires*

Effectifs CMU au 31 décembre 2001										
Régimes d'attribution	Régime général		Régime agricole (CCMSA)		Régime des travailleurs indépendants		Autres régimes		Total	
Organismes gestionnaires	CNAM	Organismes complémentaires	CCMSA	Organismes complémentaires	CANAM	Organismes complémentaires	Régimes de base	Organismes complémentaires	Régimes de base	Organismes complémentaires
Métropole	3 311	502	129	22	92	32	16	4	3 548	560
DOM	542	71			4	0,6	1		547	72
France entière	3 853	573	129	22	96	33	17	4	4 095	633
Total	4 426		151		129		21		4 728	

Pour mémoire, les bénéficiaires ayant la couverture maladie au titre de la résidence (CMU de base) auprès du régime général sont : (en milliers) 974 en métropole, 250 dans les DOM soit 1 224 pour la France entière.

**PRESENTATION SIMPLIFIEE DES RESULTATS
FINANCIERS 2001 DU FONDS**

En millions d'euros

Charges		Produits	
Paiement aux régimes de base	1 189	Dotation de l'Etat 2001	889
Paiement aux organismes complémentaires	22	Contribution des organismes	223
Provisions	159	Reprises sur provisions	94
Gestion administrative	1	Résultat 2000	34
		Complément de dotation budgétaire (LFR 2002)	130
Total des charges	1 370	Total des produits	1 370

TEXTES RELATIFS A LA CMU PARUS AU COURS DE L'ANNEE

ORIGINE DU TEXTE	NATURE DU TEXTE	DATE DE PUBLICATION	DATE DU TEXTE	LIBELLE
Parlement	Loi	JO n° 299 du 26/12/01	21/12/2001	Article 37 de la loi n° 2001-1246 relatif à l'affiliation au régime général des ayants-droit mineurs des personnes ne remplissant pas la condition de résidence stable et régulière.
Parlement	Loi	JO n° 299 du 26/12/01	21/12/2001	Article 38 de la loi n° 2001-1246 relatif à la prolongation de la dispense d'avance de frais d'un durée d'un an à compter de la date d'expiration du droit.
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Arrêté	JO n° 106 du 6/05/01	27/04/2001	Fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Arrêté	JO n° 190 du 18/08/01	06/08/2001	Pris en application de l'article D.380-4 du code de la sécurité sociale, fixant le plafond à partir duquel les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L.380-1 sont redevables d'une cotisation.
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Lettre ministérielle		28/05/2001	DSS/2A : prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de soins engagées par chacun des deux parents séparés ou divorcés, pour lui-même et ses enfants mineurs.
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Lettre ministérielle	BO n° 2001-34	26/07/2001	DSS/2A : modalités de prise en compte des ressources des titulaires de l'AAH hospitalisés dans un établissement de soins ou placés dans une maison d'accueil spécialisée ou détenus pour l'appréciation du droit à la protection complémentaire en matière de santé.
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Circulaire	BO n° 2001-38	02/08/2001	DSS/DACI/2A/5A/2001/394 relative à la situation des travailleurs frontaliers occupés en Suisse au regard de l'assurance maladie en France – CMU de base (affiliation, cotisation).
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Lettre ministérielle	BO n° 2001-37	31/08/2001	DSS/2A : conditions d'attribution de la CMU (affiliation au régime général sur critère de résidence et/ou attribution de la protection complémentaire en matière de santé).
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Lettre ministérielle	BO n° 2002-24	12/11/2001	DSS/2A : prise en charge des membres de la famille étrangers (ressortissants d'un Etat hors espace économique européen) d'un assuré de nationalité française.
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Lettre ministérielle	BO n° 2001-52	03/12/2001	DSS/2A : appel des décisions des commissions départementales d'aide sociale concernant la protection complémentaire en matière de santé.
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Circulaire	BO n° 2002-4	17/12/2001	DSS/2A/2001/619 : prolongations d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.
Ministère de l'emploi et de la solidarité	Lettre circulaire	BO n° 2002-5	27/12/2001	DSS/2A : abattement sur les ressources prises en compte pour l'appréciation du droit à la protection complémentaire en matière de santé en cas de chômage indemnisé.

PRINCIPALES DECISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Outre des échanges systématiques sur le fonctionnement du Fonds et sur la mise en œuvre de la CMU complémentaire, le conseil d'administration a :

➤ lors de sa séance du 4 avril 2001 :

- Adopté les décisions budgétaires modificatives relatives à l'intégration des dotations aux provisions relatives aux années 2000 et 2001 ;
- Ratifié des virements de crédits pour 2000 et 2001 (gestion administrative) ;
- Mis en conformité les comptes budgétaires de recettes en intégrant l'ensemble des recettes (Etat et ACOSS) au compte 757.

➤ lors de sa séance du 14 mai 2001 :

- Approuvé le rapport d'activité et le rapport financier 2000, en affectant au compte de report à nouveau le résultat excédentaire (34 M€) ;
- Autorisé le directeur à signer les avenants aux conventions avec les régimes spéciaux fixant le montant des acomptes 2001 ;
- Ratifié un virement de crédits pour 2001 (gestion administrative).

➤ lors de sa séance du 28 novembre 2001 :

- Approuvé le procès-verbal de la séance du 14 mai ;
- Adopté la seconde décision modificative relative au budget 2001 prenant en compte la réduction des versements de l'Etat, l'augmentation prévisible du rendement de la contribution et les reprises sur provisions et autorisé le directeur à signer l'avenant financier 2001 avec l'Etat consécutif à cette décision ;
- Ratifié un virement de crédits pour 2001 (gestion administrative).
- Adopté le budget 2002 du Fonds ;
- Autorisé le directeur à signer les nouvelles versions des conventions passées avec la CNAM, la CCMSA et la CANAM et les avenants financiers relatifs à 2002 pour ces trois régimes, l'Etat et l'ACOSS.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES REGISSANT LE FONDS

« *Art. L. 862-1. – Il* est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3.

« Ce fonds, dénommé : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

« Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.

« Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale (article 38 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002).

« *Art. L. 862-2. – Les dépenses du fonds sont constituées :*

« *a) Par le versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal aux dépenses résultant de l'application du *a* de l'article L. 861-4 ;*

« *b) Par le versement aux organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des montants définis à l'article L. 862-6 ;*

« *c) Par les frais de gestion administrative du fonds.*

« *Art. L. 862-3. – Les recettes du fonds sont constituées par :*

« *a) Un versement des organismes mentionnés à l'article L. 862-4 établi dans les conditions fixées par ce même article ;*

« *b) Une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds.*

« *Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.*

« *Art. L. 862-4. - I. — Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont assujetties, au titre de leur activité réalisée en France, à une contribution à versements trimestriels.*

« Cette contribution est assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.

« *II. – Le taux de la contribution est fixé à 1,75 %.*

« *III. – Les organismes mentionnés au I du présent article déduisent du montant de la contribution due en application du I et du II ci-dessus un montant égal, pour*

chaque organisme, au produit de la somme de 375 F par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *b* de l'article L. 861-4.

« *Art. L. 862-5.* – Les sommes dues au titre de la contribution visée à l'article L. 862-4 sont versées, au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil au titre des cotisations et primes recouvrées au cours du trimestre civil précédent, aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent être désignés par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes.

« Ces sommes sont recouvrées et contrôlées suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 862-4 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 862-1.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.

« *Art. L. 862-6.* – Lorsque le montant de la contribution due en application du I et du II de l'article L. 862-4 est inférieur au montant de la déduction découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 demandent au fonds le versement de cette différence dans le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-5. Le Fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.

« *Art. L. 862-7.* – Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 :

« *a)* Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 ;

« *b)* Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;

« *c)* Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de la déduction prévues au même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mise en œuvre au titre du *b* de l'article L. 861-4 ;

« *d)* Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du *a* de l'article L. 861-4.

« *Art. L. 862-8.* – Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 peuvent constituer, par adhésion volontaire, des associations dont l'objet est de mettre en œuvre, pour le compte des organismes adhérents, les opérations se rattachant aux droits et obligations qui leur incombent en application des articles L. 862-4 à

L. 862-7 et dont ils demeurent responsables.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles constitutives de ces associations, notamment les conditions de leur composition, leur compétence territoriale, les règles financières qui leur sont applicables ainsi que les clauses types que doivent pour cela respecter leurs statuts. Il définit en outre les modalités de leur agrément et de leur contrôle par l'Etat.

« Les organismes qui adhèrent à une association en application du premier alinéa du présent article notifient ce choix à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général compétent.

« Le fonds et les organismes chargés du recouvrement de la contribution disposent, à l'égard des associations constituées en application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 ».

« *Art. R. 862-2.* – Le conseil d'administration du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie comprend sept membres :

« 1° Le président ;

« 2° Trois représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;

« 3° Deux représentants du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'économie.

« Le président est nommé, pour une période de cinq ans renouvelable, par décret pris sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale. Les autres membres du conseil d'administration sont nommés pour la même durée, renouvelable, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

« Les fonctions de président et administrateur sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés.

« *Art. R. 862-3.* – Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement.

« Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

En cas de partage égal des voix au sein du conseil d'administration, la voix du président est prépondérante.

« Le directeur, le contrôleur financier et l'agent comptable assistent avec voix consultative aux délibérations du conseil.

« *Art. R. 862-4.* — Le conseil d'administration a pour rôle :

« 1° D'adopter le budget du fonds de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ;

« 2° D'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;

« 3° De proposer au Gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;

« 4° D'accepter les dons et legs ;

« 5° D'autoriser le directeur à passer les conventions prévues à l'article R. 862-11, qui lui sont soumises par celui-ci.

« Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration sont communiqués au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget dans les quinze jours qui suivent la réunion du conseil.

« *Art. R. 862-5.* – Les délibérations du conseil d'administration portant sur les 1° et 2° de l'article R. 862-4 ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

« Les autres délibérations sont exécutoires à l'expiration du délai de vingt jours suivant la date de réception des procès-verbaux, par les ministres de tutelle à moins qu'ils n'aient fait connaître, dans ce délai, leur refus d'approuver ces délibérations.

« Les ministres de tutelle peuvent, par décision notifiée avant l'expiration du délai, décider de renouveler celui-ci pour une durée de vingt jours, qui court à compter de la date de notification de la décision de renouvellement.

« *Art. R. 862-6.* – Le conseil d'administration est assisté d'un conseil de surveillance dont les membres sont désignés pour une durée de cinq ans. Ce conseil de surveillance est composé de trente membres comprenant :

« 1° Trois membres de l'Assemblée nationale et trois membres du Sénat ;

« 2° Huit représentants des organisations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'organismes exerçant une action sanitaire ou sociale ;

« 3° Six représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie :

« a) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dont le président ou son représentant ;

« b) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, dont le président ou son représentant ;

« c) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, dont le président ou son représentant.

« 4° Dix représentants des organismes de protection sociale complémentaire à raison de :

« a) Cinq représentants des organismes mutualistes, dont trois désignés par la Fédération nationale de la mutualité française, un désigné par la Fédération des mutuelles de France et un désigné par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles ;

« b) Trois représentants des entreprises d'assurance ;

« 1. Deux représentants de la Fédération française des sociétés d'assurance ;

« 2. Un représentant du groupement des entreprises mutuelles d'assurance ;

« c) Deux représentants désignés par le centre technique des institutions de prévoyance.

« Un représentant du ministre chargé des affaires sociales, un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'agriculture assistent aux réunions du conseil de surveillance.

« Art. R. 862-7. – Le président du conseil de surveillance est nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres.

« Les fonctions de président et de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacement sont remboursés dans les conditions prévues par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés.

« Art. R. 862-8. – Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement ou par la majorité des membres du conseil.

« Le conseil de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds. Il donne son avis sur le rapport annuel d'activité du fonds. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question.

« Il concourt au suivi et à l'analyse de la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social. Il établit à cet effet un rapport annuel transmis au conseil d'administration du fonds et au Parlement.

« Art. R. 862-9. – Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est dirigé par un directeur, nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« En cas de vacance provisoire de l'emploi de directeur ou d'empêchement de celui-ci ses fonctions sont exercées par un agent de l'établissement nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

« Le directeur dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

« 1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion ;

« 2° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

« 3° Il prépare le budget et l'exécute ;

« 4° Il est ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds ;

« 5° Il recrute le personnel de l'établissement ;

« 6° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;

« 7° Il conclut au nom du fonds les marchés publics et les contrats ;

« 8° Il prépare les conventions prévues à l'article R. 862-1 1 et les signe après y avoir été autorisé par le conseil d'administration dans les conditions prévues au 5° du premier alinéa de l'article R. 862-4 ;

« 9° Il organise les contrôles visés à l'article R. 862-13 ;

« 10° Il assure le secrétariat du conseil d'administration et du conseil de surveillance.

« Art. R. 862-10. – Les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif et du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique. Les disponibilités de l'établissement sont déposées auprès d'un comptable du Trésor.

« L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics.

« Le fonds est soumis au contrôle financier de l'Etat dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat.

« Art. R. 862-11. – Le fonds reçoit chaque trimestre des organismes visés au I de l'article L. 862-4 une copie du document déclaratif défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, transmis aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général visés à l'article L. 862-5, qui comporte notamment l'assiette et le montant de la contribution due par chaque organisme visé au I de l'article L. 862-4 ainsi que le nombre de personnes bénéficiant, au titre de cet organisme, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 par application des dispositions du *b* de l'article L. 861-4.

« Les modalités de versement des dépenses prévues au *a* de l'article L. 862-2, notamment les montants et les dates de versement par le fonds aux organismes de sécurité sociale des acomptes représentatifs des prévisions de dépenses et de recettes prévues au *a* et au *b* de l'article L. 862-3 ainsi que les pièces ou états justificatifs à produire sont déterminés par des conventions signées respectivement entre :

« *a*) Le fonds et les organismes de sécurité sociale bénéficiaires des versements visés au *a* de l'article L. 862-2 ;

« *b*) Le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

« *c*) Le fonds et l'Etat.

« Art. R. 862-12. – I. – Pour l'application du *c* et du *d* de l'article L. 862-7, le fonds reçoit des organismes visés au I de l'article L. 862-4 ou des associations prévues à l'article I. 862-8 et des organismes de sécurité sociale un état retraçant, d'une part, le montant total des prestations servies en application respectivement du *b* et du *a* de l'article L. 861-4 au cours de l'année civile de référence, d'autre part, le montant de la prise en charge de chacun des éléments suivants :

« 1° La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations suivantes couvertes par les régimes obligatoires :

« *a*) Les honoraires médicaux, les honoraires dentaires et les honoraires des auxiliaires médicaux ;

« *b*) Les médicaments et les dispositifs médicaux à usage individuel ;

« *c*) Les frais d'analyse de biologie médicale ;

« *d*) Les frais de transport ;

« 2° Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

« 3° Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques, les soins d'orthopédie dentofaciale ainsi que pour chacun des dispositifs médicaux à usage individuel mentionnés au 3° de l'article L. 861-3, en distinguant l'optique.

« Ces documents sont envoyés au fonds au plus tard le 30 avril de l'année civile suivante. En outre, le fonds peut demander à tout moment à recevoir certaines des données visées aux 1° à 3° du premier alinéa ci-dessus.

« II. – Pour l'application du *d* de l'article L. 862-7, le fonds reçoit des organismes de sécurité sociale un état retraçant notamment :

« 1° Le nombre de personnes ayant bénéficié d'une décision d'attribution au titre de la protection complémentaire au cours de l'année civile de référence et ayant choisi l'option prévue au a de l'article L. 861-4 ;

« 2° Le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *a* de l'article L. 861-4.

« Cet état est envoyé au fonds au plus tard le 30 avril de l'année civile suivante. En outre, le fonds peut à tout moment demander à recevoir certaines des données visées aux 1° et 2° du premier alinéa ci-dessus.

« *Art. R. 862-13.* – Le fonds procède aux contrôles prévus au *a* de l'article L. 862-7 et au dernier alinéa de l'article L. 862-8. Il peut recevoir délégation de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour contrôler l'application par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4, ou les associations prévues à l'article L. 862-8, des dispositions du III de l'article L. 862-4. Les modalités de mise en oeuvre de cette délégation sont déterminées par une convention annuelle signée entre le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« Pour le contrôle des dépenses mentionnées au *a* de l'article L. 862-2, les organismes de sécurité sociale tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de versement, et notamment, pour la période s'y rapportant, d'une part le montant total des prestations servies, d'autre part les pièces justificatives de la prise en charge des bénéficiaires, mentionnant les dates d'entrée et le cas échéant de sortie du dispositif, ainsi que le montant des prestations servies pour chacun de ces bénéficiaires.

Pour le contrôle des dépenses mentionnées au *b* de l'article L. 862-2 et, en cas de délégation visée au premier alinéa du présent article, des déductions effectuées en application du III de l'article L. 862-4, les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4, ou les associations prévues à l'article L. 862-8, tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de remboursement et, le cas échéant, des déductions opérées, et notamment, pour les périodes s'y rapportant, les pièces justificatives de la prise en charge des bénéficiaires mentionnant les dates d'entrée et le cas échéant de sortie du dispositif, ainsi que le nombre de bénéficiaires au dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil.

« Le délai de conservation des pièces justificatives est de trois ans ».

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

➤ ***Président*** : Monsieur Michel THIERRY

Inspecteur général des affaires sociales

➤ ***Représentants du ministre chargé de la sécurité sociale***

Le directeur de la sécurité sociale

Le sous-directeur chargé du financement des organismes de sécurité sociale à la direction de la sécurité sociale

Le directeur général de l'action sociale

➤ ***Représentant du ministre chargé de l'économie***

Le directeur du Trésor

➤ ***Représentants du ministre chargé du budget***

Le directeur du budget

Le directeur général de la comptabilité publique

COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AU 31/12/01

➤ ***Présidente :*** Madame Odette GRZEGRZULKA, députée

➤ ***Membres de l'Assemblée nationale***

Monsieur Bernard ACCOYER

Monsieur Jean ROUGER

➤ ***Membres du Sénat***

Monsieur Charles DESCOURS

Monsieur Jean-Louis LORRAIN

Monsieur Marc MASSION

➤ ***Représentants des organismes ouvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies***

Monsieur Jacky MAMOU

Médecins du monde

Monsieur Gilles LE BAIL

La Croix-Rouge française

Monsieur Raymond GALINSKI

Secours populaire français

Madame Chantal GUENEAU

Secours catholique

Monsieur Bruno GROUES

Union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés, sanitaires et sociaux

Monsieur Pierre BELMANT

Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale

Madame Noëlle LASNE

Médecins sans frontières

Madame Michèle MEZARD

ATD Quart-Monde

➤ ***Représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie***

Au titre de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - CNAMTS

Monsieur Jean-Marie SPAETH

Monsieur Jean BELLET

Au titre de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs non salariés des professions non agricoles - CANAM

Monsieur Jean-Pierre LOUSSON

Monsieur Guy BONFATTI

Au titre de la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole - CCMSA

Madame Jeannette GROS

Monsieur André BERGER

➤ ***Représentants des organismes de protection sociale complémentaire***

Au titre des organismes mutualistes sur désignation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française - FNMF

Monsieur Maurice RONAT

Monsieur Maurice DURANTON

Monsieur Marcel DUCROUX

Au titre des organismes mutualistes sur désignation de la Fédération des Mutuelles de France - FMF

Monsieur Marc ZAMICHIEI

Au titre des organismes mutualistes sur désignation de la Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles - FNIM

Monsieur Gilles MARCHANDON

Au titre des entreprises d'assurance sur désignation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance - FFSA

Monsieur Claude FATH

Monsieur André RENAUDIN

Au titre des entreprises d'assurance sur désignation du Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance - GEMA

Madame Bernard SCAGLIOTTI

Au titre des institutions de prévoyance sur désignation du Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP

Monsieur Jean-Louis FAURE

Monsieur Frédéric BLIN

ORGANIGRAMME DU FONDS

FONCTION	NOM
Directeur	Philippe GEORGES
Directeur adjoint	Bruno NEGRONI
Agent comptable	Bruno VECCIA
Fondé de pouvoir	Martine EHRET-FRANCK
Conseiller technique	Philippe COMTE
Conseillère technique	Marion DELBERGHE
Conseiller technique	Olivier QUEROUIL
Assistante	Ursula KPODEKON
Assistante	Arlette ROMNEY
Assistant	Jacky ZANARDO