



Inspection générale
des finances

N° 2013-M-014-02

Inspection générales
des affaires sociales

N° RM2013-146P

RAPPORT

LES COÛTS DE GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE

Établi par

BORIS RAVIGNON
Inspecteur des Finances

ARNAUD LAURENTY
Inspecteur des Finances

Sous la supervision de
FRANÇOIS AUVIGNE
Inspecteur général des Finances

VIRGINIE CAYRE
Inspectrice des Affaires Sociales

CAROLINE GARDETTE
Inspectrice des Affaires Sociales

XAVIER CHASTEL
Conseiller général
des Etablissements de Santé

- SEPTEMBRE 2013 -

SYNTHÈSE

La gestion de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire a coûté 12,5 Md€¹ à la collectivité en 2011. Dans le cadre de la politique de « *Modernisation de l'Action Publique* », les Ministres en charge du Budget, d'une part, et de la Santé, d'autre part, ont demandé à la mission d'examiner tous les moyens permettant d'améliorer l'efficacité de gestion de l'assurance-maladie obligatoire et complémentaire.

La gestion du risque maladie est fortement structurée par la distinction entre assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC), malgré certaines exceptions anciennes telles que le régime d'Alsace-Moselle ou les mutuelles de la fonction publique, ou plus récentes s'agissant de la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Tant l'AMO que l'AMC sont marquées par un important éclatement institutionnel, plus que par le nombre ou par la complexité des processus dont elles ont la charge.

Au total, 86 opérateurs gèrent ainsi 14 régimes obligatoires d'assurance-maladie. Aux trois principaux opérateurs (CNAMTS, MSA, RSI) s'ajoutent 11 régimes spéciaux, les organismes délégataires du régime général (étudiants, fonctionnaires, etc.)² et les 20 organismes conventionnés du RSI, le Gamex, etc.

L'éclatement du secteur de l'AMC est plus important encore avec plusieurs centaines d'organismes assurant une prise en charge complémentaire (682 à fin 2011). Toutefois, la recherche d'une efficacité accrue, le respect des règles de solvabilité les plus récentes et la volonté de se doter d'une couverture nationale, amènent à des regroupements rapides dans le secteur de l'AMC et à une réduction forte du nombre des intervenants.

S'agissant des processus métiers, l'assurance maladie est caractérisée par un nombre réduit de processus et par un traitement de masse des opérations. Il s'agit principalement de la gestion des bénéficiaires (affiliation, mutations, mise à jour des informations de l'assuré), de la liquidation des prestations en nature (remboursement des soins médicaux), de la liquidation des prestations en espèces (versement des indemnités journalières), et de la fonction d'accueil des bénéficiaires. A titre d'illustration, ces processus représentent au total les deux tiers des effectifs des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Au-delà du constat de l'égalité d'importance pour la collectivité des coûts de gestion de l'AMO et de l'AMC, qui représentent respectivement 6,5 et 6,0 Md€ sur les 12,5 Md€ de coût total, **la mission n'a pas cherché à établir de comparaison entre les performances de gestion des régimes obligatoires, d'une part, et des acteurs du champ complémentaire, d'autre part.** En effet, la mission a considéré qu'il ne lui appartenait pas d'aborder le sujet de la partition de l'assurance maladie entre AMO et AMC, pas plus que de remettre en question les droits à prestations actuels ou de juger de l'existence même de régimes distincts d'assurance-maladie.

La mission s'est appliquée, en revanche, à **analyser les coûts de gestion de chacun des acteurs de l'AMO et de ceux de l'AMC, afin d'identifier les leviers, spécifiques à chacun, permettant de réduire ces coûts.**

¹ Sources : commission nationale des Comptes de la Sécurité sociale pour l'assurance maladie obligatoire, DREES pour l'assurance maladie complémentaire.

² 10 mutuelles de fonctionnaires (dont MFPS agissant pour le compte de 19 mutuelles), 11 mutuelles étudiantes, 11 mutuelles relevant de l'article L. 211-4 du code de la Sécurité sociale (dont des mutuelles de fonctionnaires territoriaux et hospitaliers).

Rapport

S'agissant, en premier lieu, de l'AMO, la mission a constaté l'existence de gains d'efficience importants dans la période récente à la faveur d'une dématérialisation croissante des feuilles de soins, rendue elle-même possible par la diffusion des cartes SESAM-Vitale. Toutefois, la mission a aussi noté la persistance d'une très grande variabilité des niveaux d'efficience parmi les gestionnaires : en retenant comme indicateur, par exemple, le coût moyen de gestion par bénéficiaire, celui-ci varie entre les organismes dans un rapport de 1 à 5.

La réalisation à l'avenir de nouvelles économies sur la gestion de l'AMO est possible et pourrait, selon la mission, résulter de la mise en œuvre de trois orientations principales :

- ◆ la poursuite des gains d'efficience sur les processus de gestion est clairement réalisable grâce à l'achèvement de la dématérialisation du traitement des prestations en nature, à une nette amélioration de la dématérialisation des prestations en espèces et grâce à l'automatisation de certains actes de gestion du fichier des bénéficiaires. D'ores et déjà, certains projets majeurs afférents aux systèmes d'information (SI) de l'assurance maladie tels que le « programme 2 » de la CNAMTS ou la déclaration sociale nominative (DSN) doivent conduire à de nouveaux gains de productivité, dans des conditions que la mission s'est attachée à préciser. Selon des hypothèses prudentes, l'économie à moyen terme (2017) pourrait s'élever à 542 M€ par an ;
- ◆ la poursuite de la réduction des écarts de performance, au sein de chacun des grands réseaux de caisses (CNAMTS, MSA, RSI), mais aussi entre les principaux régimes et les régimes spéciaux serait également de nature à autoriser des gains importants en gestion. Selon l'ambition voulue en la matière, la mission a chiffré les gains pouvant être attendus dans une fourchette allant de 425 à 730 M€. Il ne s'agit, toutefois, pas de gains entièrement cumulables avec ceux qui résulteraient des progrès de la dématérialisation ;
- ◆ enfin, alors que se profilent des investissements lourds et qu'interviennent des rapprochements de pure opportunité entre certains opérateurs du régime obligatoire, la définition d'une cible d'organisation de la gestion de l'AMO est indispensable pour éviter à moyen terme des choix qui entretiennent les redondances et les surcoûts constatés. La mission considère qu'une réorganisation structurelle de l'AMO avec la cible à terme de deux opérateurs de gestion serait de nature à générer d'importantes économies de gestion : de l'ordre de 440 M€ par an. Pour chaque organisme gérant un régime obligatoire, il convient en effet de se demander si ce dernier régime ne pourrait être géré par un autre organisme, plus grand et plus efficient, à un coût inférieur. Sur la base d'une comparaison entre le coût moyen de gestion des organismes de l'AMO et le coût marginal de reprise des régimes concernés par un organisme majeur comme la CNAMTS ou la MSA, la mission aboutit à préconiser :
 - à court terme (2014), la reprise en gestion des étudiants par les CPAM et la reprise par la MSA des exploitants agricoles couverts par le Gamex ;
 - à moyen terme, l'intégration de la gestion des régimes spéciaux au sein, selon les cas, de la CNAMTS ou de la MSA ; la reprise en gestion par les CPAM des fonctionnaires et affiliés aux sections locales mutualistes ; la rationalisation forte de la délégation de gestion « maladie » du RSI.

L'examen des pyramides des âges des grands acteurs de l'AMO indique l'existence de départs en retraite massifs d'ici 2020 (24 000 pour la CNAMTS par exemple). La mission considère que la période à venir (2013-2020) constitue la dernière fenêtre permettant à la fois d'opérer les gains de productivité envisagés ci-dessus par simple non-remplacement de certains départs, et de procéder au reclassement systématique et intégral de la totalité des effectifs concernés par les réorganisations structurelles.

S'agissant des coûts de l'assurance maladie complémentaire, en second lieu, la mission formule une série de recommandations de nature à les réduire tant pour les opérateurs des couvertures complémentaires que pour les assurés eux-mêmes.

Rapport

Ayant déjà constaté les économies réalisées grâce à la dématérialisation des prestations en nature et à l'automatisation de l'interface RO/RC, la mission considère comme nécessaire d'achever l'intégration de la totalité des relations RO/RC. Au moyen, par exemple, de la procédure d'échange automatisée Noémie 1, l'économie réalisable pour l'AMC s'élèverait ici à 191 M€ par an auxquels s'ajouteraient 153 M€ pour les seuls assurés.

Plus généralement, afin d'exercer une pression à la baisse sur les frais de gestion des complémentaire-santé, la mission estime nécessaire de renforcer la transparence sur les coûts de gestion au profit des assurés. En outre, dans l'hypothèse où cette orientation n'entraînerait pas une diminution significative des frais de gestion dans les années à venir, la mission considère que la modération des frais de gestion pourrait être ajoutée aux conditions existantes des contrats « solidaires » et « responsables », qui ouvrent droit à des déductions fiscales et sociales.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE EST MARQUEE PAR UNE ORGANISATION COMPLEXE ET PAR UN NOMBRE REDUIT DE PROCESSUS DE MASSE.....	3
1.1. Le paysage de l'assurance maladie fait intervenir 86 opérateurs de l'assurance maladie obligatoire et 682 organismes complémentaires.....	3
1.1.1. <i>La gestion du régime obligatoire d'assurance maladie est effectuée par 86 opérateurs parmi lesquels la CNAMTS exerce un rôle prépondérant.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>Les périmètres de gestion, en termes de risque comme de processus, varient entre les différents régimes et opérateurs de l'AMO.....</i>	<i>5</i>
1.1.3. <i>La fragmentation du secteur de l'AMO génère des surcoûts liés aux transitions entre régimes et réduit la fiabilité des bases des organismes, avec une problématique spécifique liée à l'organisation du régime étudiant.....</i>	<i>6</i>
1.1.4. <i>L'assurance maladie complémentaire reste très majoritairement gérée de façon cloisonnée par rapport à l'assurance maladie obligatoire.....</i>	<i>10</i>
1.1.5. <i>La coordination par l'Etat des chantiers informatiques structurants communs aux opérateurs de l'assurance maladie est centrée sur l'approbation de la stratégie de la CNAMTS.....</i>	<i>12</i>
1.2. Les coûts de gestion varient de façon significative et soulignent le poids prépondérant de la CNAMTS dans le secteur de l'assurance maladie.....	14
1.2.1. <i>Les coûts de gestion de l'AMO et de l'AMC, de niveaux comparables, s'élèvent au total à 12,5 Md€.....</i>	<i>14</i>
1.2.2. <i>Les coûts de gestion des organismes gérant le RO mettent en évidence la faible efficience relative des régimes spéciaux et des mutuelles étudiantes.....</i>	<i>16</i>
1.3. Les coûts de gestion des organismes de l'AMC recouvrent des charges différentes de celles de l'AMO ; leur dynamique est propre à ce secteur.....	28
1.3.1. <i>Les coûts de gestion de l'AMC comportent plusieurs composantes dont l'évolution reflète le fonctionnement du marché de l'AMC.....</i>	<i>28</i>
1.3.2. <i>La synergie générée par la gestion mutualisée de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire est estimée à 7 € par bénéficiaire et par an.....</i>	<i>30</i>
1.3.3. <i>L'assurance maladie complémentaire a d'ores et déjà bénéficié d'externalités positives de l'AMO.....</i>	<i>31</i>
1.3.4. <i>Un soutien public est accordé à certains contrats d'assurance maladie complémentaires.....</i>	<i>31</i>
1.4. Des efforts notables d'optimisation ont marqué le secteur de l'assurance maladie depuis la fin des années 1990.....	32
1.4.1. <i>La dématérialisation des processus et des échanges est à l'origine de gains d'efficience significatifs.....</i>	<i>32</i>
1.4.2. <i>Le pilotage du régime obligatoire s'appuie sur les conventions d'objectifs et de gestion (COG), pour lesquelles une plus grande homogénéité des indicateurs peut être recherchée.....</i>	<i>36</i>
1.4.3. <i>Les gains théoriques de productivité n'ont pas été intégralement convertis en baisse des effectifs et des coûts.....</i>	<i>40</i>

1.5.	L'assurance maladie obligatoire est caractérisée par des rigidités de gestion qui fragilisent l'exploitation du potentiel des départs en retraite.....	40
1.5.1.	<i>La masse salariale du régime général a continué à progresser en dépit de la réduction des effectifs opérée depuis 2006.....</i>	40
1.5.2.	<i>La mobilité des personnels de l'assurance maladie obligatoire est limitée.....</i>	41
1.5.3.	<i>La répartition de l'activité entre caisses des principaux régimes obligatoires (CNAMTS, RSI, MSA) est actuellement liée à des critères géographiques et démographiques exogènes au secteur</i>	42
2.	DES GISEMENTS D'ECONOMIE EXISTENT, AUXQUELS REPONDENT EN PARTIE LES PROJETS EN COURS PORTANT SUR LES SYSTEMES D'INFORMATION.....	43
2.1.	A l'horizon 2017, la poursuite de la dématérialisation des processus de l'assurance maladie permet d'envisager des gains récurrents de plus de 542 M€ pour l'AMO et de 344 M€ pour les usagers et l'AMC	43
2.1.1.	<i>La réduction à 2 % du taux de feuilles de soins papier à l'horizon 2017 permettrait à l'AMO d'économiser entre 74 M€ et 296 M€.....</i>	43
2.1.2.	<i>La dématérialisation intégrale des échanges entre RO et RC permettrait de faire économiser environ 150 M€ par an aux usagers et 190 M€ à l'AMC par rapport à l'année 2012.....</i>	47
2.1.3.	<i>Au-delà de la dématérialisation des FSP, les économies potentielles liées à la réduction du taux de rejet des flux électroniques sont comprises entre 67 et 147 M€ par an à l'horizon 2017</i>	47
2.1.4.	<i>Les économies liées à la dématérialisation des prestations en espèces pourraient atteindre près de 120 M€ par an à l'horizon 2017.....</i>	49
2.1.5.	<i>Le développement de services en ligne à destination des assurés permet l'industrialisation d'une partie des demandes et la réduction de frais d'édition et d'affranchissement</i>	51
2.1.6.	<i>La dématérialisation des ordonnances et des pièces permet l'économie de 400 ETP et de 50 M€ annuels pour la CNAMTS par rapport à 2011.....</i>	56
2.1.7.	<i>Les gains liés la dématérialisation sont estimés à 542 M€ en année pleine à l'horizon 2017 pour l'AMO et 344 M€ pour l'AMC et les usagers.....</i>	57
2.2.	Le développement d'échanges entre branches de protection sociale peut contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacé de la gestion de l'assurance maladie	58
2.3.	La simplification de la réglementation pourrait également permettre de réaliser des gains de productivité significatifs	59
2.3.1.	<i>La gestion des bénéficiaires regroupe des processus coûteux, à faible valeur ajoutée, parmi lesquels la procédure d'affiliation pourrait être simplifiée.....</i>	59
2.3.2.	<i>La simplification des règles de calcul des prestations en espèces pourrait accompagner la dématérialisation des flux.....</i>	64
2.3.3.	<i>Le recouvrement des franchises et participations forfaitaires fait l'objet d'une application incomplète de la réglementation et de pratiques hétérogènes entre caisses</i>	65
2.3.4.	<i>La FIDES génère des besoins d'environ 180 ETP pour le régime général qui peuvent être absorbés par les CPAM les moins efficaces sans baisse du rythme de réduction d'effectifs.....</i>	66
2.4.	La concrétisation effective des gains d'efficacité visés par l'assurance maladie est soumise à des conditions fortes	67
2.4.1.	<i>Les réductions de coûts effectives supposent des transferts de charge entre caisses et une généralisation de la GED</i>	67

2.4.2.	<i>Les projets informatiques structurants inter-régimes doivent faire l'objet d'un calendrier de déploiement pluriannuel pour garantir la faisabilité et l'uniformité de leur mise en œuvre.....</i>	69
2.4.3.	<i>La refonte de certains outils métiers de la CNAMTS et de la MSA doit être envisagée pour améliorer le confort de travail des agents.....</i>	70
3.	L'ALIGNEMENT SUR LES MEILLEURES PRATIQUES DE GESTION DOIT ETRE RECHERCHE PAR CHACUN DES GESTIONNAIRES DE L'ASSURANCE MALADIE.....	71
3.1.	Les régimes obligatoires pourraient être pilotés afin d'atteindre les meilleurs niveaux de performance en gestion du secteur.....	71
3.1.1.	<i>Au sein d'un même régime, la réduction des écarts de productivité devrait être très fortement encouragée.....</i>	71
3.1.2.	<i>La recherche d'efficience invite à s'interroger sur la taille optimale des caisses quel que soit le réseau auquel elles appartiennent.....</i>	74
3.2.	Les délégataires de la fonction publique pourraient voir leurs remises de gestion adaptées à une recherche de productivité accrue, ce qui générerait une économie de 20 M€.....	78
3.2.1.	<i>Le calcul des remises de gestion des délégataires de la fonction publique pourrait être révisé.....</i>	79
3.2.2.	<i>Les gains générés par une révision des remises de gestion représenteraient 20 M€ d'économies par rapport au montant accordé en 2011.....</i>	80
3.3.	Une cible commune d'efficience pourrait être assignée à l'ensemble des régimes spéciaux.....	80
3.4.	Le total des gains résultant d'une amélioration de la performance de gestion se situerait entre 420 M€ (hypothèses basses) et 720 M€ (hypothèses hautes).....	81
3.5.	Les incitations à la baisse des coûts de gestion devraient aussi concerner l'assurance maladie complémentaire.....	82
3.5.1.	<i>L'objectif d'une modération des coûts de gestion doit être affiché.....</i>	82
3.5.2.	<i>Le développement de Noémie 3 permettrait d'exploiter davantage les synergies liées à une liquidation conjointe RO/RC.....</i>	84
4.	LA CIBLE ORGANISATIONNELLE POUR L'AMO POURRAIT REPOSER SUR LA STRUCTURATION DE L'ENSEMBLE DU SECTEUR AUTOUR DE DEUX OPERATEURS DE GESTION.....	85
4.1.	A long terme, la mission considère que l'assurance maladie obligatoire pourrait être structurée autour de deux opérateurs de gestion, l'un pour les salariés et l'autre pour les indépendants et agriculteurs.....	86
4.1.1.	<i>L'analyse de la pertinence économique du maintien de chaque organisme de l'AMO consiste à s'interroger sur l'existence d'un autre gestionnaire capable d'intervenir à un meilleur coût.....</i>	86
4.1.2.	<i>La cible structurelle de moyen/long terme de l'AMO devrait retenir deux gestionnaires.....</i>	86
4.1.3.	<i>La reprise par le RG des assurés aujourd'hui gérés par les délégataires et mutuelles de la fonction publique ferait économiser 142 millions d'euros.....</i>	87
4.1.4.	<i>Une rationalisation des acteurs intervenant dans le champ de l'AMO des indépendants et des agriculteurs s'impose à court terme, avant d'envisager, à plus long terme, un rapprochement entre la MSA et le RSI.....</i>	90
4.1.5.	<i>Les régimes spéciaux devraient s'inscrire à moyen terme dans une organisation cible de moyen terme structurée autour de deux « familles » de régimes.....</i>	92

4.2. A court terme, la mission préconise d'accompagner les évolutions actuelles pour autant qu'elles confortent la cible de long terme.....	93
4.2.1. <i>Les évolutions en cours des délégations de fonctionnaires doivent être accompagnées voire activées par les pouvoirs publics</i>	93
4.2.2. <i>Le maintien de l'organisation actuelle de la gestion du régime étudiant ne constitue pas une alternative crédible à sa reprise en gestion par les CPAM ...</i>	97
4.3. La recomposition du secteur de l'AMO et la recherche d'efficience impliquent une coordination des maîtrises d'ouvrage informatiques	98
4.3.1. <i>La phase de transition des SI vers la cible structurelle de l'AMO pourrait être mise en œuvre entre 2014 et 2017</i>	98
4.3.2. <i>La gouvernance des maîtrises d'ouvrage informatiques de l'AMO recentrée sur deux opérateurs doit tenir compte des besoins de l'ensemble des régimes</i>	101
4.3.3. <i>Le schéma cible de structuration de la gestion de l'AMO est associé à des gains annuels en dépenses SI compris entre 100 M€ et 120 M€</i>	102
4.3.4. <i>La coordination des chantiers communs aux opérateurs de l'AMO et de l'AMC suppose une intervention plus volontaire de l'Etat</i>	104
5. LES ECONOMIES PROPOSEES PAR LA MISSION SUR LES COUTS DE GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE SE CHIFFRENT A PLUS DE 1,7 MD€ ANNUELS D'ICI A 2020 ET PEUVENT ETRE OBTENUES SANS LICENCIEMENT	104
5.1. Les économies réalisables ont été estimées par la mission, pour l'AMO et l'AMC, selon deux horizons temporels : 2017 et 2020	104
5.2. Les propositions d'actions de la mission pour assurer la concrétisation des économies se répartissent sur les deux prochaines COG, d'ici à 2020.....	107
5.2.1. <i>La période 2013-2016 est associée à la définition d'une cible structurelle de long terme pour l'AMO, à la poursuite des gains d'efficience sur les processus et à l'amélioration de la transparence des contrats complémentaires</i>	107
5.2.2. <i>Les années 2017 à 2020 verront se concrétiser la cible structurelle de l'AMO, les gains sur les processus liés à la DSN et les mesures de régulation des coûts de gestion de l'AMC en cas d'imperfections de marché persistantes</i>	109
5.3. D'ici à 2020, l'évolution naturelle des effectifs permet de réaliser les économies proposées par la mission sans licenciement et en assurant, si besoin, le reclassement de tous les agents impactés	109
5.3.1. <i>Les pyramides des âges des principaux organismes de l'AMO permettent d'estimer à 28 000 les départs en retraite d'ici à 2020</i>	109
5.3.2. <i>L'évolution naturelle des effectifs de l'AMO offre une occasion unique de mettre en œuvre des réformes nécessaires sans licenciement et en procédant au reclassement de tous les agents éventuellement impactés</i>	111
CONCLUSION.....	112

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 15 janvier 2013, la ministre des affaires sociales et de la Santé et le ministre délégué chargé du Budget ont demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF) de conduire une mission relative à la **gestion de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC)**.

Cette mission s'inscrit dans le cadre des travaux lancés pour mettre en œuvre la démarche de « modernisation de l'action publique » (MAP) initiée par le Gouvernement, qui vise tout à la fois à « *simplifier l'administration, améliorer l'efficacité de l'action publique et promouvoir ainsi de nouvelles modalités d'intervention de la puissance publique* ». Sa coordination a été confiée au directeur de la sécurité sociale.

La mission avait pour objet **« d'approfondir l'état des lieux en matière de dépenses de gestion de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire », et de proposer des pistes de réduction de ces dépenses et d'amélioration de la qualité de service offerte aux assurés.**

Plutôt que de s'engager dans des comparaisons internationales difficiles à exploiter, la mission a procédé par analyse des études et des données nationales disponibles³, ainsi que par l'exploitation d'un questionnaire adressé aux opérateurs de l'AMO et à quatre des cinq fédérations d'organismes complémentaires⁴ (FNMF⁵, FFSA⁶, CTIP⁷, GEMA⁸) pour transmission à leurs principaux membres. Ce questionnaire, portant sur les coûts de gestion et sur la volumétrie des unités d'œuvre du secteur, a été rempli par l'ensemble des caisses gérant la part obligatoire et par onze caisses complémentaires, toutes rattachées à la FNMF.

La mission a nourri ses réflexions de plus de 60 entretiens auprès des acteurs concernés (représentants des administrations centrales, directeurs des organismes de l'AMO et de l'AMC, cf. liste des personnes rencontrées) et a effectué plusieurs visites dans des structures locales de gestion (trois CPAM, une caisse de la MSA, une caisse du RSI).

Le secteur de l'assurance maladie est marqué par le poids des systèmes d'information (SI), qui structurent profondément son organisation et contribuent à expliquer les écarts d'efficacité entre organismes. Par ailleurs, la lettre de mission indiquait que « *les éventuelles propositions d'évolution organisationnelle [devraient] intégrer les capacités offertes par les SI en termes de référentiel et d'échanges de données* ». Aussi, et étant donnée l'expertise requise pour l'analyse d'outils matériels et logiciels gérant plusieurs millions de bénéficiaires, la mission s'est appuyée sur le SG MAP pour étudier ces sujets, à travers le recours à une équipe de trois consultants spécialisés.

³ Comptes de la sécurité sociale, rapport annuel de la DREES sur les organismes complémentaires, comptabilité analytique des CPAM établie par la CNAMTS, statistiques du RNIAM et du GIE SESAM Vitale.

⁴ La fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM) constitue le cinquième membre de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), qui représente l'ensemble des organismes complémentaires.

⁵ Fédération Nationale de la Mutualité Française.

⁶ Fédération Française des Sociétés d'Assurance.

⁷ Centre Technique des Institutions de Prévoyance.

⁸ Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance.

Rapport

La mission a conduit ses travaux dans le cadre spécifique de la MAP : après un comité de pilotage de lancement le 1^{er} mars 2013 regroupant les trois principaux régimes de protection sociale (CNAMTS, RSI, MSA), la DREES ainsi que des représentants du ministère de l'agriculture et du ministère du budget, la mission a présenté l'avancement de ses travaux à deux échéances (diagnostic le 14 mai 2013, propositions le 5 juillet 2013). Les organismes complémentaires et les régimes spéciaux ont été associés à travers deux comités de pilotage distincts, réunis au mois d'avril (respectivement le 11 et le 17 avril 2013) pour le démarrage de l'étude puis au mois de juillet à l'occasion de la présentation des propositions (respectivement le 16 et le 15 juillet 2013).

Après avoir établi un diagnostic de la structuration et des coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (partie I), le présent rapport détaille les recommandations de la mission en matière d'amélioration des processus métier (partie II), de recherche d'efficience par comparaison aux meilleures pratiques constatées (partie III) et de réorganisation structurelle de l'AMO (partie IV). La partie V conclut sur la combinaison de ces différents axes, sur le calendrier de déploiement des actions à entreprendre et sur les gains à en attendre à court terme (2017) et à moyen terme (2020).

La mission précise que ses travaux ne visent pas à comparer les performances de l'AMO et de l'AMC en matière de coûts de gestion, mais à en réduire le montant global ; les deux secteurs opèrent sur des activités dont l'intersection et la comparabilité sont limitées, ainsi que l'illustre le rapport de la DREES paru en 2013⁹.

Enfin, la mission a considéré pour établir ses propositions que chacun des régimes obligatoires était maintenu et que les droits à prestations y demeuraient inchangés.

⁹ *Rapport 2012 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, DREES, mars 2013.

1. La gestion de l'assurance maladie est marquée par une organisation complexe et par un nombre réduit de processus de masse

1.1. Le paysage de l'assurance maladie fait intervenir 86 opérateurs de l'assurance maladie obligatoire et 682 organismes complémentaires

La France dispose d'une couverture maladie de base universelle dans la mesure où chacun des régimes de base, obligatoire, est en monopole sur une catégorie de la population, généralement déterminée de manière professionnelle¹⁰ et que l'ensemble des régimes couvre la totalité de la population résidente. Ce système universel est complété par des assurances complémentaires non obligatoires, gérées dans un cadre concurrentiel.

A la segmentation verticale entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC) s'ajoute une fragmentation horizontale de chacun de ces secteurs, liée au nombre élevé d'opérateurs en présence.

1.1.1. La gestion du régime obligatoire d'assurance maladie est effectuée par 86 opérateurs parmi lesquels la CNAMTS exerce un rôle prépondérant

Au 1^{er} janvier 2013, le répertoire national inter régimes l'assurance maladie (RNIAM) recense 68,74 millions de bénéficiaires de l'assurance maladie¹¹, dont **59,07 millions de bénéficiaires du régime général** (85,6 % des personnes).

Les deux autres principaux régimes d'assurance maladie obligatoire sont **le régime social des indépendants** (RSI, 4,07 millions de bénéficiaires, soit 5,9 % du total) et le **régime agricole** (3,33 millions de bénéficiaires en regroupant régime des salariés et régime des non salariés, soit 4,8 % du total).

Après réintégration au régime général des régimes de la Banque de France et de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (respectivement en 2007 et 2012), onze autres régimes d'assurance maladie obligatoires dits « régimes spéciaux » couvrent des populations spécifiques, pour un total de 2,4 millions de bénéficiaires¹².

Si le nombre total de bénéficiaires couverts par l'assurance maladie obligatoire croît de 1,0 % par an, en moyenne, depuis 2005, les évolutions sont contrastées entre régimes :

- ◆ le public affilié dans les CPAM croît de 1,1 % par an, à un rythme supérieur à la moyenne ;
- ◆ le RSI a gagné un million de bénéficiaires entre début 2009 et début 2013, à la faveur de la création du statut d'auto-entrepreneur (+5 % par an entre 2005 et 2013) ;
- ◆ certains régimes, caractérisés par une population âgée et par un nombre d'actifs structurellement décroissant, connaissent une baisse marquée : régime des mines (CANSSM : -5,4 % par an), régime des marins (ENIM, -2,8 % par an), régime agricole (-1,7 % par an, du fait de la réduction du nombre d'exploitants) ;
- ◆ les régimes des armées (CNMSS, -1,5 % par an) et de la SNCF (-1,3 % par an) connaissent une évolution en phase avec celles de leurs effectifs sous statut.

¹⁰ Ce principe connaît toutefois des exceptions : concurrence entre mutuelles étudiantes, entre MSA et Gamex pour les exploitants agricoles et entre opérateurs conventionnés du RSI.

¹¹ Soit davantage que de personnes résidant en France, ainsi que présenté au paragraphe 1.1.3.2 du présent rapport.

¹² Cf. tableaux 1 et 2 du présent rapport, ainsi que l'annexe portant sur les régimes spéciaux d'AMO.

Rapport

**Tableau 1 : Evolution des effectifs gérés par les régimes d'assurance maladie obligatoire
(en milliers de bénéficiaires, au 1^{er} janvier de chaque année)**

Organisme d'AMO	2005	2007	2009	2011	2013	Part en 2013	Evolution 2005-2013	Taux moyen annuel
Régime général et CAMIEG	54 522	56 508	57 736	58 679	59 459	86,5 %	9,1 %	1,1 %
<i>dont CNAMTS</i>	46 536	48 398	49 365	50 131	50 922	74,1 %	9,4 %	1,1 %
<i>dont mutuelles délégataires de la fonction publique, mutuelles étudiantes, mutuelles L211-4 et CAMIEG*</i>	7 986	8 110	8 371	8 549	8 536	12,4 %	6,9 %	0,8 %
R.S.I. (ex-CANAM)	2 758	2 925	3 084	3 478	4 069	5,9 %	47,5 %	5,0 %
Régime Agricole (Gamex/MSA)	3 803	3 625	3 596	3 456	3 327	4,8 %	-12,5 %	-1,7 %
CNMSS	930	906	883	857	826	1,2 %	-11,1 %	-1,5 %
CPRSNCF	568	544	541	528	510	0,7 %	-10,2 %	-1,3 %
CANSSM	243	219	196	175	157	0,2 %	-35,6 %	-5,4 %
CRPCEN	107	112	115	114	115	0,2 %	6,9 %	0,8 %
ENIM	135	127	121	114	107	0,2 %	-20,5 %	-2,8 %
CCAS RATP	87	86	90	95	98	0,1 %	13,4 %	1,6 %
CAVIMAC	39	43	44	43	43	0,1 %	10,9 %	1,3 %
Caisse des Français de l'étranger	22	18	16	14	13	0,0 %	-41,8 %	-6,5 %
Assemblée nationale	5,8	5,5	5,6	5,7	5,9	0,0 %	1,6 %	0,2 %
Sénat	4,2	4,1	4,2	4,1	4,1	0,0 %	-2,6 %	-0,3 %
Port autonome de Bordeaux	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,0 %	10,4 %	1,2 %
CCIP	7,5	7,5	7,9	7,9	0,5	0,0 %	-93,1 %	-28,4 %
Banque de France	40,6	38,6	0,4	0,2	0,2	0,0 %	-99,5 %	-48,4 %
<i>Total</i>	63 273	65 171	66 439	67 574	68 736	100,0 %	8,6 %	1,0 %

Source : RNIAM.

* La CAMIEG n'était pas isolée des délégataires du RG dans les données transmises à la mission.

Au sein du régime agricole, une concurrence est instituée entre la mutualité sociale agricole (MSA, 1,48 million de bénéficiaires) et le Gamex (150 000 bénéficiaires) **pour la gestion des exploitants agricoles**, tandis que la MSA est seul opérateur pour les salariés agricoles. Le Gamex, groupement de seize assureurs, a confié la gestion du risque maladie à un groupement de moyens, Apria RSA, qui a la forme juridique d'une association loi 1901.

Par ailleurs, la couverture maladie obligatoire d'une partie des bénéficiaires des trois principaux régimes est confiée en gestion à des organismes délégataires.

Au sein du régime général, 50,92 millions de bénéficiaires sont pris en charge par la CNAMTS (CPAM et CGSS) et 8,15 millions par trois catégories d'organismes délégataires :

- ◆ 7 mutuelles de la fonction publique d'Etat, dont MFPS regroupant 19 mutuelles, pour 5,19 millions de fonctionnaires d'Etat et leurs ayants droits (article L.712-6 du code de la Sécurité sociale - CSS) ;
- ◆ un duopole constitué d'une part de 10 mutuelles étudiantes régionales et d'autre part de la mutuelle des étudiants (LMDE), pour la prise en charge de 2,29 millions de bénéficiaires du régime étudiant de Sécurité sociale (RESS, article L.381-3 du CSS)¹³ ;

¹³ Le RNIAM recense 2,29 millions de bénéficiaires du RESS, contre 1,73 millions d'après les mutuelles étudiantes, cf. paragraphe 1.1.3.2.

Rapport

- ◆ 11 mutuelles délégataires de CPAM pour 0,67 million de bénéficiaires, opérateurs organisés en sections locales de plus de 100 adhérents (mutuelles dites de l'article L.211-4 du CSS, en charge de la gestion de fonctionnaires territoriaux et de membres de la fonction publique hospitalière).

Enfin, l'assurance maladie des travailleurs indépendants repose sur une répartition des tâches entre les caisses du RSI et des organismes conventionnés (OC) : la RAM (réunion d'assureurs ayant confié leur gestion à APRIA) ainsi que 24 mutuelles (à fin 2011).

Au total, ce sont **86 opérateurs indépendants qui sont amenés à gérer la partie obligatoire** des bénéficiaires de l'assurance maladie.

1.1.2. Les périmètres de gestion, en termes de risque comme de processus, varient entre les différents régimes et opérateurs de l'AMO

Seul régime universel et guichet unique pour ses bénéficiaires, la MSA gère les quatre risques famille, vieillesse, maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), ainsi que le recouvrement des cotisations pour l'ensemble de ces risques. La CNAMTS gère le risque maladie, comme par exemple, la CNMSS, la CAMIEG ou le RSI pour les professions libérales. Sept régimes couvrent le risque AT-MP en sus du risque maladie et huit s'étendent au risque vieillesse. En dehors de la MSA, seul le RSI, pour les seules professions libérales, a conservé le recouvrement des cotisations d'assurance maladie.

Les périmètres variables en matière de risques pris en charge rendent plus complexes les mutualisations (voire les rapprochements) des opérateurs de gestion. Ils impliquent également une souplesse des assurés au moment d'un changement de régime, avec un nombre de bascules d'organismes de Sécurité sociale qui varie en fonction du régime de départ et de celui d'arrivée.

Tableau 2 : Risques couverts par les opérateurs de l'AMO

Public bénéficiaire (régime)	Organisme de gestion	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Recouvrement
Bénéficiaires du R. Général	CNAMTS et délégataires	X				
Salariés agricoles	MSA	X	X	X	X	X
Exploitants agricoles	MSA	X	X	X	X	X
	Gamex	X	X	X	X	
Professions libérales	RSI et OC	X				X
Artisans et commerçants	RSI et OC	X		X		
Militaires	CNMSS	X	X			
Régime de la SNCF	CPRPSNCF	X	X	X		
Clercs et employés de notaires	CRPCEN	X		X		
RATP	PEPS RATP	X	X			
Marins	ENIM	X	X	X		
Ind. électriques et gazières	CAMIEG	X				
Cultes	CAVIMAC	X		X		
Sénat	CASS Sénat	X		X		
Mines	CANSSM	X	X			
Assemblée nationale	FSS AN	X				
Port de Bordeaux	GPM de Bordeaux	X				

Source : Mission IGAS/IGF.

Rapport

A cette mosaïque institutionnelle, s'ajoute une imbrication des structures. Certains processus sont en effet gérés par plusieurs acteurs ou par une caisse pour le compte d'une autre, ainsi que l'illustrent les cas suivants :

- ◆ l'affiliation des étudiants est effectuée par les établissements d'enseignement supérieur ;
- ◆ la gestion du fichier des bénéficiaires du RSI est partagée entre caisses du RSI et organismes délégataires ;
- ◆ la gestion du régime des industries électriques et gazières est répartie entre CAMIEG (affiliation, gestion du fichier des bénéficiaires) et la CPAM de Nanterre (liquidation des prestations), le contrôle médical étant effectué par la CPAM de résidence ;
- ◆ le contrôle médical des bénéficiaires de l'ensemble des délégataires du régime général relève des services de la CNAMTS.

Enfin, la CNAMTS, dont le directeur est également directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam¹⁴), assure certaines fonctions pour le compte de l'ensemble des acteurs du secteur, et notamment :

- ◆ la négociation conventionnelle avec les professionnels de santé ;
- ◆ la maîtrise d'ouvrage des projets développés par le GIE SESAM Vitale.

1.1.3. La fragmentation du secteur de l'AMO génère des surcoûts liés aux transitions entre régimes et réduit la fiabilité des bases des organismes, avec une problématique spécifique liée à l'organisation du régime étudiant

1.1.3.1. L'existence d'une multiplicité de régimes se traduit par une gestion coûteuse des parcours des bénéficiaires

Si l'AMO était unifiée au sein d'un régime et que sa gestion reposait sur un unique opérateur dont les bases de données informatiques étaient fusionnées¹⁵, les évolutions de la situation professionnelle des assurés n'auraient pas d'impact sur les coûts de gestion.

Parmi les 86 opérateurs d'un régime de base, les principaux (CNAMTS, MSA, RSI et ses délégataires) ont historiquement organisé la gestion du régime à un échelon local (102 CPAM, 35 caisses de MSA, 30 caisses du RSI), avec des bases autonomes pour chacune des caisses locales. Dès lors, pour les bénéficiaires de ces régimes, tout déménagement hors du ressort géographique de la caisse locale¹⁶ et tout changement de régime (associé à un changement d'employeur, à la perte d'emploi, à des études supérieures) génèrent une **mutation interne à un régime ou une mutation externe** vers un régime preneur.

Les mutations sont comptabilisées à travers les demandes de rattachement au RNIAM, répertoire national qui donne pour chaque numéro d'identification d'un bénéficiaire (NIR) l'identité de sa caisse.

¹⁴ Créée par la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, l'Uncam regroupe les trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général, le régime agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI). Ses fonctions consistent à conduire la politique conventionnelle, à définir le champ des prestations admises au remboursement et à fixer le taux de prise en charge des soins.

¹⁵ Ou rendues transparentes les unes vis-à-vis des autres.

¹⁶ Les exceptions concernent notamment les régimes spéciaux qui ont, au regard de leur base d'affiliés plus restreinte, constitué des bases de données nationales. Par ailleurs, la CNAMTS a programmé en 2013 le regroupement physique des bases informatiques à Toulouse puis l'extension progressive de la taille des couloirs informatiques au sein desquels les informations des CPAM peuvent être partagées.

Rapport

En 2012, plus de 8,3 millions de mouvements ont ainsi été recensés pour l'ensemble de l'AMO, pour une estimation de 1 800 ETP¹⁷ affectés à leur traitement d'après les calculs de la mission, soit 90 M€ de coûts par an¹⁸. 2,31 millions de mutations entre régimes ont été effectuées, soit un taux annuel de 3,3 %.

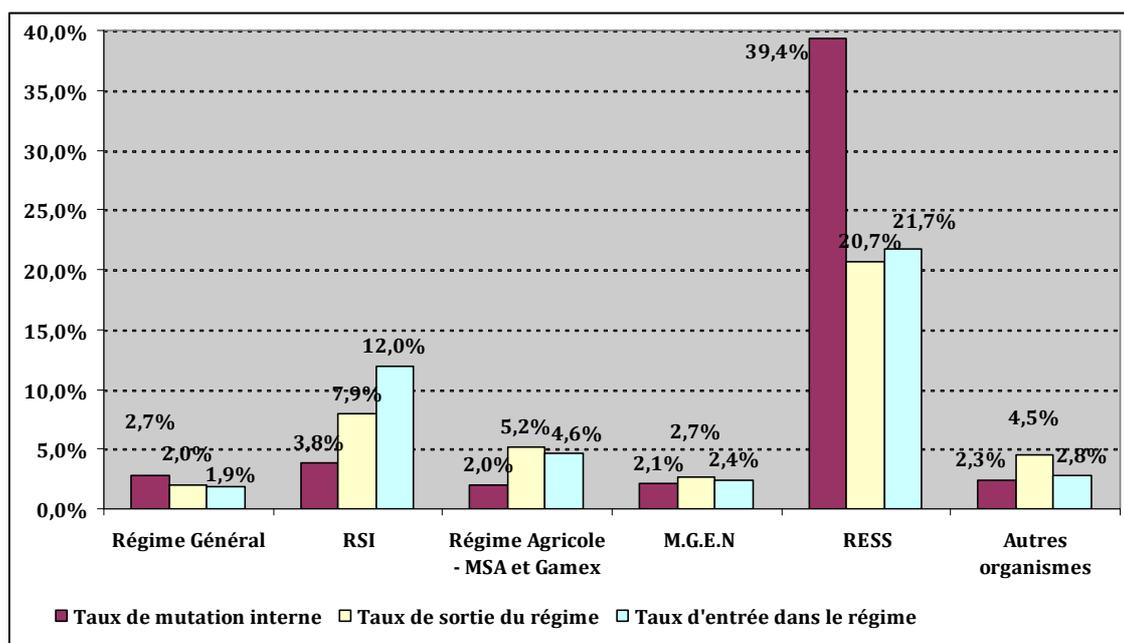
Tableau 3 : Volumétrie des mutations et affiliations effectuées en 2012 au sein de l'AMO

Catégorie de mouvement d'affilié	Nombre de mouvements en 2012	Délai unitaire de gestion (en heure)	ETP
Mutations internes à un organisme	2 698 701	0,33	665
Mutations sortantes vers d'autres organismes	2 308 906	0,33	569
Mutations entrantes issues d'autres organismes	2 308 906	0,33	569
Nouvelles affiliations	1 067 949	1,00	790
Ensemble des mouvements	8 384 462	0,42	2 593

Source : RNIAM, calculs de la mission IGAS/IGF. Les estimations de délai unitaire de traitement ont été effectuées sur la base des visites de caisses d'assurance maladie.

Parmi les principaux régimes, ceux qui génèrent le plus de mutations proportionnellement à leur taille sont le régime étudiant et le RSI. Dans les deux cas, les mouvements sont majoritairement effectués vers ou en provenance des CPAM¹⁹.

Graphique 1 : Taux de rotation des bases de données des principaux régimes d'AMO



Source : RNIAM, calculs de la mission IGAS/IGF.

Note de lecture : en 2012, 3,8 % du nombre des bénéficiaires gérés par le RSI recensés par le RNIAM ont fait l'objet d'une mutation interne au régime ; 7,9 % ont quitté le régime pour en rejoindre un autre et 12,0 % ont été rattachés au RSI par mutation entrante.

Pour assurer l'homogénéité des données présentées, les effectifs recensés correspondent aux données du RNIAM. Pour les étudiants, les données portant sur le stock de bénéficiaires sont surestimées, tandis que celles relatives aux flux (mutations, nouveaux affiliés) sont fiables. Les ratios entre flux et stock se retrouvent ainsi biaisés à la baisse.

¹⁷ Les retours des CPAM visitées amènent à estimer à 400 ETP les effectifs des CPAM affectés aux seules mutations internes (1,4 millions en 2012), soit environ 23 minutes de traitement d'une mutation interne.

¹⁸ Hypothèses retenues par la mission : 193 jours de travail annuel par ETP et valorisation d'un ETP à hauteur de 50 k€ de masse salariale et de coûts directs de fonctionnement.

¹⁹ Les CPAM couvrent d'après le RNIAM 74 % des bénéficiaires de l'assurance maladie. Pour le RSI, 92 % des mouvements entrants et 87 % des mutations sortantes sont effectués avec les CPAM. Pour le RESS, ces proportions s'élèvent respectivement à 76 % et 86 %.

Rapport

Le statut de transition du régime étudiant de Sécurité sociale (RESS), associé à une durée d'affiliation courte (trois ans), se traduit par des mouvements inter-régimes nombreux au regard de sa base d'affiliés. Avec 1,7 millions d'affiliés²⁰, ce dernier ne représente que 2,6 % des bénéficiaires et **3,7 % des assurés** de l'assurance maladie obligatoire, mais **20,6 % des mutations sortantes et 21,5 % des mutations entrantes concernent le RESS.**

De même, les transferts au sein du RESS (903 658 recensés, soit **33,5 % des mutations internes du secteur**) sont dus à l'obligation de ré-affiliation annuelle des étudiants, qui n'existe pas pour les autres régimes.

Avec 1,89 millions de mouvements (nouvelles affiliations, entrées ou sorties) réalisés en 2012, d'après les statistiques de demandes de rattachement au RNIAM, le régime étudiant représente **22,5 % des opérations de gestion de ce type, tous régimes confondus** (8,38 millions).

1.1.3.2. Les déclarations de bénéficiaires des caisses de l'AMO surestiment de 7 millions le nombre de résidents en France et près de 8 millions de cartes Vitale surnuméraires apparaissent être toujours actives

Au 1^{er} janvier 2013, **65,58 millions de personnes résident en France** (hors Mayotte) d'après les statistiques de l'Insee. A la même date, le **RNIAM recense 68,74 millions** de bénéficiaires vivants de l'assurance maladie obligatoire (soit au moins trois millions d'effectifs surnuméraires) et les **caisses déclarent prendre en charge 72,31 millions de bénéficiaires** (près de sept millions de personnes au-delà de la population résidente selon l'INSEE).

Le même constat d'effectifs surnuméraires a été dressé par la DSS (bureau 6A), responsable de la compilation des données utilisées pour établir les comptes de la Sécurité sociale (CSS).

Une enquête réalisée en 1988, non reconduite depuis, a **défini pour tous les régimes autres que le régime général des coefficients correcteurs appliqués aux déclarations des régimes** (compris entre 0,9506 pour la RATP et 0,9845 pour la CNMSS), à partir de sondages auprès des personnes inscrites aux régimes. Avant la mise en œuvre de cette correction, les effectifs de bénéficiaires transmis par les régimes dépassaient d'environ trois millions la population recensée par l'INSEE. Cet écart aurait ainsi été plus que doublé entre 1988 et 2013.

Les causes des écarts sont multiples :

- ◆ bases des régimes non mises à jour ;
- ◆ étrangers ayant encore des droits mais repartis dans leur pays d'origine ;
- ◆ difficulté des régimes à estimer le nombre d'ayants droits (avec notamment un sujet de double affiliation des enfants).

De façon générale, le nombre de bénéficiaires des régimes (au premier rang desquels le régime général) est ainsi sujet à caution. La mission a retenu les données considérées comme les plus pertinentes (issues du RNIAM, des CSS ou des déclarations des caisses de l'AMO) en fonction du contexte, pour assurer un traitement homogène du secteur.

²⁰ Au regard des réserves évoquées au paragraphe 1.1.3.2 quant à la fiabilité des statistiques du RNIAM portant sur le stock d'affiliés au RESS, la mission a retenu ici les données déclarées par les mutuelles. Le nombre de bénéficiaires est par ailleurs sensiblement équivalent au nombre d'assurés (écart réduit à 0,4 %).

Rapport

Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires des principaux régimes d'après la commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) et d'après le RNIAM, en 2011

Régime	Nombre de bénéficiaires d'après la CCSS	Nombre de bénéficiaires recensés au RNIAM	Ecart
Régime général	ND	58 291 387	ND
CANAM / RSI	3 917 224	3 477 875	12,6 %
Régime agricole	3 450 900	3 456 443	-0,2 %
CNMSS	878 170	856 930	2,5 %
SNCF	542 131	528 432	2,6 %
RATP	105 117	95 384	10,2 %
CANSSM	168 504	175 455	-4,0 %
ENIM (marine)	106 530	114 059	-6,6 %
CRPCEN (clercs de notaires)	114 419	114 282	0,1 %
CAVIMAC (cultes)	43 379	43 145	0,5 %

Sources : DSS (bureau 6A) pour les données CSS, RNIAM

De même, l'Insee estime à 52,60 millions de personnes en 2013 la population résidente âgée de plus de 16 ans, un majorant de la population censée être équipée d'une carte Vitale²¹. Or le GIE SESAM Vitale dénombre 60,36 millions de cartes Vitale actives, ce qui porte à **7.76 millions le nombre de cartes en doublon ou de cartes qui auraient dû être désactivées.**

Qu'il s'agisse des titulaires de cartes Vitale ou du nombre de bénéficiaires, les plus forts écarts sont constatés pour le régime étudiant. En raison de la brièveté de l'affiliation et des délais de rattachement des étudiants à leur caisse de sortie, le RNIAM recense un nombre de bénéficiaires supérieur de 33 % aux effectifs déclarés par les mutuelles étudiantes. **Ces 570 000 personnes devraient en théorie être rattachées aux caisses de sortie du régime étudiant** (le régime général, pour 86 % d'entre eux).

De même, le GIE Sésame Vitale estime que 2,5 millions de carte Vitale actives sont rattachées au RESS, qui ne compte que 1,7 millions d'assurés et une proportion négligeable d'ayants droits de plus de 16 ans²² (soit **47 % de cartes surnuméraires**). L'excédent correspond à des rattachements erronés au RESS et à des cartes en doublon.

Tableau 5 : Comparaison entre les effectifs recensés au RNIAM et ceux déclarés par les organismes d'AMO, ainsi qu'avec les cartes Vitale actives (en milliers d'unités) au 1^{er} janvier 2013

Organisme d'AMO	Bénéficiaires rattachés au RNIAM (1)	Bénéficiaires déclarés par les caisses (2)	Ecart (2)/(1) (en %)	Assurés déclarés par les caisses (4)	Cartes Vitale actives (5)	Ecart (5)/(4) (en %)	Bénéficiaires par assuré (2)/(4)
Régime général	59 071	62 256	5,4 %	44 223	49 839	12,7 %	1,41
dont CNAMTS	50 922	54 625	7,3 %	38 350	41 978	9,5 %	1,42
dont MGEN	2 843	2 894	1,8 %	2 041	2 300	12,7 %	1,42
dont mutuelles étudiantes	2 294	1 726	-24,8 %	1 718	2 542	47,9 %	1,00

²¹ Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie de plus de 16 ans peut disposer d'une carte Vitale à son nom. Elle est adressée à l'assuré social lorsque les coordonnées postales spécifiques du bénéficiaire ne sont pas connues par l'Assurance Maladie. Depuis la loi CMU et le 1^{er} janvier 2000, toute personne résidant en France de façon stable et régulière depuis plus de 3 mois peut bénéficier du régime général d'assurance maladie.

²² L'âge limite d'affiliation au régime étudiant est de 28 ans. Par ailleurs, l'écart entre le nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droits confondus : conjoints et enfants de tous âges) et le nombre d'assurés est de l'ordre de 0,4 % (soit environ 8 000 personnes).

Rapport

Organisme d'AMO	Bénéficiaires rattachés au RNIAM (1)	Bénéficiaires déclarés par les caisses (2)	Ecart (2)/(1) (en %)	Assurés déclarés par les caisses (4)	Cartes Vitale actives (5)	Ecart (5)/(4) (en %)	Bénéficiaires par assuré (2)/(4)
<i>dont autres mut. délégataires de la FP et mutuelles L211-4*</i>	3 011	3 011	0,0 %*	2 114	3 020	42,9 %	1,42
R.S.I. **	4 069	4 069	0,0 %**	2 826	4 456	57,7 %	1,44
Régime Agricole (Gamex +MSA)	3 327	3 513	5,6 %	2 678	3 603	34,5 %	1,31
CNMSS	826	875	5,9 %	566	876	54,7 %	1,54
CPRSNCF	510	533	4,6 %	365	491	34,5 %	1,46
CAMIEG	388	514	32,5 %	296	431	45,7 %	1,74
CANSSM	157	154	-1,9 %	119	199	67,6 %	1,30
CRPCEN	115	122	6,5 %	83	117	41,0 %	1,47
ENIM	107	103	-4,1 %	75	116	54,1 %	1,37
CCAS RATP	98	104	6,3 %	75	105	39,7 %	1,39
CAVIMAC	43	45	4,0 %	41	106	154,8 %	1,08
Caisse des Français de l'étranger*	12,8	12,8	0,0 %*	9,0	0,6	-93,3 %	1,42
Assemblée nationale *	5,9	5,9	0,0 %*	4,2	5,7	37,4 %	1,42
Sénat*	4,1	4,1	0,0 %*	2,9	4,4	52,4 %	1,42
Port autonome de Bordeaux*	0,7	0,7	0,0 %*	0,5	0,5	7,5 %	1,42
Total	68 736	72 313	5,2 %	51 365	60 358	17,5 %	1,41

Sources : RNIAM pour les bénéficiaires au 1^{er} janvier 2013, GIE SESAM Vitale pour les cartes Vitale actives au 1^{er} janvier 2013, retour des organismes aux questionnaires de la mission IGAS/IGF pour les effectifs déclarés au titre de l'année 2012 (assurés et bénéficiaires)

** La mission n'ayant pas fait parvenir de questionnaire à cet organisme, le nombre de bénéficiaires déclarés a été estimé au niveau du nombre de bénéficiaires recensés au RNIAM. Le nombre d'assurés en est déduit en retenant le ratio de bénéficiaires par assuré des CPAM (soit 1,42 bénéficiaire par assuré).*

*** La mission n'ayant pas fait parvenir de questionnaire à l'ensemble des OC du RSI, le nombre de bénéficiaires déclarés a été estimé au niveau du nombre de bénéficiaires recensés au RNIAM. Le nombre d'assurés en est déduit en retenant le ratio de bénéficiaires par assuré géré par la RAM (soit 1,44 bénéficiaire par assuré).*

1.1.4. L'assurance maladie complémentaire reste très majoritairement gérée de façon cloisonnée par rapport à l'assurance maladie obligatoire

A fin 2011, 682 organismes complémentaires (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance, mutuelles)²³ assuraient la couverture complémentaire de près de 88 % des personnes résidant en France²⁴. Leurs remboursements représentent 13,7 % des dépenses de soins de santé prises en charge. Les mutuelles restent largement majoritaires en termes de part de marché (56 % en 2011) même si les sociétés d'assurance ont gagné des parts de marché significatives, celles-ci passant de 19 % en 2001 à 27 % en 2011.

²³ Source : rapport du fonds CMU 2011.

²⁴ Dans ce chiffre ne sont pas compris les 2,2 millions de bénéficiaires couverts par le régime d'Alsace-Moselle et les 5 % de bénéficiaires de la CMU-C (les organismes du RC n'assurent que 15 % des bénéficiaires de la CMU-C).

Rapport

La réglementation prudentielle, conjuguée au renchérissement de l'activité du fait notamment des désengagements de la sécurité sociale, a accéléré le mouvement de regroupement des différents organismes, sans doute dans l'objectif d'accroître le professionnalisme des acteurs et les marges par effet de taille. La nécessité d'avoir une dimension nationale et une force commerciale importante pour répondre aux différents appels d'offre notamment dans le cadre du dernier accord national interbranche (ANI) est un autre moteur du regroupement

Sur le seul champ de l'AMC²⁵, le nombre d'organismes complémentaires est passé sur la période 2007-2012 de 994 (99 sociétés d'assurance, 46 institutions de prévoyance, 849 mutuelles) à 682 (93 sociétés d'assurance, 29 institutions de prévoyance, 560 mutuelles).

Cependant, le monde des mutuelles reste très morcelé. Sur les 521 mutuelles enregistrées au fonds CMU à fin 2011, les 100 premières mutuelles en terme de chiffre d'affaires santé représentaient 87 % de l'assiette du fonds CMU. En comparaison, seulement 7 % des institutions de prévoyance (IP) et 10 % des sociétés d'assurance ont un chiffre d'affaires inférieur à 10 M€.

Deux types de contrats existent dans le domaine de l'assurance complémentaire :

- ◆ les contrats individuels ;
- ◆ les contrats collectifs, souscrits par des entreprises pour leurs salariés.

Les mutuelles et les sociétés d'assurance non-vie sont majoritairement positionnées sur le marché de l'assurance santé individuelle, qui représente plus de 70 % de leurs contrats. A l'inverse, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance mixte sont surtout présentes sur le marché des contrats collectifs, qui représente 80 à 90 % de leur activité.

Les organismes du RC gèrent, à travers ces différents types de contrats, un nombre très important de formules, à la différence des régimes d'assurance maladie obligatoire : ainsi AXA gère par exemple 35 000 formules différentes dans le cadre de ses contrats collectifs et 260 dans la cadre de ses contrats individuels. Chaque année, les formules peuvent être au surplus modifiées afin de se différencier de la concurrence.

Les contrats étant renouvelables chaque année, le taux de rotation des assurés est également un élément différenciant par rapport aux régimes de base : la durée de vie d'un contrat complémentaire est, en moyenne, de 6 à 7 ans.

La liquidation conjointe de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire est peu développée. Par exception, il existe, toutefois, plusieurs exemples d'une gestion combinée de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire :

- ◆ outre le régime d'Alsace-Moselle (assurance complémentaire obligatoire), la gestion conjointe est effectuée par les mutuelles étudiantes et de fonctionnaires, avec des taux de mutualisation variables (environ 10 % pour les mutuelles étudiantes, de l'ordre de 80 % pour les mutuelles de fonctionnaires d'Etat) ;
- ◆ certains régimes d'assurance maladie obligatoire liquident des prestations d'assurance maladie complémentaire dans le cadre de la gestion pour compte de tiers : c'est le cas en particulier des caisses de la mutualité sociale agricole qui facturent pour ce faire de 15 à 20 euros par bénéficiaire (utilisation des flux dit « Noémie 3 ») ;
- ◆ la CPAM de Nanterre liquide les prestations de la CAMIEG, y compris pour la part correspondant des prestations complémentaires.

²⁵ Source rapports du Fonds CMU.

1.1.5. La coordination par l'Etat des chantiers informatiques structurants communs aux opérateurs de l'assurance maladie est centrée sur l'approbation de la stratégie de la CNAMTS

La Cour des comptes a analysé en 2010 le SI de la branche maladie du régime général²⁶ puis en 2013 le pilotage des télé-services de santé²⁷. De ces éléments et des observations de la mission, il ressort que le pilotage des maîtrises d'ouvrage informatiques est aujourd'hui éclaté entre différents acteurs :

- ◆ l'Etat assure une maîtrise d'ouvrage stratégique à travers trois directions :
 - la direction générale de l'offre de soins (DGOS) coordonne les SI hospitaliers ;
 - la direction de la Sécurité sociale (DSS) élabore un schéma directeur stratégique des SI de la protection sociale à dix ans mais dispose de peu de moyens pour en assurer le suivi ;
 - la délégation à la stratégie des SI de santé (DSSIS) a pour mission, depuis 2011, d'animer et de coordonner le pilotage stratégique de la politique d'informatisation du système de santé (référentiels, sécurité, interopérabilité, normes, utilisation des données de santé...).
- ◆ le code de la Sécurité sociale confie aux caisses nationales la coordination du SI de leurs branches et la maîtrise de leur schéma directeur informatique. La CNAMTS est ainsi maître d'ouvrage (pilotage technologique, financement et supervision des prestataires) de l'ensemble des SI et télé-services du régime général d'assurance maladie ;
- ◆ les organismes d'assurance maladie complémentaire sont leurs propres maîtres d'ouvrage ; ils dépendent toutefois, des données collectées par l'AMO pour gérer leurs remboursements complémentaires ;
- ◆ le GIE SESAM-Vitale est maître d'œuvre du système Vitale. Dans le périmètre des nouveaux services en ligne de l'assurance maladie obligatoire à destination des professionnels de santé, il est en charge de la relation avec les éditeurs de logiciels et de la sécurisation des échanges par carte ;
- ◆ le GIP ASIP Santé est le maître d'ouvrage de la carte de professionnel de santé, du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), du dossier médical personnel, de la messagerie sécurisée unique de santé. Il est à l'origine de plusieurs référentiels d'interopérabilité et d'agrément ;
- ◆ les professionnels et les établissements de santé adoptent des logiciels du marché, chargés notamment de la facturation des soins à l'assurance maladie.

Les services développés par le régime général depuis 2008 (services à destination des assurés, des employeurs et des professionnels de santé ; développement de l'infogérance) témoignent des capacités de la CNAMTS à procéder à la modernisation de son SI. La CNAMTS a défini une stratégie informatique à moyen terme, et procède à des développements par étapes qui limitent les risques opérationnels liés à chaque projet.

L'approbation du SDSI de la CNAMTS en 2011 et les propos recueillis par la mission auprès des directions de l'AMO et de l'AMC témoignent, par ailleurs, **d'un accord du secteur quant aux orientations stratégiques retenues par le régime général, en particulier à travers le développement de la dématérialisation sur le poste des professionnels de santé.**

²⁶ « Le SI de la branche maladie du régime général », Cour des comptes, septembre 2010.

²⁷ « Les télé-services publics de santé : un pilotage toujours insuffisant », Cour des comptes, février 2013.

Rapport

Toutefois, la mission a identifié certaines faiblesses persistantes de pilotage des SI du secteur de l'assurance maladie :

- ◆ **l'absence de cible structurelle pour l'AMO** entraîne le manque d'une stratégie d'ensemble en matière de SI. Les rapprochements des SI entre caisses s'effectuent par opportunité, à l'initiative des organismes, et des investissements potentiellement redondants sont engagés par différents régimes ;
- ◆ le développement du « programme 2 » de la CNAMTS est marqué **par l'autonomie du régime général quant aux modalités d'association des autres opérateurs du RO, et plus encore des organismes gérant l'AMC** qui ne participent pas à ce dispositif. Les lettres adressées à la CNAMTS par le ministère demandant de « *préciser la nouvelle gouvernance du programme qui permettra d'associer tous ces partenaires à [sa] bonne marche* »²⁸ n'ont pas connu de réponse ;
- ◆ les projets de la CNAMTS, lorsqu'ils impactent l'ensemble de l'AMO, bénéficient d'un cadrage stratégique (à travers le SDSI) et d'une planification à court terme résultant des principes d'un développement « *lean* ». **Leur cadrage à moyen terme (deux à trois ans) pourrait être amélioré afin de permettre aux partenaires du RO de mieux programmer les investissements** qui sont de leur ressort et d'assurer un déploiement synchronisé vis-à-vis de affiliés et des professionnels de santé ;
- ◆ en dehors du fonctionnement continu et satisfaisant de l'infrastructure Vitale, la période 2010-2012 a été marquée par **l'échec de projets impliquant simultanément l'AMO et l'AMC, notamment en raison de la lourdeur de leur gouvernance** :
 - la carte DUO développée par la fédération française des sociétés d'assurances a été abandonnée, fragilisée par la perspective d'une sortie programmée du système Vitale au terme du développement d'une nouvelle infrastructure en ligne par l'AMO ;
 - le « programme 2 », restreint à l'AMO, a remplacé le projet Imars de développement d'une plateforme commune RO/RC de services en ligne à destination des professionnels de santé, projet mené par le GIE SESAM Vitale ;
 - les expérimentations relatives aux données de santé, mises en œuvre par les organismes complémentaires (en particulier celle menée par AXA), sont d'après les représentants d'Axa et de la FFSA, rencontrés par la mission, limitées dans leurs possibilités de déploiement par la position de la CNAMTS.

En l'état actuel, l'absence de stratégie d'ensemble présente plusieurs conséquences dommageables :

- ◆ une **impermeabilité croissante des frontières** entre régimes, en lien avec le développement de SI coûteux et spécifiques, qui renchérissent ou interdisent les possibilités d'évolution future du secteur ;
- ◆ un **sous-investissement ou un retard d'investissement des régimes ou des acteurs dont la pérennité ne semble pas assurée** (mutuelles étudiantes, Gamex), avec des conséquences sur la qualité du service rendu aux assurés ;
- ◆ des retards de développement de services globaux, liés à la position prédominante de la CNAMTS et à sa capacité à sortir unilatéralement de projets initialement communs. Ainsi, le revirement de la CNAMTS quant à la collaboration RO-RC sur les services en ligne se traduit-il par une désorganisation du RC et par **un retard dans des projets de l'AMC porteurs de gains d'efficience** (devis en ligne, par exemple) ;

²⁸ Source: lettre du 11 juillet 2011 approuvant le schéma directeur informatique de la CNAMTS, citée dans le rapport public annuel 2013 de la Cour des comptes (« *Les téléservices publics de santé : un pilotage toujours insuffisant* »).

Rapport

- ◆ des **investissements redondants** entre caisses d'AMO d'une part, entre AMO et AMC d'autre part, du fait d'un manque de visibilité quant aux possibilités d'articulation commune ;
- ◆ un risque de **dédoublment entre AMO et AMC des outils destinés aux PS**, avec le risque de réduire leur ergonomie et leur adoption. Ainsi, faute de pouvoir s'intégrer au « programme 2 de la CNAMTS », les organismes complémentaires envisagent la possibilité de créer une infrastructure en doublon de celle de l'AMO ;
- ◆ un risque de non maîtrise des délais et des conditions de déploiement qui dépendent des éditeurs de logiciels.

1.2. Les coûts de gestion varient de façon significative et soulignent le poids prépondérant de la CNAMTS dans le secteur de l'assurance maladie

1.2.1. Les coûts de gestion de l'AMO et de l'AMC, de niveaux comparables, s'élèvent au total à 12,5 Md€

Sur le champ de l'assurance maladie obligatoire, les principales données disponibles sont collectées auprès des caisses d'assurance maladie par la DSS et sont présentées dans les rapports d'automne de la commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) :

- ◆ les coûts de gestion des régimes de base d'assurance maladie correspondent aux charges de gestion courantes nettes²⁹ de ces régimes ;
- ◆ les prestations servies par ces régimes distinguent les seules prestations légales des risques « maladie et maternité », et l'ensemble des prestations sociales servies par ces régimes (incluant les dépenses d'invalidité et les prestations extra-légales).

La mission a considéré, en revanche, que le rapport coût/intérêt d'une recherche de données relatives à des comparaisons internationales sur les coûts de gestion ne justifiait pas d'engager un tel travail.

Au-delà des difficultés de comparabilité de systèmes de santé différents et des problèmes méthodologiques soulevés, par exemple, par les données de l'OCDE, il est apparu que la mission devait se focaliser sur les moyens de réduire les coûts de gestion, quelle que fût l'appréciation faite de leur niveau au travers de comparaisons internationales.

En matière d'assurance maladie complémentaire, les seuls travaux publiés homogènes sur le secteur sont ceux effectués depuis 2009 par la DREES dans le cadre du rapport annexé au PLFSS sur la situation financière des organismes assurant une couverture complémentaire.

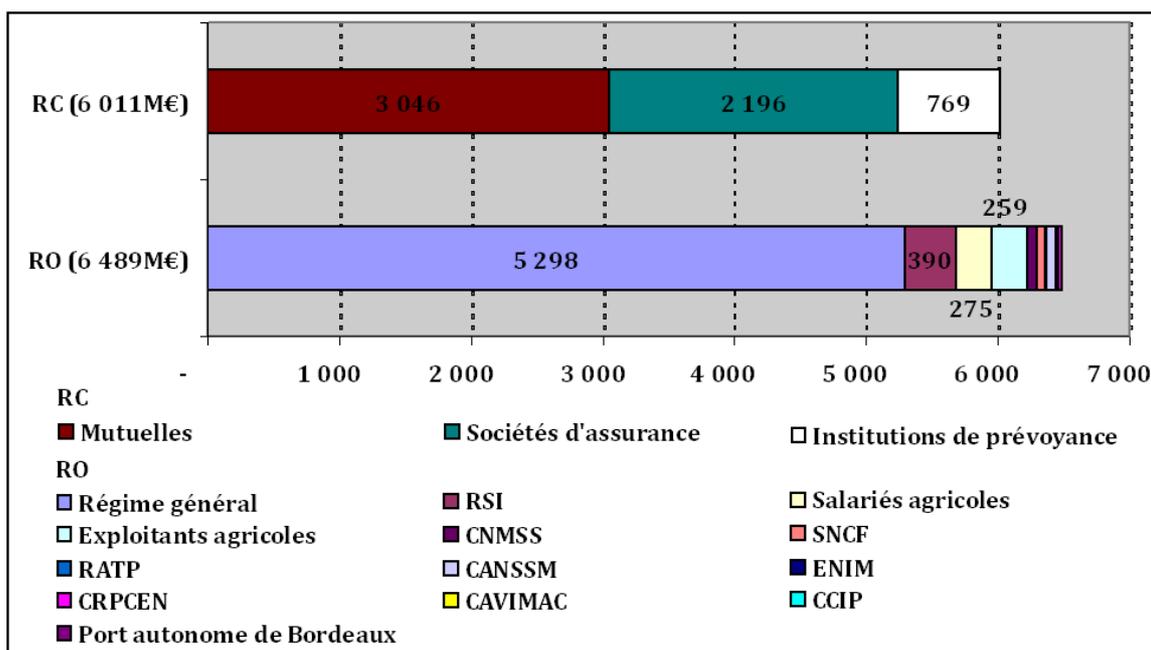
En valeur absolue, les coûts de gestion des régimes obligatoires et des organismes complémentaires qui ressortent de ces travaux sont comparables : **ils s'élèvent à 6 011 M€ (48,1 %) pour l'AMC³⁰ et à 6 489 M€ (51,9 %) pour l'AMO au titre de l'année 2011, soit un total de 12,5 Md€.**

²⁹ Comme précisé en page 215 du rapport de la CCSS d'octobre 2012, ces charges sont nettes au sens où elles « sont diminuées des reprises sur provisions sur prestations et autres charges techniques et n'intègrent pas les dotations aux provisions et ANV (admissions en non valeur) sur actifs circulants ».

³⁰ Frais hors taxes et hors contribution au fonds CMU.

Rapport

Graphique 2 : Coûts de gestion de l'AMO et de l'AMC au titre de l'année 2011



Source : DSS/SDEPF/6A pour l'AMO et DREES pour l'AMC.

Les coûts de gestion de l'AMO représentent en 2011 **3,70 % du montant total des prestations sociales versées** (qui couvrent un périmètre plus vaste que la seule consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), avec par exemple le versement de prestations en espèces). **Ceux de l'AMC atteignent en moyenne 22,50 % des sinistres payés**. La comparaison directe entre ces deux ratios n'aurait, cependant, aucune pertinence dans la mesure où la liquidation d'une part réduite d'un décompte peut s'avérer aussi coûteuse que celle d'une fraction importante de son montant.

En 2011, d'après les comptes nationaux de la santé, le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 240 Md€, soit 12 % du produit intérieur brut (PIB). La CSBM, qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 180 milliards d'euros. **La part de la CSBM financée par l'AMO est de 75,5 %, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,7 %**. Le reste à charge des ménages s'établit, quant à lui, à 9,6 % depuis 2009.

Tableau 6 : Rapport entre coûts de gestion et prestations versées pour l'AMO et l'AMC en 2011

	AMO	AMC
Coûts de gestion (1), en M€	6 489	6 011
Dont frais de gestion des sinistres (2), en M€	ND	1 443
Prestations versées en M€ (3), en M€	175 491	26 714
Coûts de gestion sur prestations versées (1)/(3)	3,70 %	22,50 %
Frais de gestion des sinistres sur prestations versées (2)/(3)	ND	5,40 %

Source : DSS/SDEPF/6A pour l'AMO et DREES pour l'AMC.

Rapport

1.2.2. Les coûts de gestion des organismes gérant le RO mettent en évidence la faible efficacité relative des régimes spéciaux et des mutuelles étudiantes

1.2.2.1. Le régime général représente à lui seul 82 % des coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire, pour 86 % des bénéficiaires

En 2011, le régime général couvrait 86,2 % des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire, pour des dépenses de gestion comptabilisées à hauteur de 5,30 Md€ dans les comptes de la Sécurité sociale, soit 81,6 % des dépenses de gestion de l'AMO. Le coût de gestion moyen par bénéficiaire du régime général s'établit à 90,9 €, un niveau inférieur à la moyenne nationale de 96,0 €.

Tableau 7 : ratios de gestion des régimes de base d'assurance maladie en 2011

Régime	Charges de gestion courante en M€ (1)	Prestations légales « maladie-maternité » en M€ (2)	Prestations sociales en M€ (3)	Bénéficiaires (maladie et AT) en milliers (4)	Ratio frais de gestions sur prestations (1)/(3)	Charges de gestion par bénéficiaire en € (1)/(4)
Régime général	5 298*	140 115	150 760	58 291**	3,5 %	90,9
CANAM / RSI	390	7 178	7 466	3 917	5,2 %	99,5
Salariés agricoles	275	3 965	4 271	1 825	6,4 %	150,4
Exploitants agricoles	259	6 811	7 131	1 626	3,6 %	159,3
CNMSS	78	1 497	1 623	878	4,8 %	88,3
SNCF	54	1 626	1 825	542	2,9 %	98,9
RATP	20	230	284	105	6,9 %	187,5
CANSSM	69	1 240	1 299	169	5,3 %	410,2
ENIM (marine)	22	303	321	107	6,7 %	202,5
CRPCEN (clercs de notaires)	17	258	325	114	5,3 %	152,0
CAVIMAC (cultes)	8	164	166	43,4	4,8 %	185,2
CCIP	1	17	19	8,25	5,8 %	131,5
Port autonome de Bordeaux	0	1	1	0,74	33,0 %	345,1
Total	6 489	163 406	175 491	67 627	3,7 %	96,0

Source : DSS/bureau 6A, calculs de la mission IGAS/IGF.

* Ont été retranchés des 5 914 M€ qui figurent dans les comptes de la Sécurité sociale 616 M€ qui correspondent au versement effectué par la CNAMTS au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS et de l'UCANSS.

**donnée RNIAM

Au sein des comptes de la Sécurité sociale, les coûts du régime général sont déterminés à partir des dépenses de la CNAMTS : les coûts de gestion des délégataires sont supposés être égaux aux remises de gestion versées par la CNAMTS pour les financer. Les coûts de gestion réels des délégataires ne sont de façon générale pas connus de la CCSS.

Sur un fonds national de gestion de 6,36 Md€ en 2011 pour la CNAMTS, 5,39 Md€ correspondent à la gestion du risque maladie du régime général (délégataires compris) et des activités AT-MP prises en charge par les CPAM.

En écartant la part de ces dépenses AT-MP et les remises de gestion versées aux délégataires (343 M€ pour les mutuelles étudiantes et les mutuelles de la fonction publique, 20 M€ environ pour les mutuelles L211-4), **les frais de gestion propres à la CNAMTS et au seul risque maladie s'élèvent à 4 572 M€ en 2011.**

Le coût de gestion par bénéficiaire de la CNAMTS peut ainsi être évalué entre 83,7 € et 89,8 €, en fonction de la source retenue pour le nombre de personnes couvertes (déclaration de la CNAMTS dans le premier cas, recensement du RNIAM dans le second).

Rapport

1.2.2.2. L'enquête conduite par la mission illustre des stades variés de mise en œuvre de la comptabilité analytique parmi les caisses de l'AMO

La mission a fait parvenir aux organismes gérant le régime obligatoire³¹ un questionnaire visant à détailler les coûts de gestion de l'AMO par nature (personnel, dépenses informatiques et autres frais de fonctionnement) et par processus de gestion.

Les réponses des caisses illustrent la difficulté à concevoir une enquête homogène pour des organismes aux périmètres d'activité variables, ainsi que, dans de nombreux cas, la dépendance des données renseignées vis-à-vis de clés de répartition (entre branches, risques et processus). De même, la segmentation de régimes entre plusieurs organismes gestionnaires³² accroît les marges d'erreurs.

Les caisses présentent des niveaux de maturité variables quant à l'analyse de leurs dépenses par processus. La CNAMTS a élaboré une comptabilité analytique détaillée des coûts de fonctionnement des CPAM et CGSS, qui porte sur un périmètre retraité de 2 960 M€³³. En revanche, les dépenses des autres structures de la CNAMTS ne font pas l'objet d'une ventilation par processus. En affectant les 616 M€ des DRSM au macro-processus régulation, **le taux de ventilation par processus des dépenses de la CNAMTS s'élève à 62 %.**

Certains organismes sont parvenus à renseigner et à ventiler entre processus l'intégralité des coûts de gestion qu'ils déclarent, selon la matrice qui leur a été soumise par la mission (Apria, CAMIEG et CPAM de Nanterre, CANSSM, ENIM, CRPCEN). Cependant, le total des dépenses déclarées diffère significativement des données de la CCSS pour la CANSSM et la CRPCEN.

A l'inverse, la CNMSS et la CRPSNCF ont ventilé moins de la moitié des dépenses totales de gestion qu'ils déclarent. La répartition des fonctions support et des dépenses informatiques entre processus est jugée complexe et artificielle, en l'absence de comptabilité analytique.

Pour les besoins de ses travaux, la mission a procédé à la ventilation par processus des dépenses non affectées, au prorata des ETP directs déclarés par les caisses pour chaque processus. Ce choix, arbitraire, est susceptible de déformer sensiblement la ventilation entre processus dans certains cas (MSA, CNMSS, CPR SNCF) par rapport à des travaux qui reposeraient sur des comptabilités analytiques harmonisées, mais non disponibles.

Tableau 8 : Comparaison des données de la CCSS pour l'année 2011 et des retours de l'enquête menée par la mission sur les dépenses de gestion de l'AMO en 2012³⁴

Opérateur d'AMO	Charges de gestion 2011 (CCSS)	Dépenses totales déclarées	Dépenses renseignées dans l'enquête	Dépenses ventilées par l'organisme	Part des dépenses renseignées	Part des dépenses ventilées
CNAMTS	5 297 839	4 571 855*	3 190 031	2 225 513	70 %	49 %
MSA	ND	314 827	279 092	201 526	89 %	64 %
Apria RSI**	ND	101 208	97 252	97 252	96 %	96 %
CNMSS	77 576	72 314	64 734	32 068	90 %	44 %
CPRSNCF	53 590	45 439	26 307	18 713	58 %	41 %

³¹ N'ont pas été sondés la caisse des Français de l'étranger, les régimes de l'assemblée nationale, du Sénat et du port autonome de Bordeaux, en raison de leur taille modeste.

En revanche, certains organismes délégataires ont été destinataires du questionnaire : Apria, la MGEN, MFPS, la LMDE et la SMEREP.

³² RSI et ses délégataires, CAMIEG prise en charge en partie par la CPAM de Nanterre...

³³ Contrairement aux CPAM, les CGSS n'ont pas de comptabilité analytique propre. La répartition entre processus constatée pour les CPAM est étendue aux CGSS. Les retraitements concernent les missions nationales (86 M€), les recettes propres liées à la facturation à l'AMC des flux « Noémie 1 » (77 M€), des retraitements propres aux CGSS (44 M€, liés à la majoration versée aux personnels dans les DOM) et des mutualisations (2 M€).

³⁴ Les données de la CNAMTS se réfèrent à l'année 2011.

Rapport

Opérateur d'AMO	Charges de gestion 2011 (CCSS)	Dépenses totales déclarées	Dépenses renseignées dans l'enquête	Dépenses ventilées par l'organisme	Part des dépenses renseignées	Part des dépenses ventilées
CAMIEG	ND	15 826	15 826	15 826	100 %	100 %
CANSSM	69 113	22 320	22 320	22 320	100 %	100 %
CCAS RATP	19 712	15 380	12 857	7 406	84 %	48 %
ENIM	21 575	22 069	22 069	22 069	100 %	100 %
Apria Gamex**	ND	14 164	14 058	14 058	99 %	99 %
CRPCEN	17 396	9 263	9 263	9 263	100 %	100 %
CAVIMAC	8 032	ND	1 241	1 241	ND	ND
Total hors CAVIMAC	ND	5 204 665	3 755 051	2 667 255	72 %	51 %

Source : CCSS 2011 et questionnaire de la mission IGAS/IGF.

**La CNAMTS a ventilé les coûts recensés par la comptabilité analytique des CPAM et CGSS (2 960 M€). La mission a ajouté par convention les dépenses des DRSM (616 M€) en coûts de régulation, les dépenses du siège de la CNAMTS (377 M€) et des CTI (91 M€) en fonctions supports, et les autres dépenses (318 M€) au prorata du poids des processus des CPAM.*

*** après retraitement consistant à retirer les dépenses afférentes au recouvrement.*

1.2.2.3. Les dépenses de personnel représentent environ 70 % des coûts de gestion de l'AMO

D'après les données issues de la CCSS, la part des dépenses de gestion de l'AMO relative aux charges de personnel est homogène entre régimes (comprise entre 60 % et 70 % du total), autour d'une moyenne de 63,6 % en 2011 tirée par le taux de la CNAMTS (65,9 % en 2011). Cette proportion est stable entre 2002 et 2011.

Les exceptions notables concernent le RSI, la CCAS RATP, l'ENIM et le régime des Mines. Ces données comptables doivent toutefois faire l'objet de retraitements, certaines dépenses de personnel n'étant pas systématiquement labellisées comme telles.

Dans le cas du RSI, la faiblesse du taux observé (38,9 % en 2011) s'explique par le versement de 206 M€ aux organismes délégataires de ce régime. Ce transfert n'est pas comptabilisé comme charge de personnel. En restreignant l'assiette aux dépenses propres du RSI (206 M€ en 2011), la part des dépenses de personnel s'y élève à 75 %.

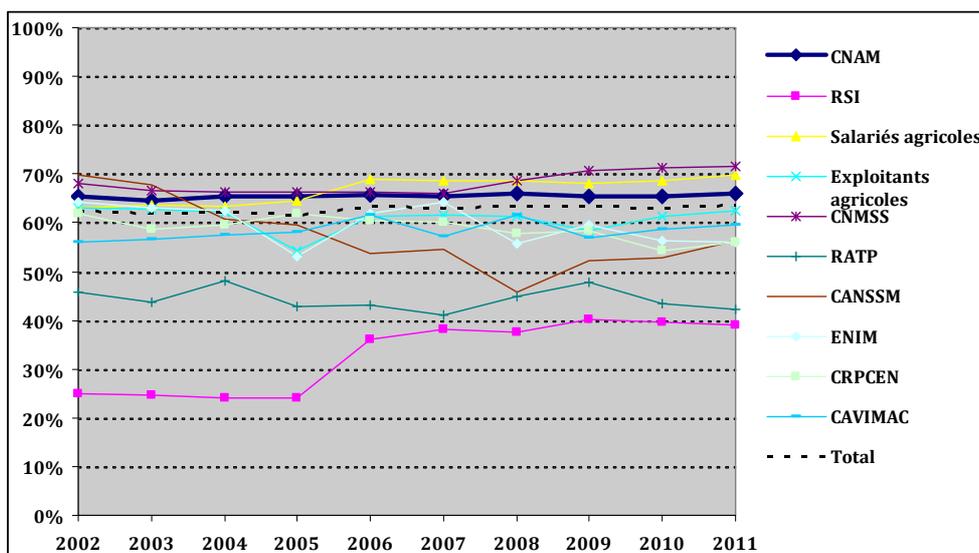
De même, en retranchant les remises de gestion versées par la CNAMTS aux délégataires du régime général, **la part de la dépense de personnel à la CNAMTS remonte à 71 %.**

Sans retraitement, ce taux s'élève à 70 % pour le régime des salariés agricoles.

Pour les principaux régimes, qui déterminent la tendance générale de l'AMO, **les frais de personnel représentent ainsi 70 % à 75 % des coûts de gestion. Extrapolée à l'ensemble de l'AMO, la masse salariale représente entre 4,54 Md€ et 4,87 Md€.**

Rapport

Graphique 3 : Evolution de la part des dépenses de personnel dans les dépenses de gestion de l'AMO entre 2002 et 2011, hors retraitements comptables



Source : DSS/bureau 6A, calculs de la mission IGAS/IGF.

*donnée RNIAM

En retenant une masse salariale moyenne de 50 k€ par ETP³⁵, **les effectifs en charge de la gestion de l'assurance maladie obligatoire peuvent ainsi être estimés entre 91 000 et 97 000 ETP³⁶.**

Parmi ces effectifs, 65 980 ETP en CDI sont employés par la CNAMTS et ses différentes structures en 2011, dont 84,2 % au sein des CPAM, CGSS et CCSS. Les directions régionales du service médical (DRSM) représentent près de 8 000 ETP, dont les responsabilités s'étendent à l'ensemble du régime général (délégataires compris), et dans certains cas à l'ensemble de l'AMO, notamment auprès des professionnels de santé.

Tableau 9 : Effectifs en CDI des structures de la branche maladie en décembre 2011

Structures	ETP en décembre 2011	Part des effectifs hors CARSAT
CPAM/CGSS/CCSS*	55 543	84,2 %
DRSM	7 897	12,0 %
CNAMTS (siège)	2 011	3,0 %
CTI	532	0,8 %
Total hors CARSAT	65 983	100,0 %
CARSAT	4 911	NA
Total	70 894	NA

Source : CNAMTS, d'après la base UCANSS, fichiers décembre 2011, personnels présents et rémunérés au 31 décembre, CCN, FNGA+FNCM, CDI

* Les effectifs des CGSS (55,09 %) et de la caisse commune de la Lozère (63,84 %) ne concernent que la branche maladie

³⁵ Pour les processus d'accueil et de liquidation des feuilles de soins, qui correspondent au cœur de l'activité de l'AMO, la masse salariale chargée d'un ETP est estimée autour de 45k€ par la CNAMTS, dans ses calculs de gains de productivité. D'après les données transmises à la mission, le coût annuel d'un agent de la CNAMTS chargé de la liquidation de prestations en nature est de 50,1k€, en additionnant le salaire chargé et les frais de fonctionnement directs. Il s'élève à 56,1k€ pour la liquidation de prestations en espèces, à 56,6k€ pour la gestion du fichier des bénéficiaires, ou encore à 57,8k€ pour l'accueil physique des assurés.

D'après la FNMF, la rémunération brute moyenne d'un agent de gestion dans la convention collective UGEM (union de groupement des employeurs mutualistes) est de 29,4 k€ en 2011 et la masse salariale associée s'élève à 50 k€.

³⁶ Chiffrage tous régimes et tous délégataires confondus, en incluant les effectifs affectés à des activités AT-MP mais comptabilisés en dépenses de personnel dans les comptes de la Sécurité sociale.

Rapport

Les questionnaires adressés par la mission aux différentes caisses ont permis de recenser 83 000 ETP dédiés à la gestion du RO en 2012, sur un périmètre très large mais non exhaustif.

En moyenne, **les fonctions support³⁷ représentent 24 % des effectifs des caisses**, avec des différences significatives entre organismes : moins de 18 % à la MSA, au Gamex, à la RAM et à la CCAS RATP, contre 24,2 % pour la CNAMTS et plus de 40 % pour la CNMSS et le régime des Mines.

La part des fonctions support a augmenté dans les CPAM avec la concrétisation de gains de productivité, synonyme de réduction des effectifs « métier » : elle est passée de 20,2 % à 21,1 % entre 2006 et 2011³⁸.

Tableau 10 : ETP affectés à la gestion de l'AMO en 2012 et proportion d'effectifs support par caisse

Caisse	ETP affectés à la gestion du RO	Part du total	Proportion de fonctions support
CNAMTS*	65 983	79,4 %	24,2 %
MSA	4 107	4,9 %	16,9 %
RSI (RSI et organismes conventionnés)	4 172	5,0 %	ND
Déléataires de la fonction publique (MGEN, MFPS, Interiale, MNH, MNT, Harmonie mutuelle)	4 939	5,9 %	ND
Régime étudiant**	1 180	1,4 %	21,0 %
CNMSS	1 061	1,3 %	42,0 %
CPRSNCF	470	0,6 %	23,2 %
CANSSM	285	0,3 %	44,9 %
ENIM	225	0,3 %	33,0 %
CAMIEG	224	0,3 %	24,8 %
Gamex	159	0,2 %	15,7 %
CRPCEN	143	0,2 %	31,8 %
CCAS RATP	122	0,1 %	17,2 %
Total	83 069	100,0 %	24,1 %

Source : Questionnaire de la mission IGAS/IGF, retraité par la mission pour la CNAMTS, la MSA (des 4 332 ETP de la MSA ont été retirés 225 consacrés à la liquidation du RC) et le régime étudiant.

**Les fonctions support retenues incluent 21,1 % des effectifs des CPAM, CGSS et CCSS (proportion issue de la comptabilité analytique de l'année 2011), 21,1 % des DRSM, 100 % des agents du siège et des CTI.*

***La proportion de fonctions support est issue du questionnaire de la LMDE (50 % des effectifs du régime étudiant).*

1.2.2.4. Le poids de la liquidation des prestations en nature varie du simple au triple dans les dépenses des caisses d'AMO

Les organismes d'AMO consacrent une part similaire de leurs coûts aux processus **de production et d'accueil (liquidation des prestations, accueil, gestion des courriers), qui représentent entre 65 % et 75 % des dépenses totales de gestion (masse salariale incluse).**

La ventilation des dépenses, dans les questionnaires d'enquête de la mission, fait toutefois apparaître des différences significatives entre caisses, qui résultent pour certaines de différences de périmètre d'activité :

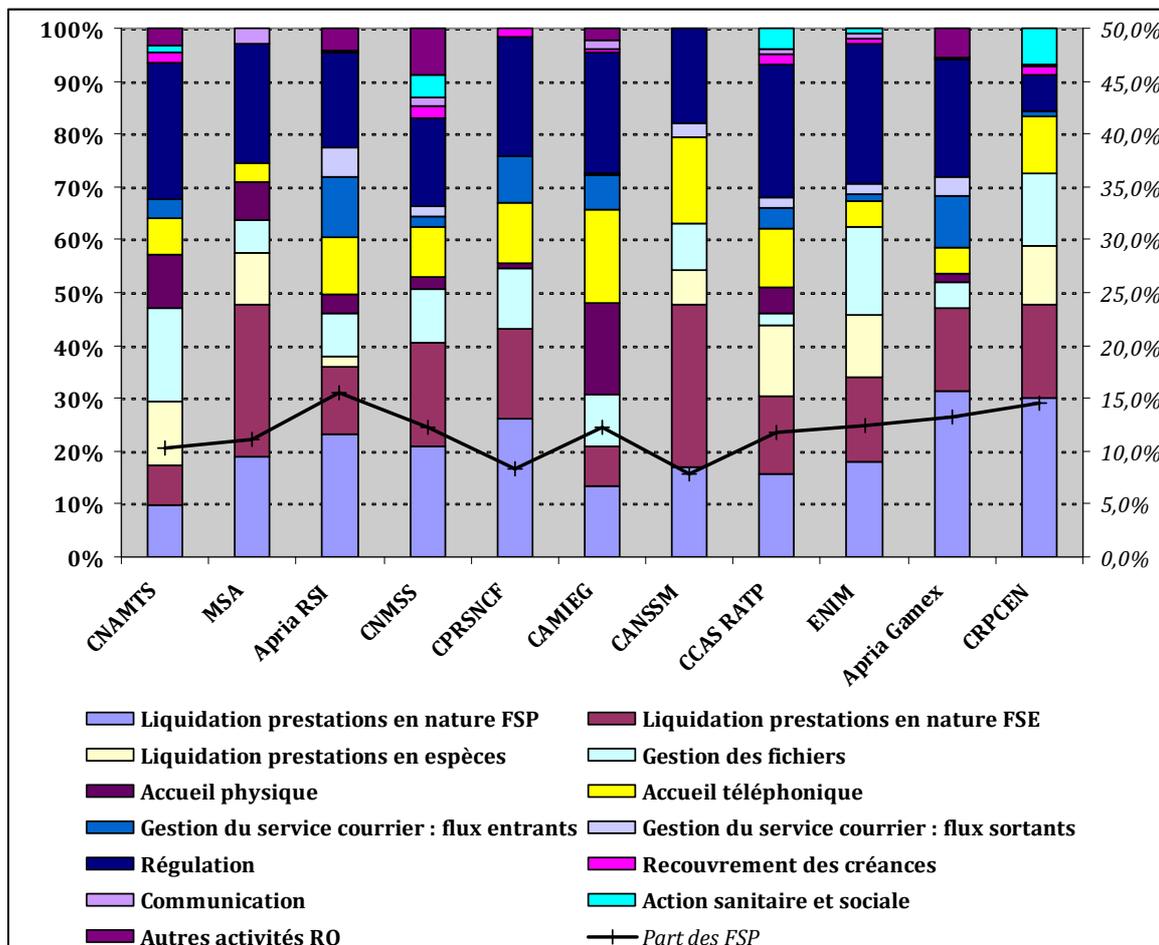
³⁷ Sont considérées comme des fonctions support les fonctions RH, achats, informatique, communication etc...

³⁸ Source : comptabilité analytique des CPAM.

Rapport

- ◆ la liquidation des prestations en nature³⁹ représente moins de 20 % des coûts de la CNAMTS, contre 30 % à 50 % de ceux des autres régimes (à l'exception de la CAMIEG, dont la liquidation des prestations est assurée par la CPAM de Nanterre). Le poids de ce processus est corrélé positivement au taux de feuilles de soins papier (FSP) reçu par chaque caisse, celles-ci étant plus coûteuses à traiter que les flux électroniques ;
- ◆ les dépenses de régulation (incluant le contrôle médical) constituent le premier poste de coûts de la CNAMTS (26 % du total). Son taux est le plus élevé du secteur, ce qui illustre le rôle prépondérant de la CNAMTS dans ce domaine : elle opère pour l'ensemble du régime général, voire dans certains cas pour l'ensemble du secteur ;
- ◆ les prestations en espèces constituent un enjeu important pour la CNAMTS (qui verse 91 % des montants totaux versés au titre des indemnités journalières maladie), la CCAS RATP (qui partage pourtant cette attribution avec l'employeur RATP), l'ENIM, et dans une moindre mesure la CRPCEN et la MSA. D'autres organismes, en revanche, ne versent pas de prestations en espèces (CNMSS, mutuelles de fonctionnaires, CPRSNCF) ;
- ◆ la gestion des fichiers représente entre 6 % et 17 % des coûts des caisses, le taux le plus élevé étant atteint à la CNAMTS.

Graphique 4 : Décomposition en processus des dépenses de gestion du risque maladie par les caisses d'AMO en 2012



Source : Questionnaires de la mission IGAS/IGF.

Notes : les informations portant sur la gestion du RSI par Apria n'incluent pas les dépenses du RSI. Ces données sont donc partielles, et ne couvrent pas un périmètre comparable à celui des autres caisses. Les données de la CNAMTS portent sur l'année 2011.

³⁹ Tri, analyse et saisie des informations des feuilles de soins papier dans les outils métier, traitement des rejets de la chaîne de liquidation (franchises, taux de remboursement...), mise en paiement.

Rapport

1.2.2.5. Les dépenses en SI de l'AMO sont estimées entre 750 et 850 M€, soit 12 % des coûts de gestion

Les coûts en matière de SI varient de façon significative entre les régimes obligatoires et soulignent le poids prépondérant de la CNAMTS.

Les données issues du groupe « *benchmarking* » de la DSS, complétées par le SGMAP en appui de la mission, permettent d'estimer **entre 750 et 850 M€ les dépenses informatiques** totales⁴⁰ liées à la gestion du risque maladie, soit 12 % environ des coûts de gestion (7 % pour la CNAMTS en incluant le risque AT-MP, 11 % pour la MSA). Les coûts informatiques de la CNAMTS s'élèvent à 430 M€, **soit entre 50 et 60 % des dépenses de l'AMO** pour 74 % des bénéficiaires.

La sous-pondération relative de la CNAMTS s'explique par l'existence de coûts fixes importants dans le développement des SI. Le SGMAP estime par exemple que la part des coûts fixes de la CNAMTS s'élève à un tiers des dépenses (développements et fonctionnement compris), tandis que la part complémentaire est proportionnelle au nombre de bénéficiaires.

De manière générale, 65 % du budget SI sont consacrés aux dépenses d'exploitation et 35 % aux dépenses de développement (dont 10 % sont liés à des développements réglementaires). A titre de comparaison, la proportion de dépenses de développement est plus faible que celle des banques européennes, autre industrie de traitement d'informations, pour lesquelles elle s'élève à 45 %.

Tableau 11 : Les dépenses informatiques de l'AMO sont comprises entre 747 M€ et 843 M€

Organisme	Dépenses informatiques liées au risque maladie (en M€)	Coût global de l'informatique des régimes d'AMO, tous risques confondus (en M€)
CNAMTS	433	433
Autres Organismes	314	410
<i>dont Chorégie</i>	<i>ND</i>	<i>150</i>
<i>dont MSA</i>	<i>ND</i>	<i>137</i>
<i>dont RSI</i>	<i>ND</i>	<i>90</i>
<i>dont SNCF</i>	<i>ND</i>	<i>20</i>
<i>dont CNMSS</i>	<i>ND</i>	<i>9</i>
<i>dont CRPCEN</i>	<i>ND</i>	<i>4</i>
Total	747	843

Source : SGMAP, d'après les données du groupe benchmark de la DSS.

Le paysage informatique de l'assurance maladie obligatoire est fragmenté entre les différents régimes, qui offrent des prestations différentes mais couvrent des périmètres fonctionnels proches (de la gestion des affiliations à la liquidation des prestations en nature et en espèces). Les principales différences de conception des outils résident dans la gestion simultanée ou non de plusieurs risques et dans la vision d'une liquidation de la part complémentaire intégrée ou non à celle de la part obligatoire, pour les organismes concernés par le RO et le RC.

⁴⁰ Sont notamment inclus la masse salariale des informaticiens, les frais de fonctionnement directs, le matériel informatique de l'ensemble des agents et les prestations externalisées (développement, exploitation).

Rapport

Sur ce dernier sujet, la position de la MGEN, qui a fait de la liquidation combinée un élément constitutif de ses procédures et de son identité, est minoritaire⁴¹. L'ensemble des autres acteurs a fait le choix ou se dirige vers une liquidation séparée du RO et du RC, dans deux outils distincts, et parfois par des agents différents. C'est par exemple le cas de la MSA, qui a choisi en 2013 de quitter la gestion combinée et a acquis un outil du marché pour la liquidation du RC.

En lien avec le poids croissant des investissements informatiques, le secteur de l'AMO est en phase de **concentration des fonctions informatiques autour de trois blocs principaux**, articulés autour de la CNAMTS, de la MSA et du GIE Chorégie (constitué de la MGEN, de MFPS et de la LMDE). S'ajoutent à ces trois plateformes celles développées ou acquises sur le marché par de petits régimes (mutuelles étudiantes régionales, etc..) et par des organismes délégataires (délégataires du RSI).

Chaque évolution réglementaire et chaque développement d'un nouveau service à destination des usagers ou des professionnels de santé, font ainsi l'objet d'investissements redondants de la part des caisses d'AMO. En particulier, tous les investissements liés au cœur du métier (facturation et liquidation) constituent des dépenses redondantes, à l'image des projets simultanés de refonte des outils de la MSA (Atom) et de Chorégie (Orion).

1.2.2.6. L'examen des coûts de gestion par bénéficiaire de l'AMO amène à s'interroger sur l'efficience des régimes spéciaux et des mutuelles étudiantes

1.2.2.6.1. La CANSSM, l'ENIM, la CCAS RATP, la CAVIMAC et la CRPCEN apparaissent comme significativement moins efficaces que le régime général

La CNAMTS bénéficie au sein de l'AMO de rendements d'échelle liés à sa taille. Par rapport aux autres caisses, ses coûts de gestion sont toutefois alourdis par différents facteurs :

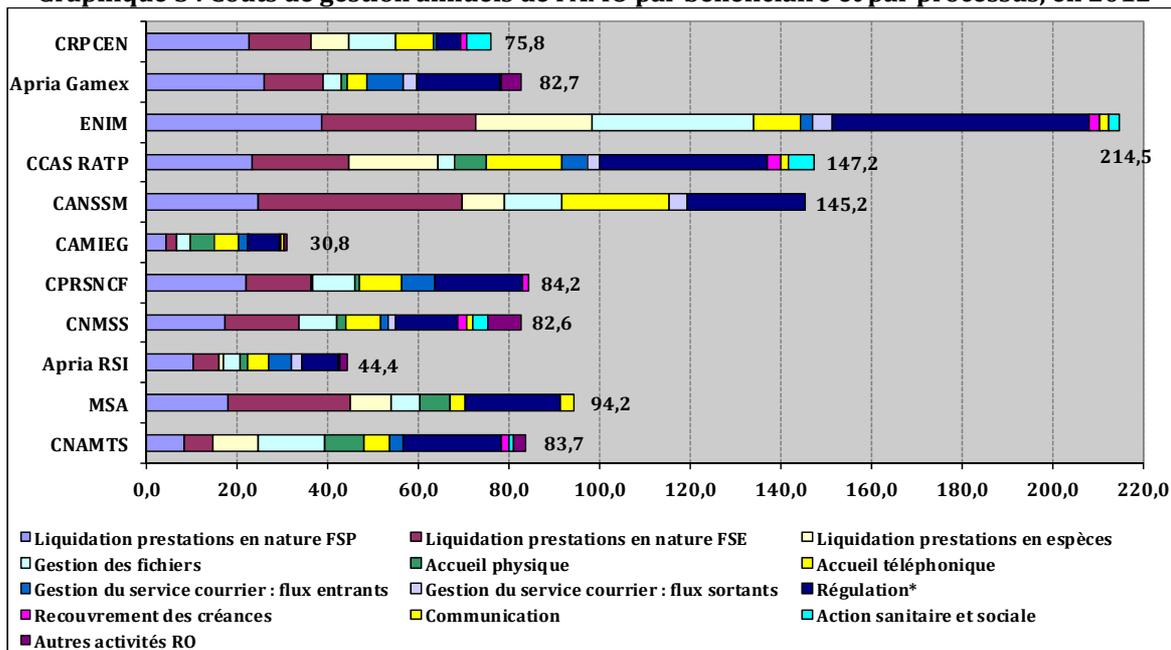
- ◆ ses prérogatives sont plus larges : liens avec les professionnels de santé, gestion du risque, contrôle médical ;
- ◆ elle gère la quasi-totalité des arrêts maladie au niveau national (91 %), pour une liquidation potentiellement plus complexe que celle des autres caisses (pluri-employeurs, salariés au chômage) ;
- ◆ la CNAMTS accueille des publics complexes (bénéficiaires de l'AME et de la CMU-C).

Par opposition, la CPRSNCF ne traite pas de prestations en espèces ; elle gère au sein d'une base nationale un public salarié ou retraité d'un unique employeur.

Sur la base des données de l'enquête de la mission, le coût de gestion par bénéficiaire s'élève à 83,7 € à la CNAMTS en 2011. La ventilation des coûts par processus y fait apparaître des rendements d'échelle significatifs pour le traitement des prestations en nature. La comparaison des structures met en **évidence les coûts élevés de l'ENIM (214,5 €, près de trois fois supérieurs à ceux des CPAM), de la CCAS RATP et de la caisse des Mines (respectivement 147,2 € et 145,2 € par bénéficiaire)**.

⁴¹ Elle suffit toutefois à orienter le GIE Chorégie, où la MGEN est majoritaire, dans cette direction.

Graphique 5 : Coûts de gestion annuels de l'AMO par bénéficiaire et par processus, en 2012



Source : Questionnaires de la mission IGAS/IGF.

Nota bene : les informations portant sur la gestion du RSI par Apria n'incluent pas les dépenses du RSI et ne sont pas homogènes à celles des autres organismes. Les données de la CNAMTS portent sur l'année 2011.

* Le pôle régulation comprend notamment les activités de prévention et de gestion du risque, ainsi que les fonctions du contrôle médical et du contrôle interne.

En s'appuyant sur les données de la CCSS, la comparaison est plus défavorable encore aux petits régimes : aux trois caisses précitées s'ajoutent la CRPCEN et la CAVIMAC qui présentent des coûts supérieurs de 50 % à 90 % à ceux de la CNAMTS.

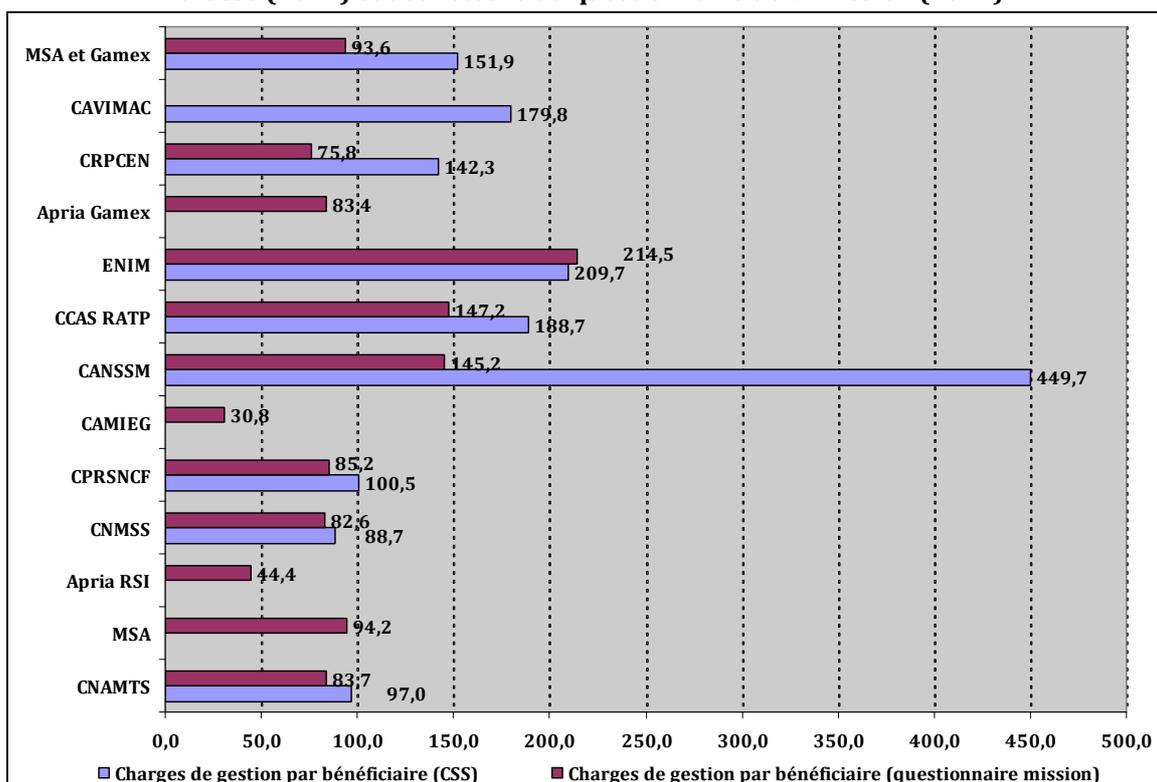
La comparaison des coûts de gestion des régimes spéciaux avec ceux de la CNAMTS doit tenir compte de la complexité du droit mis en œuvre par ces régimes (particulièrement complexe, par exemple, pour l'ENIM) et du périmètre qui leur revient en matière de processus de gestion AMO : la gestion des bénéficiaires est nettement simplifiée pour les régimes ayant un employeur unique et ne prenant pas en charge les indemnités journalières, comme par exemple la CNMSS.

Le faible niveau des dépenses de gestion par bénéficiaire de la CAMIEG s'explique par le bénéfice de la prise en charge de la liquidation des prestations par la CPAM des Hauts-de-Seine au coût marginal de gestion par cette dernière.

Le coût élevé du régime agricole s'explique par des imputations comptables non liées à la gestion du risque maladie (recouvrement des cotisations, coût de la gestion des régimes complémentaires, cotisations émises par le Gamex).

Rapport

Graphique 6 : Comparaison des coûts de gestion par an et par bénéficiaire issus des données de la CCSS (2011) et des retours du questionnaire de la mission (2012)

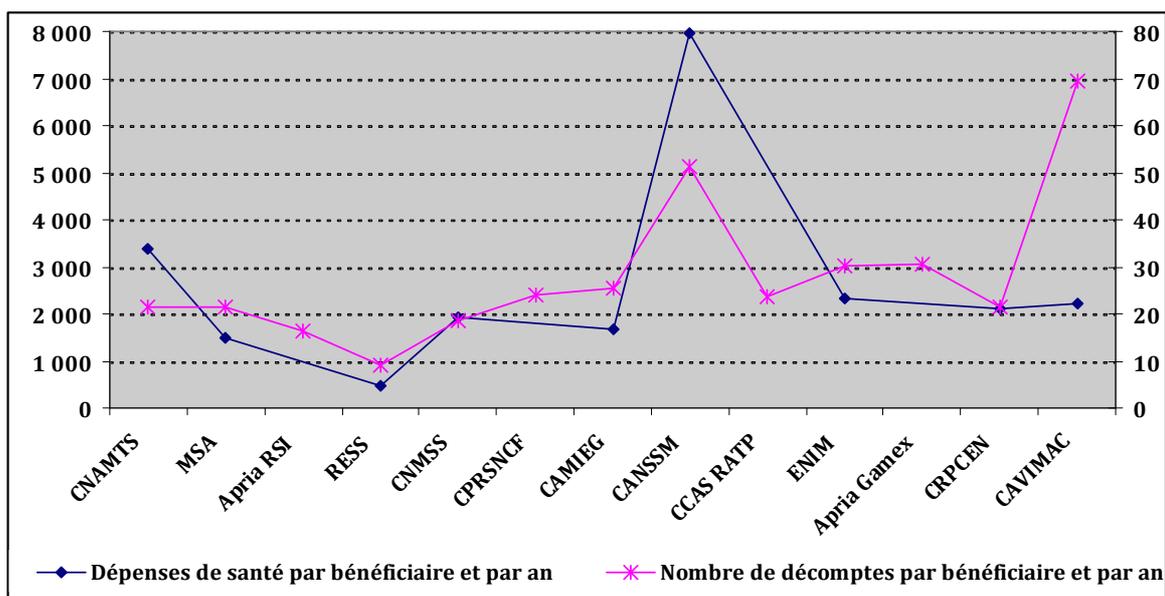


Source : Questionnaires de la mission IGAS/IGF et données de la CCSS

Notes : Les données du questionnaire de la CNAMTS portent sur l'année 2011.

Une partie des différences entre régimes s'explique par les caractéristiques du public affilié, et notamment par son état de santé. Ainsi, **le nombre de décomptes adressés en 2012 aux caisses du régime obligatoire varie entre 9 (pour le régime étudiant) et 70 (CAVIMAC), contre 21,5 en moyenne pour les bénéficiaires des CPAM.** De même, la proportion de feuilles de soins papier, plus coûteuses à liquider, est comprise entre 7,9 % (CANSSM) et 21,0 % (régime étudiant), pour une moyenne des CPAM de 10,3 %.

Graphique 7 : Consommation de soins des publics des régimes obligatoires en 2012



Source : Questionnaires de la mission IGAS/IGF.

Rapport

Toutefois, même après retraitement des éventuels surcoûts de liquidation dus à un volume de décomptes plus élevé, **la mission considère que les coûts des régimes spéciaux doivent amener à reconsidérer leurs modalités de gestion.**

L'exemple de la CAMIEG permet d'illustrer l'ampleur des changements qui sont rendus possibles en augmentant les synergies en matière de gestion, sans modifier la structure juridique des régimes ni les droits ouverts à leurs bénéficiaires : la gestion du régime (obligatoire et complémentaire) est effectuée en majorité par la CPAM de Nanterre, ce qui a réduit drastiquement ses coûts.

1.2.2.6.2. L'organisation actuelle du régime étudiant est caractérisée par une faible efficacité au regard des autres délégataires

Au-delà des comparaisons entre caisses, la mission a analysé les coûts des organismes délégataires des régimes, qui effectuent une partie des opérations de gestion pour le compte d'un régime (cf. paragraphe 1.1.1. du présent rapport). Au titre de l'exercice 2011-2012, le coût de gestion du régime obligatoire d'un bénéficiaire, actif ou non, du régime étudiant, tel qu'affiché par les mutuelles étudiantes, s'élève à **62,47 € pour la LMDE et à 59,98 € pour les mutuelles du réseau emeVia**, avec des valeurs comprises entre 51,47 € (SMEBA) et 71,76 € (VITTAVI). La moyenne pondérée du coût de gestion par étudiant s'élève **ainsi à 61,31 € en 2011**, pour une remise de gestion unitaire de 54,77 €. Les caractéristiques du public affilié au régime étudiant sont pourtant favorables :

- ◆ il présente en moyenne près de trois fois moins de décomptes par an que les bénéficiaires des CPAM. Par ailleurs, le taux de bénéficiaires non consommant dépasse 20 %, contre 5 % à la CNAMTS ;
- ◆ il ne peut prétendre au versement de prestations en espèces, coûteuses à liquider ;
- ◆ il adhère massivement aux démarches administratives en ligne.

Les surcoûts éventuels liés aux règles d'affiliation et aux mutations ont été amoindris par la dématérialisation des échanges avec les établissements puis par l'automatisation des mutations inter-régimes à partir de 2009.

Sur la base des questionnaires retournés par la LMDE et la SMEREP, le coût unitaire de gestion du fichier des bénéficiaires des mutuelles étudiantes (incluant affiliation, immatriculation) est comparable à celui de la MGEN, et en phase avec les autres opérateurs de l'AMO.

Dès lors, la comparaison des coûts par délégataire des mutuelles étudiantes (61,3 € en 2011) avec ceux des mutuelles de fonctionnaire (51,1 € en 2011 pour la MGEN) ou d'Apria en tant que délégataire du RSI (44,4 € en 2012) **amène la mission à considérer comme peu efficace la gestion actuelle du régime étudiant.**

1.2.2.7. Les coûts de gestion des mutuelles de la fonction publique et étudiantes font apparaître un déficit comptable pour l'activité du RO

1.2.2.7.1. Le taux de réalisation des mutuelles de fonctionnaires n'a pas été réactualisé depuis 2004

Les mutuelles délégataires de la fonction publique gèrent 5,3 millions de bénéficiaires actifs. Leurs coûts de gestion s'élèvent à 242,5 millions d'euros en 2011, financés par des remises de gestion versées par le régime général. Parmi elles, deux principaux acteurs : la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) et le groupement d'intérêt économique MFP services qui regroupe 19 mutuelles (dans des cadres de délégation variables).

Rapport

Du fait de la loi Morice de 1947, l'habilitation des mutuelles de fonctionnaires à prendre en charge le régime de base des fonctionnaires a un caractère légal, obligatoire et exclusif. Toute mutuelle remplissant les conditions posées en matière de nombre d'adhérents est habilitée de droit dans le secteur dans lequel elle les remplit. La possibilité, en outre, pour les mutuelles de créer des sections locales si elles regroupent 1 000 adhérents a conduit à complexifier le paysage.

Le montant des remises de gestion est calculé par référence au coût de gestion moyen constaté dans les CPAM, à partir du nombre de bénéficiaires actifs. Un coefficient de réalisation est fixé par voie conventionnelle pour tenir compte de la différence de charge de travail entre les mutuelles et les CPAM. Depuis 2011, des majorations et des minorations sont possibles en fonction de critères de performance, dans une fourchette de plus ou moins 5 % du montant de la remise de gestion.

Ce mode de calcul comporte néanmoins des limites. **En particulier, le taux de réalisation a été défini en 2004 à 59,83 % du coût des CPAM. Il n'a pas été ajusté depuis** alors même que le poids des activités au cœur de la délégation (liquidation des prestations en nature, gestion des bénéficiaires) a décru dans les CPAM, à la faveur de forts gains de productivité.

1.2.2.7.2. Les choix effectués en matière de comptabilité analytique se traduisent pour les mutuelles étudiantes par une surpondération du régime obligatoire par rapport à la gestion de la part complémentaire

Tous les exercices depuis 2000 se sont soldés sur un déficit comptable apparent de la gestion du régime obligatoire par les mutuelles étudiantes. Les coûts déclarés par les mutuelles étudiantes au titre du RO résultent de calculs menés selon des modalités déterminées en 2000 par la CNAMTS, comparables à celles appliquées aux mutuelles de fonctionnaires.

Les coûts sont ventilés par processus⁴² entre RO et RC en faisant intervenir des coefficients fixés par la CNAMTS et, dans certains cas, un prorata des unités d'œuvre. Le postulat qui a sous-tendu ces choix a consisté à considérer l'activité de complémentaire santé comme accessoire à la gestion du RO. Il en résulte une valorisation comptable des activités RC à un coût marginal par rapport à la gestion du régime obligatoire.

La réponse de la LMDE au questionnaire de la mission illustre l'impact de la définition de la comptabilité analytique en matière de répartition des coûts entre part obligatoire et part complémentaire, avec pour les processus communs RO/RC une affectation au régime obligatoire comprise entre 75 % et 95 %, pour une moyenne de 90,5 %.

De même, la part des effectifs dédiés à la gestion du RO est comptabilisée à hauteur de 93,8 % à la LMDE. Sur les mêmes bases, la LMDE et la SMEREP, principaux gestionnaires de contrats complémentaires, présentent des ratios de 8 221 et 10 420 adhérents par ETP affecté à la gestion de la part complémentaire. Ces valeurs peuvent être comparées à la moyenne de 3 000 adhérents par ETP relevée par la mission pour des organismes gérant uniquement le RC ; elles illustrent une sous-pondération comptable des effectifs et des coûts du RC.

Au sujet des principes ayant sous-tendu la définition des clés de répartition des coûts entre RO et RC, un audit mené en décembre 2005 par l'IGF et l'IGAS avait indiqué que la « *validation de ce concept est une question purement juridique que la mission n'avait pas vocation à trancher* ».

Les constats énoncés ci-dessus incitent à considérer que le déficit de gestion du RO est au moins en partie expliqué par le choix des règles comptables.

⁴² La ventilation est effectuée selon cinq pôles : liquidation, logistique, affranchissement, charges institutionnelles et autres centres de coûts, pôles eux-mêmes décomposés en processus.

Rapport

A titre d'exemple, retenir le nombre de décomptes comme clé de répartition entre RO et RC conduirait à affecter 79,9 % des 17,7 M€ de coûts de liquidation de la LMDE au RO, au lieu de 95,8 %, ce qui correspond à un transfert de coûts de 2,81 M€ du RO vers le RC (soit un allègement du coût du RO de 3,04 € par bénéficiaire).

De même, une répartition des 18,6 M€ de coûts d'accueil (physique et téléphonique) au *pro rata* du nombre des réclamations et des renseignements concernant la part obligatoire réduit la charge du RO de 95 % à 80 %⁴³, soit une baisse de 2,79 M€ du coût du RO (3,00 € par bénéficiaire).

Enfin, la gestion des bénéficiaires au *pro rata* du nombre d'adhérents et d'affiliés (74 % au lieu d'une affectation à 95 % au RO) conduirait à une baisse du coût du RO de 0,80 M€ (0,86 €/bénéficiaire).

A elles seules, ces trois hypothèses cumulées amèneraient à réduire le coût déclaré du RO de la LMDE d'environ 6,90 € par assuré et par an, résorbant près de 90 % du déficit comptable du RO de la LMDE au titre de l'exercice 2011-2012⁴⁴.

1.3. Les coûts de gestion des organismes de l'AMC recouvrent des charges différentes de celles de l'AMO ; leur dynamique est propre à ce secteur

1.3.1. Les coûts de gestion de l'AMC comportent plusieurs composantes dont l'évolution reflète le fonctionnement du marché de l'AMC

Les coûts de gestion des organismes complémentaires représentent un montant équivalent à celui des coûts de gestion des régimes de base, de l'ordre de 6 Md€. Par bénéficiaire cela représente un coût de gestion de 104 €.

Les coûts de gestion de l'AMC se décomposent en trois parties :

- ◆ les frais d'administration, qui recouvrent le processus d'adhésion, l'encaissement des cotisations et la gestion des contrats ;
- ◆ les frais de gestion des sinistres qui correspondent au coût du processus de prise en charge et de remboursement ;
- ◆ les frais d'acquisition qui contiennent les frais de commercialisation (y compris les commissions d'apport d'intermédiaires comme les courtiers ou les agents d'assurance et certains coûts informatiques) et les dépenses de publicité.

⁴³ Le taux de 80 % a été calculé sur la base de la ventilation entre RO et RC des unités d'œuvre de l'année 2004. En effet, la dégradation observée depuis 2004 porte spécifiquement sur la part obligatoire, sans qu'un quelconque facteur exogène permette de l'expliquer. Cette dégradation est donc imputée par la mission aux modalités de gestion et à la priorisation de la part complémentaire par la LMDE, qui ne sauraient motiver un financement supérieur du régime obligatoire.

⁴⁴ La comptabilité analytique, dans sa définition actuelle, amène à un coût de gestion du RO de 62,47 € par bénéficiaire en 2011-2012, contre une remise de gestion de 54,77 € et un déficit comptable de 7,70 € par bénéficiaire.

Rapport

Tableau 12 : Charges de gestion de l'assurance maladie complémentaire⁴⁵ en 2011, en pourcentage des primes

	Charges de gestion	Dont frais de gestion des sinistres	Dont frais d'acquisition	Dont frais d'administration*	Primes de l'exercice en M€
Mutuelles	17,5 %	4,1 %	5,2 %	8,2 %	17 420
Assurances	23,2 %	4,9 %	12,8 %	5,5 %	9 454
Institutions de prévoyance	14,4 %	4,9 %	5,2 %	4,3 %	5 346
Total	18,7 %	4,5 %	7,4 %	6,8 %	32 220
* et autres charges techniques nettes					

Source : ACP, calculs DREES, données redressées pour tenir compte pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance du taux de non-réponse à l'état E4 et pour les mutuelles du taux de non-réponse à l'état C1 et à l'état E4. Ce tableau est extrait du rapport 2012 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

Les ratios de gestion varient fortement, selon le type d'organisme complémentaire et il ne semble pas qu'il y ait une corrélation avec la taille de l'organisme⁴⁶.

Les taux de frais de gestion des sinistres sont à peu près homogènes selon le type d'organisme (4,5 % en moyenne), correspondant à un modèle d'organisation industrielle des liquidations qui tend à se généraliser. Cette industrialisation est notamment permise par la dématérialisation des flux de l'AMO (*Noémie 1*), qui correspondent à plus de 70 % des décomptes.

Les taux de frais d'administration sont à peu près équivalents aux taux de frais de gestion des sinistres dans les institutions de prévoyance, dont la quasi-totalité⁴⁷ des contrats sont des contrats collectifs. Ils sont plus élevés dans les sociétés d'assurance et surtout dans les mutuelles.

Les contrats individuels représentent, en effet, 58 % des contrats pour les sociétés d'assurance et 73 % pour les mutuelles. Selon les sociétés d'assurance, les frais d'administration (adhésion, gestion du contrat) et les frais d'acquisition sont entre 2 à 3 fois supérieurs en individuel. Ils comprennent les commissions de gestion des courtiers (qui sont de l'ordre de 6 à 10 %) et des agents généraux. La mise en concurrence organisée par les entreprises, ainsi qu'un turn-over moins important des assurés⁴⁸, expliquent le niveau inférieur des frais d'administration pour les contrats collectifs.

Les frais d'acquisition représentent un montant total de 2,4 Md€, soit un tiers des primes pour les mutuelles et les institutions de prévoyance, mais plus de la moitié pour les sociétés d'assurance. Pour ces dernières, si l'on considère les seuls contrats individuels, les frais d'acquisition représentent même 60 % des frais de gestion et s'expliquent par la recherche de développement de leur part de marché, qui est d'ailleurs passée de 19 à 27 % entre 2001 et 2011.

⁴⁵ Organismes contrôlés par l'ACP et contribuant au fonds CMU.

⁴⁶ Source : rapport DREES 2012 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, graphiques p 30.

⁴⁷ Conformément au code de la Sécurité sociale. Les seuls contrats individuels concernent les anciens salariés dans le cadre de la loi Evin du 31 décembre 1989.

⁴⁸ Rapport HCAM sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé : La durée moyenne de souscription des contrats collectifs et individuels serait de 10 ans pour les premiers et de 7 ans pour les seconds, selon certaines sources. Le changement d'organisme complémentaire concernerait tous les ans entre 9 et 15 % des assurés, le taux d'attrition étant plus important pour les complémentaires santé individuelles.

Rapport

Celles-ci peuvent prendre la forme de dépenses marketing ou de déploiement d'un réseau d'agents (salariés, agents généraux, courtiers) importantes. Ces intermédiaires non-salariés sont rémunérés au moyen de commissions d'apport, qui sont intégrées aux frais d'acquisition. La commission d'apport d'un courtier est de l'ordre de 5 %.

La rigidité de sortie des contrats individuels (résiliation uniquement à la date anniversaire) concentre les enjeux des organismes complémentaires sur la souscription des contrats, à travers des offres promotionnelles et un recours à la publicité coûteux.

Les contrats collectifs en santé, quant à eux, présenteraient une marge très faible voire nulle. Cette situation pourrait s'expliquer par le processus de sélection conduit par les entreprises ou les branches, qui met en concurrence les différents organismes et comparent fortement les prix et les garanties⁴⁹. Ces contrats collectifs sont appelés à se développer dans le cadre de l'accord national interbranche (ANI).

Les meilleures références du marché en matière d'efficacité de gestion se situent aux alentours de 10 % ou en-dessous. En termes de coût de gestion, le niveau le plus bas signalé à la mission se situe à 8,5 % du montant des primes, atteint par l'institution de prévoyance ProBTP, cette performance s'expliquerait par des caractéristiques très spécifiques à cet organisme.

1.3.1.1. Une obligation de transparence existe en matière de coûts de gestion des contrats d'assurance maladie, mais elle n'est pas encore applicable à ce jour

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 a introduit l'obligation de transparence sur les frais de gestion pour les contrats responsables : son article 10 stipule que les organismes complémentaires doivent communiquer annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque.

Un arrêté a été pris à ce titre le 17 avril 2012, qui prévoit les modalités de la mise en œuvre de l'obligation de communication des frais de gestion et d'acquisition par les OC à leurs adhérents. Son entrée en vigueur a été reportée par l'arrêté du 26 septembre 2012 aux contrats ou règlements souscrits ou renouvelés après le 31 décembre 2013.

1.3.2. La synergie générée par la gestion mutualisée de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire est estimée à 7 € par bénéficiaire et par an

La mission **a estimé à 7 € les gains d'efficacité de gestion qui résultent de la liquidation par le régime obligatoire de la part complémentaire**, de manière empirique, à partir de plusieurs exemples :

- ♦ des travaux conduits par MFPS, dans un contexte de refacturation au coût réel, font ressortir pour 2013 des coûts de gestion du RC de 23 € par bénéficiaire déjà géré au titre de l'AMO et de 30 € par bénéficiaire de la seule part RC. L'écart entre les deux formules s'élève à 7 € ;
- ♦ la MSA propose une offre de gestion de la part complémentaire tarifée à 15 € par bénéficiaire pour les personnes assurées chez elle, pour des coûts qu'elle estime à 12 €. Elle s'appuie pour ce faire sur un outil informatique acheté à un opérateur du marché. Ce dernier propose par ailleurs le même service de gestion du RC, hors gestion combinée RO/RC. La différence entre les deux offres tarifaires est de l'ordre de 7 € ;

⁴⁹ La rentabilité des contrats collectifs proviendrait plutôt de la partie prévoyance.

Rapport

- ◆ enfin, la CPAM de Nanterre effectue la liquidation de la part complémentaire de la CAMIEG pour 13 € par bénéficiaire, un niveau inférieur de 7 € à 10 € aux offres du marché, et qui s'appuie notamment sur la gestion simultanée du RO.

1.3.3. L'assurance maladie complémentaire a d'ores et déjà bénéficié d'externalités positives de l'AMO

La dématérialisation des feuilles de soins des prestations en nature a fortement réduit les flux papier adressés au régime complémentaire et a permis le traitement d'une partie des rejets par le régime obligatoire.

Aujourd'hui, 77,4 % des bénéficiaires des CPAM sont couverts par un flux *Noémie* 1. Les économies pour les complémentaires sont estimées à 1,3 Md€ par rapport à une situation 100 % papier.

1.3.4. Un soutien public est accordé à certains contrats d'assurance maladie complémentaires

Les contrats d'assurance maladie complémentaires bénéficient d'aides publiques notables dès lors qu'ils peuvent être qualifiés de « solidaire » et/ou de « responsable ».

La loi qualifie un contrat de complémentaire santé de « solidaire » lorsque, pour l'essentiel :

- ◆ l'organisme ne recueille aucune information médicale sur la ou les personne(s) couverte(s) par ce contrat,
- ◆ les cotisations du contrat ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de son ou ses bénéficiaire(s).

La loi qualifie un contrat complémentaire santé de « responsable »⁵⁰ lorsqu'il garantit le respect du parcours de soins coordonnés, depuis le choix d'un médecin traitant, en passant par le respect des franchises instituées par le législateur ou l'exclusion de la prise en charge des dépassements d'honoraires, jusqu'au respect, à l'inverse, de certaines obligations minimales de prise en charge.

Tableau 13 : Les aides sociales et fiscales aux contrats collectifs « responsables »

	Règle depuis 2005	Montant
Exclusion d'assiette des cotisations sociales	6 % du PASS ⁵¹ + 1,5 % de la rémunération annuelle brute, dans la limite de 12 % du PASS	2 222 € +1,5 % du revenu Limité à 4 444 €
Déductibilité du revenu imposable	7 % du PASS + 3 % de la rémunération annuelle brute, dans la limite de 3 % de 8 PASS	2 592 € +3 % du revenu, limité à 8 888 €
Pour mémoire : déductibilité des contrats Madelin depuis 1994	7 % du PASS + 3,75 % du bénéfice imposable, dans la limite de 3 % de 8 PASS	2 592 € + 3,5 % du bénéfice imposable limité à 8 888 €

Source : rapport HCAAM sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé (18 juillet 2013).

Le coût budgétaire total de ces aides est évalué par la mission à hauteur de 4,3 Md€.

⁵⁰ Article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie.

⁵¹ Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Rapport

Tableau 14 : Soutiens publics accordés à certains contrats complémentaires d'assurance maladie

Avantages fiscaux et sociaux	M€
Exemption de cotisations sociales pour les contrats collectifs responsables (hors forfait social)	1 900
Réduction du taux de TSCA pour les contrats solidaires <u>et</u> responsables	570
Exonération d'Impôt sur le Revenu des cotisations versées en application des contrats collectifs obligatoires	1 600
Dispositif Madelin	215
Exonération de C3S	50
Total	4 335

Source : rapport HCAAM sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé (18 juillet 2013).

Du fait des avantages octroyés par les pouvoirs publics à certains contrats, appelés à se développer à la suite de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, un ressaut dans le coût de ces dispositions est attendu. L'impact en année pleine de l'ANI s'établirait entre 1,5 à 2,1 Md€.

1.4. Des efforts notables d'optimisation ont marqué le secteur de l'assurance maladie depuis la fin des années 1990

1.4.1. La dématérialisation des processus et des échanges est à l'origine de gains d'efficience significatifs

1.4.1.1. Sur 1,50 milliard de décomptes traités en 2012 par l'AMO, la part de feuilles de soins papier est réduite à 10 % grâce à l'utilisation de flux électroniques

En 2012, 1,50 milliard de décomptes⁵² de soins ont fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire, un volume en croissance moyenne de 1,4 % par an depuis 2003. La CNAMTS représente 79,0 % du total, avec 1,18 milliard de décomptes traités par les CPAM et CGSS.

Depuis sa mise en circulation en 1998, la carte Vitale a permis la dématérialisation progressive des flux entre les professionnels de santé (PS) et l'assurance maladie obligatoire (AMO).

En 2012, **78,3 % des décomptes sont transmis sous forme de feuilles de soins électroniques** (FSE) sécurisées par la présence simultanée de la carte de professionnel santé (CPS) et de la carte Vitale de l'assuré et par le recours au réseau Vitale.

11,7 % des flux prennent la forme de flux électroniques « dégradés », initiés par les progiciels des professionnels de santé agréés, sans la certification des parties⁵³. La feuille de soins doit obligatoirement être suivie de l'envoi de pièces justificatives par le PS, envoi auquel est suspendu le remboursement des prestations par l'AMO.

Enfin, **10,0 % des transmissions s'effectuent encore en 2012 par le biais de feuilles de soins papier** remises au patient, qui les envoie à sa caisse de rattachement.

⁵² Définition du décompte : ensemble des cellules-actes concernant un même bénéficiaire, une même nature d'assurance, un même destinataire de règlement, un même sens de régularisation, un même critère d'archivage. Exemples : une facture de pharmacie avec plusieurs codes CIP distincts ou toute une série d'actes infirmiers.

⁵³ Le plus fréquemment, le flux est opéré sans la carte Vitale du patient mais avec la CPS du Professionnel, grâce à l'utilisation des données stockées dans les bases du PS, lorsque le client s'est déjà présenté par le passé avec sa carte. Le flux peut également être initié sans aucune carte lorsque le PS n'est pas équipé d'un lecteur homologué (cas des infirmières, notamment).

Rapport

Tableau 15 : Nature des flux de décomptes entre PS et AMO, tous régimes confondus, en 2012

Type de transmission	Volumétrie (en millions de décomptes)	Part des décomptes
Feuilles de soins électroniques Vitale	1 170	78,3 %
Flux dégradés (FSE dégradée ou B2)	175	11,7 %
Feuilles de soins papier	150	10,0 %
Total	1 495	100,0 %

Source : CNAMTS et GIE SESAM Vitale, traitement IGAS/IGF.

La dématérialisation des flux des prestations en nature améliore la qualité et l'efficacité du processus de traitement par différents biais :

- ◆ rapidité⁵⁴ et fiabilité accrue des remboursements par l'AMO et l'AMC et possibilité de tiers payant ;
- ◆ suppression des tâches de saisie par l'AMO puis en aval pour l'AMC (en cas de convention *Noémie*), avec par ailleurs un traitement d'une partie des rejets⁵⁵ par la caisse obligatoire qui profite à l'organisme complémentaire ;
- ◆ limitation des frais d'édition et d'affranchissement à l'envoi de décomptes de remboursement aux assurés/adhérents. La fréquence des envois peut être réduite du fait que le remboursement par l'AMC n'est plus suspendu à la transmission du relevé de l'AMO ;
- ◆ réduction des causes de rejets qui entraînent des régularisations manuelles par les agents des caisses : le taux de rejet des flux électroniques sécurisés s'élève à 1,1 % contre 3,2 % pour les flux papier⁵⁶ ;
- ◆ réduction du volume de réclamations, en lien avec des remboursements plus fluides et plus rapides. La CPAM de Nanterre a ainsi relevé une baisse de 15 % du nombre de réclamations entre 2009 et 2012, imputée à la baisse de 6 points de la part des FSP.

En retenant uniquement la masse salariale et les frais de fonctionnement directement affectés aux prestations en nature, le coût de traitement à **la CNAMTS revient en 2012 à 1,84 € pour une feuille de soins papier (FSP) et à 0,16 € pour une feuille de soins électroniques (FSE)**. En février 2009, la CNAMTS estimait ces montants à 1,74 € et 0,27 € respectivement. L'évolution entre ces deux dates (+6 % pour les FSP, -40 % pour les FSE) s'explique par deux effets combinés :

- ◆ amélioration du processus de traitement des flux électroniques (standardisation et uniformisation du traitement des rejets, conception de nouveaux outils, démarches vis-à-vis des PS) avec une productivité par agent en hausse de 9 % par an entre 2006 et 2011 ;
- ◆ concentration du reliquat de FSP sur des décomptes plus complexes (les autres étant progressivement dématérialisés) sans gains de productivité associés.

⁵⁴ Les FSE sont remboursées en 2 à 7 jours, contre 7 à 25 pour les FSP. La mission a pu constater dans les CPAM où elle s'est rendue la constitution délibérée de stocks de FSP en vue d'inciter les assurés et les professionnels de santé à avoir recours à la transmission électronique, par une durée de remboursement étendue en moyenne à 24,7 jours.

⁵⁵ Identification du PS, tarification de l'acte, taux de remboursement.

⁵⁶ Source : CNAMTS. En particulier, les rejets liés à l'identification du professionnel de santé sont réduits par la certification de sa CPS. La mission note toutefois que la comparaison brute de ces deux taux est sujette à caution : les feuilles de soin subsistantes concernent pour partie les remboursements les plus complexes, sujets à davantage de rejets.

Tableau 16 : Augmentation de la productivité du processus de traitement des FSE dans les CPAM entre 2006 et 2011

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006-2011
Ratio FSE-B2/ETP (par jour)	906	992	1056	1162	1256	1420	56,70 %
Ratio FSP/ETP (par jour)	156	155	156	152	147	145	-7,10 %

Source : Comptabilité analytique des CPAM, calculs IGAS/IGF.

1.4.1.2. Les liaisons Noémie entre AMO et AMC limitent à 12 % la part des assurés devant faire parvenir des relevés papier à leur complémentaire et ont permis l'économie de 2,6 Md€

Lorsqu'elle a signé une convention avec un organisme complémentaire, une caisse est en mesure de lui transmettre les informations de facturation au format électronique après traitement par l'AMO (selon la norme *Noémie* liée à l'infrastructure Vitale). Le flux *Noémie* a remplacé la transmission par l'assuré à sa complémentaire santé des relevés au format papier envoyés par sa caisse de rattachement.

Les organismes du RC sondés présentent des taux de flux papier entrants plus variables que ceux de l'AMO, compris entre 2,5 % (UNEO) et 62 % (SMEREP). Ces variations s'expliquent par le nombre de conventions *Noémie* mises en œuvre avec les caisses d'assurance maladie obligatoire et par le taux de « *noémisation* » des adhérents qui en découle.

Pour un organisme complémentaire, l'intérêt théorique de nouer des partenariats avec l'ensemble du secteur de l'AMO est limité par la multiplicité des interlocuteurs du RO, par l'hétérogénéité des règles tarifaires, par la faible durée de séjour des assurés dans certaines caisses (régime étudiant) et par le tarif unitaire jugé parfois prohibitif de l'échange de données. L'intérêt est d'autant plus réduit lorsque l'OC compte peu d'adhérents affiliés aux régimes obligatoires de taille modeste.

A titre d'illustration, pour les mutuelles étudiantes, la part des affiliés devant transmettre des relevés de prestations AMO papier à leur complémentaire a été estimée par la mission entre 19 % (MEP) et 38 % (VITTAVI, MGEL, UITSEM), contre 12 % des affiliés des CPAM.

Les CPAM tarifient les flux *Noémie* selon un modèle de coût variable, à hauteur de 0,09 € par décompte en 2012, pour un total de recettes de **77 M€**. En théorie, la tarification s'effectue au niveau du coût de revient direct pour l'AMO, ce que la mission n'a pas été en mesure de vérifier. Dans les faits, le tarif fait l'objet d'une revalorisation indexée sur l'indice SYNTEC⁵⁷.

Une tarification trop élevée demeure dans d'autres organismes et en particulier dans certaines caisses de MSA, qui empêchent la généralisation de la liaison *Noémie* 1 à l'ensemble des décomptes traités par l'AMO.

Cela limite l'efficacité du processus de remboursement dans sa globalité puisqu'elles ont pour conséquence un envoi des décomptes AMO à une fréquence élevée aux assurés, puis un renvoi par l'affilié à sa mutuelle et un traitement coûteux du décompte par cette dernière (incluant une nouvelle saisie des informations).

⁵⁷ Les tarifs de facturation des échanges *Noémie* fixés à l'origine sont revalorisés annuellement. Une partie du tarif est fixe (12,5 %), l'autre est variable (87,5 %) et revalorisée selon l'indice SYNTEC de référence.

Pour l'année 2013, les tarifs, après revalorisation de la part variable du tarif, sont fixés comme suit :

« Noémie 1 » : 0,09 € HT (soit l'arrondi de 0,08785 €) soit un tarif inchangé par rapport à 2012 ;

« Noémie 3 » : 0,17 € HT (soit l'arrondi de 0,16594 €) soit une augmentation de 0,01 € par rapport à 2012.

Par rapport à la situation 100 % papier qui prévalait avant l'entrée des complémentaires dans le système Vitale, la diffusion des échanges *Noémie* 1 à 75,7 % des bénéficiaires⁵⁸ a permis de réduire à 12 % la part des personnes devant **faire parvenir à leur complémentaire des relevés de remboursement de l'AMO.**

L'infrastructure Vitale et les échanges *Noémie* d'une part, la gestion par l'AMO de la CMU-C d'autre part, ont d'ores et déjà fait économiser par ce biais 2,6 Md€ à l'ensemble des acteurs (0,2 Md€ à l'AMO, 1,3 Md€ à l'AMC et 1,1 Md€ aux usagers) par rapport à un système qui reposerait uniquement sur des échanges papier (cf. annexe I pour le détail).

1.4.1.3. Les mutations entre caisses ont été partiellement simplifiées, notamment entre le régime général et les mutuelles étudiantes

Les mutations requièrent une intervention manuelle de la caisse cédante puis de la caisse preneuse, afin de procéder au transfert des informations médico-administratives des bénéficiaires⁵⁹. La procédure de mutation a été simplifiée par deux évolutions récentes :

- ◆ depuis l'arrivée de la carte Vitale 2 en 2007, la caisse preneuse peut mettre à jour la carte de l'assuré⁶⁰. La carte Vitale 1, non mutable, imposait la création d'une nouvelle carte, pour un coût unitaire d'environ 3 € pour le GIE SESAM Vitale (sans compter les frais de collecte de la part de l'AMO ni le temps consacré par l'utilisateur à l'envoi des informations requises) ;
- ◆ un système d'échanges inter-régimes a été mis en place en 2009 pour fiabiliser et accélérer les mutations entrantes au sein du régime étudiant par transmission électronique des données en vue de la mutation des cartes Vitale. Ce système permet de traiter 80 % des mutations automatiquement. Dans la moitié de ces cas, cependant, les informations reçues sont incomplètes (médecin traitant non transmis, en particulier) et impliquent une correction au moment du premier remboursement effectué.

Ces améliorations ne permettent toutefois pas d'assurer des mutations fluides et efficaces entre caisses : les transferts d'un régime à l'autre demeurent complexes pour les assurés et coûteux pour l'AMO, car ils sont majoritairement effectués manuellement.

1.4.1.4. Le coût des incitations à la dématérialisation au profit des professionnels de santé s'élève à 117 M€ en 2012

Les gains de productivité liés à la dématérialisation des flux de prestations en nature reposent sur l'adoption des outils de l'assurance maladie par les professionnels de santé.

Le déploiement du système Vitale, amorcé en 1998, s'est appuyé sur l'équipement précoce des professionnels représentant une part importante des flux, au premier rang desquels les pharmaciens. En 2012, le taux d'équipement s'établit à 71 % des professionnels et 90 % des flux, avec des différences significatives de taux d'équipement entre catégories de PS (de 73 % pour les médecins à 99 % pour les pharmaciens).

⁵⁸ Taux 2012 pour les bénéficiaires des CPAM.

⁵⁹ Données relatives à l'identité des bénéficiaires, au médecin traitant, aux compteurs de franchises et contributions forfaitaires.

⁶⁰ Un effet « ping-pong » affecte toutefois les personnes qui reviennent au sein du réseau des CPAM après être passées par un autre régime. La mutation de la carte est alors impossible au moment du retour dans une CPAM. La CNAMTS a indiqué travailler à la résolution de ce problème en 2013.

Rapport

Le délai d'adoption des outils de dématérialisation est d'environ 7 ans et ne peut être garanti par l'assurance maladie. Il est étroitement lié aux gains marginaux escomptés par les PS⁶¹, à l'ergonomie et à la transparence des outils conçus et au rythme de développement par les éditeurs de logiciels.

En ce qui concerne spécifiquement les médecins, à l'origine de 50 % du volume de feuilles de soins papier, les analyses réalisées par la mission (voir annexe I) l'amènent à considérer que les incitations financières à s'équiper sont portées à un niveau satisfaisant par la convention médicale de juillet 2011, notamment par le biais des conditions d'équipement du médecin permettant la télétransmission Vitale.

1.4.2. Le pilotage du régime obligatoire s'appuie sur les conventions d'objectifs et de gestion (COG), pour lesquelles une plus grande homogénéité des indicateurs peut être recherchée

Initiées par l'ordonnance du 24 avril 1996, les conventions d'objectifs et de gestion ont été déployées progressivement au sein de l'AMO⁶² ; elles prévoient des objectifs et un cadrage budgétaire pluriannuel par structure.

Tableau 17 : Etat des COG en vigueur dans les caisses d'assurance maladie obligatoire

Organisme	COG en cours	Nombre de COG précédentes	Date de la dernière COG
CNAMTS	2010-2013	3	1997
MSA	2011-2015	3	1997
RSI	2012-2015	1	2007
CNMSS	2011-2014	3	2002
CPR-SNCF	2010-2013	0	2010
CANSSM	2012-2015	2	2004
CRPCEN	2012-2015	2	2005
ENIM	2013-2015	0	2013
CAVIMAC	2013-2016	2	2005

Source : DSS.

Le pilotage par les COG a par ailleurs été enrichi par les travaux du groupe « benchmark » piloté par la direction de la Sécurité sociale. Dans ce cadre ont été développés des indicateurs qualitatifs⁶³ ainsi que des indicateurs de coûts de gestion⁶⁴ qui permettent des comparaisons entre caisses d'AMO. Ils ne sont néanmoins pas renseignés par tous les régimes.

Les objectifs d'efficacité ont été introduits dans les COG à partir de 2006. Si, de façon générale, les conventions d'objectifs et de gestion ont accompagné la concrétisation des gains de productivité liés à la dématérialisation des feuilles de soins, le pilotage de la recherche d'efficacité peut encore être renforcé. L'absence de stabilité des indicateurs retenus et leur hétérogénéité d'un organisme à l'autre rendent complexes la mesure et la comparaison des progrès accomplis. Il est à noter que les gains de productivité de la CNAMTS ont significativement excédé les objectifs fixés par la COG 2006-2009 (réduction d'ETP supérieure de 40 % à la cible).

⁶¹ Ainsi, la scannerisation des ordonnances par les pharmaciens a-t-elle mis fin au tri et à la préparation de liasses de pièces justificatives dans les officines, ce qui a amené à l'adoption rapide de scan-ordo (75 % de dématérialisation attendue fin 2013).

⁶² En 2013, les seuls organismes à ne pas être encadrés par une COG sont la CASS RATP, la caisse du port autonome de Bordeaux ainsi que les régimes d'assurance maladie de l'Assemblée et du Sénat.

⁶³ Délai de traitement des feuilles de soin papier et électroniques, taux de flux externes, délai d'attente et niveau de satisfaction s'agissant de la fonction accueil, etc.

⁶⁴ Dispersion des coûts de gestion, frais de personnel par ETP, coûts de l'immobilier...

Rapport

Les effectifs et les coûts de l'assurance maladie obligatoire ont diminué de façon significative depuis 2003, tandis que la qualité de service a été améliorée.

Pour l'assurance maladie obligatoire, sous l'impulsion de la CNAMTS, la décennie 2003-2012 a été marquée par des gains d'efficacité conséquents et par le développement de nouveaux services à destination des assurés : compte et services en ligne, création de nouveaux canaux d'accueil. Les indicateurs de qualité de service des COG signalent un maintien ou une amélioration de la qualité de service, pour des coûts réduits en euros constants.

1.4.2.1. Les réductions d'effectifs ont été portées par la dématérialisation des prestations en nature

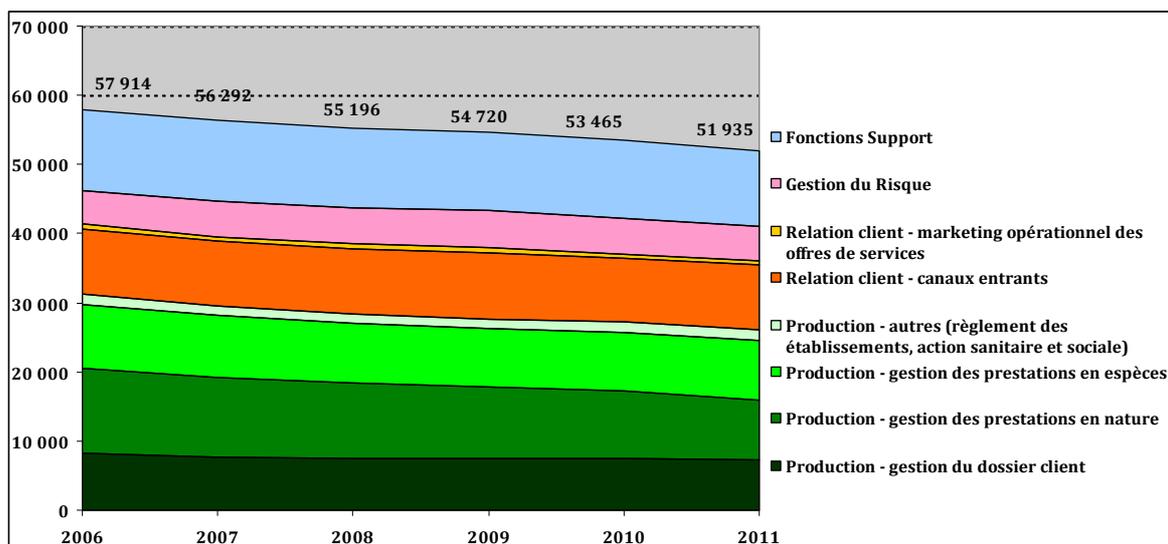
Tous risques confondus, les effectifs de la MSA ont diminué de 5 % entre 2008 (18 800) et 2011 (17 900). Le RSI, pour lequel la gestion de l'assurance maladie représente environ 25 % des effectifs, a vu ses moyens augmenter de 4 % entre 2006 (5 900 ETP) et 2011 (6 100 ETP). Cette augmentation s'explique par l'augmentation forte du nombre de bénéficiaires liée au fort développement du statut d'auto-entrepreneur alors nouvellement créé.

Enfin, les effectifs de la branche maladie du régime général, considérée dans son ensemble⁶⁵, ont diminué de 14 % entre 2004 (103 400 ETP) et 2011 (93 200 ETP), soit une diminution de 10 000 ETP sur la période.

Pour les seules CPAM, la baisse atteint 10,3 % entre 2006 et 2011. **86 % de la baisse des effectifs réalisée entre ces deux années provient des activités de production**, activités qui représentaient en 2011 50 % des ETP des CPAM (contre 54 % en 2006).

Au sein de cette activité de production, **les gains sont concentrés sur les prestations en nature puisque 61 % des effectifs non remplacés proviennent du traitement des prestations en nature (-29,7 %), malgré des volumes en hausse de 1,4 % par an**. Dans le même temps, les effectifs dédiés aux prestations en espèces ont connu une faible baisse (-5,6 %), avec un volume stable d'activité.

Graphique 8 : Répartition des effectifs des CPAM par activité (en ETP) entre 2006 et 2011



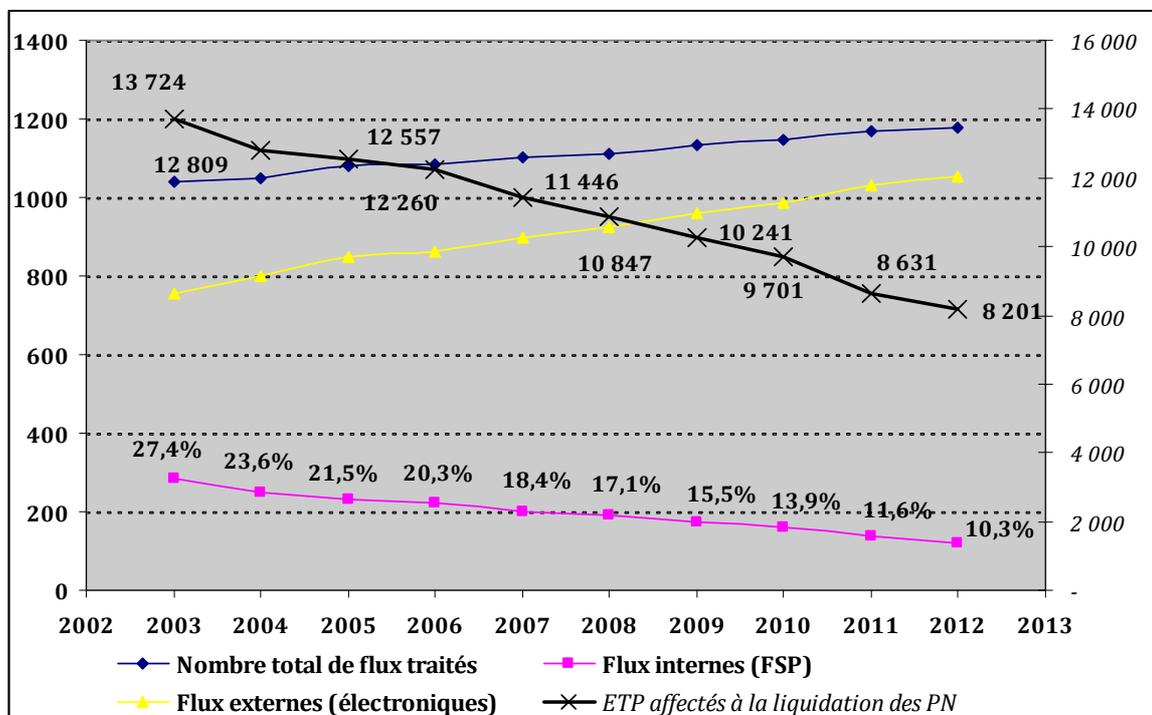
Source : CNAMTS, comptabilité analytique des CPAM.

⁶⁵ Aux 65 983 ETP qui dépendent de la CNAMTS en 2011 s'ajoutent 4 911 ETP dans les CARSAT et 14 000 ETP des UGECAM.

Rapport

Entre 2003 et 2012, le taux de FSP est passé de 27,4 % à 10,3 %. Dans le même temps, les effectifs des CPAM dédiés à la liquidation des prestations en nature ont été réduits de 40 %, de 13 724 à 8 201, soit 320 ETP en moyenne par point de dématérialisation des flux, et **400 ETP par point sur la période récente 2009-2012**.

Graphique 9 : La réduction du taux de FSP entre 2003 et 2012 a permis d'économiser 5 523 ETP dans les CPAM



Source : CNAMTS pour les données de 2006 à 2011, calculs de la mission pour les années 2003 à 2005 et 2012

1.4.2.2. Les gains de productivité ont entraîné une modération des coûts de gestion des organismes en charge de l'assurance maladie obligatoire.

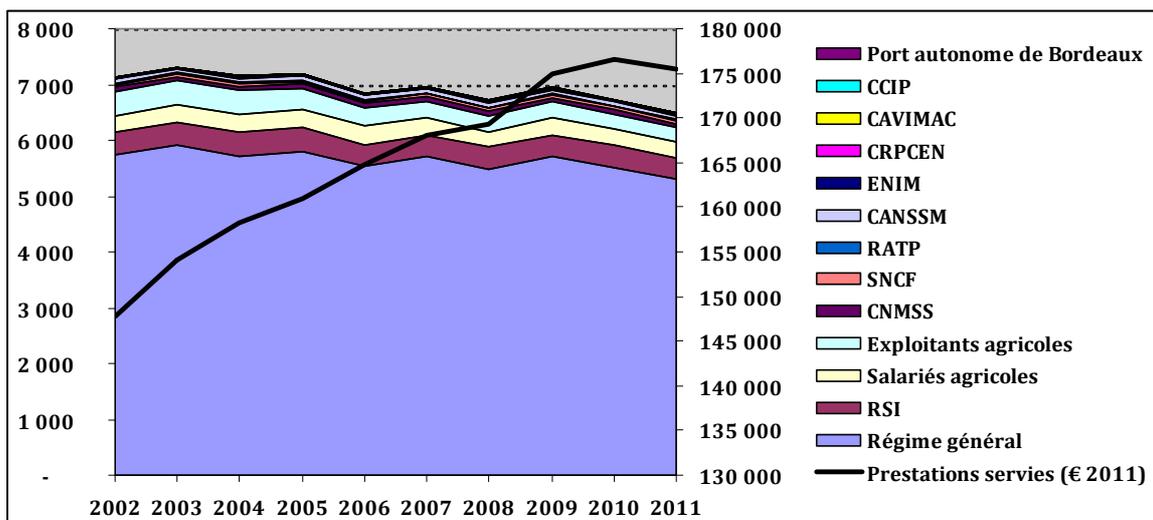
Après correction de l'inflation sur la période 2002-2011, les coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire, tels que recensés par les comptes de la Sécurité sociale, ont globalement diminué de 9,0 % en 9 ans, soit 1,05 % d'économies par an.

Cette baisse, modérée, est rendue plus significative par la progression annuelle du volume d'activité, avec notamment une croissance de 1,4 % de décomptes par an pour les prestations en nature. En assimilant la croissance d'activité à ce seul indicateur⁶⁶, la combinaison de la baisse des coûts et de la hausse des volumes **se traduit par des gains de productivité de 24 % entre 2002 et 2011, soit 2,5 % par an.**

⁶⁶ La hausse du volume d'activité peut de façon plus circonstanciée être retenue dans une fourchette comprise entre la croissance du nombre de bénéficiaires, liée à la croissance démographique (+1,04 % par an), et la croissance du volume des prestations en nature (+1,39 % par an).

Rapport

Graphique 10 : Evolution des dépenses de gestion de l'AMO et des prestations versées entre 2002 et 2011, après correction de l'inflation (€ constants de 2011).

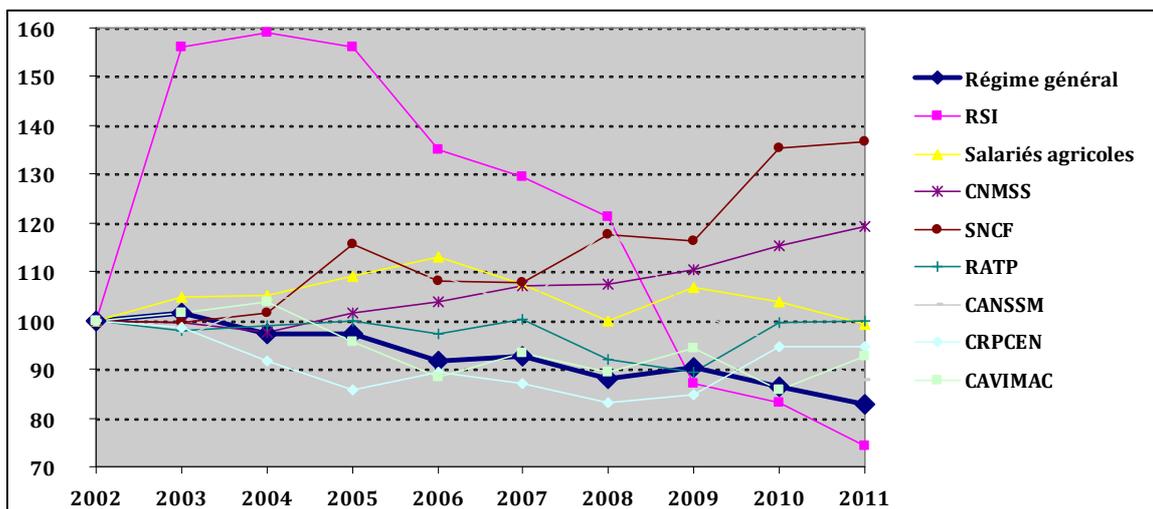


Source : Calculs de la mission d'après les comptes de la Sécurité sociale établis par la DSS, bureau 6A.

La baisse des frais de gestion n'est pas uniforme parmi les régimes. Elle est essentiellement portée par les gains de productivité du régime général et de la CNAMTS en particulier.

Elle peut également être mesurée au travers de l'évolution du coût de gestion par bénéficiaire : en dépit d'un maximum atteint en 2003 (120 euros par bénéficiaire en moyenne), **il a diminué de 17,1 % sur la période en passant de 116 € à 97 €**. Le biais démographique, favorable à la CNAMTS, renforce l'écart entre l'évolution du régime général et celle des régimes spéciaux ou du régime des salariés agricoles.

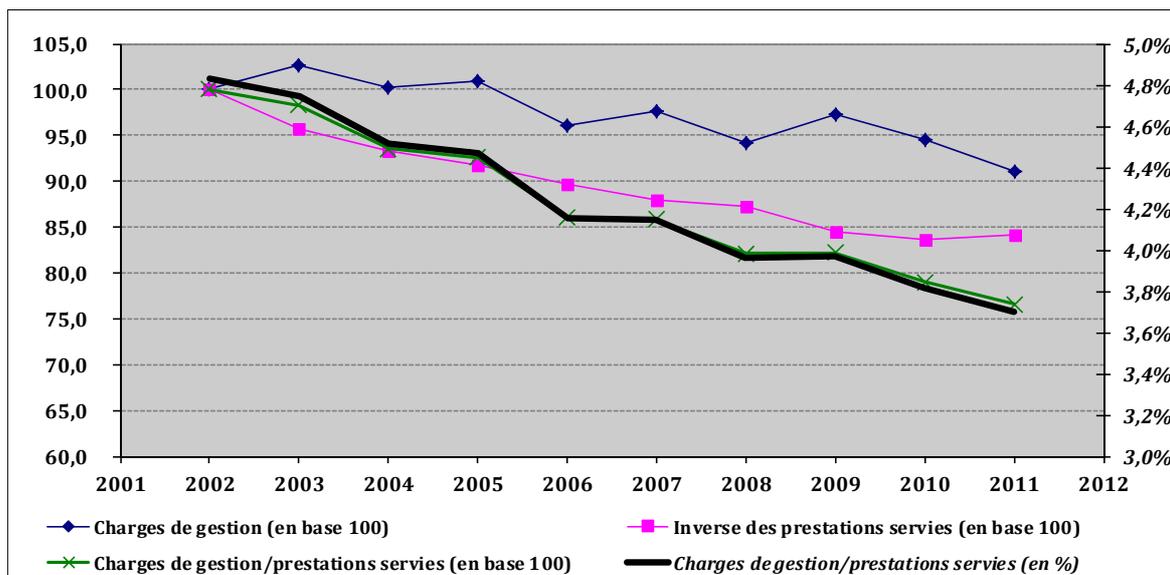
Graphique 11 : Evolution des dépenses de gestion des caisses d'AMO par bénéficiaire en base 100, après correction de l'inflation



Source : Calculs de la mission d'après les comptes de la Sécurité sociale établis par la DSS, bureau 6A.

Enfin, le rapport entre les frais de gestion et les prestations servies a connu une baisse significative de 23,5 % entre 2002 et 2011, liée pour les deux tiers à l'augmentation du montant remboursé et pour le dernier tiers à la baisse des coûts de gestion de l'AMO. **Ce ratio atteint 3,70 % en 2011, contre 4,83 % en 2002.**

Graphique 12 : Evolution du ratio entre frais de gestion et prestations versées



Source : Calculs de la mission d'après les comptes de la Sécurité sociale établis par la DSS, bureau 6A.

1.4.3. Les gains théoriques de productivité n'ont pas été intégralement convertis en baisse des effectifs et des coûts

L'assurance maladie obligatoire a connu, lors de la dernière décennie, des restructurations des réseaux des principaux régimes (CNAMTS, RSI et MSA, mais également MGEN, MFPS), visant notamment à réduire l'éclatement géographique des sites de production. Les gains associés à ces restructurations récentes n'ont pas encore été concrétisés.

Par ailleurs, les contraintes en matière de gestion des ressources humaines figurant dans la convention collective UCANSS ont réduit le rythme d'exploitation des gains théoriques liés à la dématérialisation (cf. paragraphe 1.5) dans les CPAM.

L'exemple de la CPAM des Hauts de Seine illustre la capacité d'une caisse à améliorer de façon spectaculaire sa productivité en répondant à une charge de travail nouvelle⁶⁷ tout en mettant en évidence une sous-productivité latente importante d'une partie du réseau des CPAM.

1.5. L'assurance maladie obligatoire est caractérisée par des rigidités de gestion qui fragilisent l'exploitation du potentiel des départs en retraite

1.5.1. La masse salariale du régime général a continué à progresser en dépit de la réduction des effectifs opérée depuis 2006

Entre 2006 et 2012, la baisse de 8,9 % des effectifs du régime général, essentiellement supportée par la branche maladie, n'a pas conduit à une baisse de la masse salariale courante, qui a progressé de 3,7 % sur la même période du fait de mesures d'augmentation des salaires,

⁶⁷ Le transfert de la gestion des 500 000 bénéficiaires de la CAMIEG à la CPAM de Nanterre s'est fait sans aucune augmentation d'effectifs. Cette performance a permis à la CPAM de diviser par deux son coût du point de performance (12 € en 2006 pour une moyenne nationale de 7,16 € contre 6,56 € en 2011, soit un montant inférieur à la moyenne nationale de 7,50 €).

Rapport

d'un glissement vieillesse technicité (GVT) neutre⁶⁸ et de mesures individuelles.

Suite au gel de la valeur du point d'indice en 2010, des mesures forfaitaires ont été décidées en 2011 et 2012 avec l'ajout d'un forfait de cinq points par agent. Cette mesure équivaut à une **augmentation de 1,2 % de la masse salariale**, supérieure à l'augmentation qui aurait résulté d'une revalorisation du point d'indice d'après les interlocuteurs rencontrés par la mission.

Tableau 18 : Evolution de la rémunération des agents du régime général entre 2006 et 2012

	2006	2012
Indice des prix	100	110,4
Rémunération courante des personnels	100	103,7
Volume des effectifs (CDI)	100	91,1
Valeur du point	100	106,2

Source : UCANSS

1.5.2. La mobilité des personnels de l'assurance maladie obligatoire est limitée

1.5.2.1. La mobilité géographique s'effectue sur la base du volontariat

Dans son rapport de 2011 sur la Sécurité sociale⁶⁹, la Cour des Comptes rappelle les principes qui freinent la mobilisation des gains de productivité au sein des caisses du régime général :

« En vertu de l'accord du 5 septembre 2006 relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux, **il n'y a pas de mobilité imposée** (« toute mobilité interviendra sur la base du volontariat »)⁷⁰. Les restructurations s'accompagnent donc **du maintien des implantations existantes.** »

La restructuration des réseaux, sans mobilité, empêche une véritable réduction du nombre de sites et conduit à affecter des agents à des tâches auxquelles ils sont nouvellement formés. Cette rigidité, associée à l'autonomie juridique des CTI, a par exemple ralenti la réorganisation fonctionnelle des CTI de la CNAMTS et limité son ambition.

⁶⁸ Le GVT est décomposé en trois facteurs qui se compensent :

- ◆ +0,27 % par an pour le vieillissement des agents (50 % des salariés ayant atteint le plafond du coefficient d'ancienneté) ;
- ◆ +0,50 % pour la technicité (dans chaque catégorie, au moins 20 % des salariés doivent bénéficier chaque année de points de compétence) ;
- ◆ -0,80 % du fait des départs en retraite remplacés par des embauches d'employés plus jeunes (effet de noria). La qualification supérieure des employés recrutés et leur âge d'embauche (32 ans en moyenne) limitent ce dernier effet.

⁶⁹ « La productivité dans les organismes de Sécurité sociale du régime général », Cour des comptes, Sécurité sociale 2011, septembre 2011.

⁷⁰ Cette disposition est reprise dans nouveau protocole signé le 26 janvier 2010.

Rapport

1.5.2.2. La mobilité d'un agent entre deux caisses ou deux régimes différents est aujourd'hui trop lourde à mettre en œuvre

Les agents de l'AMO sont salariés d'une caisse employeur, au sein d'un régime. Il existe bien certaines conventions de réciprocité entre régimes, qui visent à limiter certains freins au recrutement (reprise des droits allongés par exemple, notamment au titre de la formation). Par ailleurs, le changement d'employeur est dans certains cas associé à un droit au retour dans l'organisme d'origine durant la période d'essai (mutation entre deux CPAM ou entre une caisse de RSI et une caisse de MSA). Mais la mobilité d'un employé entre caisses et à plus forte raison entre régimes suppose à ce jour sa démission.

La mission partage les critiques déjà formulée par la Cour des Comptes à l'encontre des dispositions relatives à la mobilité fonctionnelle des agents au titre du protocole UCANSS :

- ◆ le protocole UCANSS restreint la mobilité géographique ;
- ◆ il restreint également la mobilité fonctionnelle, puisque, en cas de refus par le salarié de propositions en ce sens, la seule solution consiste à procéder à son licenciement économique ;
- ◆ même si une clause de mobilité existe dans les contrats de travail, celle-ci ne peut généralement pas être mise en œuvre en pratique.

Comme le notait la Cour des Comptes, les agents de la Sécurité sociale bénéficient donc bien, en matière de mobilité, de règles beaucoup plus protectrices que les fonctionnaires de l'Etat dont des milliers d'agents font l'objet, chaque année, de mutation dans l'intérêt du service. Une telle contrainte placée sur la mobilité fait de la démographie des organismes la principale variable d'ajustement utilisable par les caisses nationales.

Alors que les enjeux d'une mobilité fonctionnelle seront amplifiés dans la période 2013-2017 par les perspectives de réduction des besoins liées à l'automatisation de processus (PN, PE, service courrier), la mission considère comme prioritaire que des aménagements soient négociés au plus vite afin de permettre la mise en œuvre d'une politique de mobilité géographique et fonctionnelle au profit des agents couverts par les conventions UCANSS.

1.5.3. La répartition de l'activité entre caisses des principaux régimes obligatoires (CNAMTS, RSI, MSA) est actuellement liée à des critères géographiques et démographiques exogènes au secteur

Pour des raisons historiques, organisationnelles⁷¹ et techniques (segmentation des bases de données informatiques des bénéficiaires), les caisses d'assurance maladie des principaux régimes (CNAMTS, RSI, MSA) prennent en charge les bénéficiaires d'un périmètre géographique délimité⁷².

Il n'existe pas de dispositif généralisé de mutualisation ou de transfert de la charge de travail, cependant que la mobilité géographique des agents des caisses reste faible.

⁷¹ Restructuration du réseau des CPAM sur la base de d'échelon départemental, ancrage local des points d'accueil et des élus des conseils d'administration des caisses, proximité géographique.

⁷² Les exceptions à ce constat concernent en premier lieu les régimes spéciaux, organisés pour tout ou partie des processus de gestion selon un modèle centralisé (base de données uniques, charge de travail transférable entre unités), ainsi que certains organismes délégataires.

De même, les missions nationales confiées à une caisse (exemples des CPAM de Vannes, Mende, Nanterre, Versailles) et les mutualisations conduites sur la base d'initiatives locales (pour les CPAM) ou encadrées par le niveau national (caisses de MSA) dé-corrèlent les besoins en effectifs de gestion de la démographie locale.

Rapport

Il en résulte un cloisonnement local de la gestion de l'adéquation entre ressources et besoins des caisses. Le niveau initial d'activité d'une caisse et son évolution dépendent **essentiellement de la démographie des affiliés de son ressort géographique**. Les besoins en effectifs résultent du croisement de cette évolution avec les gains de productivité potentiels, ces derniers étant en grande partie liés à des développements nationaux.

Les ressources locales dépendent, elles, du nombre de départs en retraite et **de leur taux de remplacement**. Dans les CPAM, ce dernier varie entre 12,5 % et 65 % dans le cadre de la COG 2010-2013. L'adéquation des ressources des caisses avec leurs besoins repose dès lors sur le taux de remplacement, **seule variable maîtrisée par l'organisme**, avec des limites naturelles :

- ◆ quand bien même le niveau d'activité justifierait une réduction forte des effectifs, cette dernière ne peut excéder le volume des départs en retraite⁷³ ;
- ◆ en deçà d'une taille critique d'activité (cf. paragraphe 3.1.3) et sans reconsidération des conditions d'exercice (réseau des points d'accueil, notamment), la réduction des effectifs peut s'avérer impossible ou contreproductive.

Ces limites peuvent amener, aux deux extrémités (caisses les plus petites et les plus grandes) à ne pas pouvoir concrétiser des gains de productivité potentiels, en raison de départs en retraite insuffisants ou de besoins fixes trop importants.

2. Des gisements d'économie existent, auxquels répondent en partie les projets en cours portant sur les systèmes d'information

2.1. A l'horizon 2017, la poursuite de la dématérialisation des processus de l'assurance maladie permet d'envisager des gains récurrents de plus de 542 M€ pour l'AMO et de 344 M€ pour les usagers et l'AMC

Après une première vague de dématérialisation portée par la carte Vitale (1998-2012), l'assurance maladie obligatoire se tourne vers des services en ligne à destination des professionnels de santé et des assurés, dans le double but d'améliorer la réactivité et la qualité de ses processus et d'en réduire le coût de gestion.

2.1.1. La réduction à 2 % du taux de feuilles de soins papier à l'horizon 2017 permettrait à l'AMO d'économiser entre 74 M€ et 296 M€

2.1.1.1. En 2012, 10 % de feuilles de soins sont transmises au format papier, dont 70 % sont imputables à l'équipement et aux décisions du professionnel de santé

Les feuilles de soins papier (150 millions de FSP, soit 10 % des transmissions en 2012, voir *supra*) peuvent être causées, du côté du professionnel de santé, par l'absence d'équipement Vitale ou par l'absence de CPS (cas de médecins remplaçants non titulaires de leur thèse ou de PS en déplacement sans équipement mobile), et du côté de l'assuré par la non présentation de la carte Vitale (non reçue, oubliée ou perdue).

⁷³ Dans les faits, le seuil minimum de remplacement s'élève à 12,5 % des départs dans le réseau des CPAM afin de tenir compte des besoins éventuels en compétences extérieures et afin de maintenir un renouvellement, même faible, des effectifs. La mission ne conteste pas le bienfondé de ce seuil plancher, dont l'abaissement ne changerait pas significativement le rythme de décroissance des ETP.

Rapport

Les données mises à la disposition de la mission (voir Annexe I) permettent d'estimer que 70 % des FSP sont imputables aux professionnels de santé (PS) et 30 % aux usagers ou à leur caisse de rattachement.

La combinaison d'actions portant sur ces trois catégories d'acteurs permettrait de limiter l'utilisation de FSP aux cas marginiaux de mise à disposition, de perte ou de vol de carte Vitale, estimés à 2 % des décomptes (soit deux tiers de la part imputable aux assurés). Il pourrait s'y ajouter un reliquat de flux issus de professionnels de santé dont l'activité ne justifie pas l'investissement dans un équipement de télétransmission et une aide de l'AMO⁷⁴.

2.1.1.2. L'achèvement de l'équipement des PS en matériel de télétransmission des feuilles de soins ne pourra vraisemblablement pas s'appuyer sur les seules mesures incitatives

Alors qu'ils représentent 15 % du volume total de décomptes, les médecins émettent 50 % des feuilles de soins papier en 2012, soit 60 millions de plis pour la seule CNAMTS et environ 75 millions tous régimes confondus.

Le taux d'équipement des médecins n'est pas lié de façon significative à l'âge du praticien, **ce qui écarte la possibilité d'une extinction naturelle totale des feuilles de soins papier avec le départ de professionnels en retraite**. Par ailleurs, les disparités géographiques permettent d'identifier des résistances locales fortes aux subventions et primes de l'assurance maladie (cf. paragraphe 1.3) et aux avantages d'outils informatisés.

De façon plus générale, la mission considère qu'au regard du surcoût que représente le traitement des FSP du fait du refus des PS de télétransmettre (estimé à 70 % du montant de traitement des FSP, soit 110 M€ pour l'ensemble de l'AMO), et du délai de quinze ans écoulé depuis la mise en œuvre du système Vitale, **l'application des contributions forfaitaires prévues par la réglementation depuis 2000 ne doit plus être retardée. Les modalités envisagées en 2010 par l'UNCAM (0,50 € par FSP avec des abattements) pourraient être effectivement mises en œuvre avec une entrée en vigueur dès 2014.**

La télétransmission Vitale généralisée à l'ensemble des PS permettrait, en théorie, de **réduire la part des FSP à 3 % contre 10 % en 2012, soit une réduction de 70 %, hors action vis-à-vis des assurés.** Ceci suppose en particulier d'être en mesure de proposer des solutions techniques ergonomiques pour gérer les remplacements et les déplacements.

Encadré 1 : De 1996 à 2011, quinze années d'échec dans la mise en place réglementaire d'une contribution forfaitaire aux frais de gestion sur les feuilles de soins papier

L'article L161-35 du code de la Sécurité sociale, né des ordonnances Juppé du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, prévoit une contribution forfaitaire aux frais de gestion sur les feuilles de soins papier à partir du 1^{er} janvier 2000. Son montant est fixé unilatéralement par arrêté pour chaque profession et pour chaque type de document. Aucun arrêté en ce sens n'a été publié par le ministère de la santé.

Suite à un amendement parlementaire d'octobre 2007, l'article 45 de la LFSS pour 2008 introduit une contribution forfaitaire sur les FSP, en précisant que les parties conventionnelles (syndicats de PS et AMO) disposent d'un délai de douze mois pour signer des conventions prévoyant le montant de cette contribution, délai qui ne permet pas d'aboutir.

En 2008 est inséré dans la LFSS pour 2009 un article qui désigne le directeur de l'UNCAM pour fixer le montant de la contribution, en lieu et place des conventions susmentionnées. Le 11 décembre 2008, le Conseil Constitutionnel estime que l'article 41 qui désigne « l'autorité compétente pour fixer le montant

⁷⁴ A raison de 400 € de subvention annuelle de la part de l'assurance maladie (aide à la maintenance et rémunération forfaitaire) et d'un différentiel de coût de 1,68 € entre le traitement d'une FSP et d'une FSE, le seuil de rentabilité de l'équipement en matériel Vitale du point de vue de l'AMO s'établit à 238 actes par an et par professionnel de santé.

Rapport

de la contribution due par les professionnels de santé n'utilisant pas les feuilles de soins électroniques », n'a « pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ; que, par suite, [il ne devrait pas figurer] dans une loi de financement de la Sécurité sociale ».

L'article 53 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifie à nouveau l'article L161-35 en reprenant la fixation du montant de la contribution par le directeur de l'UNCAM, avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2010, date avant laquelle existe la possibilité de définir des dérogations par convention.

Le 19 mars 2010, le directeur de l'UNCAM fixe le montant de la contribution forfaitaire aux frais de gestion à 0,50 € par feuille de soin papier, avec des conditions d'abattement (25 % des volumes avec un plancher de 300 FSP) et d'exemption ciblant certains publics (AME, nourrissons) et les actes effectués dans leur totalité hors de la présence du patient (actes d'anatomo-cyto-pathologie).

Le 7 avril 2011, sur une saisine du Syndicat des Médecins d'Aix et Région, le Conseil d'Etat annule la décision du directeur de l'UNCAM pour « excès de pouvoir », les dérogations n'ayant pas été définies par voie conventionnelle avant début 2010.

L'article 11 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifie une nouvelle fois l'article L161-35 et prévoit que les modalités de mise en œuvre de la contribution sont fixées par voie conventionnelle, et qu'à défaut de dispositions conventionnelles applicables, ces dernières sont fixées par le directeur général de l'UNCAM.

Sources : travaux de la mission

2.1.1.3. La réduction du taux de FSP suppose une action vis-à-vis des assurés et pourrait être facilitée par une contribution forfaitaire en cas de non présentation de la carte Vitale

En dehors de l'équipement des professionnels de santé, le maintien des FSP s'explique en partie du fait de l'assuré (oubli, non présentation de la carte du parent contenant les informations de ses enfants, perte, vol, absence de réponse aux formulaires de l'AMO) ou de sa caisse (mise à disposition tardive, lenteur de renouvellement), voire du support (carte invalide⁷⁵).

La faiblesse relative du taux des FSE des pharmaciens (84 % en 2012, en raison vraisemblablement d'achats non programmés par l'assuré) au regard de l'équipement quasi intégral des officines en système Vitale illustre l'enjeu d'une mobilisation de l'assuré, en sus des actions vis-à-vis des professionnels de santé.

La mission souligne l'importance de la **mise en œuvre d'une double inscription des enfants sur les cartes Vitale de leurs deux parents** pour écarter un motif légitime de génération des FSP.

Après une **première étape d'information du public quant au différentiel de coût de traitement entre FSE et FSP** (par exemple sur les décomptes transmis en 2014 par l'AMO), la mission préconise **l'entrée en vigueur d'une contribution forfaitaire de l'utilisateur qui pourrait être fixée à 0.50 € par FSP⁷⁶ et 0.16 € par flux B2⁷⁷**. Cette contribution s'ajouterait aux participations forfaitaires existantes et viserait à sensibiliser les usagers à la présentation de leur carte Vitale, garante de sécurisation des flux destinés à l'AMO.

Un tel dispositif mettrait sous tension la chaîne de dématérialisation : les PS seraient incités à s'équiper ; les caisses devraient se montrer efficaces dans la mise à disposition des cartes Vitale et les usagers plus réactifs dans leurs retours et plus incités à présenter leur carte.

⁷⁵ La mission n'a pas eu connaissance d'une part significative de cartes ou de lecteurs défectueux.

⁷⁶ Soit 30 % de la différence de 1,68 € de coût direct entre le traitement d'une FSP et celui d'un flux électronique en CPAM.

⁷⁷ Ce montant correspond au coût de traitement direct d'un flux électronique.

Rapport

Des mécanismes pourraient être créés (sur propositions de l'UNCAM) pour modérer le dispositif et éviter la sanction inopportune d'assurés de bonne foi : délai de deux mois d'exemption après le signalement d'un vol ou après une première affiliation (en deçà d'un plafond de signalements de vol), déclenchement de la participation au-delà d'un nombre de FSP générées par an et par assuré.

2.1.1.4. Les économies liées à la réduction du taux de FSP sont comprises entre 74 et 272 M€ par an pour l'AMO à l'horizon 2017 par rapport à 2012

En retenant uniquement la masse salariale et les frais de fonctionnement directement affectés aux prestations en nature, le coût de traitement à **la CNAMTS revient en 2012 à 1,84 € pour une FSP et à 0,16 € pour une FSE.**

Différents modèles d'économies ont été chiffrés par la mission et retracés dans le tableau ci-dessous :

- ◆ un modèle de décroissance exponentielle de la part des FSP entre 2012 et 2017 (10,3 % en 2012, 9,3 % en 2013 et 6,0 % en 2017), à productivité inchangée, entraîne une réduction des besoins estimée à 1 200 ETP dans les CPAM ;
- ◆ le maintien d'un niveau de gain de productivité annuelle à 9 %⁷⁸ sur la liquidation des flux électroniques amènerait à une baisse de 2 700 ETP sous les mêmes hypothèses ;
- ◆ un **scénario de rupture, qui réduirait le taux de FSP à 2 % en 2017, serait associé à des gains en ETP variant entre 2 800 et 4 400 ETP à partir de la base de 2012**, en fonction des gains de productivité opérés chaque année sur les flux électroniques.

Pour calculer les gains sur le périmètre de l'AMO dans son ensemble, les gains calculés sur la base des coûts directs de la CNAMTS (masse salariale et frais de fonctionnement estimés à 50 k€ par ETP) sont majorés de 23 %⁷⁹, au prorata du nombre de FSP. Ils sont compris entre 74 M€ et 272 M€ par an à l'horizon 2017 en fonction des hypothèses retenues.

Tableau 19 : Gains en 2017 liés à quatre scénarios d'évolution de la dématérialisation des PN par rapport à 2012

Scénario	Gains annuels de productivité sur les FSE	Taux de FSP en 2017	Gains en ETP directs entre 2012 et 2017 dans les CPAM	Economie annuelle en coûts directs à l'horizon 2017 pour la CNAMTS (en M€)	Economie annuelle totale à l'horizon 2017 pour l'AMO (en M€)
Décroissance exponentielle	0 %	6,0 %	1 200	60	74
Décroissance exponentielle	9 %	6,0 %	2 700	135	167
Scénario de rupture	0 %	2,0 %	2 800	140	173
Scénario de rupture	9 %	2,0 %	4 400	220	272

Source : Calculs de la mission IGAS/IGF, d'après les données de comptabilité analytique des CPAM.

⁷⁸ L'amélioration du processus de traitement des flux électroniques (standardisation et uniformisation du traitement des rejets, conception de nouveaux outils, démarches vis-à-vis des PS) s'est traduite par une productivité par agent des CPAM en hausse de 9 % par an entre 2006 et 2011.

⁷⁹ La CNAMTS traite chaque année 121,5M de FSP sur un total de 150M pour l'ensemble des régimes.

2.1.2. La dématérialisation intégrale des échanges entre RO et RC permettrait de faire économiser environ 150 M€ par an aux usagers et 190 M€ à l'AMC par rapport à l'année 2012

Si les 12 % de bénéficiaires de l'AMO qui disposent d'une complémentaire santé et ne sont actuellement pas couverts par une liaison *Noémie* 1 l'étaient, cela **pourrait générer 153 M€ d'économies supplémentaires pour les usagers et 191 M€ pour l'AMC** (cf. paragraphe 1.4.1.2 et annexe I).

Les **gains pour l'AMO seraient faibles, essentiellement liés aux recettes issues de la tarification *Noémie*⁸⁰ (12 M€ environ)**.

L'extension de la couverture des échanges *Noémie* 1 serait favorisée par la réduction du nombre d'opérateurs de l'AMO (en particulier par l'adossement des plus petites structures aux principaux acteurs, afin de limiter le nombre de conventions RO-RC), qui implique une réforme structurelle du secteur.

Sa généralisation suppose de mettre en œuvre plusieurs mesures :

- ◆ **conclure les conventions d'échange *Noémie* par régime au niveau national⁸¹** et non plus au niveau local, afin de garantir l'homogénéité des pratiques tarifaires et de limiter le coût (financier et administratif) des interfaces, lié actuellement à la démultiplication des points d'accès ;
- ◆ **harmoniser la tarification** en limitant sa partie fixe (réduite au coût estimé de mise en œuvre des conventions et d'initialisation des échanges) et en privilégiant un tarif variable par flux. Un tarif unique pour l'ensemble des caisses d'AMO pourrait être recherché, par mutualisation des coûts et des recettes liés aux flux *Noémie* 1 ;
- ◆ conduire une étude **sur le coût réel des échanges *Noémie* 1** pour chaque caisse d'AMO (conventionnement, développements initiaux puis fonctionnement) et revoir, le cas échéant, la tarification moyenne pratiquée.

2.1.3. Au-delà de la dématérialisation des FSP, les économies potentielles liées à la réduction du taux de rejet des flux électroniques sont comprises entre 67 et 147 M€ par an à l'horizon 2017

Le coût de traitement des prestations en nature sous forme électronique est directement lié aux rejets des flux entrants qui induisent une intervention manuelle. Ces taux de rejet des flux électroniques sont compris entre 1,2 et 9,1 % selon les régimes et s'élèvent à 2,3 % à la CNAMTS.

Le « programme 2 » du schéma directeur informatique de la CNAMTS portant sur les télé-services à destination des professionnels de santé a vocation à réduire la proportion de rejet par un accès aux droits et par la facturation en ligne par les professionnels.

⁸⁰ En toute rigueur, le gain net doit être nul pour l'AMO : la tarification *Noémie* est en théorie effectuée au niveau du coût réel pour le régime obligatoire des échanges entre AMO et AMC.

⁸¹ Ou, à tout le moins, au niveau le plus élevé de regroupement des bases informatiques, si la constitution de bases dupliquées ou de bases asservies est jugée trop coûteuse.

Rapport

La CNAMTS a transmis à la mission des estimations portant sur le coût de la phase de développement du « programme 2 » et sur les gains attendus en année pleine, à l'horizon 2017. Entre 2010 et 2017, le développement des services du programme 2 est d'après la CNAMTS associé à 90 M€ de coûts cumulés, pour 160 M€ de recettes. A l'horizon 2017, le gain est estimé par la CNAMTS à 66 M€ en année pleine, réparti en 41 M€ de frais de gestion (912 ETP, dont 579 liés à l'accès aux droits et à la facturation en ligne) et 25 M€ d'économies sur les prestations (en lien avec le développement de référentiels et d'outils de lutte contre la fraude), contre 10 M€ de coûts récurrents.

Tableau 20 : Estimation par la CNAMTS des gains annuels en ETP à l'horizon 2017 en lien avec le développement des services du programme 2

Service développé	Processus métier concerné	Gains annuels en ETP au terme de la période 2013-2017
Avis d'arrêt de travail en ligne	PE	172
Protocole de soins électronique	PN	123
Déclaration médecin traitant électronique	Gestion du fichier	38
Accès aux droits et facturation en ligne pour les transports	PN	130
Accès aux droits et facturation en ligne pour les autres catégories de PS	PN	449
Total	-	912

Source : CNAMTS.

La mission a calculé les gains liés à la seule liquidation des flux électroniques de prestations en nature, en fonction d'hypothèses de réduction du taux de rejet. Selon l'ampleur de la réduction projetée à l'horizon 2017, comprise entre 23 % et 50 %, les économies en ETP directs pour la CNAMTS s'échelonnent entre 1 040 et 2 300 en année pleine, soit 52 à 115 M€ par an en masse salariale chargée et frais de fonctionnement directs selon quatre scénarios :

- ◆ la poursuite de la tendance à la baisse du taux de rejets à hauteur de 5 % par an par des actions de prévention (clarification des retours faits aux PS, sensibilisation aux motifs de rejets) est associée à un taux de rejet à l'horizon 2017 de 1,80 % et à des économies de 52 M€ par an pour la CNAMTS ;
- ◆ le développement de services d'accès aux droits en ligne et de facturation en ligne (prévus dans le cadre du « programme 2 » de la CNAMTS) **permet d'envisager la suppression de 34 % des causes de rejets observées en 2012, soit un taux de rejet en 2017 de 1,54 % et des économies annuelles de 77 M€ pour la CNAMTS ;**
- ◆ la généralisation du recours à la carte Vitale et à la carte CPS par des actions incitatives, voire coercitives, vis-à-vis des PS et des usagers permettrait de substituer des flux sécurisés aux flux B2, lesquels sont associés à un taux de rejet plus élevé. La réduction du taux global de rejet s'élèverait à 38 % en 2017, pour 87 M€ d'économies annuelles pour la CNAMTS ;
- ◆ une combinaison des trois axes précédents devrait permettre de réduire de moitié le taux de rejets par rapport au niveau de 2012, pour des gains estimés à 115 M€ pour la CNAMTS.

Les gains sur le périmètre de l'AMO dans son ensemble sont calculés sur la seule base des coûts directs de la CNAMTS, majorés de 28 %⁸², au prorata du nombre de décomptes. **Ils sont compris entre 67 M€ et 147 M€** par an et cumulables avec ceux calculés au paragraphe 2.1.1. pour la dématérialisation des FSP hors gains de productivité.

⁸² La CNAMTS a traité en 2011 1,17Md de décomptes sur un total de 1,50Md pour l'ensemble des régimes.

Tableau 21 : Gains potentiels associés à la réduction du taux de rejet des flux électroniques

Scénario	Réduction du taux de rejet en 2017 par rapport au niveau de 2012 (2,32 %)	Taux de rejets des flux électroniques en 2017	Gains en ETP directs liés à la réduction du volume de rejets à la CNAMTS	Economie annuelle en coûts directs à l'horizon 2017 pour la CNAMTS (en M€)	Economie annuelle totale à l'horizon 2017 pour l'AMO (en M€)
Baisse de 5 % par an entre 2012 et 2017	23 %	1,80 %	1 040	52	67
Accès aux droits en ligne et facturation en ligne	34 %	1,54 %	1 544	77	99
Alignement sur le taux 2012 pour les FSE	38 %	1,44 %	1 744	87	112
Réduction de moitié du taux de rejets par rapport au niveau de 2012	50 %	1,16 %	2 299	115	147

Source : Calculs de la mission IGAS/IGF.

La maximisation de la conversion des gains de productivité potentiels en économies est largement suspendue à l'adoption des services en ligne par les professionnels de santé.

Les pistes de réflexion à développer à cet égard comprennent :

- ◆ le relèvement progressif du taux de dématérialisation conditionnant l'octroi de la prime d'organisation (de 66 % à 80 %) ;
- ◆ une priorisation des télé-services porteurs des gains d'efficacité les plus importants (facturation en ligne, attestation de travail en ligne), avec la nécessité de dépasser un seuil d'utilisation du service pour obtenir les 75 points associés à cet indicateur ;
- ◆ la réalisation d'une enquête annuelle auprès d'un échantillon de médecins pour recueillir des suggestions de simplification des processus dématérialisés (ergonomie, transmission de pièces justificatives).

2.1.4. Les économies liées à la dématérialisation des prestations en espèces pourraient atteindre près de 120 M€ par an à l'horizon 2017

2.1.4.1. Les gains de productivité réalisés sur la liquidation des prestations en espèces sont douze fois inférieurs à ceux réalisés sur les prestations en nature

En fonction des spécificités des publics qui leur sont affiliés, les caisses d'assurance maladie gèrent ou non des prestations en espèces. Du fait des règles applicables, les CPAM traitent 91 % des arrêts maladie pris en charge par le RO.

La complexité des règles de liquidation applicables⁸³ et la faible automatisation des processus expliquent qu'en 2011, **la liquidation des PE est 18 fois plus consommatrice d'effectifs dans les CPAM, par euro versé, que celle des PN.** Les gains de productivité ont été, entre 2006 et 2011, douze fois supérieurs dans le champ des PN que dans celui des PE. Néanmoins, plusieurs chantiers sont en cours à la CNAMTS en vue d'augmenter la productivité de la liquidation des PE (cf. annexe I).

⁸³ La réglementation prévoit des conditions d'ouverture de droits et un calcul différent en fonction du type d'indemnité journalière (maladie, maternité, AT-MP) : les indemnités journalières sont calculées sur un salaire

Rapport

Les gains en ETP associés aux projets de dématérialisation à la source des attestations de salaires (14 % début 2013) et des arrêts de travail sont estimés par la CNAMTS à respectivement 165 ETP et 120 ETP pour l'ensemble des CPAM au titre des années 2011 à 2013, **soit 285 ETP au total et 5 % des 5 679 ETP dédiés à la liquidation des IJ maladie et AT-MP.**

A ce stade, les gains de productivité sont limités par plusieurs facteurs :

- ◆ le faible taux de reconnaissance de caractères de l'outil de scannerisation impose des ressaisies ;
- ◆ les données reconnues ou saisies dans cet outil ne sont pas injectées automatiquement dans les outils métiers des CPAM ;
- ◆ de façon plus générale, la CNAMTS considère que son outil de liquidation des PE constitue un outil vieillissant non conçu pour supporter des injections de données massives de sources extérieures ;
- ◆ la part des entreprises utilisant la DSIJ via le portail Net-entreprises atteint un palier autour de 70 % d'attestations dématérialisées.

L'injection automatique des données des attestations de salaires dématérialisées initiée début 2012 dans l'ensemble des caisses, permet d'après les CPAM rencontrées une liquidation sans reprise manuelle de **28 % à 35 % des arrêts liés à la maladie.**

Ainsi, mi-2013, **les agents des CPAM doivent saisir 86 % des arrêts de travail et 65 % à 70 % des données de paye,** en dépit des taux de pénétration croissants des déclarations en ligne.

2.1.4.2. La part des dossiers complexes qui conditionne le niveau des économies attendues est estimée entre 15 % et 40 %

Les projets de modernisation de ce processus visent à **alimenter automatiquement les outils métiers concernés.** A l'image de la liquidation des PN, la gestion de la masse des dossiers simples (employeur unique, droits ouverts, arrêt de travail et données de paye télétransmises ou scannées) **pourrait s'opérer sans intervention manuelle,** avec des gains de productivité conséquents à la clé.

La proportion des situations complexes a été estimée à 10 % à 15 % des arrêts par la Cour des comptes⁸⁴ sur la base d'avis de techniciens. Elle est due à la vérification des droits et au calcul de l'assiette dans des cas comme l'alternance de périodes d'activité et de périodes de chômage, le chômage au moment de l'arrêt, ou encore la dépendance vis-à-vis de plusieurs employeurs. La Cour indique que **« le type d'anomalies nécessitant une reprise manuelle des dossiers conduit les caisses à évaluer à 40 % environ la proportion de dossiers qui ne pourront être intégrés automatiquement à réglementation constante. »**

Des responsables de CPAM rencontrés par la mission ont estimé que **le taux de dossiers complexes, qui ne pourrait pas faire l'objet d'une liquidation automatisée en cas de dématérialisation des flux entrants, serait plus proche de 15 %.**

brut (risque maladie et AT-MP) ou sur un salaire net (risque maternité/paternité), sur une période de référence d'un mois (AT/MP), de trois mois (maladie, maternité/paternité) ou douze mois (activité saisonnière et discontinue), avec lissage des primes (AT/MP) ou sans lissage des primes (maladie, maternité/paternité). Le taux de remplacement s'élève à 50 % pour la maladie, 100 % pour la maternité/paternité, 60 % pour les AT-MP pendant les 28 premiers jours et 80 % de ce même salaire journalier à partir du 29^{ème} jour.

⁸⁴ **Source :** « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie », Cour des comptes, juillet 2012.

Rapport

Pour chiffrer les gains potentiels à l'horizon 2017, la mission a émis des hypothèses relatives au processus de liquidation présentées dans l'annexe I du présent rapport. Elle a notamment fait le choix de retenir un taux de dossiers complexes, volontairement prudent, de 40 %. Par ailleurs, la mission suppose qu'en 2017 :

- ◆ la totalité des arrêts de travail sont télétransmis ou scannés et injectés directement ;
- ◆ les attestations de salaire sont injectées automatiquement pour les cas simples ;
- ◆ le nombre d'arrêts est comparable à celui relevé en 2011 (soit 6,8 millions d'arrêts).

Dans ces conditions, la baisse d'effectifs s'élève potentiellement à 34 % de la base de 2011, soit 1 910 ETP sur les 5 679 consacrés à la liquidation des IJ des trois types (maladie, maternité, AT-MP)⁸⁵. **L'économie annuelle totale à l'horizon 2017 pour l'AMO dans son ensemble serait de 117 M€.**

Ces gains ne pourront *a priori* pas se matérialiser avant le déploiement de la DSN prévu pour 2017 et **l'adaptation des outils métiers en vue de permettre l'automatisation de la liquidation.** Des premières expérimentations pourraient toutefois avoir lieu avant cette échéance, sur la base de la DSIJ.

Tableau 22 : Gains potentiels (en M€) associés en 2017 à la dématérialisation des PE

Scénario	Effectifs consacrés aux dossiers simples	Effectifs consacrés aux dossiers complexes	Gains en ETP directs pour la CNAMTS	Economie annuelle en coûts directs en 2017 pour la CNAMTS	Economie annuelle totale en 2017 pour l'AMO
Base 2011, 40 % de dossiers complexes	1 311	4 368	-	-	-
Année 2017, 40 % de dossiers complexes	131	3 640	1 908	107	117

Source : Calculs de la mission IGAS/IGF.

2.1.5. Le développement de services en ligne à destination des assurés permet l'industrialisation d'une partie des demandes et la réduction de frais d'édition et d'affranchissement

2.1.5.1. La CNAMTS estime les gains nets annuels du « programme 1 » à 29 M€ à l'horizon 2017

Le « programme 1 » vise la généralisation du compte en ligne de l'assuré et la poursuite du développement d'une stratégie multi-canal. La CNAMTS a défini un objectif volontariste de 24 millions de comptes en ligne ouverts en 2017, contre 11,5 millions en avril 2013, soit une **couverture à hauteur de 65 % des 37 millions d'assurés** estimés pour 2017⁸⁶.

⁸⁵ Les calculs de la mission portent sur les trois types d'arrêts (maladie, maternité, AT-MP), les procédures de vérification et de liquidation étant homogènes en dépit d'une réglementation spécifique à chacun. Les effectifs dédiés à la liquidation des arrêts AT-MP représentent 20 % des 5 679 agents des CPAM et CGSS affectés à la liquidation de PE.

⁸⁶ La mission a fait évoluer le nombre de bénéficiaires rattachés aux CPAM au sein du RNIAM au 1^{er} janvier 2013 (50,92 millions) au rythme de croissance calculé depuis 2008 (0,8 % par année) pour arriver à une estimation de 52,6 millions de bénéficiaires en 2017. Ce dernier nombre est converti en 36,9 millions d'assurés en retenant le ratio de 1,42 bénéficiaires par assuré qui résulte des chiffres transmis par la CNAMTS au titre de l'année 2012.

Rapport

Les coûts associés à de tels développements correspondent à des coûts fixes dont l'impact sur le budget de chaque caisse est inversement proportionnel à la masse des assurés. La CNAMTS a estimé les **dépenses cumulées du « programme 1 » à 84 M€** (répartis sur la période 2013-2017), avec des coûts en année pleine 2017 qui s'élèvent à 12,2 M€, pour des gains bruts de 41,4 M€⁸⁷ et **un gain net de 29,2 M€**.

L'ensemble des organismes d'AMO s'engage dans la même direction, avec des perspectives d'un déploiement toutefois moins rapide que celui défini à la CNAMTS.

La CNAMTS a chiffré une économie de 790 ETP en année pleine, dont la mission fait l'hypothèse qu'ils sont gagnés en back-office ; **ils correspondent à une économie de 35.5 M€ en 2017⁸⁸, à mettre au regard de 12 M€ de coûts, soit un gain net de 23.5 M€**.

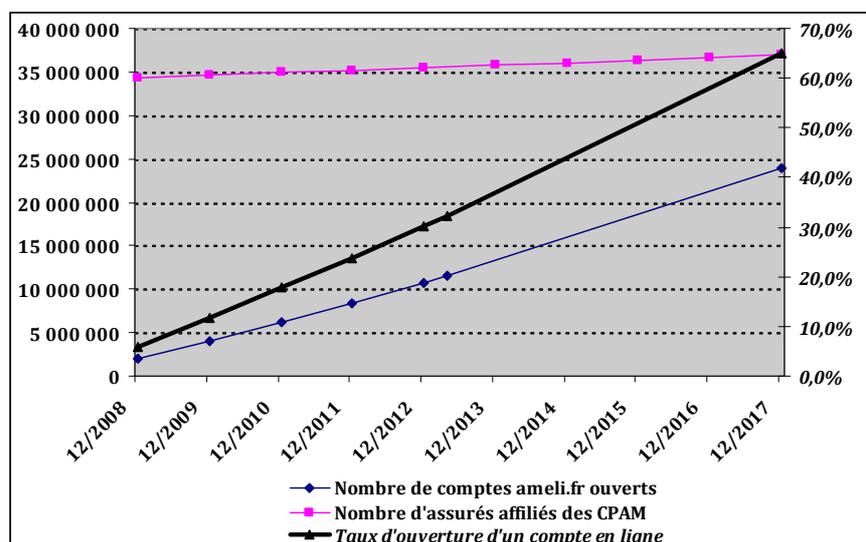
S'ajoutent à ces gains ceux liés à la **réduction des frais de fonctionnement directs** (éditique et affranchissement) et à une **éventuelle réduction des sollicitations** en front office (à l'impact négligé dans un premier temps).

2.1.5.2. L'objectif de déploiement du compte en ligne de l'assuré, fixé à 65 % en 2017 par la CNAMTS, correspond à une hypothèse haute au regard d'autres services en ligne

La mission a montré (voir annexe I) que l'objectif d'atteindre 65 % de comptes d'assurés en ligne à l'horizon 2017 est ambitieux au regard tant de la courbe d'adoption des années antérieures que de celle d'autres services administratifs en France.

Dès lors, la mission considère que l'objectif retenu par la CNAMTS constitue une hypothèse haute de développement, tandis qu'un scénario bas situerait l'adoption du compte de l'assuré en ligne entre 50 % et 57 % à l'horizon 2017, à un niveau constaté dès 2011 pour d'autres services en ligne.

Graphique 13 : Evolution du taux de pénétration du compte en ligne de la CNAMTS



Source : Calculs IGF d'après des données RNIAM et CNAMTS pour le nombre d'assurés, et des valeurs CNAMTS pour le nombre de comptes en ligne.

Note : les données correspondent aux réalisations jusqu'en avril 2013 et à des estimations au-delà.

⁸⁷ La décomposition du gain brut en gisements d'économies n'est pas présentée dans les documents transmis par la CNAMTS à la mission.

⁸⁸ A raison de 45 k€ par ETP en masse salariale chargée, hypothèse retenue par la CNAMTS pour estimer les gains du « programme 2 ».

Rapport

En matière d'incitation des assurés à adopter un compte en ligne, les caisses d'AMO comptent sur **l'information en direct et sur le traitement automatisé de certaines demandes** par les télé-services.

A ce stade de développement, la mission considère que cette stratégie, mise en œuvre notamment par la CNAMTS, est cohérente. Le risque d'atteindre un palier au-delà de 60 % d'assurés est avéré. Aussi, la mission préconise la réalisation d'une étude sur l'intérêt de la mise en place d'une incitation financière pour étendre la couverture au niveau de la part des ménages français utilisateurs d'internet⁸⁹.

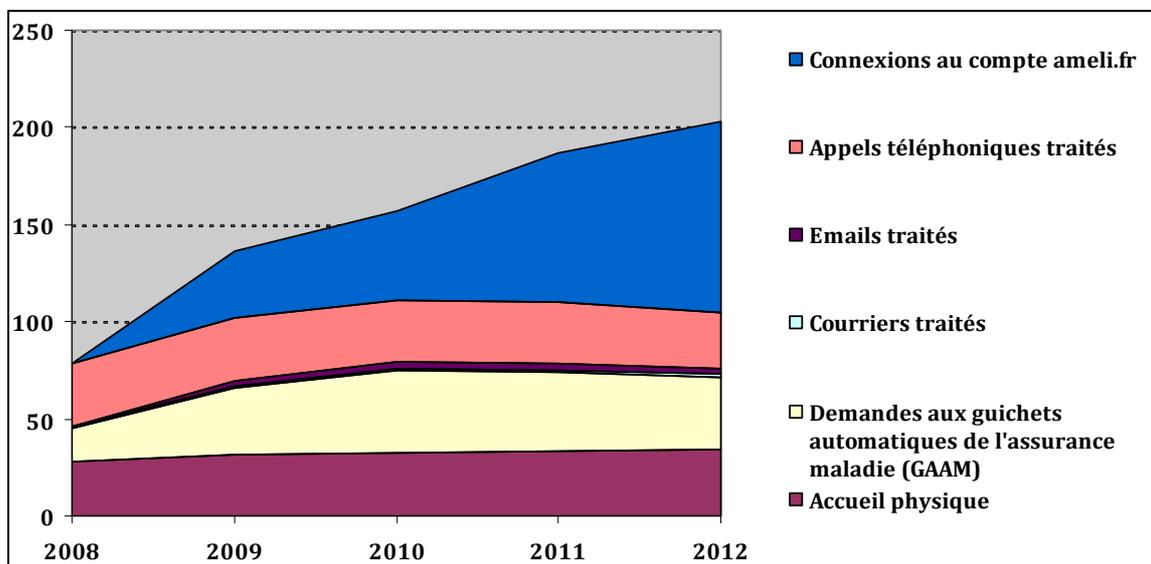
2.1.5.3. Les économies du programme 1 sont liées à l'automatisation de demandes simples dans les back-offices, à la facilitation du travail des agents et à la réduction des frais d'affranchissement

La comparaison avec d'autres secteurs amène la mission à considérer que la stratégie basée sur de multiples canaux **aura peu d'effets directs sur les activités de front-office et sur le réseau d'accueil en particulier, mais qu'elle est susceptible de générer des gains en frais de fonctionnement et en traitement en back-office.**

Par exemple, l'adoption des services en ligne par les clients des banques n'a pas amené les réseaux bancaires à réduire la capillarité de leur réseau. Les demandes traitées en ligne correspondent à des activités à faible valeur ajoutée, peu consommatrices de temps, tandis que les agences demeurent le canal majoritaire de traitement des demandes complexes.

L'analyse portant sur les CPAM confirme un maintien du taux de croissance du recours à l'accueil physique. La percée du compte en ligne opérée en 2012 semble en revanche avoir entraîné une baisse notable de l'utilisation des guichets automatiques dans les CPAM et une diminution de l'utilisation du canal téléphonique (-9 % par rapport à 2011).

Graphique 14 : Evolution de la sollicitation des différents canaux des CPAM en millions d'unités



Source : CNAMTS.

⁸⁹ Ce taux est estimé à 78 % en 2017 par extrapolation de la tendance récente.

Rapport

En revanche, des gains peuvent être attendus en back-office, du fait du développement des télé-services. Ainsi, le développement d'une stratégie de ce type à destination des demandeurs d'emploi par l'Agence pour l'emploi en Allemagne (*Bundesagentur für Arbeit*) s'est traduit par la réalisation de gains d'efficacité en back-office de l'ordre de 15 % dans plusieurs pilotes mis en œuvre en 2012. De même, l'automatisation du processus de gestion de requêtes clients par la mise en place de web-services par un opérateur de téléphonie a entraîné une réduction des frais administratifs de 30 %.

En matière de services en ligne à destination des assurés, les stratégies des caisses d'AMO sont cohérentes avec les pratiques constatées dans d'autres secteurs publics et privés. Initiées avec un retard de cinq ans par rapport à d'autres opérateurs (DGFIP, banques, opérateurs de téléphonie), elles font l'objet d'objectifs volontaristes impulsés par la CNAMTS et connaissent un développement rapide.

Les gains associés au développement des services en ligne à destination des assurés sont de plusieurs ordres :

- ◆ instantanéité de l'information et des réponses apportées à des demandes simples ;
- ◆ visibilité et traçabilité de la gestion de la relation entre l'assuré et sa caisse ;
- ◆ réduction des dépenses de personnel en back-office (par l'injection directe de données dans les outils métier, voire l'automatisation de certains processus) ;
- ◆ réduction des frais de fonctionnement hors masse salariale, en particulier des frais d'édition et d'affranchissement. Ces derniers ont été analysés plus spécifiquement par la mission au paragraphe 2.1.4.4.

2.1.5.4. Les coûts d'affranchissement et d'édition se sont élevés à plus de 190 M€ en 2012, dont 80 M€ en décomptes susceptibles d'être dématérialisés

En 2012, les coûts d'édition et d'affranchissement au titre de la gestion de l'assurance maladie obligatoire se **sont élevés à 193 M€⁹⁰, soit 2,8 % des dépenses totales de gestion**. L'envoi de décomptes représente 43 % des plis à la CNAMTS⁹¹.

La centralisation de l'édition peut être facilitée pour les régimes spéciaux par l'infogérance d'un organisme ayant développé des outils nationaux d'édition (CNAMTS, MSA). Elle, constitue un levier puissant de réduction des coûts. Ainsi, la CCAS RATP a réduit de 68 % son budget d'édition et d'affranchissement en 2012 par rapport à 2011⁹² en adoptant deux mesures : l'affranchissement a été transféré à un centre unique (centre d'Havelin de la MSA) et la fréquence d'envoi est passée d'un rythme bimensuel à un rythme mensuel.

La mission préconise une fréquence maximale d'un envoi tous les trois mois. Cette fréquence pourrait être réduite à **un envoi tous les quatre mois** -à l'image du rythme de la CNAMTS- en cas de développement par les caisses du taux de flux *Noémie* et du taux de détention d'un compte en ligne.

⁹⁰ Le montant total est obtenu en appliquant un ratio de 2,94 € par bénéficiaire (cf. tableau 14) à 65,5 millions de personnes. Ce ratio constitue a priori une sous-estimation du ratio global : il revient à affecter des coûts par bénéficiaire proches de ceux de la CNAMTS aux régimes spéciaux n'ayant pas fait connaître leurs dépenses d'édition et d'affranchissement.

⁹¹ En 2012, les décomptes représentent 97,7 millions des 154,7 millions de plis envoyés par la chaîne édition nationale ESOPE de la CNAMTS. Les CPAM ont par ailleurs envoyé 73 millions de courriers localement, autres que des décomptes.

⁹² Soit une économie annuelle de 1,1 M€ sur les 1,62 M€ de dépenses en 2011, pour un budget total de fonctionnement de la caisse de 15,4 M€.

Rapport

Par rapport à un scénario tendanciel qui débiterait en 2009, les actions combinées de la CNAMTS (développement du compte en ligne, centralisation de l'édition et de l'affranchissement et réduction de la fréquence d'envoi des décomptes) **ont d'ores et déjà permis une économie de 62 M€ cumulés entre 2010 et 2012 et des gains estimés à 32 M€ en année pleine 2013.**

A titre d'illustration si 94 %⁹³ des plis annuels des CPAM étaient centralisés, **contre 68 % en 2012, les gains s'élèveraient à 29 M€ par an pour la CNAMTS seule.** Cette hypothèse est crédible à l'horizon 2017 dans la mesure où dès 2012, le taux de centralisation des envois de certaines caisses atteint déjà 94 %. **Le gain théorique de l'extension à l'AMO s'élèverait au minimum à 46 M€ par an par rapport aux dépenses de l'année 2012 (soit 24 % d'économies).**

En alternative à la centralisation, un scénario de Noémisation intégrale des échanges entre RO et RC associée à la mise à disposition des décomptes sur les espaces en ligne des caisses d'AMO permettrait théoriquement d'envisager la suppression des envois de décomptes papier. **Le gain maximal s'élèverait à environ 80 M€⁹⁴** ; il peut être modulé en fonction du taux d'adoption des décomptes en ligne par les assurés jugé pertinent.

En se limitant au régime général, l'objectif de la CNAMTS d'ouverture d'un compte en ligne par 65 % des assurés, s'il est atteint, se traduira en **économies supplémentaires de 26 M€ par rapport à 2012 (26 % de comptes en ligne), du seul fait de la suppression des décomptes papier.**

Tableau 23 : Coût d'édition et d'envoi des décomptes d'assurance maladie en 2012, tous régimes confondus

	CNAMTS	Autres caisses	AMO
Bénéficiaires	54 625 320	10 874 680	65 500 000
Assurés	38 349 679	7 842 212	46 191 891
Comptes en ligne excluant l'envoi de flux papier	10 300 000	ND	ND
Assurés recevant des décomptes	28 049 679	7 842 212	35 891 891
Décomptes envoyés chaque année par assuré hors ligne	3,5	6,0	4,0
Nombre total de décomptes papier	97 700 000	47 053 274	144 753 274
Coût de revient par pli (en €)	0,51	0,64	0,55
Coûts en édition et affranchissement des décomptes (en M€)	50	30	80

Source : Calculs de la mission à partir de données CNAMTS et des retours de questionnaires. Les nombres de bénéficiaires et d'assurés correspondent aux déclarations des caisses, et non aux données issues du RNIAM.

⁹³ La mission n'a pas retenu la centralisation de l'intégralité des envois, qui ne semble pas envisageable à ce jour. Par exemple, une FSP non signée par l'assuré doit lui être retournée, sous forme de pièce originale jointe à un courrier explicatif de l'assurance maladie.

⁹⁴ En retenant pour les caisses hors CNAMTS un ratio de 6 envois par an et par assuré, pour un coût unitaire de 0,64 € aligné sur celui de la MSA.

2.1.6. La dématérialisation des ordonnances et des pièces permet l'économie de 400 ETP et de 50 M€ annuels pour la CNAMTS par rapport à 2011

2.1.6.1. Les CPAM ont d'ores et déjà réduit les effectifs des services courrier d'environ 200 ETP, soit la moitié des gains liés à la dématérialisation des ordonnances

A raison de 500 millions de décomptes, environ 5 000 tonnes d'ordonnances étaient jusqu'en 2009 collectées chaque année auprès des pharmaciens par les CPAM pour le compte de l'ensemble des régimes⁹⁵.

A partir de 2009, une expérimentation généralisée en 2012⁹⁶, « scan ordo », a permis la numérisation sur le poste du professionnel et l'envoi des pièces justificatives aux CPAM sous la forme de CD-Rom transmis toutes les deux semaines. Sans coordination par la CNAMTS, des CPAM se sont équipées de robots manipulateurs de CD pour intégrer les fichiers numérisés dans leurs bases.

En avril 2013, les pharmaciens ont validé la généralisation du projet SCOR (Scannerisation des ORdonnances), successeur de « scan ordo ». Initié en 2012 sous forme d'expérimentation, il consiste à télétransmettre les scans des pièces justificatives à l'AMO en exploitant l'infrastructure SESAM Vitale, en lieu et place de l'envoi de CD-Rom.

Selon les estimations des CPAM, la dématérialisation des pièces jointes fait gagner **400 ETP (pour 20 M€ de masse salariale et de frais de fonctionnement)** à la CNAMTS par rapport à la base 2011, dont 200 ETP ont déjà été gagnés.

Les deux premières étapes « scan ordo » et SCOR limitent les activités à faible valeur ajoutée, tant du côté du PS (tri, constitution de liasses et envoi) que de celui de l'AMO. Le potentiel lié à la prescription en ligne par le médecin (programme 2) est supérieur : il ouvre de nouvelles possibilités en matière de gestion du risque, de suivi du parcours de soins du patient et de parangonnage de l'activité des prescripteurs.

2.1.6.2. Les volumes d'archives seront divisés par deux à l'horizon 2017 sans avoir recours à un archivage numérique, générant un potentiel de gains annuels de 32 M€

Il n'existe pas, à ce jour, de projet d'archivage numérique porté dans le SDSI de la CNAM, qui promeut la dématérialisation à la source : carte Vitale dans un premier temps puis télé-procédure (à destination des assurés, professionnels de santé et employeurs). Le dispositif de scannerisation des prescriptions (SCOR) s'inscrit dans la même stratégie.

D'après la CNAMTS, les ordonnances représentent entre 60 % et 80 % des volumes d'archives de pièces justificatives des CPAM. Elles feront l'objet d'une dématérialisation à hauteur de 75 % à la fin de l'année 2013. Dès lors, en 2017⁹⁷, les besoins en surfaces d'archivage seront réduits de moitié.

⁹⁵ Seuls la MSA et le RSI reçoivent de façon systématique les pièces leur revenant, la CNAMTS tenant à la disposition des autres régimes ces éléments justificatifs de la dépense publique. Les CPAM visitées indiquent n'avoir jamais reçu de demande en ce sens de la part des délégataires du régime général ou des régimes spéciaux.

⁹⁶ L'avenant n° 3 à la convention nationale des pharmaciens, relatif à la dématérialisation des ordonnances, est paru au Journal Officiel le 9 février 2012. Ce texte permet une généralisation du dispositif de numérisation des ordonnances « Scan Ordo ».

⁹⁷ Après extinction du délai de conservation des pièces de trois ans.

Rapport

La mission a tâché d'estimer les coûts totaux d'archivage papier des régimes, sur la base de ceux d'Apria, qui a externalisé cette activité. Les coûts d'archivage d'Apria sont compris entre 0,40 € (RAM) et 0,67 € (Gamex) par bénéficiaire. A ces coûts et à organisation inchangée, **la division par deux des volumes d'archives permet ainsi d'espérer des gains d'environ 32 M€** sans développer de solution d'archivage numérique pour la part résiduelle de pièces au format papier. Ces gains, pour être concrétisés, nécessitent dans certains cas la cession ou la valorisation des espaces libérés.

La mission a pu constater, lors de ses visites, que certaines caisses (CPRSNCF, notamment) réfléchissent à un archivage numérique qui suppose la sécurisation de la pièce numérisée.

2.1.7. Les gains liés la dématérialisation sont estimés à 542 M€ en année pleine à l'horizon 2017 pour l'AMO et 344 M€ pour l'AMC et les usagers

La mission a retenu, pour chaque poste d'économies liées à la dématérialisation, un scénario crédible à l'horizon 2017. Les gains présentés dans le tableau ci-dessous sont cumulables. Ils s'élèvent à 542 M€ pour l'AMO, à 191 M€ pour l'AMC et à 153 M€ pour les usagers.

Si la plupart des gains sont progressifs (dématérialisation des FSP, centralisation de l'éditique, réduction du taux de rejets des flux), ceux liés à l'automatisation de la liquidation des prestations en espèces ne pourront se concrétiser qu'à terme, au moment du déploiement de la DSN, et à condition d'une anticipation par la CNAMTS des évolutions à prévoir de son outil métier.

Tableau 24 : Economies en frais de gestion envisageables à l'horizon 2017 par rapport à 2012

Gisement d'économies (en M€)	Economies pour l'AMO	Dont économies pour la CNAMTS	Economies pour l'AMC et l'utilisateur
Réduction à 2 % de la part des FSP (scénario de rupture) sans gains de productivité dans le traitement des FSE (2.1.1.3.)	173	140	-
« Noémisation » de l'intégralité des assurés couverts par une complémentaire santé (2.1.1.4.)	-	-	344
Réduction d'un tiers du taux de rejet des PN (« Programme 2 », 2.1.2.2.)	99	77	-
Dématérialisation des PE (AAT ou scan des AT, DSN et automatisation de 60 % des liquidations, 2.1.3.)	117	107	-
Gains en ETP de back-office liés au « programme 1 » de la CNAMTS (2.1.4.)	24	24	-
Centralisation à 94 % des envois de plis (2.1.4.4.)	46	29	-
Suppression de l'envoi des décomptes pour 65 % d'assurés ayant adopté un compte en ligne (2.1.4.4.)	31	26	-
Dématérialisation des ordonnances (par rapport à 2011, cf. 2.1.5.1)	20	20	-
Réduction des volumes d'archives* (2.1.5.2)	32	27	-
Total	542	450	344

Source : Calculs de la mission IGAS/IGF.

* Ces gains constituent une estimation maximaliste à court terme : seuls les caisses faisant appel à un prestataire extérieur pourront les mobiliser, les autres organismes devant compter sur une reconfiguration des moyens immobiliers au rendement et à l'échéance non estimables a priori.

2.2. Le développement d'échanges entre branches de protection sociale peut contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité de la gestion de l'assurance maladie

Les visites effectuées dans les caisses des organismes g erant plusieurs risques (MSA, RSI, CPRSCNF) ont permis de mettre en évidence des sources potentielles d'économies et d'amélioration du service rendu liées à la gestion interbranches :

- ◆ accueil commun généraliste interbranches, plus lisible et plus orienté vers les usagers (en particulier pour des thématiques à cheval sur plusieurs risques : RSA et CMU, par exemple) ;
- ◆ demande unique de certaines pièces justificatives et gestion commune de la base des assur s⁹⁸ ;
- ◆ **déclenchement automatique d'actions ou détection automatique de droits** sur un signalement issu d'un autre risque : une naissance déclarée à la CAF entraînerait l'ajout d'un bénéficiaire sur le compte CNAMTS de l'assuré, le bénéfice du RSA ouvrirait des droits à la CMU ;
- ◆ **utilisation des données collectées par une branche par les services métiers** d'une autre branche sans nouvelle sollicitation de l'assuré. La MSA a par exemple conclu des conventions annuelles avec tacite reconduction **avec les employeurs volontaires pour permettre le paiement des IJ sur la base de la dernière déclaration trimestrielle connue**, effectuée dans le cadre du recouvrement des cotisations ;
- ◆ renforcement de la prévention et réduction du taux de non recours aux droits par des analyses statistiques multirisques. Sur le Nord-Pas-de-Calais, la MSA a initié des rendez vous avec 700 assurés ciblés par requête statistique, et permis l'ouverture de 130 droits à l'ACS et 30 droits à la CMU (soit 23 % d'ouverture effective de droits sur l'échantillon) ;
- ◆ lutte contre la fraude à travers la détection automatique d'incompatibilités entre risques ;
- ◆ extension des possibilités de recouvrement de participations forfaitaires à travers des prélèvements sur les prestations sociales liées au risque vieillesse⁹⁹. **L'augmentation de 2,7 points du taux de recouvrement des CPAM se traduirait par environ 10 M  de recettes annuelles supplémentaires pour l'assurance maladie ;**
- ◆ la mutualisation possible de certains processus comme l' ditique. Ce processus est dimensionné à la CNAMTS pour pouvoir répondre aux besoins en cas de crise sanitaire et qui sont donc aujourd'hui en capacité, en routine, de traiter les courriers d'autres branches, comme la CNAF par exemple.

Les injections automatiques de données et pièces jointes dans les outils métiers, les analyses statistiques et les signalements automatiques sont actuellement limités au sein du régime général. Ils se heurtent au cloisonnement par risque des SI et des modes d'organisation et aux réserves des organismes quant à la position de la CNIL sur le sujet.

La CNAMTS indique avoir mis en œuvre des injections automatiques de données depuis la CNAV (notification des passages en retraite, exploitation des données sociales des employeurs) et Pôle emploi (données d'indemnisation des chômeurs) pour l'ouverture des droits de base à l'assurance maladie.

⁹⁸ Qui pourrait être associée à des gains théoriques de 2 900 ETP, dans l'hypothèse maximaliste et non testée d'une redondance totale de cette activité (voir Annexe 1).

⁹⁹ La réglementation interdit en revanche la récupération de participations forfaitaires liées au risque maladie sur les prestations familiales.

Les caisses d'AMO n'ont pas à ce jour développé de partenariats opérationnels avec la DGFIP (revenus salariés des assurés) et Pôle emploi (dernières données de paye connues, début et fin des périodes d'indemnisation). Les échanges se font par courrier ou passent par l'intermédiaire des assurés.

Les synergies entre risques sont perceptibles à la MSA, sans être intégralement exploitées. Ainsi, lorsqu'un assuré quitte le ressort d'une caisse de MSA pour en rejoindre une autre, il doit effectuer une demande de changement pour chaque risque, sans possibilité de déclaration unique. L'exception concerne les entreprises qui quittent le périmètre du régime général pour rejoindre celui de la MSA (rachat d'un commerce par une entreprise agricole, par exemple) : l'ensemble des risques est alors transféré simultanément.

2.3. La simplification de la réglementation pourrait également permettre de réaliser des gains de productivité significatifs

2.3.1. La gestion des bénéficiaires regroupe des processus coûteux, à faible valeur ajoutée, parmi lesquels la procédure d'affiliation pourrait être simplifiée

2.3.1.1. Certains processus sont rendus complexes et coûteux par la réglementation et par l'organisation des caisses d'assurance maladie obligatoire

La **gestion du fichier des bénéficiaires emploie 7 000 ETP des CPAM** et CGSS en 2011 : 5 100 ETP sont consacrés à la gestion des droits de base, 1 900 à la gestion de la CMU, l'ACS et l'AME. Ces effectifs représentent 25 % des effectifs de production et 13 % des effectifs totaux.

Les entretiens de la mission avec les CPAM amènent à estimer le poids de trois sous-catégories principales de processus pour la **gestion des droits de base** : la mise à jour de l'état civil des bénéficiaires (20 % à 25 %, soit 1 000 à 1 250 ETP), la gestion des mutations (20 % à 25 %) et l'ouverture des droits hors CMU¹⁰⁰ (10 %).

Ces processus peuvent faire l'objet de gains de productivité :

- ♦ la **prise en compte des évolutions de l'état civil** (naissance, décès, mariage...) peut être rendue plus efficiente par des injections de données dématérialisées issues d'autres administrations. C'est d'ores et déjà le cas à la CNAMTS à travers l'intégration automatisée des décès, à partir des renseignements collectés par l'Insee. **Des entretiens avec deux CPAM amènent à envisager une réduction de 20 % à 40 % des besoins en effectifs (soit 200 à 500 ETP) si un « plaquage » automatique des mariages et des naissances était mis en œuvre.** La mission recommande par ailleurs la **généralisation de l'inscription des enfants sur les cartes Vitale de leurs deux parents**, qui est d'ores et déjà possible techniquement.

¹⁰⁰ Depuis 1988, le service administratif national d'immatriculation des assurés (SANDIA) de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) gère par délégation de l'INSEE les NIR des personnes nées à l'étranger ou dans les TOM et dans certaines collectivités d'outre-mer (Wallis et Futuna, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française).

Les représentants de la CPAM de Nanterre indiquent que sur 8 agents présents affectés à l'ouverture des droits, 5 sont chargés de remédier à l'absence de numéro certifié par le SANDIA pour les étrangers : 2 traitent les déclarations uniques d'embauche des personnes nées à l'étranger et 3 les bénéficiaires rejetés par le SANDIA. Ces effectifs auraient tendance à croître.

Rapport

- ◆ la segmentation des bases de données de l'assurance maladie au niveau des CPAM se traduit par la nécessité de procéder à des mutations des bénéficiaires entre CPAM à l'occasion d'un déménagement d'un département à un autre. La mission a estimé **entre 350 et 400 ETP les effectifs affectés à ces mutations internes au sein des CPAM**¹⁰¹. La réduction à quatre du nombre de bases de données est programmée en 2017¹⁰² et permettra de premiers gains (estimés de façon arbitraire à **50 % des effectifs, soit 200 ETP**), que viendrait compléter le passage à une base unique (**400 ETP**) ;
- ◆ la recherche de l'affiliation adéquate (entre les différents régimes d'assurance maladie obligatoire) est le reflet de la segmentation du secteur de l'AMO. Elle engendre en outre des incertitudes juridiques pour les bénéficiaires qui complexifient leur prise en charge. Il est à noter le caractère très peu automatisé de l'interface entre régimes (seuls les échanges entre les CPAM et les CMSA apparaissent un peu plus avancés).

Ce dernier processus apparaît, pour l'essentiel, inutile depuis 2004 et la création de la couverture maladie universelle. En effet, toutes les personnes ayant une résidence stable et régulière en France sont affiliées, à un titre ou à un autre, à l'assurance maladie obligatoire. Comme l'indique un agent d'une CPAM : « *on passe beaucoup de temps à chercher la bonne case dans laquelle mettre les gens mais on finit toujours par leur ouvrir des droits à un titre ou à un autre* ».

Dès lors des règles d'affiliation conçues dans un contexte de plein emploi et de plus grande stabilité professionnelle des salariés apparaissent inadaptées à la situation actuelle.

2.3.1.2. Le processus d'affiliation pourrait être simplifié à plusieurs titres, avec l'objectif d'un meilleur service rendu à l'assuré et d'une réduction du volume des mutations

Compte tenu du champ déjà large de la mission l'analyse ci-après ne constitue pas une analyse exhaustive mais reprend les principales propositions qui ont été faites à la mission par ses différents interlocuteurs.

- ◆ Un premier niveau de simplification, consistant dans le toilettage du droit existant apparaît faisable à court terme :
 - modifier la durée d'ouverture des droits aux prestations en nature pour revenir à deux années civiles et à un an de maintien de droit, sous réserve d'évaluer l'impact de cette mesure en matière de risques de fraude¹⁰³ (cf. *infra*) ;
 - baisser la durée annuelle du travail nécessaire pour l'obtention d'une ouverture de droits à 720 heures (modification de l'article L 313-2 du code de la sécurité sociale qui fixe ce nombre à 1 200 heures) ;
 - élargir des présomptions de droits aux circonstances suivantes :
 - pendant un an pour les assurés qui accèdent au monde du travail ;
 - présomption de recherche active d'emploi pour les chômeurs en fin de droits ;
 - présomption d'ayant droit pour les jeunes de 16 à 20 ans ;

¹⁰¹ A raison de 1,4 million de mutations internes opérées en 2012 (donnée RNIAM) et de 20 minutes de temps de traitement par mutation, la mission a calculé que les besoins correspondaient à 344 ETP, en retenant 1 350 heures de travail annuelles par ETP. Par interpolation au niveau national des effectifs recensés dans deux CPAM visitées, le chiffrage s'établit à 400 ETP.

¹⁰² Est notamment prévu à cette occasion le regroupement des bases d'Ile-de-France, une région où la mobilité interdépartementale est forte.

¹⁰³ Selon la CNAMTS, les risques de fraude sont limités compte tenu du très faibles taux de bénéficiaires « contributifs » de la CMU (3,1 %).

Rapport

- donner accès aux droits en matière de prestations en nature à tous les anciens conjoints d'un assuré décédé et pas seulement au dernier conjoint survivant ;
 - simplifier le statut de cohabitant à charge d'ascendant/descendant.
- ◆ Une réduction des allers-retours entre régimes :
- la diminution du nombre d'acteurs de l'AMO réduirait les changements d'affiliation. En la matière, la gestion du régime étudiant génère un nombre important de mouvements et d'incertitude en matière de prise en charge (notamment pour les étudiants qui travaillent à temps partiel et ont des droits ouverts à l'assurance maladie mais pas sur toute l'année scolaire). La reprise en gestion du régime étudiant par les CPAM mettrait fin à près de 90 % des mutations qui résultent de l'organisation autonome actuelle¹⁰⁴, **soit 215 ETP économisés**¹⁰⁵, dont 110 pour les CPAM ;
 - la modification des règles d'affiliation des publics les plus mobiles, et en particulier les poly-employeurs : qu'il s'agisse de personnes exerçant plusieurs métiers en même temps (comme les auto-entrepreneurs également salariés) ou de façon séquentielle dans un temps court (comme les travailleurs saisonniers). Aujourd'hui, un auto-entrepreneur qui a par ailleurs un emploi salarié est inscrit automatiquement au RSI au moment de son entrée dans le statut d'auto-entrepreneur. Après un an d'affiliation, le RSI doit examiner ses revenus et ne confirmer son inscription au RSI au titre de la maladie que si ses revenus d'auto-entrepreneur sont supérieurs aux salaires qu'il perçoit par ailleurs. En pratique, cette disposition n'est aujourd'hui pas mise en œuvre. Pour éviter la mise en place d'une nouvelle procédure de gestion, **la mission propose que les poly-actifs soient inscrits dans le régime de leur choix, dès lors qu'ils y ont des droits ouverts et qu'ils y demeurent tant que cette condition sera remplie, que ce régime soit le régime général ou le RSI.** En supposant que le taux de rotation des publics du RSI rejoigne celui des CPAM à la faveur de cette mesure, **l'économie associée serait de 160 ETP pour l'ensemble de l'AMO**, dont 70 ETP pour la CNAMTS¹⁰⁶.

Le même type de problème peut être rencontré pour des assurés ayant des durées courtes d'activité dans un régime (travailleurs saisonniers dans l'agriculture ou étudiants travaillant sur des périodes courtes).

La simplification du droit pourrait aller jusqu'à l'adoption du critère de résidence stable et continue comme critère d'affiliation au régime général. Seraient alors affiliées dans les autres régimes les personnes ayant des droits ouverts dans ces régimes et qui en feraient la demande.

¹⁰⁴ 86 % des sorties du régime étudiant se font vers les CPAM (source : RNIAM).

¹⁰⁵ Sur 0,97 million de mutations entrantes ou sortantes impliquant le régime étudiant et un autre régime, 0,87 million serait supprimé, soit 18,8 % de réduction par rapport aux 4,62 millions recensées en 2012. A raison de 20 minutes de traitement par mutation, cela correspond à 215 ETP économisés.

¹⁰⁶ 0,65 million de mutations entrantes ou sortantes (sur les 0,81 recensées en 2012) seraient supprimées. A raison de 20 minutes de traitement par mutation, cela correspond à 160 ETP économisés. Les échanges vers et depuis la CNAMTS représentent 90 % des mutations externes, soit environ 140 ETP répartis à égalité entre les caisses du RSI et les CPAM.

Rapport

- ◆ Les mutations entre régimes différents pourraient être fluidifiées en autorisant un transfert par défaut des informations médico-administratives de l'assuré

En l'état actuel de la réglementation, l'assuré doit à l'occasion d'une mutation signer et faire parvenir à la caisse cédante un courrier de la caisse preneuse pour autoriser le transfert de son dossier médical¹⁰⁷. L'assuré peut refuser cette transmission, sans toutefois que cela lui procure un quelconque avantage.

La mission n'a dans ces conditions pas identifié d'obstacle à autoriser par défaut le transfert du dossier médical du patient, sauf en cas de mention explicite contraire dans le courrier de demande de mutation.

De même, la mission relève que le RIB n'est pas transféré automatiquement. La mission relève qu'un transfert automatique du RIB entre caisses pourrait être autorisé, à condition que le premier courrier envoyé par la caisse prenante à l'assuré (courrier d'accueil, formulaire Vitale ou décompte) lui indique les coordonnées bancaires dont elle dispose et l'invite à les modifier le cas échéant. Ce mode de fonctionnement a déjà été retenu pour le traitement de mutations internes au réseau des CPAM.

De façon plus générale, la mission préconise l'autorisation de transfert par défaut de l'ensemble des informations médico-administratives à l'occasion d'une mutation d'assuré, sauf refus explicite de ce dernier.

- ◆ Le bénéfice du maintien de droits des assurés pourrait être prolongé d'une année et générer une économie estimée par la CNAMTS à 180 ETP

Dans une optique de contrôle du bénéfice effectif des droits et d'affiliation éventuelle à la CMU de base, le décret n° 2007-199 du 14 février 2007 a réduit de deux années civiles à une seule la durée du bénéfice de l'ouverture des droits à l'assurance maladie sous condition d'une quotité de travail et de cotisation pendant douze mois. Il a également réduit de quatre à un an le délai de maintien de droits pour les prestations en nature (article L161-8 du code de la sécurité sociale), l'alignant sur celui en vigueur pour les prestations en espèces.

La CNAMTS estime à 400 ETP la charge supplémentaire générée par les contrôles plus fréquents liés à l'application de ce décret. Le directeur de l'assurance maladie suggère le passage à une année de droits fermes et deux ans de maintien, **pour un gain estimé à 180 ETP par an** (soit 90 M€ en masse salariale et frais de fonctionnement directs) et un impact considéré comme marginal par la CNAMTS sur les cotisations versées. La mission n'a pas été en mesure de quantifier ce dernier impact mais en reconnaît la nécessité..

2.3.1.3. Les gains liés à l'affiliation sur le critère de résidence stable dépendraient des modalités de contrôle retenues

Les économies qui résulteraient de la simplification du processus d'affiliation, par passage au critère de résidence stable et continue, n'ont pas été calculées par la mission : elles dépendent de façon cruciale des contrôles à opérer par les caisses.

La mission préconise la réalisation par la CNAMTS d'une étude sur le sujet pour évaluer, en amont de toute modification législative ou réglementaire, les coûts, avantages et inconvénients éventuels liés à différentes méthodes de contrôle de la résidence des assurés. La priorité doit être donnée à des contrôles pouvant être automatisés, exploitant dans la mesure du possible des informations dématérialisées disponibles auprès d'autres administrations. Pourraient notamment être envisagées :

¹⁰⁷ Pour une mutation entre deux CPAM, le dossier médical n'est physiquement transféré que lorsqu'une exonération du ticket modérateur est accordée.

Rapport

- ◆ utilisation des données fiscales : taxe d'habitation, impôt sur le revenu présentent le défaut d'une périodicité annuelle et d'un décalage temporel avec le moment où l'assuré se présente pour l'ouverture de droits. Ces données peuvent plus vraisemblablement être utilisées pour vérifier les conditions de maintien de droits ;
- ◆ recours aux données de la déclaration sociale nominative pour les salariés, après la mise en œuvre de cette dernière programmée en 2016.

Des échanges avec les CPAM amènent à considérer qu'en cas de traitement automatisé de données, les effectifs dédiés à l'ouverture de droits **pourraient être réduits de 30 à 50 %, soit de 150 à 250 ETP pour le seul réseau des CPAM.**

Dans ces conditions, la mission a retenu des gains nuls sur ce volet dans son estimation basse d'économies.

2.3.1.4. Les économies portant sur la gestion des bénéficiaires peuvent être estimées entre 47 M€ et 90 M€ pour l'ensemble de l'AMO à l'horizon 2017

Afin d'assurer l'homogénéité de ses travaux, la mission a établi un chiffrage pour chacune des mesures ayant trait aux processus de gestion des bénéficiaires. Toutefois, elle s'est appuyée dans certains cas¹⁰⁸ sur les statistiques et témoignages d'un nombre réduit de CPAM, qui demandent à être complétées par des analyses plus exhaustives.

Tableau 25 : Synthèse des économies en frais de gestion envisageables à l'horizon 2017 sur la gestion des bénéficiaires (en M€), par rapport à la situation de 2012

Gisement d'économies	Estimation basse des économies pour la CNAMTS/l'AMO	Estimation haute des économies pour la CNAMTS/l'AMO (en ETP)
« Plaquage » des données d'état civil dans les bases de l'assurance maladie : naissances, mariages (en ETP)	200 / 200	500 / 500
Réduction des mutations internes à la CNAMTS par regroupement des bases de données (en ETP)	200 / 200	400 / 400
Réduction du flux de mutations externes (en ETP) : - réduction de 30 % grâce à la gestion du régime étudiant par les CPAM et à la réduction des entrées et sorties du RSI (hypothèse basse) - hypothèse de réduction de 50 % du volume des mutations entre régimes (hypothèse haute)	180 / 350	280 / 570
Maintien de droits étendu à deux ans au lieu d'un (en ETP)	180 / 180	180 / 180
Affiliation sur critère de résidence stable et continue (en ETP)	0 / 0	150 / 150
Total (en ETP)	760 / 930	1 510 / 1 800
Total (en M€)	38,0 / 46,5	75,5 / 90,0

Source : Mission IGAS/IGF.

¹⁰⁸ C'est notamment le cas pour les gains liés au « plaquage » des données d'état civil, et pour ceux associés à l'ouverture de droits sur le critère de résidence stable.

2.3.1.5. La simplification des règles de gestion de la CMU/CMU-C allierait gains d'efficacité et meilleure qualité de gestion pour les bénéficiaires

La complexité des règles en vigueur en matière d'affiliation à la CMU, la CMU-C et à l'ACS fait l'objet d'expérimentations spécifiques dans le cadre de la modernisation de l'action publique. Sans viser à l'exhaustivité sur ce point et sans préjudice du résultat de ces expérimentations, la mission a fait les principaux constats suivants.

L'affiliation à la CMU nécessite de remplir un dossier lourd, en particulier parce que, pour prendre en compte les revenus de façon précise, il a été décidé par le législateur de retenir les douze derniers mois de revenus comme assiette de référence pour être éligible à la CMU. La déclaration de revenu est donc très complète, non pré-remplie (au moment de l'inscription comme du renouvellement) et nécessite de nombreuses pièces justificatives. Cela amène également les services des CPAM à examiner ces documents dans le détail.

Pour faciliter l'accès à la CMU et pour alléger le travail d'examen des dossiers, **il est proposé de retenir comme assiette pour la CMU le revenu fiscal de référence sauf dans le cas où les douze mois glissants sont plus favorables**. Cela permettrait d'automatiser à terme la vérification de la condition de ressources via des flux entre la DGFIP et la CNAMTS.

Toujours dans le souci de simplifier l'accès à la CMU-C de demandeurs en situation de grande fragilité sociale, il est proposé d'affilier de façon automatique à la CMU-C (c'est-à-dire sans remplir de dossier) les bénéficiaires de minima sociaux pour lesquels le seuil fixé en matière de revenu est inférieur à celui de la CMU-C, notamment le RSA socle et l'allocation de solidarité personnes âgées.

Par ailleurs, la question de l'annualité ou de la pluri-annualité de l'ouverture de droits à la CMU, la CMU-C et l'ACS devrait être étudiée pour les bénéficiaires dont la situation apparaît comme pérenne.

Il est également proposé de permettre que les demandes d'affiliation à la CMU, la CMU-C et l'ACS soient déposées dans les CAF, celles-ci effectuant alors la vérification de la complétude du dossier avant transmission à la CPAM compétente.

Enfin, la mission recommande d'automatiser la prise en charge par l'assurance maladie, au titre de la CMU de base, des assurés et ayants-droit arrivant en situation de fin de maintien de droits dans un autre régime. Il est à noter que, par exemple pour le RSI, les bénéficiaires en situation de maintien de droit depuis plus d'un an représentent 10 % des fichiers des assurés. Il serait de nature à limiter le risque de fraude, d'intégrer ces assurés au régime général, au titre de la CMU, contributive ou non.

2.3.2. La simplification des règles de calcul des prestations en espèces pourrait accompagner la dématérialisation des flux

La liquidation des PE constitue un gisement de productivité qui apparaît faiblement exploité (voir *supra*). La dématérialisation est, aujourd'hui encore, très partielle : les agents des CPAM doivent saisir 86 % des arrêts de travail et 65 à 70 % des données de paye.

Néanmoins, les progrès en la matière sont fortement conditionnés à la mise en œuvre effective de la déclaration sociale nominative (DSN), et à la montée en charge de l'arrêt de travail en ligne. La suppression, à horizon un à deux ans, du formulaire d'arrêt de travail pourrait selon la mission, être progressivement mise en œuvre.

C'est pourquoi la sécurisation du calendrier de la DSN est une condition forte des gains de productivité en matière de prestations en espèces.

Rapport

En matière de simplification réglementaire, il apparaît souhaitable et faisable, autant pour des raisons de lisibilité du droit que pour des raisons de gestion, d'harmoniser et de simplifier les règles de calcul d'assiette entre les indemnités journalières maladie, accident du travail et maternité. Une étude d'impact sur la base d'un échantillon pourrait être menée.

2.3.3. Le recouvrement des franchises et participations forfaitaires fait l'objet d'une application incomplète de la réglementation et de pratiques hétérogènes entre caisses

Le délai de prescription de droit commun (cinq ans) s'applique aux franchises et participations forfaitaires dues aux organismes d'assurance maladie¹⁰⁹.

A la CNAMTS, la récupération sur les prestations maladie versées permet de recouvrer automatiquement 96,3 % du montant d'une cohorte de créances au bout de quatre ans. Les coûts associés à ces recouvrements sont nuls ou marginaux. La part qui resterait à recouvrer par d'autres voies (soit par récupération sur d'autres prestations sociales, soit par recours amiable ou contentieux) est donc égale à 3,7 % des créances annuelles. Elle correspond notamment aux créances des assurés en tiers payant intégral (ALD) et aux personnes décédées. A ce jour, aucune opération autre que le recouvrement automatique sur prestations maladie n'a été mise en place de façon systématique dans le réseau des CPAM.

Parmi les organismes rencontrés par la mission, seules la MSA et la CPRSNCF procèdent à la récupération des franchises et participations forfaitaires sur les prestations vieillesse (cf. paragraphe 2.2. du présent rapport) prévue par la réglementation.

Les caisses ont par ailleurs défini, parfois localement, des seuils (calcul de rentabilité) en-deçà desquels aucune tentative de recouvrement n'est effectuée. Ainsi, la caisse MSA du Nord-Pas-de-Calais n'initie-t-elle de procédure de recouvrement qu'au-delà de 100 € de créance.

La réglementation prévoit enfin d'engager, le cas échéant, des récupérations sur les successions. Les acteurs s'interrogent sur l'opportunité économique et sociale de cette disposition, actuellement non mise en œuvre malgré une part significative dans le montant des créances non recouvrées automatiquement¹¹⁰. La mission, qui n'a pas vocation à se prononcer sur le bienfondé de la réglementation sur ce point, n'a pas pu interroger les coûts de gestion qui seraient associés au recouvrement des créances de l'assurance maladie sur les successions, ni déterminer le rendement qui en résulterait.

¹⁰⁹ Circulaire DSS/2A/2009/128 du 11 mai 2009 relative au recouvrement par les organismes de Sécurité sociale de la participation forfaitaire et des franchises prévues au II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale.

¹¹⁰ A la CPRSNCF, le nombre important d'affiliés retraités fait s'élever la part des créances ne pouvant être recouvrées que sur une succession à 5,6 % du total des créances et à 32 % des créances ne faisant pas l'objet d'une récupération automatique.

2.3.4. La FIDES génère des besoins d'environ 180 ETP pour le régime général qui peuvent être absorbés par les CPAM les moins efficaces sans baisse du rythme de réduction d'effectifs

Le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) s'inscrit dans le prolongement de la tarification à l'activité (T2A). La loi du 18 décembre 2003 instaurant la T2A a prévu par dérogation que les établissements de santé anciennement sous dotation globale ne facturent pas directement les séjours et l'activité externe à l'assurance maladie obligatoire (AMO) mais transmettent leur données d'activité à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour valorisation. Les remboursements par l'AMO sont effectués de façon globale sur la base d'arrêtés mensuels des ARS.

La fin de cette dérogation, fixée initialement en 2005, a été fixée par la LFSS pour 2013 au 1^{er} mars 2016.

Un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF de 2008 a préconisé d'expérimenter la mise en place effective de la facturation directe à l'AMO avant d'envisager sa généralisation.

Suite à un appel à projets, 55 établissements pilotes ont été retenus à l'automne 2010 pour participer à l'expérimentation FIDES. Le projet est placé sous la direction du Secrétariat général des ministères des affaires sociales et est co-piloté avec la DGOS, la DSS, la DGFIP et l'UNCAM.

A terme, les 1 000 établissements de santé (publics et ESPIC ex DG) en T2A (MCO) vont passer d'une déclaration d'activité mensuelle et anonyme à une facturation par individu et intervention vers l'ensemble des caisses AMO. **Ceci se traduit par l'envoi de 70 millions de factures par an¹¹¹, susceptibles de générer des rejets et des signalements** à traiter de façon similaire à ceux des flux des professionnels de santé.

Interrogée par la mission, la MSA n'a pas fait valoir de besoins en effectifs supplémentaires liés à ce surcroît d'activité, tandis que les estimations de la CNAMTS varient entre 350 ETP¹¹² et 500 ETP.

Les calculs de la mission **aboutissent à une estimation de 180 ETP¹¹³ pour l'ensemble des CPAM, une charge qui pourrait être confiée aux caisses les moins efficaces du réseau pour ne pas réduire le rythme de décroissance des effectifs.**

¹¹¹ Source : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

¹¹² Extrapolation à l'ensemble du réseau des CPAM de l'estimation de 5ETP pour une caisse de 700 000 bénéficiaires.

¹¹³ Hypothèses retenues par la mission : 2 000 FSE traitées par jour et par ETP (soit des gains de productivité moyens de 6 % par an entre 2011 et 2017) et 193 jours de travail par an (après déduction de 8 % de taux d'absence courte durée sur le nombre de journées de travail nettes des congés et RTT).

2.4. La concrétisation effective des gains d'efficacité visés par l'assurance maladie est soumise à des conditions fortes

2.4.1. Les réductions de coûts effectives supposent des transferts de charge entre caisses et une généralisation de la GED

2.4.1.1. L'exploitation des gains de productivité potentiels de la période 2013-2017 suppose des transferts de charge entre organismes d'un même réseau

Les réductions d'effectifs dans les caisses d'assurance maladie de la MSA et de la CNAMTS sont suspendues aux départs en retraite, dont l'adéquation locale avec les gains de productivité et le niveau d'activité¹¹⁴ ne pourrait être que fortuite.

La CNAMTS a indiqué que les réductions d'effectifs commencent à devenir difficilement soutenables dans les CPAM les plus efficaces. Ces dernières comptent entre 175 et 1 000 ETP et connaissent **un taux de remplacement des départs en retraite compris entre 50 % et 65 %**.

Dans le même temps, les caisses de grande taille présentent un coût par bénéficiaire consommant pondéré (BCP) supérieur à la moyenne nationale (Paris, Marseille, Créteil, Bas-Rhin, Bobigny, Rhône, et dans une moindre mesure Versailles, Evry, Cergy Pontoise), sans pouvoir réduire leurs effectifs plus rapidement que ne le permettent les départs en retraite. Le taux de renouvellement minimum s'établit à 12,5 %, un niveau retenu à Paris et Créteil qu'il ne semble pas pertinent d'abaisser.

Jusqu'à présent, la CNAMTS a adopté une stratégie de rattachement de nouveaux bénéficiaires aux CPAM les moins efficaces (rattachement de la CAMIEG à Nanterre...) : ces intégrations mettent en évidence une sous-productivité de ces caisses de l'ordre de 30 %.

Les conditions actuelles (départ à la retraite, faible mobilité géographique) évoquées plus haut montrent que la réduction des effectifs dans les seules CPAM les moins efficaces au niveau retenu sur la période 2010-2013 (3 900 ETP en retenant un taux de renouvellement de 33 %¹¹⁵) ne suffit pas à exploiter l'intégralité des gains potentiels de productivité des prochaines années.

Durant les années 2013-2020, caractérisées par des gains de productivité potentiels et par une vague de départs à la retraite, la mission préconise un **renouvellement a minima des départs dans les caisses les moins efficaces tout en maintenant les efforts sur les caisses efficaces**.

La MSA est confrontée aux mêmes difficultés, amplifiées par la réduction du nombre d'exploitants agricoles. Les caisses du massif central, de Bourgogne ou encore des Midi-Pyrénées perdent 3 % d'affiliés par an. Sans même tenir compte d'objectifs de gains de productivité, **les effectifs de ces caisses devraient être réduits de 15 % dans les cinq prochaines années** pour maintenir les ratios d'efficacité actuels, un niveau qui dépasse les possibilités offertes par les départs en retraites.

C'est pourquoi **les transferts de charge entre les caisses d'un même régime doivent être développés**.

¹¹⁴ Lié à la démographie locale et en particulier à la croissance démographique et à l'âge des assurés (qui influent sur le nombre d'actes de remboursement par an), à la part de ménages bénéficiaires de l'AME et de la CMU (avec un impact sur la gestion de la relation client).

¹¹⁵ Le taux de 33 % résulte d'une moyenne des taux de remplacement des 50 CPAM présentant le taux le plus bas (inférieur à 47 %), pondérée par les effectifs desdites CPAM.

2.4.1.2. Les transferts d'activité et mutualisations ne posent pas de difficulté technique mais supposent un développement de workflows adaptés et de la dématérialisation

La mission **n'a pas identifié d'obstacle technique à des mutualisations ou à des transferts d'activité opérés entre CPAM, dès lors que les données métier sont dématérialisées et accessibles.** Ces évolutions sont facilitées par le projet de fusion des bases de données opérantes (BDO) des CPAM au sein de cinq bases interrégionales (et une sixième base dédiée aux régimes infogérés), par ailleurs regroupées physiquement au CTI de Toulouse depuis 2013.

Concrètement, les transferts pourraient suivre l'exemple donné par la CPAM de Nanterre, qui traite d'ores et déjà 80 000 paiements de décomptes PN par jour pour le compte d'autres départements, contre 20 000 pour les Hauts-de-Seine et la CAMIEG.

Le réseau des CPAM procède déjà à des mutualisations soit sur des initiatives locales (à l'image de la CPAM de Nanterre) soit par le biais de missions confiées à des caisses en difficulté : Mende (délestage de Paris et accueil téléphonique de premier niveau pour la région Languedoc-Roussillon), Guéret (allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie à domicile - AJAP).

La mission propose de retenir un principe opératoire souple, par le biais d'accords passés entre caisses, plutôt que le modèle d'un atelier de régulation des charges à l'image de celui retenu à la CNAF (voir annexe I).

La CNAMTS met en avant le risque d'un effet désincitatif de tels transferts pour les organismes les mieux gérés. La mission ne méconnaît pas cette difficulté, qui peut être résolue en adaptant le volume du transfert sortant à l'évolution du nombre d'assurés et à la réduction programmée des effectifs et dans les caisses cédantes (de telle sorte que l'effet du transfert sera neutre sur le ratio d'efficience), cette dernière étant liée à un objectif national de gains de productivité.

Les mutualisations et transferts de charge à mettre en œuvre dans les années 2013-2017 pour maintenir le rythme de réduction des effectifs constituent une première étape. **Dans un second temps, les gains d'efficience sont à rechercher dans la spécialisation de sites de production,** au moins pour les activités à faible volumétrie ou à technicité élevée.

La spécialisation permet d'optimiser l'utilisation des compétences et des moyens, ainsi que de déplacer la frontière d'efficience sur les sujets techniques par un accroissement des volumes traités et des effets d'apprentissage (réduction des erreurs, développement de nouveaux outils ou de nouvelles pratiques).

Hors du champ des PN, déjà largement dématérialisé, les transferts d'activité et les mutualisations supposent un développement de la gestion électronique de documents et des *workflows*.

La gestion électronique de documents permet également le télétravail des agents, qui expérimenté à Nanterre a permis de gagner **22 ETP (avec 15 % à 40 % de gains de productivité constatés par agent en télétravail),** auxquels s'ajoutent des économies immobilières.

La CNAMTS s'est engagée à partir de 2010 dans l'extension progressive de la GED, à travers l'outil DIADEME, retenu par toutes les CPAM à l'exception de celle des Hauts-de-Seine. A Nanterre, les effectifs du service courrier ont diminué de 78 à 68 grâce à la réduction de manipulation du papier permise par la GED (réduction du nombre de tris principaux, notamment). Extrapolée au réseau des CPAM, **cette baisse en effectifs directs peut être estimée à 400 ETP au niveau national.**

2.4.2. Les projets informatiques structurants inter-régimes doivent faire l'objet d'un calendrier de déploiement pluriannuel pour garantir la faisabilité et l'uniformité de leur mise en œuvre

2.4.2.1. Les conditions de mise en œuvre du « programme 2 » illustrent les enjeux liés au déploiement de projets qui intéressent l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie

La mission a identifié cinq conditions de réussite pour la mise en place et l'adoption des services en ligne du « programme 2 » à destination des professionnels de santé. Les trois premières sont directement liées aux SI.

2.4.2.1.1. Respect des conditions classiques de gestion de projet : priorisation des déploiements des services sur des critères de retour sur investissement et de faisabilité

La mission recommande **de réaliser un planning détaillé de développement sur une durée de trois ans.**

2.4.2.1.2. Validation de la capacité des acteurs autres que la CNAMTS à s'interconnecter avec le nouveau système

Les conditions d'interopérabilité sont clairement définies par la CNAMTS et permettent techniquement le raccordement des autres régimes obligatoires à travers le développement par chacun d'un *webservice*. Mais la mission a identifié deux réserves au déploiement uniforme des services : d'une part les régimes développent des projets internes de refonte de leur SI qui peuvent retarder le raccordement au « programme 2 » (cas du GIE Chorégie), d'autre part les régimes n'ont pas une visibilité des développements à prévoir sur la durée d'une COG.

La mission recommande, dans l'optique où tous les régimes devraient développer leurs interfaces avec la plateforme DESIR, d'obtenir **de chaque caisse un calendrier d'adoption qui serait intégré à chaque COG.**

2.4.2.1.3. Définition du modèle d'organisation en cible avec les organismes complémentaires

Le projet mené par la CNAMTS ne prévoit pas de raccordement des organismes complémentaires à la plateforme DESIR, sans pour autant fragiliser le dispositif actuel puisque les flux *Noémie* sont maintenus pour la transmission des informations du RO vers le RC.

Les organismes complémentaires, mis à l'écart du projet, peuvent envisager trois stratégies de substitution :

- ◆ **développer leur propre infrastructure** à destination des professionnels de santé, en commun ou en propre, au risque de multiplier les outils sur le poste du PS et d'en fragiliser le déploiement ;
- ◆ **faire appel à des opérateurs du marché** (CEGEDIM, Almerys) ;
- ◆ **s'adosser au régime obligatoire** pour la liquidation des prestations.

Deux voies parallèles semblent privilégiées à ce stade par l'AMC :

- ◆ la poursuite du développement de services en ligne sur le poste des PS dans le cadre des réseaux de soins (devis en particulier) ;

Rapport

- ◆ la constitution d'un répertoire commun contenant les références des adhérents et de leur régime complémentaire. Ce projet permet au RC de ne pas dépendre des flux issus du RO, un objectif revendiqué par les acteurs rencontrés.

La mission recommande qu'après une première phase de déploiement au sein du RO (soit à l'horizon 2017), **les RC qui le souhaitent puissent se raccorder à la plateforme DESIR pour offrir un accès en direct aux droits complémentaires des assurés** et permettre une facturation globale en ligne.

Ces évolutions ne pourront toutefois se concrétiser que si les éditeurs de logiciels spécialisés et les professionnels de santé les acceptent. Par ailleurs, les changements législatifs nécessaires liés à la mise en place des télé-services ont été identifiés par la CNAMTS ainsi que l'obtention d'accords de la CNIL¹¹⁶.

2.4.2.2. La recherche d'efficience dans les projets inter-régimes suppose une planification à horizon de trois ans et une priorisation des services en fonction de leur retour sur investissement

En raison de l'autonomie des caisses et de l'absence de coordination institutionnalisée des maîtrises d'ouvrage informatiques, les SI des régimes présentent des niveaux de maturité différents. Les régimes (ou les GIE auxquels ils ont confié leur gestion informatique) sont amenés à entreprendre des projets internes qui peuvent entrer en concurrence avec les investissements requis pour des projets inter-régimes.

Le succès d'initiatives transverses nécessite la transparence des investissements globaux réalisés par les différents régimes, ainsi que des investissements estimés pour se raccorder aux chantiers inter-régimes, afin d'apprécier le retour sur investissement global de ces derniers. La vision sur ces deux points est à ce jour très partielle.

La clarification des calendriers de déploiement des projets inter-régimes doit permettre de mieux coordonner les investissements réalisés par les régimes.

De ce fait, la mission recommande :

- ◆ d'une part de **définir un planning de développement à trois ans des programmes présentant une dimension inter-régimes** c'est-à-dire sur la durée d'une COG ;
- ◆ d'autre part de **prioriser les développements de services (intra ou inter-régimes) en fonction du retour sur investissement global attendu (incluant les coûts de raccordement)**.

2.4.3. La refonte de certains outils métiers de la CNAMTS et de la MSA doit être envisagée pour améliorer le confort de travail des agents

Les agents des caisses qui choisissent l'infogérance font, au moment du transfert, le constat que les applications des CPAM et des caisses de MSA sont nombreuses (500 dans les CPAM), aux interfaces vétustes et à l'ergonomie très perfectible.

La mission a par exemple identifié lors de ses visites dans les caisses locales deux processus dont l'efficience est limitée par la conception des outils métiers :

- ◆ le traitement d'une mutation inter-régime entrante impose en CPAM **le recours à six logiciels différents** et nécessite en l'état actuel environ 20 minutes de traitement par agent ;

¹¹⁶ L'accord pour la prescription de transports en ligne a été obtenu 18 mois après le dépôt de la demande ; l'absence de réponse était liée à une évolution globale de la politique de la CNIL vis-à-vis de l'utilisation du NIR.

Rapport

- ◆ l'interface de traitement des feuilles de soins des caisses de la MSA est peu lisible et la saisie est complexe.

Ces exemples illustrent les gains de productivité qui pourraient résulter d'une refonte de l'ergonomie et des interfaces entre applications. Ils étayent par ailleurs les propos tenus par certains organismes nouvellement infogérés, qui évoquent un retour en arrière pour leurs agents au moment de l'infogérance. Celle-ci est retenue pour des raisons économiques (délégation à faible coût de la mise à jour réglementaire, de la gestion de l'hébergement et des développements de nouveaux services), mais elle est parfois vécue comme une perte de confort et d'efficacité au quotidien.

Le chantier de refonte du poste de travail, moins structurant que les projets de dématérialisation, ne constitue pas une priorité de la CNAMTS.

Sur la base de ses observations la mission estime à 20 % les gains d'efficacité opérationnels qui pourraient résulter d'une rénovation des applications les plus génératrices d'inefficacité.

Par ailleurs, la montée en charge des nouveaux programmes s'effectue sur une échelle de temps comprise entre sept et dix ans, ce qui légitime des actions sur les outils du poste de travail dans l'intervalle.

3. L'alignement sur les meilleures pratiques de gestion doit être recherché par chacun des gestionnaires de l'assurance maladie

3.1. Les régimes obligatoires pourraient être pilotés afin d'atteindre les meilleurs niveaux de performance en gestion du secteur

La problématique de la **dispersion des performances de gestion entre les différentes entités locales de chacun des grands opérateurs de l'AMO** est présente dans chacune des COG signées par l'Etat avec ces organismes. Toutefois, des marges d'économies considérables demeurent dans ce domaine.

3.1.1. Au sein d'un même régime, la réduction des écarts de productivité devrait être très fortement encouragée

3.1.1.1. L'alignement du coût du BCP moyen sur le premier décile des CPAM est associé à un gain théorique de 540 M€, à réglementation et environnement de travail constants

La mesure d'activité du régime général repose sur un indicateur de charges : le « bénéficiaire consommant pondéré »¹¹⁷ (BCP), qui a remplacé la notion de bénéficiaire actif pondéré (BAP) utilisée jusqu'en 2008.

¹¹⁷ Il repose sur des mesures de volumétrie par ressort géographique de CPAM, qui introduisent en sus de l'âge et du nombre des personnes protégées des éléments environnementaux de pondération liés aux IJ, à la précarité et à la densité médicale. Le BCP s'appuie ainsi sur quatre composantes :

- nombre de bénéficiaires consommateurs standardisés par la consommation de soins de ville par classe d'âge (70 % de l'indicateur). Par exemple, un bénéficiaire âgé de 20 à 49 ans est pondéré du coefficient 1,00, contre 0,42 pour un bénéficiaire de moins de 20 ans et 3,01 pour une personne de plus de 65 ans ;
- taux de population active (15 %) ;
- taux de population dont le revenu est inférieur de 60 % au niveau de vie médian (5 %) ;
- densité médicale : nombre de professionnels de santé et d'établissements (10 %).

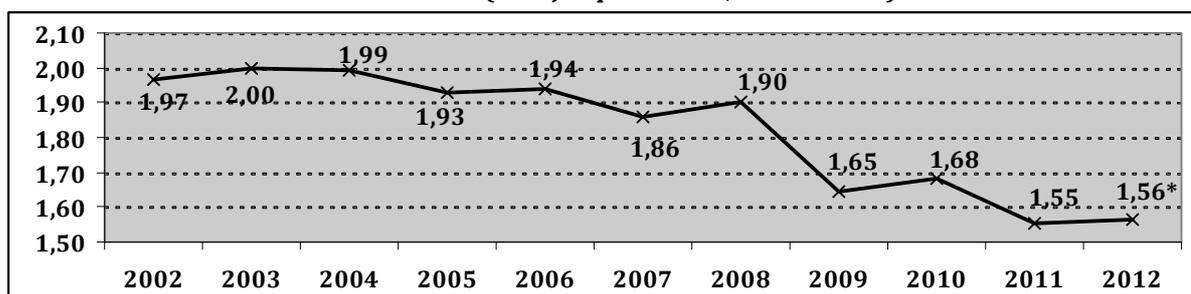
Rapport

Ainsi que l'a relevé la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2011¹¹⁸, la comparaison du coût du BCP entre les caisses **illustre l'existence de marges de progression persistantes, à réglementation et outils inchangés.**

Entre 2002 et 2008, l'écart de coût par BAP entre la caisse la plus efficiente et la moins efficiente est resté stable, baissant de 1,97 à 1,90 (soit -0,6 % par an en moyenne). Le changement d'indicateur (passage du BAP au BCP) opéré en 2009 s'est traduit mécaniquement par une réduction de cet écart, passé à 1,65. Sur la période récente 2009-2011, le coût du BCP a baissé de 5,6 % pour atteindre 1,55 (et 1,56 en 2012, selon des données provisoires transmises à la mission).

L'écart entre premier et dernier déciles de coût du BCP a connu une évolution moins marquée qu'entre première et dernière caisses : -1,7 % entre 2009 et 2011.

Graphique 15 : Evolution de l'écart de coût du bénéficiaire entre la caisse la plus efficiente et la moins efficiente (BAP jusqu'en 2008, BCP au-delà)



Source : CNAMTS.

* Valeur provisoire, calculée à partir de données non intégralement fiabilisées de la CNAMTS

Les écarts d'efficacité entre caisses restent donc conséquents. **En 2012, le coût du BCP s'élève à 62,13 € en moyenne, avec une moyenne des caisses du premier décile à 51,33 € et une moyenne du dernier décile à 73,03 €.**

Les écarts entre CPAM sont liés à l'historique de certaines caisses (en Ile-de-France, notamment) et à leur réseau d'implantation, aux rigidités de gestion des ressources humaines¹¹⁹, ainsi qu'à des paramètres d'activité exogènes (évolution démographique des bénéficiaires).

La moyenne nationale est abaissée par les caisses des trois derniers déciles et en particulier par les caisses les plus grandes (plus de 1 000 ETP), aux taux de remplacement des départs à la retraite déjà faibles (12,5 % à Créteil et à Paris, par exemple). A ce jour, les seuls gains rapides ont été observés suite à des rattachements de nouveaux bénéficiaires sans augmentation des effectifs des caisses (CAMIEG à Nanterre, MGP à Versailles).

En 2012, l'alignement des 102 CPAM sur la moyenne du coût du BCP des 10 caisses les plus efficientes (51,33 €) serait associé à une économie annuelle de 540 M€. **Le seul alignement des 30 dernières caisses sur la moyenne des 70 premières CPAM (pour un coût moyen du BCP de 57,31 €) générerait 241 M€ d'économies.**

Les calculs ci-dessus **illustrent les gains potentiels théoriques d'efficacité à environnement et réglementation constants**, en supposant un ajustement réalisable sans contrainte de l'organisation et de la gestion des effectifs des caisses.

¹¹⁸ « Rapport sur la productivité dans les organismes de Sécurité sociale du régime général », septembre 2011.

¹¹⁹ Elles complexifient l'ajustement des effectifs en fonction des besoins, ces derniers étant réduits par la dématérialisation croissante des processus.

Rapport

Les gains sont limités dans les faits par les possibilités de réduction des effectifs, liées aux départs en retraite, par les spécificités de certains publics non intégralement prises en compte dans le BCP et par des organisations rigides des caisses (sites, points d'accueil).

Pour accélérer la réduction des écarts entre caisses sans réduire l'efficacité des meilleures caisses, la mission identifie plusieurs leviers. Les trois premiers sont déjà mobilisés par la CNAMTS et peuvent être utilement poursuivis :

- ◆ la reprise en gestion de nouveaux bénéficiaires (cf. partie 4 du présent rapport), avec dans certains cas un rattachement à une CPAM choisie parmi les moins efficaces plutôt qu'à la CPAM du ressort géographique de l'affilié (pour les publics mobiles géographiquement) ;
- ◆ la poursuite du regroupement des CPAM les plus petites ;
- ◆ la spécialisation de sites des caisses les moins efficaces ;
- ◆ la concrétisation en gains de productivité des fusions opérées en 2010, par réorganisation des sites et des services métier¹²⁰ ;
- ◆ la poursuite des réductions d'effectifs dans l'ensemble des caisses (y compris les plus efficaces) avec des transferts de charge éventuels des plus efficaces vers un nombre réduit de grandes CPAM du dernier décile.

3.1.1.2. La MSA pourrait engager des réformes dans deux directions, la spécialisation de ses caisses et un regroupement au niveau régional

La COG fixe à la MSA un objectif de réduction des écarts de productivité entre les caisses. La mission considère que d'autres indicateurs plus pertinents pourraient être envisagés comme d'une part la progression de la productivité de la caisse la plus productive et d'autre part, l'alignement de l'ensemble des caisses sur la plus productive d'entre elles.

Si toutes les caisses rejoignaient le niveau de productivité moyen actuel des cinq meilleures, cela permettrait de se fixer un objectif de réduction des effectifs de 258 postes, **soit 16 M€ par an**, pour la branche maladie de ce régime, sur les effectifs directs de production, soit une réduction de 13 % des effectifs considérés.

L'atteinte d'un tel objectif nécessite que la direction générale de la MSA impose un cadre d'organisation homogène à l'ensemble des caisses qui peut passer par une spécialisation des caisses et une réorganisation centrée sur le niveau régional.

Toujours dans ce champ, la mission a également pu constater que si les coûts de traitement des FSE et des FSP du Gamex (0,25 € et 3,77 €) étaient alignés sur ceux de la CNAMTS (0,16 € et 1,84 €), cela permettrait de réduire les frais de gestion du Gamex de 1,7 M€.

3.1.1.3. L'harmonisation des performances de gestion au sein du réseau du RSI est désormais réalisable

Le RSI s'est doté ces derniers mois des outils de suivi des performances de gestion des 30 caisses que compte son réseau.

¹²⁰ Au 1er janvier 2010, la fusion de 48 CPAM a abouti à un réseau national comptant 101 CPAM au lieu de 128. Les interlocuteurs des CPAM rencontrés par la mission ont indiqué que les gains potentiels d'efficacité liés à cette réorganisation n'avaient pas encore été concrétisés, trois ans après la réalisation des fusions juridiques.

Rapport

Sur la base des trois groupes homogènes de caisses présentant des niveaux d'activité voisins et en laissant hors champ les caisses hors métropoles ainsi que celles dédiées aux professions libérales (15 % des ETP santé), la mission a pu simuler les gains résultant d'un alignement de la productivité (ici mesurée comme le rapport « nombre de bénéficiaires par ETP santé ») sur la productivité du meilleur quartile.

Les gains réalisables s'élèvent à 230 ETP, ce qui permet d'envisager **des gains monétaires à hauteur de 11.5 M€.**

3.1.2. La recherche d'efficacité invite à s'interroger sur la taille optimale des caisses quel que soit le réseau auquel elles appartiennent

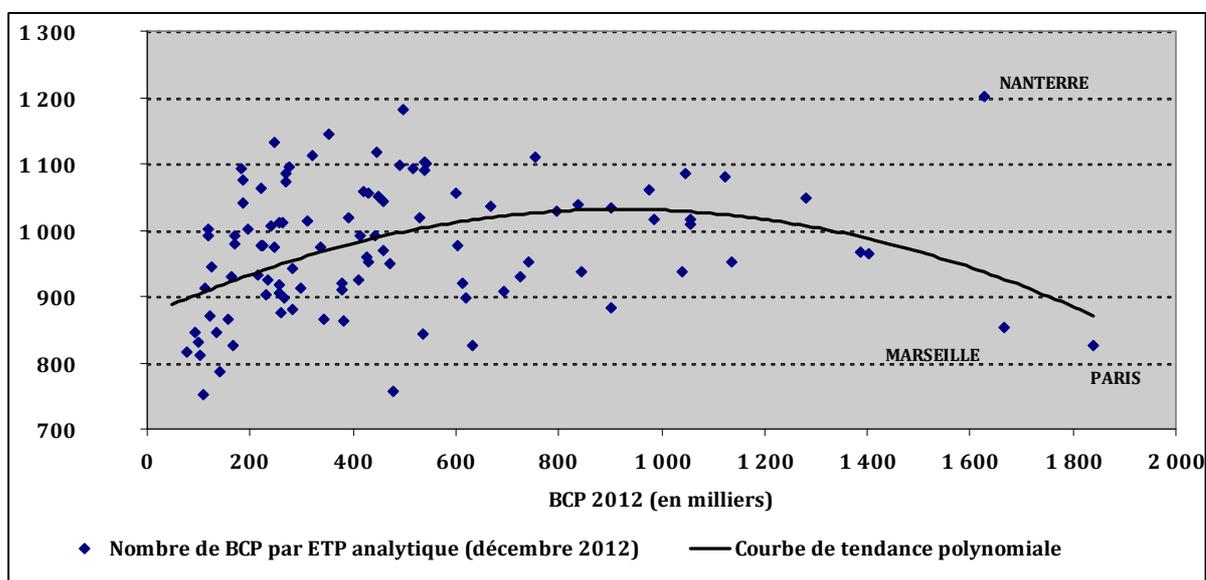
3.1.2.1. La taille critique minimale d'efficacité des CPAM repose sur la gestion d'environ 170 000 bénéficiaires consommateurs pondérés

La mission a analysé le nombre de bénéficiaires consommateurs pondérés (BCP) et le coût du BCP des 101 CPAM en 2012, mis au regard des ETP des caisses.

Le nombre de bénéficiaires consommateurs pondérés gérés par ETP varie entre 750 et 1 200, autour d'une moyenne de 973. Les CPAM gérant moins de 170 000 bénéficiaires présentent le ratio le plus faible. La courbe de tendance présente un maximum entre 800 000 et 1 000 000 de BCP avant de décroître pour les caisses les plus grandes (Paris, Marseille), à l'exception notable de la caisse de Nanterre.

Ce ratio ne permet cependant pas d'identifier de taille optimale de caisse.

Graphique 16 : BCP gérés par ETP analytique des CPAM, en fonction du nombre de bénéficiaires



Source : CNAMTS, calculs de la mission IGAS-IGF.

En mettant en relation le coût par bénéficiaire consommant des CPAM¹²¹ et les effectifs des caisses, il apparaît une courbe qui peut être interprétée comme résultant d'une juxtaposition de deux types d'organisation différents des caisses.

¹²¹ Le coût retenu correspond aux dépenses de classe 6 des CPAM, hors retraitements liés aux mutualisations, aux prestations pour le compte d'autres parties et autres neutralisations comptables.

Rapport

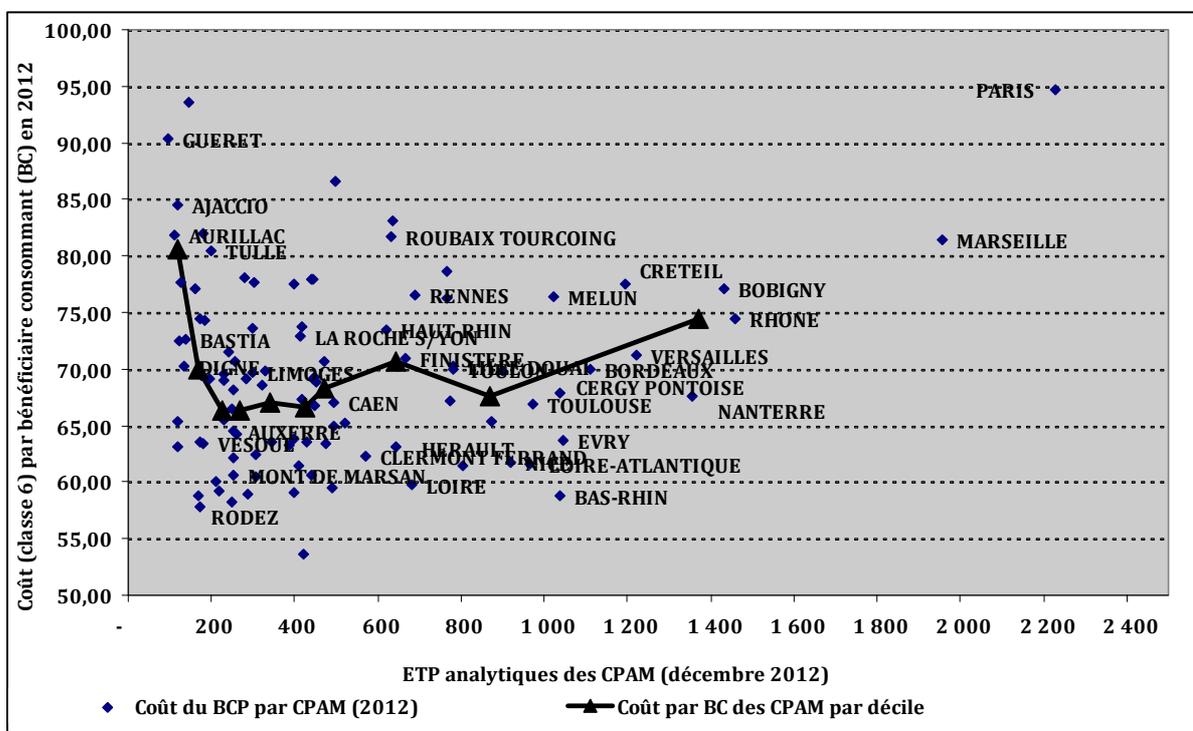
Le premier modèle correspond à une structure organisationnelle légère ; il connaît une efficacité maximale pour des effectifs compris entre 250 et 400 ETP et un **public affilié variant entre 0,25 et 0,45 million de bénéficiaires consommateurs pondérés**.

Le second modèle repose sur une organisation plus lourde (échelons hiérarchiques, spécialisation des fonctions support), dont la taille efficace se situe autour de 900 ETP pour **0,9 à 1 million de BCP**.

En fonction du nombre de BCP dont elles ont la charge, les CPAM s'orientent vers l'un ou l'autre modèle d'organisation.

En deçà de chacune des deux plages critiques de BCP, l'amortissement de coûts fixes d'organisation renchérit le coût de gestion par bénéficiaire. Au-delà, il apparaît des rendements d'échelle décroissants, dont le paroxysme est atteint par les caisses d'Ile de France (hors Nanterre) et de Marseille.

Graphique 17 : Dépenses de classe 6 des CPAM par bénéficiaire consommant (BC) mises au regard de la taille des CPAM exprimée en nombre d'ETP analytiques (en 2012)



Source : CNAMTS, calculs de la mission IGAS-IGF.

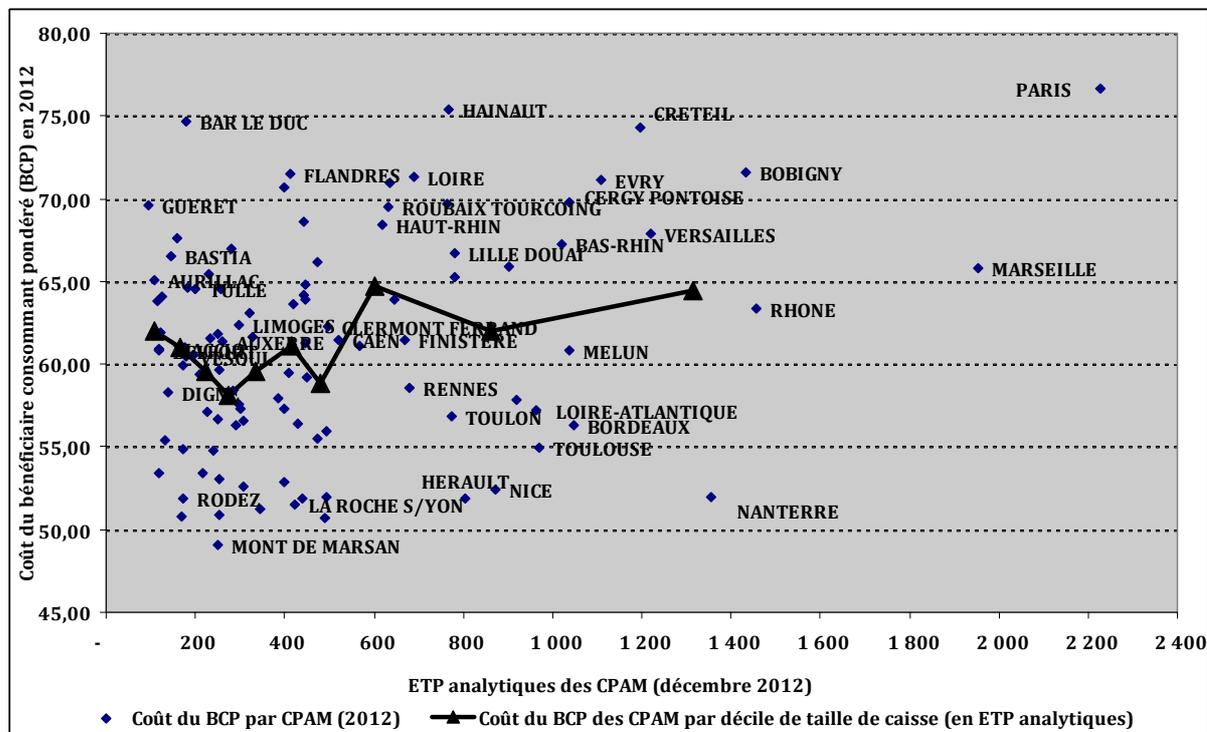
Le même exercice peut être conduit sur la base des données retraitées par la CNAMTS pour tenir compte de l'activité estimée des CPAM : la notion de bénéficiaire consommant est remplacée par celle de bénéficiaire consommant pondéré, et les dépenses prises en charge font l'objet d'un retraitement pour obtenir le coût du BCP par CPAM.

La courbe qui en découle illustre une taille minimale de caisse inchangée, correspondant à un minimum de 170 000 BCP. En revanche, les plages de plus grande efficacité apparaissent moins marquées après retraitement comptable.

Rapport

En particulier, la variabilité des coûts retraités par BCP observés pour les CPAM de plus de 800 ETP est significativement plus élevée que pour les autres caisses¹²² ; elle s'explique par l'historique de ces CPAM, ainsi qu'en partie par le rattachement de nouveaux bénéficiaires à certaines d'entre elles.

Graphique 18 : Coût du BCP rapporté à la taille des CPAM exprimée en nombre d'ETP (en 2012)



Source : CNAMTS, calculs de la mission IGAS-IGF.

Note : le calcul du coût du BCP implique des retraitements comptables au niveau de chaque caisse, non finalisés au moment des travaux de la mission. Les données transmises par la CNAMTS sont susceptibles de modifications à la marge.

3.1.2.2. La ventilation des effectifs des mutuelles étudiantes par processus traduit l'existence de rendements d'échelle croissants, tandis que les coûts de gestion mettent en évidence une taille critique minimale de 100 000 affiliés par caisse

Deux tendances ressortent du calcul de ratio entre les effectifs des mutuelles régionales étudiantes dédiés à chaque processus et le nombre de leurs affiliés :

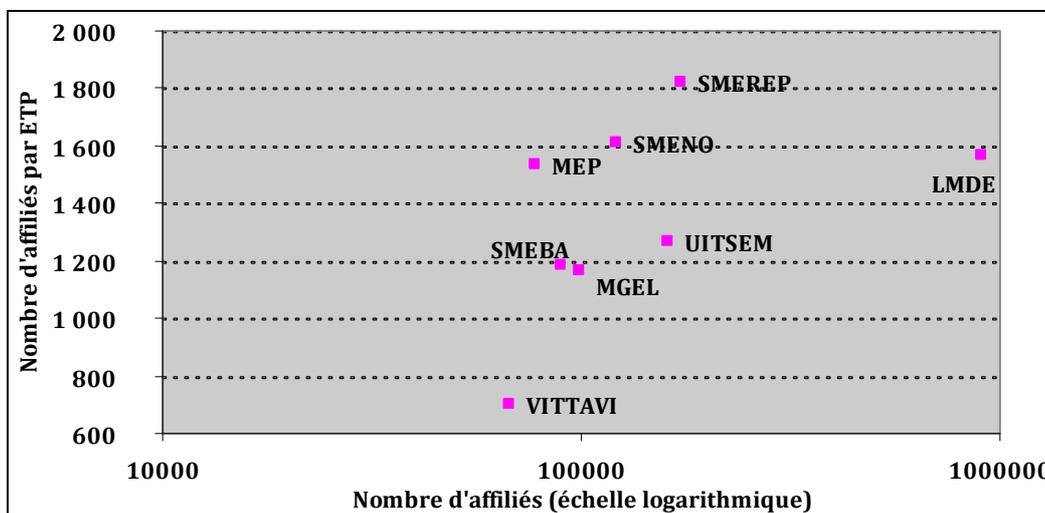
- ♦ pour les activités qui sont déléguées aux mutuelles étudiantes, **en deçà de 120 000 affiliés, des rendements d'échelle croissants se dessinent pour l'ensemble des processus** ;
- ♦ les **processus d'accueil, d'immatriculation et d'affiliation sont rigides** et connaissent des rendements croissants au-delà du seuil de 120 000 affiliés (coûts fixes amortis sur une base plus large), tandis que le poids des fonctions support et de la liquidation dépend davantage de l'organisation de la caisse et de son nombre d'affiliés (coûts variables).

¹²² Avec un écart type de 7,9 € par BCP pour les deux derniers déciles des CPAM (en nombre d'ETP analytiques), contre 5,9 € par BCP pour les huit premiers déciles.

Rapport

De façon plus générale, les mutuelles étudiantes connaissent **une corrélation positive entre leur base d'affiliés et le nombre d'assurés gérés par ETP**, à l'exception notable de la LMDE. La taille critique minimale associée s'établit autour de 100 000 affiliés.

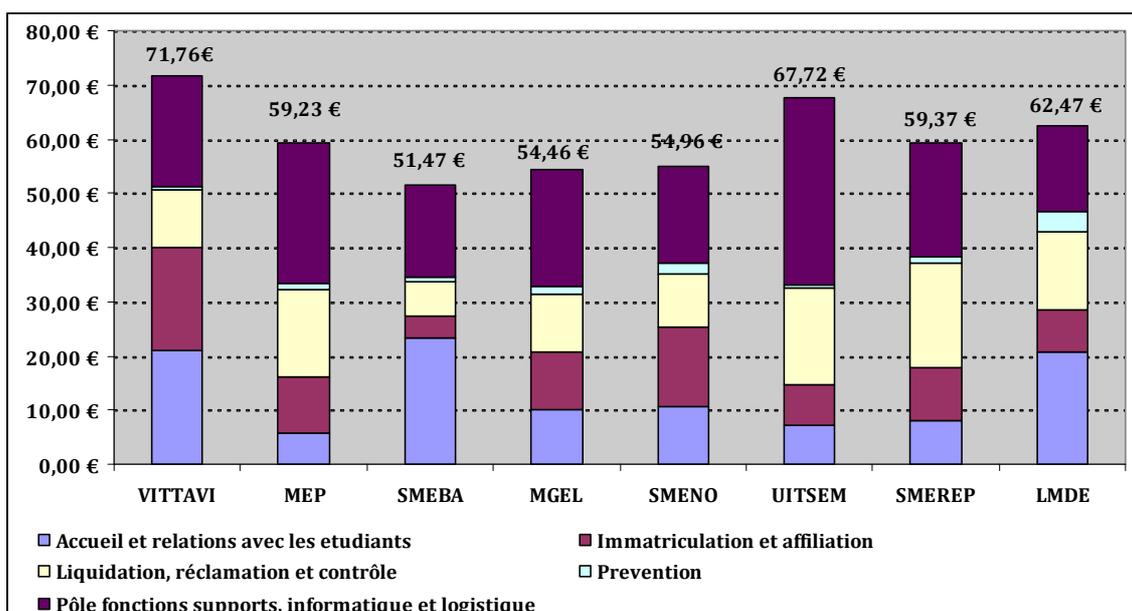
Graphique 19 : Une corrélation positive est établie entre le volume d'affiliés et le ratio d'affiliés par ETP



Source : emeVia et LMDE, calculs effectués par la mission.

La comparaison des **coûts analytiques** de gestion des mutuelles étudiantes confirme des **rendements globaux croissants jusqu'à 100 000 bénéficiaires**, illustrés par exemple par un coût unitaire de la SMEBA inférieur de 30 % à celui de la plus petite mutuelle, VITTAVI. Les coûts des trois mutuelles comptant le plus grand nombre d'affiliés (UITSEM, SMEREP et LMDE) sont actuellement supérieurs à ceux de la SMEBA. La mission relève toutefois que ces trois mutuelles sont en cours de réorganisation, à des stades plus ou moins avancés. Par exemple, la SMEREP a réduit ses effectifs de moitié entre 2007 et 2012, d'où un ratio d'affiliés par ETP favorable qui ne s'est pas encore concrétisé en baisse de coûts.

Graphique 20 : Affectation des coûts de gestion du RO par bénéficiaire et par processus au sein des mutuelles étudiantes, classées par nombre croissant d'affiliés (exercice 2011-2012)



Source : LMDE, emeVia et SMEREP, regroupements et calculs opérés par la mission.

Rapport

3.1.2.3. La MSA a procédé à la réduction de 80 à 35 du nombre de ses caisses, dans une logique de régionalisation et de recherche d'efficience

Les principes ayant conduit aux réorganisations opérées depuis 2002 sont le regroupement régional et la limitation du nombre caisses fusionnées à 4. La MSA souhaite maintenir une représentation politique départementale pertinente et assurer une capacité d'adaptation aux spécificités locales.

Par ailleurs, il a été recherché une meilleure homogénéité de la taille des caisses (rapport actuel des effectifs de 1 à 2,4 entre la plus petite et la plus grande des caisses, si l'on excepte les deux caisses de Corse et Sud-Champagne) autour d'une taille critique qui permette de réduire les coûts de fonctionnement.

La plus petite des caisses de MSA (hors Corse et Sud Champagne qui comptent respectivement 113,7 et 203,4 ETP¹²³) affiche un effectif de 276 ETP toutes branches confondues. La moyenne des effectifs est de 440 ETP. Par comparaison, la moyenne des effectifs d'une CPAM est de 500 ETP, 21 caisses ayant moins de 200 ETP.

3.2. Les délégataires de la fonction publique pourraient voir leurs remises de gestion adaptées à une recherche de productivité accrue, ce qui générerait une économie de 20 M€

Les données sur lesquelles la mission a travaillé montrent que la poursuite des efforts de productivité par organisme finira par atteindre des limites mais permet d'imaginer encore une diminution importante des ETP et des coûts de gestion.

En effet, l'alignement complet des droits des assurés qu'ils soient gérés en propre par la CNAMTS ou dans le cadre d'une délégation de gestion supprime *a priori* toute justification d'un écart de coûts de gestion entre les organismes.

Pourtant, les données remontées par les délégataires à la CNAMTS laissent apparaître des écarts de productivité importants qui pourraient justifier une révision des remises de gestion des délégataires.

Par ailleurs, les contrats pluriannuels de gestion des délégataires devront transposer les choix réalisés quant à la poursuite des gains d'efficience sur les macro-processus de gestion tels que présentés plus haut. La mission n'a pas chiffré délégataire par délégataire cet impact mais il figure de manière agrégée par extrapolation des gains réalisés à la CNAMTS à l'AMO.

Tableau 26 : Tableau des remises de gestion des délégations entre 2005-2011 (en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution 2005-2011
Mutuelles L. 712-6	274,5	269,8	265	258,7	257,1	244,8	242,5	-11,6 %
Mutuelles L. 211-4	43,6	41,5	38,3	32,1	29,9	30,1	29	-33,5 %
Mutuelles étudiantes	82,8	85,8	81,7	81	82,3	86,3	92,9	+12,2 %
TOTAL	400,9	397,1	384,9	371,8	369,3	361,2	364,3	-9,1 %

Source : CNAMTS – les périmètres de référence sont variables d'une année sur l'autre en fonction de l'intégration de certaines mutuelles, notamment L. 211-4 à la CNAMTS.

¹²³ Données 2011, CDI et CDD.

3.2.1. Le calcul des remises de gestion des délégataires de la fonction publique pourrait être révisé

La remise de gestion constitue le mode de financement par la CNAMTS de la gestion déléguée du régime général par des mutuelles : elle est donc censée couvrir les coûts de gestion supportés par ces organismes. Il n'est pas justifié que la gestion déléguée coûte plus cher que la gestion directe, la CNAMTS étant en mesure d'assurer elle-même cette activité le cas échéant.

Le calcul des remises de gestion est fait de telle sorte qu'elles sont un outil de pilotage de la gestion de la délégation par la CNAMTS puisque le montant effectivement versé est fonction du coût moyen de la gestion d'un bénéficiaire actif à la CNAMTS et de l'activité comparée des CPAM et des mutuelles délégataires. Leur mode de calcul reflète donc le souhait d'aligner la productivité de leurs activités de gestion/liquidation des prestations sur celle de la CNAMTS.

Aujourd'hui, les remises de gestion sont calculées sur des données datées (2004) et la remise à plat de leur calcul devrait permettre d'accroître leur productivité et de la faire tendre vers celle de la CNAMTS.

Des économies pourraient donc être générées par une révision et une réactualisation des modalités de détermination des remises de gestion.

Trois éléments déterminent aujourd'hui le montant des remises de gestion des délégataires :

- ◆ le niveau du coût du bénéficiaire actif moyen (BAM) calculé à partir des données des 50 CPAM les plus efficaces pour les étudiants et de l'ensemble des CPAM pour les fonctionnaires d'Etat, territoriaux et hospitaliers.
- ◆ le taux de réalisation qui représente la part de l'activité des CPAM réalisée par les délégataires. Issue d'une négociation entre les mutuelles et les CPAM, il est notable que les chiffres de comptabilité analytique utilisés en référence sont ceux de 2004 et mériteraient à tout le moins d'être réévalués.
- ◆ un dispositif de majorations et de pénalités associées à des indicateurs de qualité de service.

Le niveau final des remises de gestion tel qu'il figure dans le CPG est négocié entre les mutuelles et la CNAMTS. De ce fait aucun de ces critères n'est commun aux différentes mutuelles : le BAM de référence est calculé sur la base des 50 CPAM les plus efficaces pour les étudiants et sur les 102 CPAM pour les autres. Par ailleurs, le taux de réalisation varie de 52,35 % pour les mutuelles hospitalières à 59,83 % pour les fonctionnaires d'Etat.

La mission propose, afin de faciliter le pilotage des remises de gestion, que les mutuelles délégataires soient traitées de la même manière, à savoir :

- ◆ un BAM calculé sur un unique périmètre de CPAM. Aujourd'hui, calculer les remises de gestion avec en référence le coût du BAM moyen revient à considérer que les mutuelles délégataires doivent être aussi efficaces que la moyenne des CPAM. Etant donné la pression à la hausse de la productivité de l'ensemble des CPAM, cette moyenne évolue assez vite et maintenir le BAM calculé sur la moyenne des 102 est un bon moyen de pression à la productivité des mutuelles délégataires, si tant est qu'il soit révisé tous les ans ;
- ◆ le taux de réalisation peut varier à la marge d'un type de délégataires à un autre en fonction des activités mais devrait en tout état de cause être révisé pour s'appuyer sur des données de comptabilité analytique récentes et être revu régulièrement, si ce n'est annuellement au moins à chaque échéance de CPG.

Face à une baisse nouvelle des remises de gestion, certaines mutuelles peuvent s'interroger sur leur capacité à poursuivre la liquidation du RO de leurs bénéficiaires.

Rapport

Afin de permettre à celles qui le souhaiteraient de se retirer de cette activité, la mission considère qu'il conviendrait en parallèle de modifier l'article 712-6 du Code de la Sécurité sociale, aussi connu sous le vocable de « Loi Morice », afin de mettre un terme au caractère obligatoire de l'habilitation créée par cette disposition en faveur des mutuelles de la fonction publique.

3.2.2. Les gains générés par une révision des remises de gestion représenteraient 20 M€ d'économies par rapport au montant accordé en 2011

Le BAM pour les fonctionnaires porte sur la moyenne des 102 CPAM et a été plafonné à 72,98 € par bénéficiaire actif à compter de 2011. La mission propose de maintenir ce mode de calcul et de l'étendre aux étudiants, qui sont encore basés sur un BAM 50.

Les taux de réalisation sont désormais tous compris entre 50 et 60 %. La mise à jour de la base de calcul à partir de données de comptabilité analytique de 2009 permettrait, d'après des calculs menés par la CNAMTS à la demande de la mission, de faire passer de ce taux de 59,83 % à 54,61 % pour les fonctionnaires. Cette modification qui permet de prendre en compte les gains de productivité réalisés dans le réseau des CPAM représente 20 M€ d'économies pour les seuls fonctionnaires, en laissant notamment les remises de gestion des étudiants inchangées. Ces derniers vont par ailleurs connaître une baisse sensible de leurs remises de gestion par leur réintégration dans le droit commun à la fin 2013.

Ces considérations (point 3.2) sont très largement exclusives des propositions de réorganisation profonde des acteurs du RO formulées ci-après au point 4.2.1, ou bien doivent-elles être envisagées de manière consécutive.

3.3. Une cible commune d'efficience pourrait être assignée à l'ensemble des régimes spéciaux

Même si les régimes spéciaux ont des spécificités en matière de droit applicable et de bénéficiaires, ces spécificités ne font pas obstacle à l'amélioration de la transparence en matière de performance de gestion de ces régimes. Il est donc proposé de fixer à chacun de ces régimes des indicateurs permettant la comparaison de leurs coûts de gestion entre eux et avec le régime général. La base de cette comparaison étant le coût par bénéficiaire.

Pour tenir compte des différences de champ couvert entre les régimes, il apparaît pertinent de prendre en compte deux références différentes :

- ◆ les régimes tels que l'ENIM, la CRPCEN ou la CAVIMAC peuvent être comparés en matière de champ couvert au régime général, ce qui amène à leur fixer un coût cible de 100 euros par bénéficiaire, soit, pour ces régimes une économie de 19 M€ sur un total de 61,3 M€ en 2011¹²⁴,
- ◆ les régimes tels que la CNMSS, la CANMSS, la RATP et la CPRSNCF sont plus proches des mutuelles délégataires de la fonction publique. En effet, les processus affiliation et indemnités journalières sont pris en charge par les employeurs. Cela amène à retenir une base de comparaison de 46 euros par bénéficiaire, ce qui est la base de calcul actuel pour les délégations de gestion, soit une économie de 76 M€ sur un total de 145,6 M€ en 2011.

¹²⁴ Sur la base des coûts de gestion par bénéficiaires indiqués par les régimes en réponse au questionnaire. Il est à noter que pour certains régimes (CRPCEN, CANMSS), ces coûts sont significativement différents des coûts de gestion figurant dans les comptes de la Sécurité sociale (cf. annexe sur les régimes spéciaux).

Rapport

- ◆ s'agissant de la CAMIEG, elle a un périmètre fonctionnel beaucoup plus restreint, l'essentiel des tâches de gestion étant effectué par le régime général et prend principalement en charge le processus d'affiliation. Il est donc proposé de retenir un coefficient de réalisation de 25 %, ce qui amène à une cible à 25 € par bénéficiaire.

Si de tels objectifs en matière de coûts de gestion étaient retenus, cela conduirait à une économie de 106 M€ pour un montant total de 224 M€ en 2011. Compte tenu de l'importance de la diminution des coûts de gestion qu'elle induirait pour certains régimes, la réalisation effective d'un tel scénario supposerait la réalisation rapide d'économies d'échelle :

- ◆ en poursuivant et en intensifiant le recours à l'infogérance ;
- ◆ en menant à bien une stratégie de mise en commun des fonctions d'accueil ;
- ◆ en recourant aux services du contrôle médical et de la gestion du risque du régime général.

Sur cette base, il resterait nécessaire de négocier dans les COG de chacun des régimes spéciaux, des trajectoires soutenables en matière de réduction des coûts de gestion, et ce d'autant que les évolutions en la matière sont en partie dépendantes des évolutions démographiques de chacun des régimes¹²⁵.

Ici encore, les considérations ci-dessus (point 3.3) sont très largement exclusives des propositions de réorganisation profonde des acteurs du RO formulées ci-après au point 4.15, ou bien doivent-elles être envisagées de manière consécutive.

3.3.1.1. La CNMSS et la CASS RATP devraient être à l'avenir gérées selon les mêmes modalités

Il apparaît évidemment nécessaire, *a minima*, d'intégrer la CASS RATP dans le dispositif des conventions d'objectifs et de gestion.

Mais surtout, cette dernière comme la CNMSS sont deux régimes ne prenant en charge que les risques maladie et AT-MP et ne versant pas d'indemnités journalières, similaires dans leurs modalités de fonctionnement aux mutuelles délégataires de la fonction publique. La CNMSS gère, il est vrai, des prestations spécifiques pour le compte de l'Etat, prestations pour lesquelles elle est rémunérée.

C'est pourquoi le pilotage de ces deux caisses pourrait être confié à la CNAMTS au moyen, comme pour les mutuelles délégataires de la fonction publique, d'une convention pluriannuelle de gestion, sur la base du même mode de calcul en matière de remise de gestion.

3.4. Le total des gains résultant d'une amélioration de la performance de gestion se situerait entre 420 M€ (hypothèses basses) et 720 M€ (hypothèses hautes)

Le tableau ci-dessous identifie les gains selon qu'ils relèvent d'une réduction des écarts de performance internes à chaque grand réseau de caisses ou de l'alignement des performances de certains gestionnaires de plus petite taille sur la meilleure référence leur correspondant.

¹²⁵ La mission n'a pas étudié les très petits régimes spéciaux : port autonome de Bordeaux et Assemblées. La stratégie d'extinction progressive de ces régimes menée par la DSS apparaît adaptée et doit être poursuivie. Le devenir du régime des Mines et de la CANMSS fait l'objet d'une mission spécifique. Sans préjuger de ses conclusions, la mission préconise la poursuite du transfert de sa gestion de l'assurance maladie à la CNAMTS.

Rapport

Tableau 27 : récapitulation des gains pour l'AMO liés à une mise en œuvre des meilleures pratiques

	Gains liés à un alignement d'efficacité (hypothèses basses)	Gains liés à un alignement d'efficacité (hypothèses hautes)
Réduction des écarts de performance au sein des grands réseaux		
CNAMTS	240	540
MSA	16	16
RSI	11	11
Alignement sur de meilleures performances de gestion		
Mutuelles de la fonction publique	20	20
Mutuelles Etudiantes	15	15
Régimes spéciaux	106	106
OC du RSI	12	12
GAMEX	2	2
Total	422	722

Source : calculs de la mission

Ces gains ne sont, toutefois, pas intégralement cumulables avec ceux résultant d'une dématérialisation accrue dans la mesure où une partie des performances affichées par certaines caisses ou organismes découle d'une dématérialisation importante de leurs flux.

3.5. Les incitations à la baisse des coûts de gestion devraient aussi concerner l'assurance maladie complémentaire

Les leviers d'action des pouvoirs publics sur le marché concurrentiel de la complémentaire santé ne sont pas aussi importants que pour l'AMO mais ils méritent d'être mobilisés, à une période où la généralisation de la complémentaire santé est en cours.

3.5.1. L'objectif d'une modération des coûts de gestion doit être affiché

3.5.1.1. La réduction ou la modération des coûts pourrait dans un premier temps s'appuyer sur une limitation des imperfections de marché

Non seulement les dispositions actuelles sur la transparence ne sont pas encore appliquées mais la mission considère qu'elles ne seront pas suffisantes pour permettre la modération de ces frais et ce pour plusieurs raisons :

- ◆ cette transparence intervient *a posteriori* et non *a priori*, au moment où l'assuré fait son choix. L'information devrait donc figurer dans les contrats d'assurance lors de la souscription ainsi que tous les documents publicitaires ;
- ◆ le niveau des frais de gestion ne peut pas être le seul critère de choix. Il doit être associé à la comparaison des garanties apportées par le contrat. Or la lisibilité de celles-ci est insuffisante pour permettre à un non-initié de réaliser cette comparaison.

La mission propose donc de renforcer les exigences en matière de transparence en :

- ◆ modifiant l'arrêté du 17 avril 2012¹²⁶ pour qu'il impose cette communication dans les contrats au moment de la souscription et du renouvellement tacite, ainsi que dans l'ensemble des documents publicitaires ;

¹²⁶ précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Rapport

- ◆ prévoyant dans un second temps des sanctions pour le non respect de cette règle.

3.5.1.2. A défaut d'une modération significative des coûts de gestion de l'AMC dans les mois à venir, un conditionnement des aides sociales et fiscales bénéficiant aux contrats « solidaires » et « responsables » pourrait être envisagé

3.5.1.2.1. Un objectif en matière de coûts de gestion devrait être défini

Le niveau acceptable de coûts de gestion pourrait être établi au sein du secteur des organismes complémentaires, comme la moyenne des frais actuels qui se situe à 18,7 % du total des primes. Cette moyenne devrait diminuer dans les années à venir compte tenu de la généralisation de l'assurance maladie complémentaire et de la poursuite de la dématérialisation.

Les coûts de gestion des organismes devraient continuer à être suivis attentivement, y compris ceux qui sont inférieurs au plafond, afin de détecter d'éventuelles tentatives d'alignement à la hausse sur ce plafond.

3.5.1.2.2. Le respect de cet objectif pourrait être ajouté comme l'une des conditions nécessaires à la labellisation des contrats « solidaires » et « responsables »

La mission considère, si une diminution significative des frais de gestion de l'assurance maladie complémentaire n'était pas observée dans les trois années à venir, qu'il serait possible d'ajouter le respect d'un plafond relatif aux coûts de gestion aux conditions posées par la réglementation pour l'obtention de l'appellation « contrat solidaire » et « contrat responsable », qui emporte des avantages à la fois pour les assurés et pour les entreprises souscrivant ces contrats.

L'abaissement des coûts de gestion autour de 18 % résultant de cette mesure permettrait d'économiser près de 400 millions d'euros.

3.5.1.3. La CNAMTS pourrait proposer un contrat d'assurance complémentaire minimum, basée sur les garanties offertes par la CMU-C

D'après une analyse de la direction des affaires juridiques du Ministère des finances¹²⁷, la CNAMTS pourrait, au regard du droit communautaire, proposer un contrat d'assurance complémentaire, dans la mesure où elle n'est présente aujourd'hui que très partiellement sur le marché de la complémentaire via la CMU-C (et tant que sa part de marché ne devient pas trop importante). Certaines conditions techniques devraient par ailleurs être remplies comme la présentation de comptes séparés RO/RC, et donc l'assurance que les cotisations permettent le financement intégral des garanties complémentaires pour éviter le subventionnement par le RO.

Le contrat pourrait être unique, basé sur les garanties offertes par la CMU-C. Cette proposition serait compatible avec l'une des propositions du HCAAM visant à améliorer l'accès des personnes les plus modestes à une complémentaire santé.

¹²⁷ Note d'analyse de la Direction des Affaires Juridiques du Ministère des Finances du 16 juillet 2012, pour la Direction de la Sécurité Sociale.

Rapport

Elle permettrait de donner une référence en matière de coût de gestion, basée sur l'outil industriel de la CNAMTS, susceptible de distinguer un niveau de frais de gestion raisonnable et de donner une base de comparaison pour les assurés des frais de gestion des organismes complémentaires.

Encadré 2 : Avantages et inconvénients de la création d'une CMU-C payante

Principe : au-delà du seuil de ressources de la CMU-C et jusqu'au seuil d'exclusion de l'ACS, les assurés pourraient bénéficier de la CMU-C mais en payant une cotisation. Celle-ci serait gérée à la fois par la CNAMTS et les organismes complémentaires gestionnaires

Financement :

- ◆ subventions du fonds CMU identiques à celles destinées aux bénéficiaires de l'ACS ;
- ◆ cotisations par les bénéficiaires identiques à celles payées aujourd'hui sur les contrats ACS (coût moyen du contrat évalué à 510 € en moyenne par le fonds CMU).

Elle permettrait de rehausser le niveau de couverture moyen des bénéficiaires de l'ACS ; tout en lissant les effets de seuil en dehors du problème spécifique de la sortie du dispositif.

L'un des inconvénients est d'administrer le prix d'un contrat proposé par des organismes complémentaires. Ensuite, il faut que les URSSAF collectent les cotisations mais elles gèrent déjà les cotisations des adhérents à la CMU de base payante.

Comme le souligne le rapport du HCAAM, « la sécurisation du dispositif imposerait une notification auprès de la Commission européenne, en justifiant qu'il s'agit d'une aide d'Etat « à caractère social octroyée aux consommateurs individuels ». Elle devrait être compatible avec les principes du marché intérieur européen en application de l'article 107 paragraphe 2 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, bien qu'elle conduise à retirer aux organismes privés opérant sur le marché de la complémentaire une partie de la nouvelle CMU-C.

Source : rapport HCAAM sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé (18 juillet 2013).

3.5.2. Le développement de Noémie 3 permettrait d'exploiter davantage les synergies liées à une liquidation conjointe RO/RC

Le système Noémie 3 permet justement aux régimes obligatoires d'effectuer, pour le compte des organismes complémentaires, le traitement et le paiement des parts complémentaires simultanément à ceux des parts obligatoires.

Le recours à Noémie 3 est développé à la MSA puisque 48,8 % de ses bénéficiaires bénéficient d'une liaison Noémie 3 avec leur organisme complémentaire (soit 52,2 % des bénéficiaires disposant d'une complémentaire). C'est le résultat des relations de confiance anciennes tissées entre la MSA et les assureurs du monde agricole.

Le développement de Noémie 3 est, en revanche, marginal à la CNAMTS, les acteurs de l'AMC manifestant peut-être ainsi leur mécontentement – exprimé, à de nombreuses reprises, auprès de la mission – quant à l'absence de collaboration de la CNAMTS avec eux et d'interopérabilité des projets SI structurants actuellement conduits par celle-ci.

Tableau 28 : Taux de couverture des bénéficiaires de la CNAMTS et de la MSA en liaison Noémie

Régime	Bénéficiaires du RO	Bénéficiaires d'une liaison Noémie 1	Bénéficiaires d'une liaison Noémie 3	Taux de liaison Noémie 3
MSA	3 193 098	1 202 201	1 557 396	48,8 %
CNAMTS	55 248 697	41 726 210	108 772	0,2 %

Source : données déclaratives de la CNAMTS et de la MSA.

Rapport

Les entretiens réalisés par la mission ne lui ont pas permis de déterminer si la caisse nationale d'assurance maladie n'avait pas également une part de responsabilité dans cette situation, compte tenu du grand nombre d'organismes complémentaires existants et de la multiplicité des contrats à gérer par organisme, en cas de recours à Noémie 3.

La mission évalue à 7 € la synergie consistant à liquider conjointement les parts de base et complémentaires de l'assurance-maladie d'une même personne. La généralisation de Noémie 3 à la gestion de l'ensemble des remboursements de soins d'assurance santé complémentaire pourrait donc permettre une réduction théorique de 420 M€ des frais de gestion des organismes complémentaires.

Cependant, la mission a retenu une hypothèse d'économies plus réaliste de 20 millions d'euros à l'horizon 2017 et 100 M€ en 2020. Pour 2017, cette hypothèse supposerait déjà d'établir une liaison Noémie 3 pour 14 millions de bénéficiaires supplémentaires.

En effet, sauf à supposer un revirement stratégique des opérateurs du RC, qui investissent aujourd'hui massivement dans leurs outils métier (y compris de liquidation), le protocole Noémie 3 n'est susceptible de concerner à l'avenir que des organismes complémentaires de taille modeste ou ayant établi un lien fort avec l'opérateur d'AMO à l'instar des mutuelles liées à la MSA.

La mission considère, toutefois, malgré les oppositions tant des acteurs du RO que du RC, que Noémie 3 peut être une source d'économies pour l'ensemble du système « assurance maladie » et mérite, à ce titre, de ne pas être abandonnée.

En conséquence, les COG, notamment celle à venir de la CNAMTS, pourrait prévoir un rythme de développement de la gestion pour compte de tiers (liquidation de la part complémentaire) à travers la définition d'une offre de services proactive et l'utilisation de la norme Noémie 3.

4. La cible organisationnelle pour l'AMO pourrait reposer sur la structuration de l'ensemble du secteur autour de deux opérateurs de gestion

La structuration des opérateurs de gestion de l'assurance maladie obligatoire est indépendante de la question de la pérennité des différents régimes. Cette dernière question n'entre pas dans le champ des travaux de la mission, qui a considéré pour établir ses propositions que **chacun des régimes était maintenu et que les droits à prestations y demeuraient inchangés.**

Aussi, les réorganisations proposées n'impactent pas les droits spécifiques des bénéficiaires des régimes spéciaux. En outre, la période de transition envisagée vers la cible organisationnelle maintient des structures de gestion dont les *back-offices* pourront faire l'objet d'évolutions et de mutualisations.

Au regard des enjeux d'efficience, de couverture nationale et de qualité de service, la mission a identifié un schéma cible de deux opérateurs : d'une part une caisse monobranche (dédiée à l'assurance maladie) gérant la majorité, voire l'ensemble des salariés français, et d'autre part un opérateur multirisques gérant les non-salariés et bénéficiaires des régimes présentant une forte spécificité juridique.

Compte tenu de la capacité des différents gestionnaires et en particulier du régime général à absorber des charges de gestion nouvelles à un coût marginal faible, la poursuite et l'accélération des recompositions des gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire doivent être organisées selon cette cible de moyen terme.

Rapport

La définition d'un tel projet donne à l'ensemble des acteurs de l'AMO une visibilité quant à leurs perspectives stratégiques et budgétaires ; elle évite des investissements redondants ou superflus, voire des décisions qui compromettent l'atteinte de la cible.

4.1. A long terme, la mission considère que l'assurance maladie obligatoire pourrait être structurée autour de deux opérateurs de gestion, l'un pour les salariés et l'autre pour les indépendants et agriculteurs

4.1.1. L'analyse de la pertinence économique du maintien de chaque organisme de l'AMO consiste à s'interroger sur l'existence d'un autre gestionnaire capable d'intervenir à un meilleur coût

Les travaux menés par la mission montrent que la gestion des prestations d'assurance maladie est un secteur dans lequel les coûts fixes sont importants et sont amenés à croître en proportion, en lien avec le développement de la dématérialisation : dépenses informatiques, gestion du risque, prévention et accueil correspondent majoritairement à des coûts fixes, tandis que le cœur de métier historique de l'assurance maladie (liquidation des prestations) fait l'objet d'une dématérialisation poussée qui réduit fortement la part des dépenses variables.

Aussi, l'optimisation des dépenses ne doit pas être guidée par la comparaison entre les coûts moyens des structures, mais par la comparaison entre le coût moyen de gestion d'un bénéficiaire des acteurs de taille réduite et le coût marginal auquel les principaux acteurs, bénéficiant déjà de rendements d'échelle importants, pourraient assumer la reprise d'un nouvel affilié.

L'alignement du coût moyen des délégataires sur le coût moyen de la meilleure structure correspondante ne constitue ici qu'un optimum de second rang, porteur de moindres économies que le scénario de reprise en gestion.

Ce raisonnement a été conduit par la mission pour l'ensemble des délégataires du RO, des mutuelles de la fonction publique et des régimes spéciaux. Appliqué sans restriction, il aboutirait à recommander la reprise de la totalité des assurés par un seul et unique gestionnaire que serait l'acteur ayant aujourd'hui les coûts marginaux de reprise les plus bas, la CNAMTS.

4.1.2. La cible structurelle de moyen/long terme de l'AMO devrait retenir deux gestionnaires

La définition d'une cible d'organisation du régime obligatoire paraît aujourd'hui indispensable pour éviter à moyen terme des choix d'organisation ou des investissements lourds qui entretiennent les redondances constatées au sein de l'AMO.

L'application du raisonnement défini ci-dessus devrait aboutir à recommander la constitution d'un gestionnaire unique. Cependant, la mission considère qu'une cible structurelle de gestion avec deux opérateurs articulés respectivement autour de la CNAMTS et de la MSA serait mieux adaptée et plus pertinente, en permettant :

- ♦ de capter l'essentiel des gains liés à une réorganisation structurelle puissante de l'AMO, en accroissant significativement la taille de l'organisme de gestion du régime mono-branché des salariés et d'engranger d'importants gains d'efficience liés au différentiel favorable entre le coût marginal des reprises d'affiliés par les CPAM et le coût moyen des structures d'origine (délégataires ou caisses autonomes) ;

Rapport

- ◆ de limiter la complexité pour les assurés ainsi que les coûts générés par des mutations entre organismes, en particulier les coûts liés à l'organisation actuelle du régime étudiant (avec des opérateurs de transition pour lesquels 76 % de mutations entrantes sont issues des CPAM et 86 % des mutations sortantes s'effectuent vers les CPAM) ;
- ◆ de maintenir un opérateur de petite taille, capable de gérer plusieurs risques, qui prenne en compte les spécificités techniques des régimes de travailleurs indépendants et leur souhait de ne pas être confondus avec les salariés ;
- ◆ de maintenir deux maîtrises d'ouvrage en matière de SI, la concentration de toutes les activités sur un unique SI présentant des risques que la mission considère comme trop importants.

Cette cible structurelle de moyen ou long terme, si elle ne remet pas en cause l'existence de droits spécifiques à des régimes spéciaux, **implique, en revanche, la fin des délégations de gestion au sein du régime général, ainsi que la suppression des situations de concurrence dans le secteur de l'AMO.**

Dans ce schéma cible à deux opérateurs, il est équivalent en termes de coûts de gestion que les salariés agricoles, aujourd'hui gérés par la MSA, soient d'un côté ou de l'autre. Malgré l'intérêt de grouper les salariés entre eux et de réduire ainsi des mutations avec le régime général¹²⁸, la mission a considéré que les coûts de transition qu'entraînerait le transfert de 1,7 million de bénéficiaires justifiaient de maintenir la gestion des salariés agricoles au sein de la MSA¹²⁹.

Dans les propositions d'évolution qu'elle fait ci-dessous, la mission cherche à engager les organismes sur le chemin critique qui permettra à terme d'organiser la gestion de l'assurance maladie obligatoire autour de ces deux pôles.

4.1.3. La reprise par le RG des assurés aujourd'hui gérés par les délégataires et mutuelles de la fonction publique ferait économiser 142 millions d'euros

Les économies générées par la reprise des délégations ont été calculées à partir de l'hypothèse de reprise par la CNAMTS des effectifs des délégataires, au coût marginal de gestion d'un nouveau bénéficiaire par les CPAM. Ce dernier a été établi par la mission à partir de la comptabilité analytique fine des CPAM et CGSS : il a été estimé en moyenne à 29 €, en considérant que la relation client et les fonctions de production (pour les prestations en nature uniquement) sont les principaux processus impactés par la reprise.

Ce coût est nettement inférieur au coût des remises de gestion moyennes versées aujourd'hui (46 €). L'intégration dans les CPAM de la gestion des bénéficiaires actuellement confiée aux délégataires du régime général pourrait donc faire **économiser 142 M€** par an, cumulables en majorité avec les gains liés à la dématérialisation et à la simplification des processus.

¹²⁸ D'autant plus difficiles à estimer que les mutations recensées par le RNIAM ne distinguent pas entre les salariés et les exploitants agricoles suivis par la MSA.

¹²⁹ La mission considère, néanmoins, souhaitable que des simplifications soient apportées à la situation de travailleurs saisonniers dans le domaine agricole, afin qu'ils puissent demeurer dans leur régime d'origine, principalement le régime général.

Rapport

Tableau 29 : Différence entre le coût de gestion des mutuelles délégataires du régime général et le coût marginal théorique de reprise en gestion des mêmes publics par les CPAM

	Bénéficiaires gérés	Coûts de gestion des délégataires en 2011* (en €)	Coût marginal de reprise en gestion par les CPAM (en €)	Economies annuelles (en €)
Tous délégataires	7 706 848	366 041 403		142 397 347
<i>Dont gestion déléguée des fonctionnaires</i>	5 276 655	242 500 000	153 122 590	89 377 410
<i>Dont gestion déléguée des L 211-4</i>	733 847	30 641 403	21 295 414	9 345 989
<i>Dont gestion déléguée des étudiants</i>	1 696 346	92 900 000	49 226 052	43 673 948

Source : calculs de la mission sur la base des données CNAMTS. Le coût marginal de gestion d'un affilié supplémentaire est estimé à 29 € en moyenne.

* Les coûts de gestion ont été établis par convention au niveau des remises de gestion versées en 2011 aux délégataires du régime général.

4.1.3.1. La délégation de gestion du régime étudiant aux mutuelles étudiantes pourrait être supprimée et l'organisation du régime étudiant conçue pour simplifier les démarches des assurés

Le diagnostic réalisé par la mission ainsi que par les différents rapports portant sur le régime étudiant convergent vers la refonte des modalités de gestion de ce régime pour plusieurs raisons :

- ◆ l'absence de spécificité des remboursements ;
- ◆ le caractère temporaire de l'affiliation qui génère une gestion de fichier lourde et coûteuse ;
- ◆ la qualité jugée médiocre du service rendu aux assurés.

La mission a fait le constat que 76 % des mutations entrantes et 86 % des mutations sortantes du régime étudiant (hors mutations internes au régime étudiant) s'effectuent depuis ou vers une CPAM. Ces taux atteignent 87 % et 92 % si l'on considère le régime général pris dans son ensemble.

Tableau 30 : Mutations entre caisses d'assurance maladie opérées en lien avec le RESS en 2012

Organisme d'AMO partenaire	Mutations sortantes du régime étudiant	Part des sorties (hors mutations d'une mutuelle étudiante vers une concurrente)	Mutations entrantes dans le régime étudiant	Solde net pour le régime étudiant
CNAMTS	344 907	85,8 %	321 816	-23 091
RESS	72 663	-	72 663	0
M.G.E.N	18 163	4,5 %	27 437	9 274
RSI	13 753	3,4 %	20 903	7 150
Régime Agricole - MSA et Gamex	9 658	2,4 %	16 916	7 258
Militaires de Carrière	4 413	1,1 %	4 701	288
MFPS	2 561	0,6 %	12 751	10 190
Mutuelle Nationale des Hospitaliers	2 445	0,6 %	2 637	192
S.N.C.F	1 907	0,5 %	362	-1 545
Clercs et Employés de Notaire	1 539	0,4 %	974	-565
CAMIEG	1 221	0,3 %	3 712	2 491

Rapport

Organisme d'AMO partenaire	Mutations sortantes du régime étudiant	Part des sorties (hors mutations d'une mutuelle étudiante vers une concurrente)	Mutations entrantes dans le régime étudiant	Solde net pour le régime étudiant
MCVPAP	421	0,1 %	528	107
Mutuelle des PTT	193	0,0 %	5 973	5 780
ENIM (Marine)	151	0,0 %	370	219
Autres régimes	860	0,2 %	5 185	4 325
Total	474 855	100,0 %	496 928	22 073

Source : RNIAM.

Plusieurs propositions d'organisation de la gestion du régime étudiant peuvent être considérées :

- ◆ tous les étudiants sont repris en gestion par les CPAM, en tant qu'ouvrants droits du régime général, dès leur première inscription universitaire :
 - cette évolution présente l'avantage de garantir l'autonomie des étudiants vis-à-vis de leurs parents pour ce qui concerne leur santé ; elle harmonise la gestion des étudiants, puisque les étudiants qui travaillent sont d'ores et déjà rattachés au régime général ;
 - pour 90 % des étudiants, issus du régime général et ayant vocation à demeurer affiliés au régime général à l'issue de leurs études, la transition serait facilitée et ne générerait ni mutation, ni discontinuité dans les modalités de remboursement (carte Vitale conservée). L'étudiant serait toutefois informé de son nouveau statut et de l'autonomie acquise ;
 - selon les calculs réalisés par la mission (voir *supra*), les CPAM pourraient gérer les 1,7 millions d'affiliés au régime étudiant, à un coût de 29 € par bénéficiaire. **L'économie réalisée sur les remises de gestion serait de 43,7 M€.** En tenant compte des unités d'œuvre pour chaque processus¹³⁰, la CNAMTS a de son côté estimé que la reprise en gestion des étudiants ferait économiser 69 M€ ;
 - certaines contraintes et notamment celle de la diversité actuelle des âges de transfert (liée au régime d'affiliation des parents) devraient alors être résolues. La mission serait favorable à ce que le transfert au régime général soit effectif dès la première inscription universitaire, pour l'ensemble des régimes, ce qui constitue une modification des droits des régimes spéciaux et du RSI.
- ◆ les étudiants restent inscrits en tant qu'ayants droit dans leur régime d'origine au moment de la première inscription universitaire ;
 - cette option présente l'avantage d'éviter les mutations en entrée du régime étudiant ;
 - elle limite leur autonomie par rapport aux parents (même si des courriers distincts peuvent être envoyés aux parents et aux étudiants) ;
 - les étudiants salariés sont susceptibles de connaître des mutations entre régime d'origine et régime général, avec une faible visibilité d'ensemble.
- ◆ les étudiants sont inscrits en tant qu'ouvrants droit dans leur régime d'origine, au moment de la première inscription universitaire. Cela leur assure l'autonomie qu'ils perdaient en restant ayants droits.

Dans ces trois cas, la réduction des mutations entre caisses génère d'après les calculs de la mission des gains supplémentaires de 5 M€, répartis entre les caisses d'AMO.

¹³⁰ En particulier, les étudiants font parvenir chaque année deux fois moins de demandes de remboursement que le public des CPAM.

Rapport

Une partie des économies réalisées à travers une gestion rendue plus efficiente pourrait être restituée aux étudiants sous la forme d'une baisse de la cotisation. A titre d'exemple, le retour au niveau de la cotisation de l'exercice 2008-2009 **(195 € par assuré) au lieu des 207 € versés pour l'exercice 2012-2013 coûterait environ 10,5 M€ en tenant compte de la proportion d'étudiants boursiers¹³¹, soit un quart des économies générées.**

Par ailleurs, un budget spécifique **consacré à la prévention** à destination des étudiants pourrait être constitué. A titre d'exemple, 4 M€ permettraient de financer entre 100 ETP et 200 ETP dédiés à ces seules fonctions au niveau national, en fonction des profils recherchés.

4.1.4. Une rationalisation des acteurs intervenant dans le champ de l'AMO des indépendants et des agriculteurs s'impose à court terme, avant d'envisager, à plus long terme, un rapprochement entre la MSA et le RSI

4.1.4.1. La situation actuelle du Gamex plaide pour la reprise de ses activités par la MSA

A ce jour, 9 % des non-salariés agricoles sont affiliés au Gamex, soit 150 000 bénéficiaires. En outre, la baisse des effectifs est plus importante au Gamex qu'à la MSA, de l'ordre de 5 à 6 % par an, les jeunes exploitants s'affiliant majoritairement à la MSA.

Le Gamex a un coût de gestion moyen par bénéficiaire plus élevé que la MSA (+10 %). Par ailleurs, son coût marginal de traitement des feuilles de soins par rapport à celui de la CNAMTS est supérieur de 50 % pour une FSE et de plus de 100 % pour une FSP. Néanmoins, les derniers exercices comptables ont été déficitaires pour le Gamex.

Enfin, à l'horizon 2016, APRIA a fait savoir à la mission qu'elle avait décidé de ne pas renouveler le système informatique exploité par le Gamex.

Dans ces conditions, le maintien de la concurrence entre la MSA et le Gamex n'apparaît pas nécessaire. La mission préconise le retrait de l'autorisation d'exploitation accordée au Gamex pour gérer le régime obligatoire des non-salariés agricoles et la reprise par la MSA des bénéficiaires actuellement au Gamex, sans changement pour ces derniers. Cette mesure engendrerait un gain net de 14 M€¹³², en faisant l'hypothèse que la MSA est ou sera aux standards de productivité de la CNAMTS.

La mission considère, toutefois, qu'il appartient à la MSA de reprendre les 170¹³³ salariés (159 ETP) du Gamex.

En 1972, une décision identique avait été prise dans le domaine de la protection sociale agricole, la loi du 25 octobre 1972 ayant socialisé l'assurance accidents du travail des salariés agricoles qui était auparavant gérée par les assureurs du code des assurances. Cette socialisation a été totale avec gestion complète du dispositif par la MSA. Deux décrets¹³⁴ ont prévu le reclassement des personnels des entreprises d'assurance au sein des caisses de MSA et l'indemnisation des assureurs et des agents d'assurance pour un montant global, à l'époque, de 134 millions de francs.

¹³¹ 51,7 % des affiliés au régime ont versé la cotisation de 203 € au titre de l'exercice 2011-2012.

¹³² Les gains ou pertes sur le recouvrement (la MSA effectuerait le recouvrement des cotisations maladie à la place du Gamex) ne sont pas pris en compte.

¹³³ Une estimation différente de 108 ETP a été transmise par APRIA au Secrétariat Général du Ministère de l'Agriculture.

¹³⁴ Décrets n° 73401 du 27 mars 1973 et 74305 du 16 avril 1974.

Rapport

Il est probable que si une telle décision était de nouveau prise, une indemnisation des sociétés d'assurance devrait également être envisagée, sous réserve d'une analyse juridique. La mission n'a pas eu connaissance de la méthode employée en 1972 pour calculer le niveau d'indemnisation. En tout état de cause, il serait logique que les négociations tiennent compte des réserves constituées par le Gamex¹³⁵ et de la reprise des salariés du Gamex par la MSA.

4.1.4.2. La délégation de gestion de l'assurance-maladie du RSI doit aussi être profondément rationalisée

L'analyse des coûts de gestion des délégataires du RSI (ci-après désignés comme OC : organismes conventionnés) fait apparaître des coûts moyens d'intervention supérieurs à ce que seraient les coûts marginaux de reprise des assurés par la CNAMTS ou la MSA :

- ◆ le coût moyen de gestion s'établit entre 46 et 59 € par bénéficiaire pour les principaux OC mutualistes avec une moyenne à 52 €, et, dans une moindre mesure pour la RAM (42 € par bénéficiaire) ;
- ◆ le coût marginal de reprise des activités de liquidation des prestations en nature et en espèce, actuellement assumées par les OC, s'établit à moins de 37 €, ce chiffre correspondant au coût marginal d'intervention de la CNAMTS mais sur un périmètre légèrement plus étendu puisqu'il comporte toute la gestion des bénéficiaires dont une partie (affiliation) est ici supportée par le réseau du RSI.

Une concentration des OC est déjà acquise depuis plusieurs années, mais il demeure un émiettement (20 OC à ce jour) des intervenants, avec de petites structures, généralement défavorables à la recherche de gains de productivité importants.

Dans ce contexte, la mission préconise deux options alternatives :

- ◆ soit, une réduction graduelle des remises de gestion vers le coût marginal de reprise (37 € par bénéficiaire) couplée à l'introduction d'un conventionnement avec les CPAM (déjà possible dans le Code de la Sécurité sociale) ou avec les caisses locales de la MSA. Il n'existe, en effet, aucune raison que la collectivité accepte des coûts de gestion supérieurs ;
- ◆ soit, la reprise globale de la délégation de gestion par l'un des acteurs majeurs du schéma cible envisagé par la mission et qui, en l'occurrence serait la MSA sur la base de 37 € par bénéficiaire.

Les gains attendus d'une telle rationalisation de la délégation de gestion du RSI résultent des écarts observés ci-dessus entre les coûts moyens d'intervention des OC et les coûts de reprise. **Le potentiel annuel d'économies s'élève ici à 38 M€**, à rapprocher des 190 M€ de remises de gestion versées à ce jour, hors recouvrement des cotisations des professions libérales.

La mission considère que la mise en œuvre de l'une ou de l'autre de ces options aboutirait à l'arrêt de l'intervention de tout ou partie des OC. Dans ce contexte, elle considère que le reclassement des agents des OC (2 600 au maximum) devrait être obligatoire.

Une troisième voie, évoquée par la Caisse Nationale du RSI, consisterait à ne déléguer que les PN à l'opérateur le plus efficient (en l'occurrence plutôt la CNAMTS), pour reprendre la gestion des PE, très spécifiques dans le régime des indépendants, au sein du RSI. Outre que la mission n'a pas été en mesure de chiffrer précisément les gains de cette option, elle apparaît comme de nature à complexifier la gestion par les indépendants de leur couverture maladie puisqu'ils auraient tous désormais deux interlocuteurs, l'un pour les PN et l'autre pour les PE.

¹³⁵ 17 M€ à fin 2011.

Rapport

A plus long terme, un rapprochement des structures RSI et MSA (vers une « mutualité sociale des indépendants et des agriculteurs ») aurait plusieurs avantages. D'une part, il s'agit de caisses multi branches avec des risques identiques et une activité de recouvrement (aucune nécessité d'un transfert immédiat aux URSSAF de l'une ou de l'autre).

D'autre part, la MSA et le RSI disposent de deux réseaux bien implantés hors Ile-de-France, ce qui permettrait des économies de rationalisation possibles sur l'accueil sans pénaliser les territoires ruraux. D'autres mutualisations sur les fonctions support et l'informatique seraient également envisageables, en approfondissant des coopérations anciennes entamées sur l'accueil, le contrôle médical ou l'éditique.

4.1.5. Les régimes spéciaux devraient s'inscrire à moyen terme dans une organisation cible de moyen terme structurée autour de deux « familles » de régimes

Dans le cadre d'une organisation de l'assurance maladie obligatoire, à moyen terme, autour de deux pôles (le régime général et le pôle constitué autour de l'assurance maladie obligatoire des professions indépendantes et/ou agricoles) proposée par la mission, il apparaît efficient que la gestion des régimes spéciaux soit adossée de façon de plus en plus étroite à l'une ou à l'autre des structures.

La mission recommande que cette cible soit arrêtée rapidement, y compris dans l'hypothèse où elle ne serait effective qu'à long terme, afin d'éviter que des choix d'organisations intermédiaires la rendent plus coûteuse et/ou plus difficile à atteindre. La mise en commun des fonctions de production constitue ainsi une alternative à la suppression de ces régimes à laquelle conduit parfois l'analyse, mais qui pose aussi des questions politiques, juridiques et techniques complexes.

Sur le plan fonctionnel, il semblerait plus logique de rapprocher de la CNAMTS les régimes spéciaux qui en sont le plus proches, c'est-à-dire ceux qui couvrent les seuls risques maladie et AT-MP, et appliquent un droit proche du droit commun (CNMSS, CAMIEG et CASS RATP). En revanche, il apparaîtrait plus pertinent de rapprocher de la MSA, les autres régimes spéciaux (ENIM, SNCF, CAVIMAC, CRPCEN), pour faciliter la prise en compte de leurs spécificités.

Ce raisonnement se heurte, cependant, aux options d'ores et déjà prises en matière d'adossement des SI. En effet, la CRPCEN et la CAVIMAC utilisent aujourd'hui l'informatique de la CNAMTS et la CASS RATP et la CPR SNCF utilisent celle de la MSA. **La mission considère qu'il convient donc de poursuivre l'intégration de la gestion dans le sens d'ores et déjà choisi par les gestionnaires actuels des régimes spéciaux.** L'intérêt d'une structuration, théoriquement plus satisfaisante, ne justifie pas les coûts de mutation qu'elle entraînerait.

La reprise de la gestion des régimes spéciaux par les deux opérateurs du schéma recommandé par la mission (CNAMTS et MSA) générerait une économie potentielle de près de 152 M€, soit une diminution de plus des 2/3 des coûts de gestion de ces régimes pour la partie maladie¹³⁶.

¹³⁶ Sur la base du coup marginal de l'intégration d'un bénéficiaire supplémentaire au régime général, évalué à 33 euros.

4.2. A court terme, la mission préconise d'accompagner les évolutions actuelles pour autant qu'elles confortent la cible de long terme

Au regard des enjeux liés à la qualité de service, aux enjeux financiers et à la réorganisation en cours des mutuelles étudiantes, il apparaît à la mission que la réorganisation de la gestion du régime étudiant devrait être conduite sans délai.

Pour les autres acteurs, la mission considère que les évolutions de court et de moyen terme portant sur l'organisation des caisses d'assurance maladie obligatoire doivent servir l'objectif de long terme d'une cible à deux opérateurs de gestion.

4.2.1. Les évolutions en cours des délégations de fonctionnaires doivent être accompagnées voire activées par les pouvoirs publics

Les mutuelles gestionnaires du régime obligatoire des fonctionnaires vont connaître dans les années qui viennent deux périodes susceptibles de fragiliser leur activité, sans que l'on puisse pour l'heure évaluer l'impact précis de ces évolutions.

Le premier est l'impact que pourra avoir l'ANI sur la mutualisation, c'est-à-dire sur le choix d'une gestion combinée RO-RC opérée par les fonctionnaires. En effet, tout porte à croire qu'une partie des fonctionnaires seront désormais couverts par le contrat groupe de leurs conjoints.

Par ailleurs, dès 2015, un nouveau référencement des mutuelles de fonctionnaires sera organisé et les assureurs expriment clairement dès aujourd'hui leur souhait de répondre aux prochains appels d'offre et donc de concurrencer les mutuelles historiques. Si, dans son référé du 21 février 2012, la Cour des comptes a bien conclu que la mise en place de la procédure de référencement par les ministères n'avait pas encore rétabli l'égalité de traitement entre les candidats, elle considère néanmoins qu'une autre voie que le référencement devrait être explorée sans pour autant préciser laquelle. De ce fait, aucune prévision ne peut être établie sur ce sujet.

Si le choix d'une intégration des délégataires au RG n'était pas fait, la mission propose un certain nombre de changements qui permettraient d'accompagner les évolutions en cours ou d'activer certaines d'entre elles. Il apparaît néanmoins indispensable, sur ce sujet comme sur d'autres, de donner de la visibilité aux gestionnaires.

4.2.1.1. La fin du monopole institué par la loi Morice pourrait être proposée

Dans le cadre des discussions du PLFSS pour 2012, un amendement prévoyant la suppression des délégations de gestion avait été déposé à l'Assemblée Nationale. Il précisait qu'à compter du 31 décembre 2015, la gestion de l'assurance maladie obligatoire serait exclusivement confiée aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

La mission propose plutôt de mettre fin au monopole créé par la loi Morice au moyen d'une nouvelle rédaction de l'article L. 712-6 du code de la Sécurité sociale qui codifie aujourd'hui ce texte fondateur et qui permettrait :

- aux mutuelles de renoncer à la gestion du RO si elles le souhaitent ;
- aux fonctionnaires de choisir de se faire gérer par leur CPAM de résidence.

Aujourd'hui, le fonctionnaire est automatiquement rattaché à la section locale de son ministère d'emploi, sans pouvoir demander son rattachement à la CPAM de son domicile.

Rapport

La question se poserait pour les fonctionnaires d'ores et déjà gérés par les mutuelles pour leur RO et qui pourraient, soit changer de situation et choisir la gestion par une CPAM, soit demeurer rattachés à leur tutelle ministérielle.

4.2.1.2. L'accompagnement de la stratégie actuelle des délégataires ne génère pas un montant élevé d'économies mais conforte la démarche de mutualisation

Les mutuelles délégataires réfléchissent actuellement à revoir leur gestion du RO pour la rendre économiquement plus soutenable. Cette démarche s'inscrit dans le contexte d'une nouvelle organisation de la gestion du RO qui impliquerait une union de gestion pour l'ensemble des délégataires. Elles ont validé ce projet à la fin du mois d'avril 2013 et sont désormais en discussion avec la tutelle.

Au-delà de la gestion unifiée, notamment concernant les relations avec la CNAMTS, les évolutions actuelles auront un impact important sur la liquidation du RO par les délégataires.

La mission considère que les pouvoirs publics devraient encourager et accompagner les évolutions actuelles des délégataires, car elles servent la constitution à terme d'un système de protection sociale à deux régimes.

4.2.1.2.1. Autour de MFPS, certaines mutuelles pourraient choisir de se faire infogérer par la CNAMTS, ce qui a un impact faible sur les remises de gestion (entre 2,8 et 7 M€)

Les acteurs qui ont le choix de l'infogérance CNAMTS le font le plus souvent pour deux raisons :

- ◆ l'intérêt économique de l'infogérance, étant donné les tarifs pratiqués par la CAMTS qui sont compris entre 2 et 5 euros par bénéficiaire actif ;
- ◆ la qualité de service, notamment sur les mises à jour liées aux évolutions de la réglementation ;
- ◆ pour la gestion du RC, c'est la CNAMTS qui gère les liens *Noémie* qui représente aujourd'hui une gestion coûteuse pour les délégataires.

Néanmoins, cet outil présente certains inconvénients qui limitent à court terme les gains de productivité attendus par les organismes :

- ◆ les outils CNAMTS sont pluriels, là où les délégataires avaient en général des outils propres uniques ou pour le moins rationalisés ;
- ◆ les outils CNAMTS sont souvent moins modernes que les outils existants dans les organismes, d'où un interfaçage parfois complexe et une mise en œuvre de la migration assez longue (18 mois par exemple pour La mutuelle générale) ;
- ◆ l'infogérance ne se fait pas toujours dans une caisse virtuelle unique mais les assurés de la mutuelle sont répartis dans les CPAM de leur lieu de résidence. Aussi, un agent de liquidation de la mutuelle qui doit intervenir successivement sur deux dossiers d'assurés gérés par deux CPAM différentes devra se loguer deux fois sur deux bases différentes, ce qui peut faire perdre du temps par rapport à la gestion actuelle.

Dans tous les cas, l'infogérance de la CNAMTS a pour conséquence :

- ◆ de limiter le coût informatique, sans générer d'économies sur le personnel, en dehors de la gestion des effectifs d'ores et déjà prévue ;
- ◆ comme le coût informatique est assez mal pris en compte dans les remises de gestion, cela permet de réduire l'écart entre le financement par les remises de gestion et le coût de la gestion ;

Rapport

- ◆ de créer une période de transition qui génère des surcoûts par le changement de SI pour les gestionnaires ;

Le gain attendu pour les finances publiques réside dans la baisse des remises de gestion.

Par ailleurs, le changement d'outil et la « désintégration » de la gestion RO-RC va devoir être accompagnée à court terme, tant pour les salariés qui vont devoir être formés aux nouveaux outils que pour les assurés qui vont désormais recevoir deux virements et deux décomptes.

Les pouvoirs publics ont donc un intérêt direct à encourager ces pratiques qui induisent une réduction des remises de gestion, alors que le coût pour la CNAMTS est marginal, voire devrait lui permettre de réduire sa propre sous-productivité par croissance externe. Toutefois, pour tirer partie du développement de l'infogérance des mutuelles de fonctionnaires par la CNAMTS, la mission souligne la nécessité de procéder à la suppression de la distinction entre les sections locales mutualistes (SLM) et les sections locales interministérielles (SLI), c'est-à-dire à la suppression des seuils des SLI¹³⁷ qui génèrent aujourd'hui une grande complexité. Dans le même ordre d'idée, la gestion des contractuels par les délégataires en lieu et place des CPAM devrait être supprimée, celle-ci imposant aux délégataires d'organiser la liquidation de prestations en espèces pour un nombre réduit de personnes.

La mission s'appuie sur les exemples les plus récents pour évaluer l'économie en remise de gestion qui pourrait résulter du basculement des mutuelles de MFPS vers l'infogérance CNAMTS. Selon le niveau de spécificités demandées par les mutuelles, le coût par bénéficiaire de l'infogérance varie de 2 à 5 euros.

Aussi, si les 1,4 million de bénéficiaires actifs de MFPS (ce qui est sûrement surévalué puisque certaines mutuelles devraient faire le choix de Choregie) basculaient vers l'infogérance, **l'économie réalisée sur les remises de gestion serait de 2,8 à 7 millions d'euros** (soit 4,1 à 10,4 % des remises de gestion). Ces gains sont marginaux puisqu'ils n'impactent pas les structures gestionnaires autrement que sur les questions informatiques.

Néanmoins, ces économies s'accompagnent d'économies plus générales des charges de gestion, puisque l'éditique par exemple bascule à la CNAMTS. A titre d'exemple, l'une des mutuelles désormais infogérée par la CNAMTS **évalue à 20 % les économies globales sur ses charges de gestion** (soit 2 M€ en divisant par deux ses coûts informatiques et par trois ses coûts d'éditique après déduction de la remise de gestion).

4.2.1.2.2. *La reprise des mutuelles L. 211-4 par la CNAMTS pourrait faire l'objet d'une stratégie à moyen terme*

Tableau 31 : Les mutuelles relevant du L. 211-4 et leur CPAM référente

CPAM référente	Mutuelles L. 211-4 du code de la Sécurité sociale
	<i>Mutuelles territoriales</i>
CNAMTS	MNT Mutuelle nationale territoriale
PARIS	MCVPAP Mutuelle complémentaire de la ville de paris, de l'assistance publique et des administrations annexes
Bas-Rhin	Mut'est fonctionnaires territoriaux et hospitaliers
Haut-Rhin	Mut'est fonctionnaires territoriaux et hospitaliers
Marseille	MUTAME Mutualité des agents territoriaux et membres extérieurs
Isère	Fraternelle des territoriaux-municipaux de Grenoble
Vienne	COVIMUT Communaux Vienne MUTuelle
	<i>Mutuelles hospitalières</i>
Vienne	MHV Mutuelle des hôpitaux de la Vienne

¹³⁷ D.712-31.

Rapport

CPAM référente	Mutuelles L. 211-4 du code de la Sécurité sociale
Rhône	HCL Mutuelle des hospices civils de Lyon
CNAMTS	MNH Mutuelle nationale des hospitaliers
	Mutuelles interprofessionnelles
Rhône	UMIGA Union des mutuelles interprofessionnelles du groupe APICIL

En 2012, la CNAMTS a repris la gestion de cinq mutuelles de l'article L211-4 : MNFCT (Mutuelle nationale des fonctionnaires des collectivités), MUTAME Rouen, MBTPSE (Mutuelle du bâtiment et des travaux publics du sud est), MUTRALYA (Mutuelle lyonnaise des transports et métiers annexes) et la Mutuelle Boissière du bâtiment.

D'ici fin 2013, elle devrait reprendre la gestion de la part obligatoire de HCL et d'UMIGA (Union des mutuelles interprofessionnelles du groupe APICIL).

Tableau 32 : Les remises de gestion (en €) des mutuelles L. 211-4 en 2011

Mutuelles L. 211-4 du code de la Sécurité sociale	Nombre de bénéficiaires actifs	Montant des remises de gestion
<i>Mutuelles territoriales</i>		
MNT Mutuelle nationale territoriale	109 168	5 232 740
MCVPAP Mutuelle complémentaire de la ville de paris, de l'assistance publique et des administrations annexes	93 350	3 345 876
Mut'est fonctionnaires territoriaux et hospitaliers	23 853	1 058 218
Mut'est fonctionnaires territoriaux et hospitaliers	4 156	178 137
MNFCT Mutuelle nationale des fonctionnaires des collectivités	17 215	772 678
MUTAME Mutualité des agents territoriaux et membres extérieurs	15 690	776 407
MUTAME Mutualité des agents territoriaux et membres extérieurs	4 707	165 586
Fraternelle des territoriaux-municipaux de Grenoble	7 767	300 056
COVIMUT Communaux Vienne MUTuelle	5 872	171 771
<i>Mutuelles hospitalières</i>		
MHV Mutuelle des hôpitaux de la Vienne	5 906	173 867
HCL Mutuelle des hospices civils de Lyon	33 383	1 198 786
MNH Mutuelle nationale des hospitaliers	355 343	15 136 642
<i>Mutuelles interprofessionnelles</i>		
MBTPSE Mutuelle du bâtiment et des TP du sud est	8 580	295 784
MUTRALYA		
Mutuelle Boissière du bâtiment	6 559	265 879
UMIGA Union des mutuelles interprofessionnelles du groupe	43 709	1 568 976
Total	735 258	30 641 403

Source : CNAMTS.

Les mutuelles concernées sont intégralement reprises par la CNAMTS qui négocie une reprise partielle des effectifs gestionnaires du RO. Aucune donnée précise n'a été fournie à la mission sur le coût de ces reprises dont on peut considérer néanmoins qu'elles suppriment totalement les remises de gestion.

Les calculs réalisés par la mission sur la base d'une **intégration au coût marginal (à 29 € par BA) pourrait générer une économie de 9,3 M€.**

Pour ce qui est des mutuelles relevant du L. 211-4 listées ci-dessus, seule la MNH est infogérée (niveau T2). Mais celles qui ne font pas le choix de l'intégration à la CNAMTS recourent de plus en plus à l'infogérance et le paysage devrait encore se modifier.

Rapport

Toutefois, les entretiens menés par la mission n'ont pas permis de dessiner une stratégie de la part de la CNAMTS concernant les services fournis. Il n'existe pas de seuil identifié en dessous duquel la CNAMTS refuse de proposer de l'infogérance, alors même qu'elle chiffre le coût de mise en place de l'infogérance à 1000 ou 1100 jours/homme quel que soit le nombre de bénéficiaires.

La mission considère qu'à l'horizon de deux COG, l'ensemble de ces mutuelles pourraient être intégrées.

4.2.1.2.3. L'impact sur l'activité RC des mutuelles de fonctionnaires n'est pas directement quantifiable

C'est la gestion conjointe du RO et du RC dans les mutuelles délégataires qui leur permet de s'assurer sans trop de frais d'acquisition des adhérents RC.

Aussi, la suppression de la gestion du RO par les délégataires et dans une certaine mesure l'infogérance du RO par la CNAMTS risque d'avoir un impact négatif sur le nombre d'adhérents RC. Cela risque d'amplifier le phénomène de démutualisation déjà noté par les mutuelles.

Du fait de la disparition de la gestion du RO, les mutuelles devraient connaître comme les mutuelles gérant actuellement du RC uniquement un phénomène de concentration et devront également, en raison des conséquences de l'ANI, se tourner vers les contrats collectifs.

4.2.2. Le maintien de l'organisation actuelle de la gestion du régime étudiant ne constitue pas une alternative crédible à sa reprise en gestion par les CPAM

Si malgré le faisceau d'indices convergents, le choix de la gestion du régime étudiant selon la cible structurelle définie plus haut (reprise de la gestion par les CPAM ou par les régimes d'origine des étudiants) ne devait pas être fait, il apparaît à la mission que des modifications substantielles des conditions de gestion devraient être mises en œuvre.

4.2.2.1. Si le régime étudiant continuait à être géré par des mutuelles étudiantes, leurs remises de gestion devraient être revues sans délai

Les mutuelles étudiantes profitent aujourd'hui d'un mode favorable de calcul des remises de gestion qui leur assurent des remises de gestion nettement supérieures aux fonctionnaires : 54,77 € par bénéficiaire étudiant en 2011, contre 46,06 € pour un bénéficiaire actif fonctionnaire. En l'état actuel, la remise unitaire par **bénéficiaire actif versée aux mutuelles étudiantes est supérieure de 50 % à celle des mutuelles de la fonction publique**¹³⁸.

Les remises de gestion des étudiants devraient être recalculées sur la base :

- ◆ des bénéficiaires actifs et non des bénéficiaires ;
- ◆ des coûts moyens des CPAM (BAM 128) et non plus des coûts des 50 premières (BAM 50), dont les gains d'efficacité annuels sont moins élevés ;
- ◆ d'un taux de réalisation revu, basé sur une comptabilité analytique des CPAM récente (2011) et non plus selon les modalités définies en 2000 ;

¹³⁸ Le taux de bénéficiaires actifs des mutuelles étudiantes a été estimé à 76,8 % d'après le retour de la LMDE au questionnaire de la mission IGAS/IGF.

Rapport

- ◆ de la non reconduction du versement exceptionnel de 2,77 € par bénéficiaire en 2010 et 2011.

4.2.2.2. La création d'une caisse spécifique liquidant les prestations des étudiants permettrait d'économiser dans un premier temps de l'ordre de 30 M€ en frais directs

Conserver au régime étudiant la spécificité de sa gouvernance pourrait être envisagé en créant une caisse primaire dédiée aux étudiants, à laquelle on pourrait transférer des mutuelles étudiantes les effectifs nécessaires à la gestion de la liquidation des prestations des 1,7 millions d'étudiants gérés aujourd'hui par les mutuelles.

La création d'une caisse unique au niveau national permettrait d'éviter les mutations intra-régime liées au déménagement des étudiants pendant la durée de leurs études mais n'occasionnerait pas des économies aussi importantes que la reprise complète des étudiants par les CPAM.

Le calcul des économies générées par ce transfert est réalisé au coût moyen actuel de liquidation des CPAM. En l'occurrence, **l'économie générée pourrait s'élever à 30 M€¹³⁹**.

Cette option n'est pas celle soutenue par la mission.

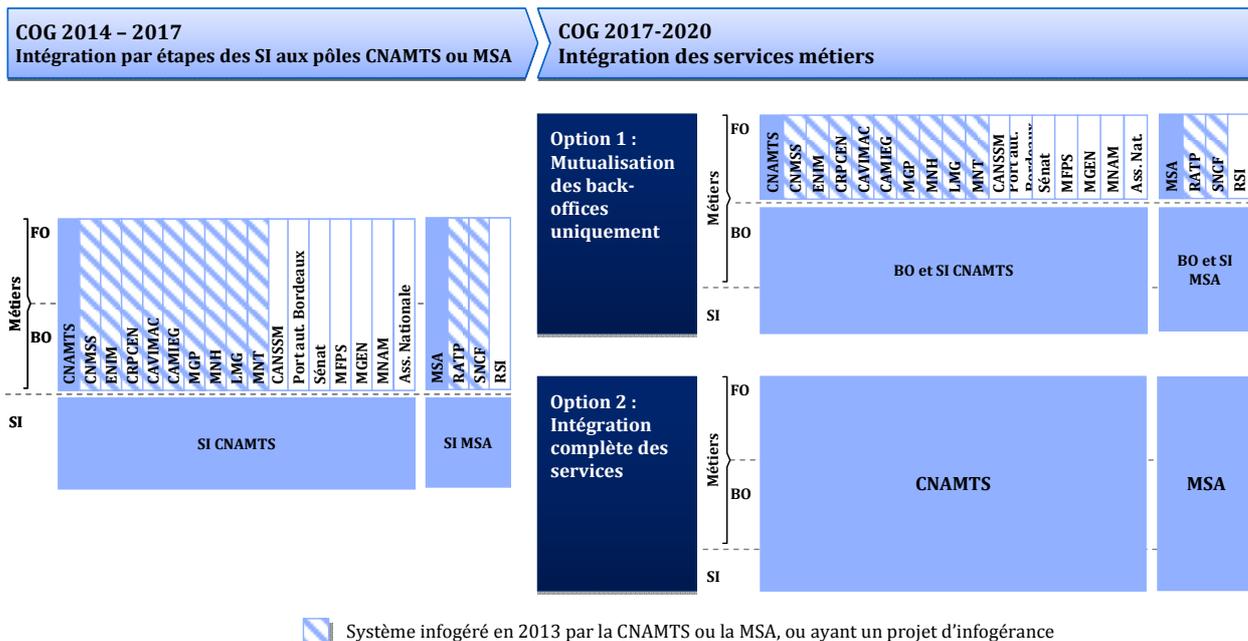
4.3. La recomposition du secteur de l'AMO et la recherche d'efficience impliquent une coordination des maîtrises d'ouvrage informatiques

4.3.1. La phase de transition des SI vers la cible structurelle de l'AMO pourrait être mise en œuvre entre 2014 et 2017

La mission a présenté au paragraphe précédent un schéma cible de l'AMO à deux opérateurs, constitués autour de la CNAMTS et de la MSA. Le rapprochement peut être limité à une mutualisation des back-offices, ou poussé jusqu'à l'intégration complète des services de gestion des différents régimes au sein d'un des deux opérateurs. Afin de préparer la gestion de l'ensemble des bénéficiaires par ces deux pôles, les outils et les bases informatiques doivent faire l'objet d'un rapprochement en amont des transferts d'effectifs et des bascules de fichier.

¹³⁹ Le calcul du coût de ce transfert est réalisé au coût moyen des CPAM hors IJ, soit 37 euros.

Graphique 21 : Intégration des caisses d'AMO aux deux pôles du schéma cible



 Système infogéré en 2013 par la CNAMTS ou la MSA, ou ayant un projet d'infogérance

Source : Travaux du SGMAP réalisés pour le compte de la mission.

Une migration précoce vers les deux systèmes de la CNAMTS et de la MSA présente également l'avantage de mettre fin aux investissements non alignés sur le schéma cible (refonte des SI de Chorégie, investissement dans un outil de marché par le Gamex) et de réduire les dépenses de fonctionnement informatique redondantes.

La mission considère qu'une migration des SI des premières caisses dont la gestion a vocation à être transférée est envisageable sur la période 2014-2017. La migration s'appuie sur une phase de diagnostic pour chaque caisse d'origine :

- ◆ identification des périmètres fonctionnels couverts par les SI existants des régimes obligatoires (risques couverts, outils de gestion de la part complémentaire intégrés ou non, services proposés)
- ◆ identification des projets de développement SI programmés et envisagés.

Plusieurs modes opératoires sont envisageables pour la migration informatique, en fonction des caisses d'origine :

- ◆ la reprise en gestion des bénéficiaires des caisses déjà infogérées par la CNAMTS (CNMSS, certaines mutuelles délégataires) et la MSA (RATP, voire SNCF dont le projet d'infogérance pourrait être mené à bien lors de la prochaine COG) ne requiert ni développements spécifiques ni phase de transition informatique : elle peut intervenir selon un calendrier lié essentiellement aux modalités opérationnelles (transferts d'effectifs à programmer), au plus tard en 2017 ;
- ◆ pour les mutuelles étudiantes, la migration peut s'effectuer au fil de l'eau. En fonction de la cible structurelle retenue, les flux de nouveaux étudiants sont soit adressés aux CPAM, soit aux régimes d'origine des étudiants pour transformation du statut d'ayant droit au statut d'ouvrant droit. Le taux de rotation des fichiers (un tiers des assurés par an) permet d'envisager la sortie d'une majorité des affiliés des bases AMO des

Rapport

mutuelles étudiantes en trois ans. Le reliquat¹⁴⁰ pourrait être transféré aux CPAM au terme des trois ans ;

- ◆ pour les caisses actuellement non infogérées, qui peuvent faire l'objet d'une reprise en gestion par la CNAMTS ou la MSA sans besoin opérationnel de transfert d'effectifs (en raison de leur taille réduite), la migration peut être effectuée sans phase transitoire d'infogérance de la caisse d'origine. Après une expérimentation sur un échantillon d'assurés, les données sont injectées directement dans les bases de l'opérateur cible pour une reprise en gestion immédiate. Cette reprise directe limite les coûts de transition liés à la mise en place de l'infogérance (installation des outils, création de bases dupliquées, formation de l'ensemble des agents). Plusieurs caisses d'AMO s'inscrivent potentiellement dans cette configuration : Gamex¹⁴¹ pour la MSA et régimes spéciaux non infogérés pour la CNAMTS (CANSSM, Port autonome de Bordeaux, Sénat, Assemblée nationale) ;
- ◆ dans certains cas (caisses de plus grande taille : MGEN, LMDE et MFPS dans une moindre mesure), une étape préliminaire d'infogérance de l'opérateur cédant par l'organisme cible pourrait être envisagée si le risque de bascule directe apparaît trop important, ou si l'intégration programmée des effectifs peut être utilement précédée par leur formation aux nouveaux outils au sein des caisses d'origine. La durée de cette période de transition peut être comprise entre un et trois ans.

Le cadencement de la migration des SI est défini en fonction :

- ◆ du nombre d'assurés de chaque caisse, avec une priorisation des caisses les plus grandes pour maximiser les gains d'efficience ;
- ◆ des évolutions nécessaires du système de l'opérateur preneur, avec une priorité donnée aux systèmes présentant un périmètre fonctionnel proche, afin d'effectuer en parallèle les développements nécessaires à l'intégration future d'autres SI.

La mission préconise un rapprochement rapide des SI des mutuelles délégataires du régime général (mutuelles étudiantes régionales et mutuelles L211-4 dans un premier temps, puis MGEN, MFPS et LMDE) et des régimes spéciaux non infogérés (CANSSM) par rattachement aux outils de la CNAMTS. La phase de transition pourra être exploitée par les mutuelles délégataires et par le GIE Chorégie pour recentrer leur activité sur la gestion du RC à partir de flux *Noémie* 1, voire de flux *Noémie* 3.

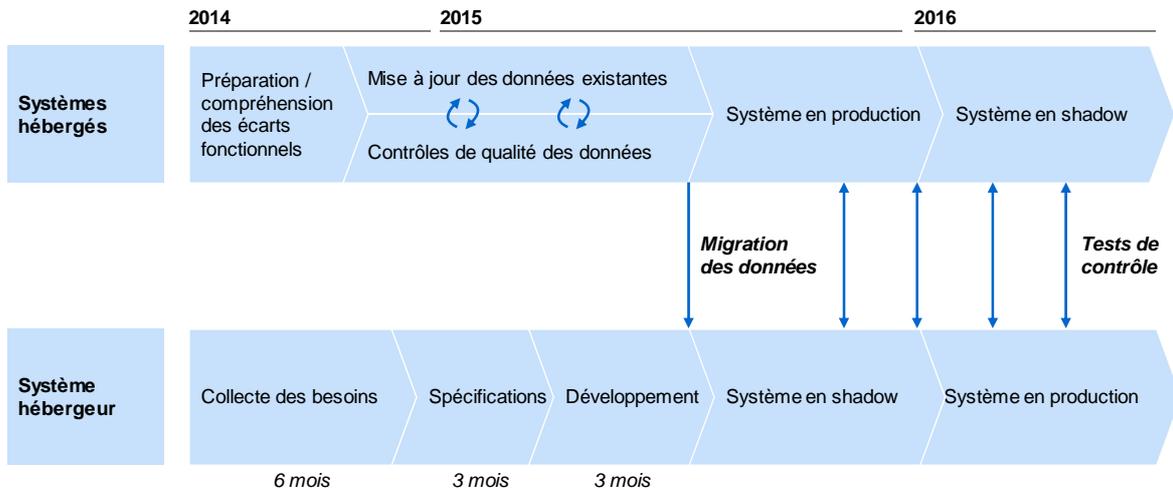
Dans le même temps, les assurés du Gamex seraient transférés vers les bases de la MSA à une date programmée à l'avance, en fonction de l'avancement des conditions opérationnelles de reprise d'activité (transfert des agents).

¹⁴⁰ La durée maximale théorique de maintien dans le régime étudiant est de 12 ans (de 16 à 28 ans).

¹⁴¹ 150 000 bénéficiaires et 159 ETP au Gamex, soit +5 % d'activité pour le régime preneur.

Rapport

Graphique 22 : Phasage d'une migration des outils informatiques entre caisse cédante et opérateur cible



Source : Travaux du SGMAP, effectués pour le compte de la mission

4.3.2. La gouvernance des maîtrises d'ouvrage informatiques de l'AMO recentrée sur deux opérateurs doit tenir compte des besoins de l'ensemble des régimes

Trois niveaux de gouvernance pourront être mis en place pour piloter les processus clés du SI partagé durant la phase de migration vers deux opérateurs de gestion du régime obligatoire : comité stratégique, comité de pilotage du SI, comité opérationnel du SI.

Tableau 33 : Attributions des trois niveaux de gouvernance de la phase de transition

Instance	Attributions	Composition	Fréquence de réunion
Comité stratégique	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Définit la stratégie et notamment les objectifs en termes de calendrier, de modalités stratégiques (reprise d'effectifs, reprise par une caisse ou par l'ensemble du réseau cible), de coûts et d'impact ◆ Pilote les grands projets de migration vers la cible à deux RO ◆ Assure la cohérence du projet avec la stratégie globale et les enjeux liés aux métiers ◆ Assure le suivi (efficacité et qualité) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ DSS ◆ Directeur régime hébergeur ◆ Représentant de direction régimes hébergés 	Mensuelle
Comité de pilotage du SI partagé	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Définit les modalités de la migration (transfert direct, infogérance) ◆ Définit la feuille de route du SI partagé ◆ Anticipe et évalue les besoins d'adaptations pour les différents régimes ◆ Réalise la supervision des services délivrés et des coûts associés ◆ Instruit les problématiques les plus importantes en vue de les soumettre au comité stratégique 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ DSS ◆ DSI régime hébergeur ◆ DSI des régimes hébergés 	Trimestrielle

Rapport

Instance	Attributions	Composition	Fréquence de réunion
Comité opérationnel du SI partagé	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Assure le suivi opérationnel de la feuille de route ◆ Effectue des points d'avancement sur les opérations en cours pour chaque projet ◆ Identifie les points de synchronisation ◆ Arbitre les points qui ne sont pas du ressort du comité de pilotage ◆ Prépare les arbitrages ou décisions à proposer au comité de pilotage 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ DSI régime hébergeur ◆ Représentant technique DSS ◆ Représentants techniques régimes hébergés 	Mensuelle

Source : Travaux du SGMAP, effectués pour le compte de la mission

Il importe de prévoir les conditions de coordination des maîtrises d'ouvrage au sein de l'AMO, plus particulièrement dans le cas où les différents régimes sont maintenus dans leurs spécificités, bien qu'ils soient gérés par deux opérateurs uniquement.

Deux modèles organisationnels sont envisageables pour les SI hébergeurs, durant la période de transition puis en fonctionnement cible :

- ◆ la mise en place d'un **GIE informatique** qui sert l'ensemble des régimes qui relèvent de son périmètre, ce qui implique d'extraire les fonctions informatiques du régime hébergeur ;
- ◆ la définition de **contrats d'infogérance** entre le régime hébergeur et les régimes hébergés.

En s'appuyant sur les entretiens avec les DSI des différents régimes, la mission identifie un tropisme de la CNAMTS pour la seconde option, tandis que la MSA peut potentiellement s'inscrire dans l'un ou l'autre schéma.

Dans le second cas, et au-delà de la période de transition, une attention particulière doit être portée à la juste représentation de l'intérêt des différents régimes dans les différents processus SI/métiers. La mission identifie deux possibilités pour permettre une **répartition équitable des ressources en développement entre les régimes gérés par un même opérateur**, et pour ne pas subordonner les investissements portant sur une population réduite à l'achèvement des projets prioritaires de la CNAMTS :

- ◆ la mise en place d'une gouvernance tripartite organisée autour de la DSS et de représentants du régime hébergeur et des régimes hébergés ;
- ◆ l'intégration aux contrats entre régime preneur et régimes cédants de clauses allouant des ressources de développement à ces derniers¹⁴².

4.3.3. Le schéma cible de structuration de la gestion de l'AMO est associé à des gains annuels en dépenses SI compris entre 100 M€ et 120 M€

Les économies sont issues de la suppression d'investissements redondants au sein de l'AMO (modifications réglementaires, refonte des outils métier, développement de nouveaux services, dont ceux du « programme 2 » de la CNAMTS) et de la réduction des dépenses de fonctionnement informatique (liée à l'exploitation de deux plateformes uniquement, propriété des opérateurs de gestion). Elles s'élèvent à 158 M€ en année pleine, réparties pour un tiers en économies d'investissement et deux tiers en économies de fonctionnement.

¹⁴² Avec, par exemple, une répartition des ressources au *pro rata* du nombre de bénéficiaires de chaque régime, et un dimensionnement adéquat du budget d'ensemble.

Rapport

Les synergies liées aux rendements d'échelle croissants des métiers ne sont pas prises en compte dans ces calculs, non plus que la réduction du nombre de mutations externes associée à la réduction du nombre d'opérateurs¹⁴³.

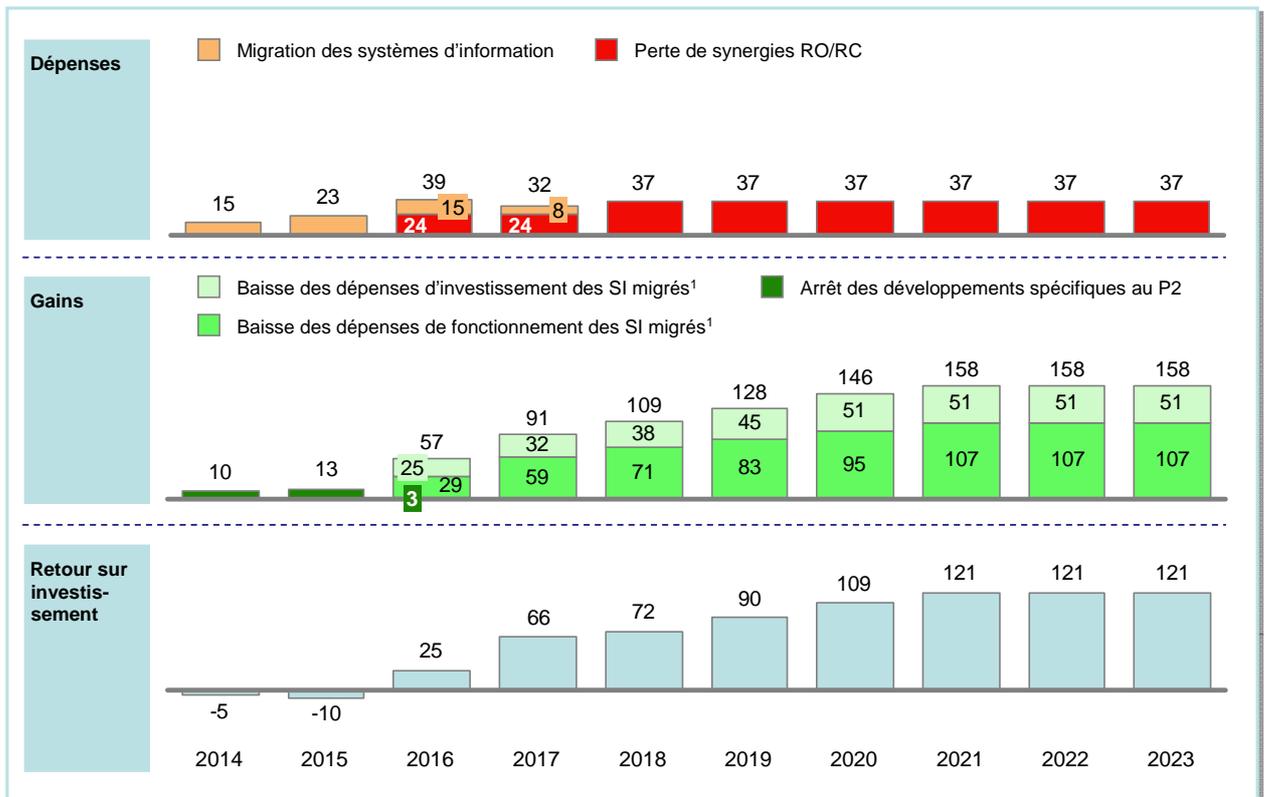
Au-delà de la période de transition, les directeurs des SI de la CNAMTS et de la MSA ont indiqué aux représentants du SGMAP que les coûts liés à l'augmentation de leurs capacités informatiques ne constituaient pas un élément susceptible de remettre en cause les équilibres financiers de la migration.

En revanche, la perte de synergies liée à la fin de la gestion combinée RO/RC des mutuelles de la fonction publique et des mutuelles étudiantes a été chiffrée à 37 M€ annuels, à raison de 7 € par bénéficiaire.

Les gains nets s'établissent donc à 120 M€ annuels du point de vue de l'AMO, une fois atteint le fonctionnement cible. Cette économie est comprise dans les gains chiffrés au paragraphe 4.1. pour la restructuration du secteur de l'AMO.

Les travaux du SGMAP ont conduit à chiffrer des coûts informatiques de transition de 7,5 M€ par an pendant deux ans pour chaque opérateur dont les SI ont vocation à être repris par la CNAMTS ou la MSA (CANSMM, Chorégie, RSI). Ce chiffrage s'appuie notamment sur la mise en place de l'infogérance de la MSA à la RATP et du déploiement des applicatifs de la MSA à la CPRSNCF. Par prudence, les coûts constatés à l'occasion de ces transitions (2,5 M€) ont été multipliés par trois.

Graphique 23 : La migration vers deux SI uniques permettra des économies de SI de l'ordre de 120 M€ annuels à terme



Source : Travaux du SGMAP, effectués pour le compte de la mission

Note : Les gains calculés reposent sur la gestion par la MSA du risque maladie pour le compte du régime agricole dans son ensemble, pour les bénéficiaires du RSI et pour les bénéficiaires des régimes spéciaux de la RATP et de la SNCF.

¹⁴³ Cette dernière économie a été chiffrée à un minimum de 350 ETP (soit 18 M€, en cas de reprise en gestion des étudiants par les CPAM et de réduction des flux du RSI, cf. paragraphe 2.3.1. du présent rapport), sur environ 1 100 ETP consacrés à cette tâche.

4.3.4. La coordination des chantiers communs aux opérateurs de l'AMO et de l'AMC suppose une intervention plus volontaire de l'Etat

La coordination des chantiers informatiques structurants communs à l'AMO et à l'AMC est depuis 2010 limitée au seul maintien du système Vitale. La CNAMTS a engagé l'AMO dans son ensemble à sa suite, dans les projets prioritaires de son SDSI, ce qui laisse les organismes complémentaires sans stratégie définie.

Par ailleurs, les choix des différents opérateurs de l'AMO en matière de SI sont actuellement effectués par chacun des organismes, en fonction de considérations budgétaires et politiques, et sans cadrage d'ensemble. Pourtant, ces choix d'opportunité déterminent en grande partie les possibilités, ou tout du moins les coûts, d'une réorganisation du secteur de l'AMO qui viserait à améliorer l'efficacité et la qualité de service collectives.

Pour remédier aux sources de coûts et de moindre qualité de service présentées au paragraphe 1.1.5 du présent rapport, la mission identifie plusieurs actions prioritaires :

- ◆ définir une cible structurelle à long terme de l'AMO, et **conditionner la validation par la DSS des projets SI les plus coûteux ou les plus structurants à leur compatibilité avec cette cible** ;
- ◆ **assurer et annoncer dès 2013 la possibilité pour le RC de s'intégrer au « programme 2 » de l'AMO**, au terme de la période de développement des services prioritaires de l'AMO (au plus tard en 2017) et au coût réel d'utilisation de ces services ;
- ◆ à l'issue d'une mission spécifique sur le sujet, définir les **conditions d'utilisation des données de santé par les complémentaires** et contractualiser avec la CNAMTS un calendrier de déploiement.

5. Les économies proposées par la mission sur les coûts de gestion de l'assurance maladie se chiffrent à plus de 1,7 Md€ annuels d'ici à 2020 et peuvent être obtenues sans licenciement

5.1. Les économies réalisables ont été estimées par la mission, pour l'AMO et l'AMC, selon deux horizons temporels : 2017 et 2020

La mission a identifié cinq catégories d'économies potentielles en matière de gestion de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, liées à :

- ◆ la **dématérialisation** des échanges entre acteurs (assurés, professionnels de santé, employeurs, AMO et AMC) et au sein d'un même organisme, qui permet l'automatisation ou tout du moins la réduction du temps consacré à des processus de masse ;
- ◆ la **simplification de la réglementation**, génératrice de gains d'efficacité et d'une plus grande qualité de service pour les bénéficiaires ;
- ◆ l'organisation des opérateurs (du RO comme du RC) selon les **meilleures pratiques constatées à périmètre d'activité comparable, à structuration, réglementation et outils du secteur inchangés** : *lean* administration pour les processus, taille critique des structures de traitement, niveau et nature de l'encadrement et des fonctions supports pour la partie organisationnelle ;
- ◆ la **recomposition de la gestion de l'assurance maladie autour d'un nombre réduit d'opérateurs** (avec une cible à deux structures de gestion pour l'AMO), afin de limiter les dépenses redondantes et d'exploiter les rendements d'échelle d'un secteur caractérisé par des coûts fixes qui sont amenés à croître ;

Rapport

- ◆ l'amélioration de la transparence des coûts de gestion des organismes complémentaires, au bénéfice d'une concurrence plus efficace sur ce critère, et avec potentiellement un conditionnement des aides publiques au respect d'un plafond de frais.

Pour l'assurance maladie obligatoire, les économies liées à la dématérialisation, à la simplification de la réglementation et à la recomposition du secteur sont cumulables.

Elles correspondent à un total de 590 M€ de gains annuels à l'horizon 2017¹⁴⁴ et d'environ 900 M€ en 2020 à la condition que la restructuration autour de deux opérateurs soit menée à son terme à cette date.

Une partie des gains qui résulteraient, au sein de chaque régime, d'un alignement des organismes sur les caisses les plus efficaces (430 M€ à 730 M€) vient en théorie s'ajouter à ces économies, dans des proportions qu'il n'a pas été possible d'estimer.

En ce qui concerne les organismes complémentaires et les usagers, les principaux gains attendus sont liés à :

- ◆ la généralisation des échanges électroniques avec l'AMO pour les prestations en nature via Noémie 1. Gain attendu : 340 M€ ;
- ◆ au développement de l'activité de liquidation par l'AMO pour le compte du RC. Si le maximum théorique des économies permises par cette mesure est de 400 M€, un objectif à horizon 2017 limité à 20 M€, soit 3 millions de bénéficiaires supplémentaires couverts en *Noémie 3* (contre 1,7 millions en 2013) semble réaliste. En revanche, la mission considère possible d'attendre 100 millions d'euros de gains à l'horizon 2020 (cf. point 3.4.2 ci-dessus).

De plus, une baisse des coûts d'acquisition grâce à une transparence et une concurrence accrues sur le niveau de ces frais doit être recherchée. En cas d'imperfections persistantes du marché sur ce point, une intervention publique pourrait être envisagée à travers un conditionnement des aides publiques au respect d'un plafonnement des coûts de gestion, avec un objectif associé d'une baisse de 400 M€ supplémentaires). Au total, les économies maximales en année pleine s'élèveraient donc à 760 M€ à l'horizon 2017 et pourraient atteindre 840 M€ en 2020.

Par ailleurs, l'évolution des coûts de gestion des complémentaires est rendue difficile à prévoir en raison des effets non quantifiés des regroupements en cours (associés à une recherche d'efficacité) et de l'entrée en vigueur de l'ANI (augmentation de la part des contrats collectifs, mais bouleversement possible des équilibres entre opérateurs).

Tableau 34 : Synthèse des économies cumulables identifiées par la mission, en année pleine, à l'horizon 2017-2020

Gisement d'économies	Economies pour l'AMO (en M€)		Economies pour l'AMC et les usagers (en M€)	
	2017	2020	2017	2020
Dématérialisation des processus (1)	542	542	344 ³	344 ³
<i>Réduction à 2 % de la part des FSP (scénario de rupture) sans gains de productivité dans le traitement des FSE</i>	173	173		

¹⁴⁴ En ne retenant en 2017 que les gains liés à la dématérialisation (hors PE) et aux premiers effets de la restructuration du secteur (gestion des mutuelles étudiantes par le régime général, extension de la MSA à l'ensemble du régime agricole).

Rapport

Gisement d'économies	Economies pour l'AMO (en M€)		Economies pour l'AMC et les usagers (en M€)	
	2017	2020	2017	2020
« Noémisation » de l'intégralité des assurés couverts par une complémentaire santé	-		344 ³	344 ³
Réduction d'un tiers du taux de rejet des prestations en nature (« Programme 2 »)	99	99		
Dématérialisation des PE (AAT ou scan des AT, DSN et automatisation de 60 % des liquidations)	117	117		
Gains en ETP de back-office liés au « programme 1 » de la CNAMTS	24	24		
Centralisation à 94 % des envois de plis	46	46		
Suppression de l'envoi des décomptes pour 65 % d'assurés ayant adopté un compte en ligne	31	31		
Dématérialisation des ordonnances	20	20		
Réduction des volumes d'archives	32 ¹	32		
Simplification des règles d'affiliation et gains sur la gestion des bénéficiaires (état civil, affiliations et mutations) (2)	47	47		
Recompositions structurelles de l'AMO (3)	0	309 ²		
Dont SI	0	120 ²		
Conditionnement des aides sociales/fiscales à la modération des coûts de gestion de l'AMC (4)			400 ⁴	400
Développement de Noémie 3 (5)			20 ⁵	100
Total (1) à (5)	589	898	764	844
Alignement sur les meilleures pratiques de gestion⁶	420	420		

Source : Mission IGAS/IGF.

¹ Ce chiffrage, maximal, suppose que les surfaces libérées par les opérateurs peuvent être valorisées (réutilisées ou vendues), ou que l'archivage a été externalisé. La proportion de ces économies qui peut être effectivement être concrétisée à l'horizon 2017 ne peut être appréhendé sans étude des caisses d'assurance maladie, au premier rang desquelles figure la CNAMTS.

² Les gains spécifiquement liés aux SI sont partiellement inclus dans les économies plus générales liées à la recomposition structurelle de l'AMO. La mission a considéré qu'ils étaient intégralement inclus, ce qui revient à minorer les économies résultant de la réorganisation structurelle.

³ Cette économie maximale suppose d'établir une liaison Noémie 1 pour l'ensemble des bénéficiaires d'une complémentaire. Cet objectif est toutefois rendu crédible dans le scénario d'une réduction du nombre d'opérateurs de l'AMO (par intervention publique) et de l'AMC (par recomposition spontanée du secteur). En particulier, dans un schéma cible à deux opérateurs nationaux, l'objectif d'une couverture nationale de la population devient tangible.

Rapport

⁴ La mission estime que, dans un premier temps, la baisse des frais de gestion peut résulter d'une plus grande transparence des contrats complémentaires (garanties offertes et niveau des coûts de gestion connus à la souscription des contrats). Si la concurrence qui en découle ne permet pas d'abaisser les coûts de gestion, à horizon 2017, les aides publiques (directes et indirectes) aux contrats complémentaires pourraient être conditionnées au respect d'un plafond de frais de gestion.

⁵ Cette hypothèse déjà ambitieuse d'économie suppose d'établir une liaison Noémie 3 pour 14 millions de bénéficiaires d'une complémentaire qui ne font pas en 2013 l'objet d'une gestion combinée de leurs parts obligatoire et complémentaire.

⁶ Ces gains ne sont pas entièrement cumulables avec ceux listés précédemment dans le tableau. La mission a décidé de les faire apparaître, sans les sommer avec les autres.

5.2. Les propositions d'actions de la mission pour assurer la concrétisation des économies se répartissent sur les deux prochaines COG, d'ici à 2020

5.2.1. La période 2013-2016 est associée à la définition d'une cible structurelle de long terme pour l'AMO, à la poursuite des gains d'efficience sur les processus et à l'amélioration de la transparence des contrats complémentaires

Dès l'année 2013, la **priorité doit consister à définir une cible à terme en matière d'organisation de la gestion de l'assurance maladie obligatoire**. En effet, les projets structurants de la période 2013-2020 (programme 2, refonte en cours ou programmée des outils informatique de certaines caisses) et la recherche d'efficience conduisent à des rapprochements d'opérateurs non coordonnés, qui compromettent ou renchérissent l'organisation ultérieure du secteur.

La mission préconise la définition d'une cible à deux opérateurs (CNAMTS et MSA) pour la gestion de l'ensemble de l'AMO, indépendamment des décisions prises quant à la pérennité des droits et règles spécifiques à chaque régime d'assurance maladie.

De premières mesures liées à la structuration du secteur peuvent ou doivent être envisagées à court terme.

La mission considère en particulier que l'adossement de la LMDE à la MGEN constitue une réponse à court terme aux difficultés de gestion de la mutuelle étudiante, qui n'est qu'une solution de second rang. En effet, c'est la gestion du régime étudiant dans son intégralité qui demande à être simplifiée, dans l'optique d'une plus grande efficience et d'une meilleure qualité de service. Or, 76 % des bénéficiaires du régime étudiant sont issus des CPAM et 86 % sont affiliés dans les CPAM à la sortie de leurs études. Dès lors, la mission préconise de confier la gestion du régime étudiant aux CPAM, ce qui supprimerait la quasi-totalité des mutations, inutiles et globalement coûteuses pour l'assurance maladie obligatoire.

De même, la situation du Gamex doit être clarifiée rapidement, par la décision de transférer ses bénéficiaires à la MSA : le nombre des affiliés au Gamex se réduit chaque année et se traduit par un résultat déficitaire tandis que le gestionnaire, Apria, doit envisager d'investir dans un nouveau SI à l'horizon 2017 pour remplacer ses outils vieillissants.

En dehors de ces deux mesures prioritaires, la mission considère que les décisions de rapprochements ou d'investissements lourds des caisses d'assurance maladie doivent être considérées à l'aune de leur compatibilité avec la cible politique de long terme définie en amont. En cas de difficulté de gestion d'un organisme (équilibre financier, outil informatique à refondre), la reprise en gestion de ses bénéficiaires par l'opérateur cible pourra être décidée, évitant une dépense superflue ou rendant la transition moins coûteuse selon les considérations.

Rapport

Enfin, la période 2013-2017 peut être mise à profit pour réduire les coûts de gestion des régimes spéciaux, en intensifiant le recours à l'infogérance, en mettant en place des synergies en matière de réseaux et de contrôle médical et en mettant en œuvre une reprise de tout ou partie de leur activité de gestion du risque maladie par la CNAMTS ou la MSA, sur la base de ce qui a été fait pour la CAMIEG.

La reprise de l'ensemble des délégations aux mutuelles de l'article L211-4 doit continuer à s'effectuer au fil de l'eau.

Les années 2013 à 2017, marquées par de nombreux départs en retraite, doivent surtout être **focalisées sur la poursuite des gains d'efficacité liés aux processus métiers.** Pour en assurer la concrétisation, des mesures d'anticipation et d'accélération des changements sont à envisager :

- ◆ mise en œuvre d'une contribution forfaitaire à hauteur de 0,50 € par FSP pour les professionnels de santé, au 1^{er} janvier 2015, 15 ans après la date prévue de son entrée en vigueur ;
- ◆ mise en œuvre d'une contribution forfaitaire à hauteur de 0,50 € par FSP pour les usagers, au 1^{er} janvier 2016, après une campagne d'information organisée en 2014 et 2015 par les caisses d'AMO sur les avantages de la carte Vitale et sur le différentiel entre coût de gestion des FSP et coût de gestion des flux électroniques ;
- ◆ anticipation par les caisses (et par la CNAMTS en particulier) du déploiement de la DSN par une refonte des outils métier permettant l'automatisation du processus de liquidation des dossiers simples de prestations en espèces ;
- ◆ simplification de la réglementation de l'affiliation, de gestion de la CMU-C et des prestations en espèces.

Les caisses s'engagent spontanément dans la voie du développement de services en ligne à destination des assurés, et le « programme 2 » de la CNAMTS constitue une stratégie adaptée à la recherche d'efficacité et d'une meilleure qualité de service.

Au regard de la cible de long terme définie pour le secteur, les investissements de certaines caisses pourront toutefois être arrêtés ou mutualisés s'ils s'avèrent trop coûteux, dans l'attente du changement d'outil informatique à l'occasion du transfert de gestion (à condition que cet horizon ne soit pas trop éloigné).

Des gains plus modestes peuvent être associés à l'uniformisation du rythme d'envoi des décomptes (à hauteur d'un envoi tous les trois ou quatre mois) et à la centralisation généralisée de l'édition et de l'affranchissement des caisses qui disposent d'une chaîne de traitement nationale. A cet égard, il convient d'envisager l'utilisation de la chaîne de la CNAMTS, surdimensionnée pour faire face à des pics de production, par d'autres branches du régime général (CNAF en particulier).

Les processus de gestion des bénéficiaires peuvent faire l'objet d'économies liées à l'automatisation de tâches (mise à jour de l'état civil), à la réduction du flux annuel de mutations internes et externes et aux règles d'ouverture et de maintien de droits.

En parallèle, les opérateurs cibles (CPAM et caisses de MSA) doivent être encouragés dans le développement de la gestion électronique de documents, de *workflows*, de mutualisations et **de transferts de charge**, afin de pouvoir exploiter les départs en retraite au niveau national sans risque de contraindre localement la bonne gestion de l'activité.

Enfin, la réduction des coûts de gestion de l'assurance maladie complémentaire doit être recherchée à travers :

- ◆ la centralisation au niveau de chaque tête de réseau des décisions relatives aux liaisons « Noémie 1 » et l'harmonisation des pratiques tarifaires, en réévaluant le coût de revient et en supprimant les barrières tarifaires fixes. Les coûts de mise en œuvre des conventions et des échanges pourraient faire l'objet d'une péréquation entre caisses d'AMO pour assurer une couverture intégrale des bénéficiaires ;
- ◆ une information des futurs adhérents quant aux frais de gestion de l'opérateur complémentaire en amont de la signature de tout contrat, assortie, le cas échéant, d'un dispositif de sanctions adaptées en cas de manquement à ce devoir de transparence.

5.2.2. Les années 2017 à 2020 verront se concrétiser la cible structurelle de l'AMO, les gains sur les processus liés à la DSN et les mesures de régulation des coûts de gestion de l'AMC en cas d'imperfections de marché persistantes

Après les mutuelles étudiantes et le Gamex, la restructuration de l'AMO se poursuit par le transfert effectif des personnels des premiers régimes spéciaux, puis par la programmation de la reprise en gestion des mutuelles de la fonction publique et des plus gros régimes spéciaux, à l'horizon 2020.

L'entrée en vigueur de la DSN, programmée en 2017, doit permettre des gains de productivité dans la liquidation des prestations en espèces comparables à ceux constatés pour la liquidation des prestations en nature au début des années 2000. Suffisamment anticipée¹⁴⁵, cette évolution doit pouvoir porter ses fruits en un à trois ans, en raison du caractère obligatoire de la DSN pour la majorité des employeurs.

En ce qui concerne l'assurance maladie complémentaire, si le constat d'imperfections notables et persistantes était établi (avec notamment le maintien à un niveau élevé des coûts d'acquisition), il pourrait amener à considérer en 2017 des interventions publiques :

- ◆ encadrement des coûts de gestion des contrats d'AMC bénéficiant de financements publics (contrats collectifs, ACS) ;
- ◆ mise en place par l'AMO d'une couverture maladie complémentaire à un tarif attractif.

5.3. D'ici à 2020, l'évolution naturelle des effectifs permet de réaliser les économies proposées par la mission sans licenciement et en assurant, si besoin, le reclassement de tous les agents impactés

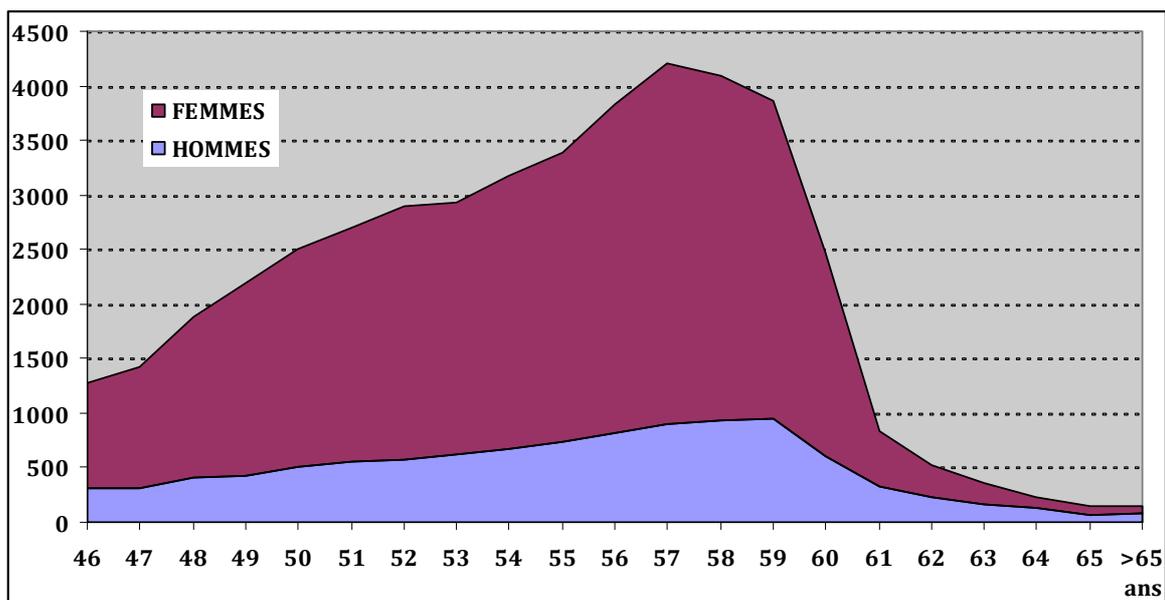
5.3.1. Les pyramides des âges des principaux organismes de l'AMO permettent d'estimer à 28 000 les départs en retraite d'ici à 2020

La période 2013-2020 correspond à la deuxième moitié d'une importante vague de départs en retraite dans la branche maladie, ainsi que l'indique le graphique ci-dessous.

¹⁴⁵ La mission envisage par exemple l'expérimentation préalable d'une automatisation de la liquidation des flux déjà dématérialisés à la source par le biais de la DSIJ et de l'arrêt de travail en ligne.

Rapport

Graphique 24 : Répartition par âge des agents permanents de la branche maladie du régime général au 31 décembre 2012



Source : UCANSS/DIRES, éléments statistiques démographiques, données issues de la paie.

Fin 2012, l'âge moyen des agents s'élève à 46,4 ans. **31 % des agents ont plus de 55 ans et 49 % plus de 50 ans.** Les départs en retraite dans la branche maladie sont amenés à s'inscrire à un niveau élevé jusqu'en 2020, avec un pic entre 2014 et 2017. **Le nombre total de départs dans la branche maladie entre 2013 et 2017 s'élève à 14 080 départs**, dont 5 518 concernent la famille de poste « gestion des relations clients » et 2 598 le management et le pilotage. D'ici à 2020, les départs attendus dépassent les 24 500 personnes.

Au prorata des effectifs¹⁴⁶, 9 600 des 14 080 départs en retraite de la période 2013-2017 concernent des agents des CPAM et CGSS, où sont concentrés les principaux gisements d'économie identifiés par la mission (en volume).

Tableau 35 : Départs à la retraite entre 2013 et 2020 au régime général (branche maladie hors UGECAM) et à la MSA

Année	Départs à la retraite au RG	Départs à la retraite à la MSA (à 62 ans)
2013	1 919	85
2014	3 231	304
2015	2 375	562
2016	2 351	631
2017	4 204	669
2018	3 800	646
2019	3 500	630
2020	3 150	658
Total	24 530	4 185

Source : UCANSS et calculs de la mission

¹⁴⁶ En 2012, les CPAM et CGSS comptent 53 716 ETP, contre 78 876 ETP comptabilisés par les statistiques de l'UCANSS portant sur la branche maladie hors UGECAM.

Rapport

5.3.2. L'évolution naturelle des effectifs de l'AMO offre une occasion unique de mettre en œuvre des réformes nécessaires sans licenciement et en procédant au reclassement de tous les agents éventuellement impactés

D'ici à 2020, la mise en œuvre des mesures proposées par la mission est susceptible de permettre des gains d'efficacité importants au sein du régime général et des principaux organismes de l'AMO, permettant la réduction des effectifs nécessaires de près de 8 500 ETP.

Avec plus de 28 500 départs en retraite d'ici 2020 dont 16 000 d'ici à 2017, **les réductions d'effectifs liés aux gains réalisés en gestion et grâce à la dématérialisation des processus, peuvent s'effectuer simplement par la voie du non remplacement des départs en retraite.**

Tableau 36 : impact sur les RH de l'AMO des propositions de la mission

Proposition	Impact maximal
Dématérialisation des PN à la CNAM (yc ordonnances)	4 550
Dématérialisation des PE à la CNAM	1 900
Automatisation de la gestion des bénéficiaires	930
Alignement sur les meilleures caisses	1 100
Total ETP à ne pas remplacer	8 480
Reprise par la CNAMTS du régime Etudiants	1 180
Fin d'exploitation du GAMEX	170
Reprise par la CNAMTS des fonctionnaires et SLM	4 900
Reprise par la CNAMTS et la MSA des régimes spéciaux	2 500
Rationalisation de la délégation de gestion du RSI	2 600
Total des reclassements	11 350

Source : calculs de la mission

En outre, la masse des départs en retraite à remplacer (environ 20 000 d'ici 2020) offrent l'opportunité de permettre le reclassement éventuel des agents des organismes qui viendraient à être absorbés par la CNAMTS ou par la MSA, soit 11 350 ETP.

Ce chiffre est une évaluation extrêmement prudente des effectifs que les acteurs majeurs pourraient avoir à reclasser effectivement :

- ♦ il résulte en effet de la totalisation des effectifs 2012 des délégataires, du Gamex et des mutuelles de fonctionnaires, alors que l'essentiel de la réorganisation structurelle n'est envisagée qu'à compter de 2017. D'ici là, il est probable que les effectifs concernés auront encore baissé.
- ♦ enfin, la mission considère qu'il convient d'offrir la possibilité d'un reclassement à chacun des agents dont l'organisme viendrait à disparaître, mais il n'est pas évident que la totalité de ces derniers acceptent cette perspective. Certains, des agents plutôt jeunes notamment, pourraient préférer chercher d'autres opportunités.

CONCLUSION

Conformément à la demande des Ministres de la Santé et du Budget, dans le cadre de la *Modernisation de l'Action Publique*, la mission a examiné les moyens permettant d'améliorer l'efficacité de la gestion de l'assurance-maladie, c'est-à-dire littéralement le rapport entre les moyens consacrés par la collectivité et le service rendu aux assurés sociaux.

Le champ de la mission a été défini avec soin : le service rendu par l'assurance-maladie, les droits à prestations, l'existence de différents régimes d'assurance-maladie et la partition même de l'assurance maladie entre une partie obligatoire et une partie complémentaires, ont été considérés comme des données intangibles. Aucune des propositions de la mission ne vise à revenir sur l'un de ces points.

En revanche, **la mission s'est appliquée à dégager tous les leviers permettant de réduire les coûts de gestion de l'assurance maladie qui représentent les deux tiers d'un point de PIB** dans notre pays, et de simplifier dans le même temps le service rendu à l'utilisateur :

- ◆ en identifiant les gains possibles grâce à une optimisation des processus à l'œuvre dans l'assurance-maladie ;
- ◆ en signalant les gains qui résulteraient de la généralisation des meilleures pratiques de gestion au sein et entre les organismes en charge de l'assurance-maladie ;
- ◆ en imaginant les réorganisations structurelles de nature à faire baisser le coût du service rendu à l'assuré social et de simplifier ses démarches.

Sur la base d'hypothèses prudentes, la mission a ainsi mis en évidence une série de mesures susceptibles de permettre la réalisation de gains importants : à hauteur de près de 2 milliards d'euros annuels à l'horizon 2020, soit 16 % des coûts de gestion actuels.

Il ne s'agit pas ici de méconnaître les difficultés inhérentes à la conduite d'un tel ensemble de réformes. Toutefois, dans un contexte financier difficile, celles-ci sont possibles et d'une importance macroéconomique significative.

En outre, les prévisions de départs en retraite dans le régime général et à la MSA, offrent l'occasion unique de pouvoir conduire ces réformes **sans procéder à aucun licenciement et en pouvant reclasser l'ensemble des agents éventuellement impactés**.

D'ici quelques années, les réformes proposées ne seront pas moins nécessaires, même si l'amélioration tendancielle de la productivité dans le champ de l'assurance maladie se poursuivra. Mais les réformes proposées cesseront de pouvoir être conduites dans le respect de l'emploi et, probablement, de la diversité des régimes.

Aussi, les mesures présentées par la mission n'ont-elles pas à être menées dans la précipitation, mais doivent être engagées dans les meilleurs délais.

A Paris, le 13 Septembre 2013

L'inspecteur des Finances
Boris RAVIGNON

L'inspectrice des Affaires Sociales
Virginie CAYRE

L'inspecteur des Finances
Arnaud LAURENTY

L'inspectrice des Affaires Sociales
Caroline GARDETTE

Sous la supervision de
L'inspecteur général des Finances
François AUVIGNE

Le conseiller général
des Etablissements de Santé
Xavier CHASTEL

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : DEMATERIALISATION ET SIMPLIFICATION DES PROCESSUS DE GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE**
- ANNEXE 2 : MUTUELLES ETUDIANTES**
- ANNEXE 3 : MUTUELLES DE LA FONCTION PUBLIQUE (L. 712-6) ET L. 211-4**
- ANNEXE 4 : LE REGIME AGRICOLE (MSA ET GAMEX)**
- ANNEXE 5 : REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS – BRANCHE MALADIE**
- ANNEXE 6 : LES COUTS DE GESTION DE LA BRANCHE MALADIE DES REGIMES SPECIAUX DE SECURITE SOCIALE**
- ANNEXE 7 : LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES**
- ANNEXE 8 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES PAR LA MISSION**

ANNEXE I

Dématérialisation et simplification des processus de gestion de l'assurance maladie

SOMMAIRE

1. A L'HORIZON 2017, LA POURSUITE DE LA DEMATERIALISATION DES PROCESSUS DE L'ASSURANCE MALADIE PERMET D'ENVISAGER DES GAINS RECURRENTS DE 542 M€ POUR L'AMO ET DE 344 M€ POUR LES USAGERS ET L'AMC.....	1
1.1. La réduction à 2 % du taux de feuilles de soins papier à l'horizon 2017 permettrait à l'AMO d'économiser entre 74 M€ et 296 M€.....	1
1.1.1. <i>L'assurance maladie obligatoire traite chaque année 1,50 milliard de décomptes, soit en moyenne 23 par bénéficiaire.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>10 % de feuilles de soins sont transmises au format papier, dont 70 % sont imputables à l'équipement et aux décisions du professionnel de santé et 30 % aux usagers et aux caisses d'assurance maladie.....</i>	<i>3</i>
1.1.3. <i>Les économies liées à la réduction du taux de FSP sont comprises entre 74 et 272 M€ par an pour l'AMO à l'horizon 2017 par rapport à 2012.....</i>	<i>6</i>
1.2. La dématérialisation intégrale des échanges entre RO et RC permettrait de faire économiser 153 M€ par an aux usagers et 191 M€ à l'AMC par rapport à l'année 2012.....	8
1.3. La réduction d'un tiers du taux de rejets des prestations en nature est associée à un gain potentiel supplémentaire de 1 600 ETP à la CNAMTS	11
1.3.1. <i>Les taux de rejets des flux électroniques sont compris entre 1,2 % et 9,1 % selon les régimes et s'élèvent à 2,3 % à la CNAMTS</i>	<i>11</i>
1.3.2. <i>Au-delà de la dématérialisation des FSP, les économies potentielles liées à la réduction du taux de rejet des flux électroniques sont comprises entre 67 et 147 M€ par an à l'horizon 2017</i>	<i>14</i>
1.4. Les économies liées à la dématérialisation des prestations en espèces sont comprises entre 117 et 282 M€ par an à l'horizon 2017	16
1.4.1. <i>Les CPAM, qui traitent 91 % des arrêts de travail maladie, ont connu entre 2006 et 2011 des gains de productivité douze fois inférieurs dans la gestion des PE à ceux constatés dans la liquidation des PN.....</i>	<i>16</i>
1.4.2. <i>La part des dossiers complexes, qui ne peuvent faire l'objet d'une liquidation automatisée, est comprise entre 15 % et 40 % et conditionne le niveau des économies attendues</i>	<i>22</i>
1.5. Le développement de services en ligne à destination des assurés permet l'industrialisation d'une partie des demandes et la réduction de frais d'éditique et d'affranchissement.....	24
1.5.1. <i>Les caisses d'AMO, au premier rang desquels la CNAMTS, développent des stratégies de traitement des demandes par plusieurs canaux.....</i>	<i>24</i>
1.5.2. <i>Le compte en ligne, premier mode de contact à la CNAMTS, traite 1,4 millions de demandes en ligne par an en avril 2013 contre sept fois moins deux ans plus tôt</i>	<i>25</i>
1.5.3. <i>La CNAMTS estime les gains nets annuels du « programme 1 » à 29 M€ à l'horizon 2017.....</i>	<i>26</i>
1.5.4. <i>Les coûts d'affranchissement et d'éditique se sont élevés à 193 M€ en 2012, dont 80 M€ en décomptes susceptibles d'être dématérialisés.....</i>	<i>33</i>

1.6.	La dématérialisation des ordonnances et des pièces permet l'économie de 400 ETP et de 50 M€ annuels pour la CNAMTS par rapport à la base de 2011	35
1.6.1.	<i>Les CPAM ont d'ores et déjà réduit les effectifs des services courrier d'environ 200 ETP, soit la moitié des gains liés à la dématérialisation des ordonnances.....</i>	<i>35</i>
1.6.2.	<i>Les besoins en volumes d'archivage seront divisés par deux à l'horizon 2017, générant un potentiel de gains de 32 M€ par an.....</i>	<i>36</i>
2.	LE DEVELOPPEMENT D'ECHANGES ENTRE BRANCHES DE PROTECTION SOCIALE PEUT CONTRIBUER A L'AMELIORATION DE L'EFFICIENCE ET DE L'EFFICACITE DE LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE.....	37
3.	LA SIMPLIFICATION DE LA REGLEMENTATION POURRAIT EGALEMENT PERMETTRE D'ENGRANGER DES GAINS DE PRODUCTIVITE.....	40
3.1.	La gestion des bénéficiaires regroupe des processus coûteux, à faible valeur ajoutée, parmi lesquels la procédure d'affiliation pourrait être simplifiée	40
3.1.1.	<i>Certains processus sont rendus complexes et coûteux par la réglementation et par l'organisation des caisses d'assurance maladie obligatoire.....</i>	<i>40</i>
3.1.2.	<i>Le processus d'affiliation pourrait être simplifié à plusieurs titres, avec les objectifs d'un meilleur service rendu à l'assuré et d'une réduction du volume des mutations.....</i>	<i>41</i>
3.1.3.	<i>Les gains liés à l'affiliation sur le critère de résidence stable dépendent des modalités de contrôle retenues.....</i>	<i>44</i>
3.1.4.	<i>Les économies portant sur la gestion des bénéficiaires peuvent être estimées entre 47 M€ et 90 M€ pour l'ensemble de l'AMO à l'horizon 2017.....</i>	<i>44</i>
3.2.	La simplification des règles de gestion de la CMU/CMU-C allierait gains d'efficience et meilleure qualité de gestion pour les bénéficiaires.....	45
3.3.	La simplification des règles de calcul des prestations en espèces pourrait accompagner la dématérialisation des flux.....	46
3.4.	Le recouvrement des franchises et participations forfaitaires fait l'objet d'une application incomplète de la réglementation et de pratiques hétérogènes entre caisses	46
3.5.	La facturation individuelle des établissements de santé génère des besoins d'environ 180 ETP pour le régime général qui peuvent être absorbés par les CPAM les moins efficaces sans baisse du rythme de réduction d'effectifs	47
4.	L'OPTIMISATION DE LA CONCRETISATION EN REDUCTION DE COÛTS DES PROJETS DE RECHERCHE D'EFFICIENCE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DEPEND DE FACTEURS ENDOGENES ET EXOGENES AU SECTEUR	48
4.1.	Les projets informatiques structurants inter-régimes doivent faire l'objet d'un calendrier de déploiement pluriannuel pour garantir la faisabilité et l'uniformité de leur mise en œuvre	48
4.1.1.	<i>Les conditions de mise en œuvre du « programme 2 » illustrent les enjeux liés au déploiement de projets qui intéressent l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie.....</i>	<i>48</i>
4.1.2.	<i>La recherche d'efficience dans les projets interrégimes suppose une planification à horizon de trois ans et une priorisation des services en fonction de leur retour sur investissement.....</i>	<i>53</i>

4.2. La maximisation de la conversion des gains de productivité potentiels en réductions de coûts effectives suppose des transferts de charge entre caisses et une généralisation de la GED.....	53
4.2.1. <i>L'exploitation des gains de productivité potentiels de la période 2013-2017 suppose des transferts de charge entre organismes d'un même réseau.....</i>	53
4.2.2. <i>Les transferts d'activité et mutualisations ne posent pas de difficulté technique mais supposent un développement des workflows et de la dématérialisation.....</i>	55
4.3. La réalisation effective d'économies liées à la dématérialisation est largement suspendue à l'adoption des services en ligne par les usagers et par les professionnels de santé.....	58
4.3.1. <i>Les actions de promotion de la dématérialisation vis-à-vis de l'assuré sont limitées et pourraient être renforcées par un dispositif de sanction financière en cas de non présentation de la carte Vitale.....</i>	58
4.3.2. <i>L'assurance maladie incite financièrement les PS à dématérialiser leurs flux, avec des délais d'adoption des innovations de l'ordre de sept ans et une part minoritaire de réfractaires.....</i>	60
4.4. La refonte de certains outils métiers de la CNAMTS et de la MSA doit être envisagée pour assurer le confort des agents.....	65
5. A STRUCTURE CONSTANTE DU SECTEUR DE L'ASSURANCE MALADIE, LES GAINS LIES A L'AMELIORATION DES PROCESSUS ET A LA SIMPLIFICATION DE LA REGLEMENTATION S'ELEVENT A PRES D'UN MILLIARD D'EUROS PAR AN A L'HORIZON 2017.....	66
5.1. Le chiffrage des gains a été effectué sur la base des coûts directs affectés à chaque processus.....	66
5.2. Les gains liés la dématérialisation et à la simplification des processus sont estimés à 589 M€ en année pleine à l'horizon 2017 pour l'AMO et 344 M€ pour l'AMC et les usagers.....	67
5.3. Une partie des gains réalisés peut être affectée à des métiers à plus forte valeur ajoutée pour l'assurance maladie.....	68

1. A l'horizon 2017, la poursuite de la dématérialisation des processus de l'assurance maladie permet d'envisager des gains récurrents de 542 M€ pour l'AMO et de 344 M€ pour les usagers et l'AMC

Après une première vague de dématérialisation portée par la carte vitale (1998-2012), l'assurance maladie obligatoire se tourne vers des services en ligne à destination des professionnels de santé et des assurés, dans le double but d'améliorer la réactivité et la qualité de ses processus et d'en réduire le coût de gestion. Ainsi que décrit la Cour des Comptes dans son rapport 2013¹, les téléservices constituent en effet des sources d'efficience importantes du secteur.

1.1. La réduction à 2 % du taux de feuilles de soins papier à l'horizon 2017 permettrait à l'AMO d'économiser entre 74 M€ et 296 M€

1.1.1. L'assurance maladie obligatoire traite chaque année 1,50 milliard de décomptes, soit en moyenne 23 par bénéficiaire

En 2012, 1,50 milliard de décomptes² de soins ont fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire, un volume en croissance moyenne de 1,4 % par an depuis 2003. La CNAMTS représente 79,0 % du total, avec 1,18 milliard de décomptes traités par les CPAM et CGSS.

En 1993, les trois principaux régimes d'Assurance Maladie Obligatoire (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes) décident de créer un Groupement d'Intérêt Economique pour porter le projet de dématérialisation des flux de l'assurance maladie. Ils sont rejoints la même année par l'union nationale des régimes spéciaux (UNRS) puis en 2000 par les représentants des complémentaires, au sein du GIE SESAM-Vitale³.

Depuis sa mise en circulation en 1998, la carte vitale a permis la dématérialisation progressive des flux entre les professionnels de santé (PS) et l'assurance maladie obligatoire (AMO). Lorsqu'elle a signé une convention avec un organisme complémentaire, une caisse est en mesure de lui transmettre les informations de facturation au format électronique après traitement par l'AMO (selon la norme Noemie liée à l'infrastructure Vitale). Le flux Noemie a remplacé la transmission par l'assuré à sa complémentaire santé des relevés au format papier envoyés par sa caisse de rattachement.

En 2012, **78,3 % des décomptes sont transmis sous forme de feuilles de soins électronique** (FSE) sécurisées par la présence simultanée de la carte de professionnel santé (CPS) et de la carte vitale de l'assuré et par le recours au réseau Vitale. Une feuille de soins électronique certifiée est créée exclusivement grâce à la signature des deux cartes Vitale et CPS dans un lecteur de carte à puce homologué.

¹ Rapport annuel de la Cour des Comptes, février 2013, « *Les téléservices publics de santé : un pilotage toujours insuffisant* ».

² Définition du décompte : ensemble des cellules-actes concernant un même bénéficiaire, une même nature d'assurance, un même destinataire de règlement, un même sens de régularisation, un même critère d'archivage. Exemples : une facture de pharmacie avec plusieurs codes CIP distincts ou toute une série d'actes infirmiers.

³ GIE SESAM-Vitale, acronyme de Système Électronique de Saisie de l'Assurance-Maladie.

Annexe I

11,7 % des flux prennent la forme de flux électroniques « dégradés », initiés par les progiciels des professionnels de santé agréés, sans la certification des parties⁴. La feuille de soins doit obligatoirement être suivie de l'envoi de pièces justificatives par le PS, envoi auquel est suspendu le remboursement des prestations par l'AMO.

Enfin, **10,0 % des transmissions s'effectuent encore en 2012 par le biais de feuilles de soins papier** remises au patient, qui les envoie à sa caisse de rattachement.

Tableau 1 : Nature des flux de décomptes entre PS et AMO, tous régimes confondus, en 2012

Type de transmission	Volumétrie (en millions de décomptes)	Part des décomptes
Feuilles de soins électroniques Vitale	1 170	78,3 %
Flux dégradés (FSE dégradée ou B2)	175	11,7 %
Feuilles de soins papier	150	10,0 %
Total	1 495	100,0 %

Source : CNAMTS et GIE SESAM Vitale, traitement IGAS/IGF.

La dématérialisation des flux des prestations en nature améliore la qualité et l'efficacité du processus de traitement par différents biais :

- ◆ rapidité⁵ et fiabilité accrue des remboursements par l'AMO et l'AMC et possibilité de tiers payant ;
- ◆ suppression des tâches de saisie par l'AMO puis en aval pour l'AMC (en cas de convention Noemie), avec par ailleurs un traitement d'une partie des rejets⁶ par la caisse obligatoire qui profite à l'organisme complémentaire ;
- ◆ limitation des frais d'édition et d'affranchissement à l'envoi de décomptes de remboursement aux assurés/adhérents. La fréquence des envois peut être réduite du fait que le remboursement par l'AMC n'est plus suspendu à la transmission du relevé de l'AMO ;
- ◆ réduction des causes de rejets qui entraînent des régularisations manuelles par les agents des caisses : le taux de rejet des flux électroniques sécurisés s'élève à 1,1 % contre 3,2 % pour les flux papier⁷ ;
- ◆ réduction des volumes de réclamations, en lien avec des remboursements plus fluides et plus rapides. La CPAM de Nanterre a ainsi relevé une baisse de 15 % du nombre de réclamations entre 2009 et 2012, imputée à la baisse de 6 points de la part des FSP.

⁴ Le plus fréquemment, le flux est opéré sans la carte Vitale du patient mais avec la CPS du Professionnel, grâce à l'utilisation des données stockées dans les bases du PS, lorsque le client s'est déjà présenté par le passé avec sa carte. Le flux peut également être initié sans aucune carte lorsque le PS n'est pas équipé d'un lecteur homologué (cas des infirmières, notamment).

⁵ Les FSE sont remboursées en 2 à 7 jours, contre 7 à 25 pour les FSP. La mission a pu constater dans les CPAM où elle s'est rendue la constitution délibérée de stocks de FSP en vue d'inciter les assurés et les professionnels de santé à avoir recours à la transmission électronique, par une durée de remboursement étendue en moyenne à 24,7 jours.

⁶ Identification du PS, tarification de l'acte, taux de remboursement.

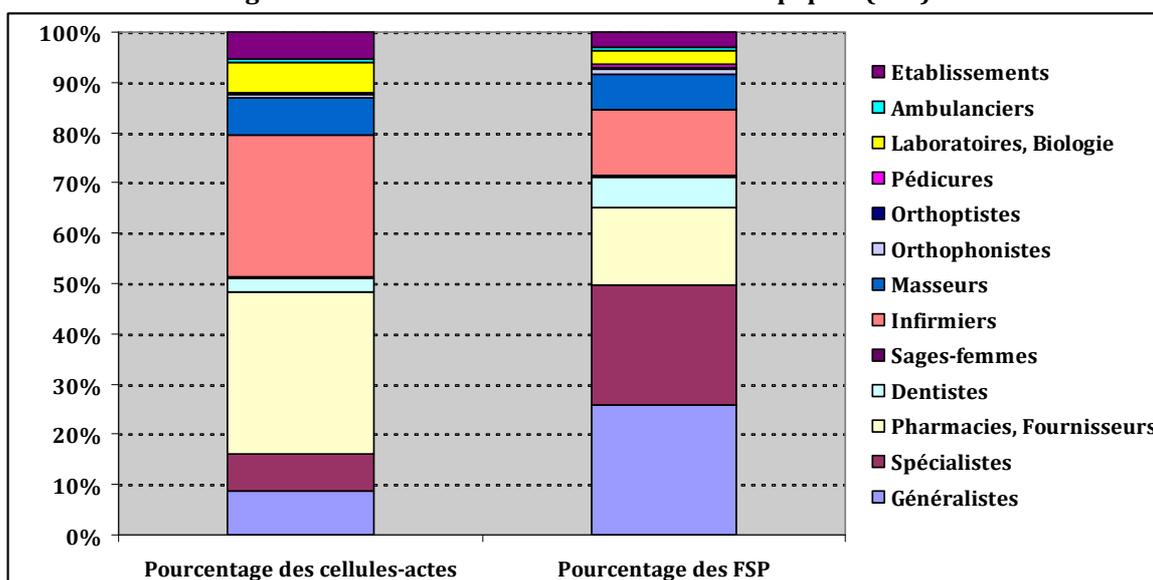
⁷ Source : CNAMTS. En particulier, les rejets liés à l'identification du professionnel de santé sont réduits par la certification de sa CPS. La mission note toutefois que la comparaison brute de ces deux taux est sujette à caution : les feuilles de soin subsistantes concernent pour partie les remboursements les plus complexes, sujets à davantage de rejets.

1.1.2. 10 % de feuilles de soins sont transmises au format papier, dont 70 % sont imputables à l'équipement et aux décisions du professionnel de santé et 30 % aux usagers et aux caisses d'assurance maladie

Les feuilles de soins papier peuvent être causées, du côté du professionnel de santé, par l'absence d'équipement Vitale ou par l'absence de CPS (cas de médecins remplaçants non titulaires de leur thèse ou de PS en déplacement sans équipement mobile), et du côté de l'assuré par la non présentation de la carte vitale (non reçue, oubliée ou perdue).

Alors qu'ils représentent 15 % du volume total de décomptes, les médecins émettent 50 % des feuilles de soins papier, soit 60 millions de plis pour la seule CNAMTS et environ 75 millions tous régimes confondus.

Graphique 1 : Poids des catégories de professionnels de santé dans les flux de décomptes globaux et dans les flux de feuilles de soins papier (FSP)



Source : CNAMTS – calculs de la mission IGAS/IGF.

Une étude menée par la CNAMTS en 2009 a dressé plusieurs constats :

- ◆ le taux de transmission papier par les médecins est faiblement corrélé à l'âge du PS, sauf au-delà de 65 ans (ces professionnels représentent un poids marginal, quatre ans après la réalisation de l'étude) ;
- ◆ les feuilles de soins papier représentent 22 % du total des décomptes à la CPAM de Paris contre 9 % à celle de Nice. Pour les médecins spécialistes, ce taux s'élève à 59,8 % à Paris contre 13 % à Nice.

Le taux maximum de transmission électronique observé en moyenne pour une catégorie de PS s'élève en 2012 à 97 % pour les laboratoires et les pharmaciens, en incluant les flux dégradés⁸.

⁸ Les flux électroniques sécurisés (FSE), qui excluent les flux dégradés, représentent 84 % du total des décomptes des pharmaciens et 94 % de ceux des laboratoires d'analyse médicale.

La facturation télétransmise par les laboratoires se répartit de la façon suivante : 3,5 % de flux B2, 45,6 % de FSE avec carte vitale, 50,9 % de FSE sans carte vitale.

Les laboratoires ont l'autorisation de réaliser des FSE sans carte vitale compte tenu de l'absence du patient dans une proportion importante de cas, ce qui contribue à expliquer leur taux élevé de transmission de FSE.

Annexe I

Au sein de chaque catégorie de PS, **les taux de transmission de FSE les plus forts constatés en 2012 s'élèvent entre 97 % et 99 %** (cf. tableau 2). Deux exceptions concernent les pharmaciens (entre 92 % et 95 % au maximum) et les médecins généralistes (96 %). Pour les premiers, le taux de FSE est réduit par des « achats d'opportunité » de médicaments, non programmés par les usagers et effectués sans s'être assuré de la détention de la carte vitale. La possibilité d'émettre des flux B2 dégradés limite toutefois le taux de FSP émis par les pharmaciens. Le taux de transmission sécurisée des médecins généralistes est quant à lui dégradé par les visites à domicile⁹ et par des présentations sans rendez-vous des assurés, potentiellement sans carte vitale.

Tableau 2 : Part des flux transmis à l'AMO sous forme de FSE en 2012 : taux moyens et maximaux par catégorie de professionnel de santé

Catégorie de professionnel de santé	Taux moyen national de FSE	Taux des 5 PS les plus élevés à la CPAM de Nanterre	Taux du premier décile à la CPAM de Rouen	Taux du premier quartile à la CPAM de Rouen
Laboratoire d'analyse médicale	93,36 %	98,31 %	99,76 %	99,62 %
Chirurgien-dentiste	83,65 %	96,63 %	99,48 %	93,48 %
Pharmacien	83,46 %	94,55 %	92,22 %	91,29 %
Orthophoniste	81,57 %	98,48 %	98,62 %	96,07 %
Infirmier	80,59 %	98,66 %	97,49 %	93,14 %
Masseur-kinésithérapeute	79,92 %	96,96 %	98,52 %	95,75 %
Médecin généraliste	78,02 %	95,77 %	96,83 %	89,31 %
Médecin spécialiste	74,29 %	98,56 %	94,52 %	94,58 %

Sources : CNAMTS, CPAM de Nanterre, CPAM de Rouen-Elboeuf-Dieppe.

Sauf à imaginer un refus de prise en charge par ces professionnels de patients se présentant sans carte vitale, **il en découle que la responsabilité des assurés et des caisses quant à la transmission de FSP s'établit entre 2 % et 3 % du total des flux pour les PS** hors médecins généralistes (environ 4 %) et pharmaciens (pour lesquels la mission émet l'hypothèse que l'ensemble des FSP est imputable aux assurés et aux caisses)¹⁰.

Tableau 3 : Part des flux FSP imputable aux PS en 2012

Catégorie de professionnel de santé	Flux FSP en 2010 (en % des cellules-actes)	Flux FSP en 2011 (en % des cellules-actes)	Flux FSP en 2012 (en % des cellules-actes)	Flux FSP imputables aux assurés en 2012	Pourcentage des flux FSP imputable aux PS en 2012
Laboratoire d'analyse médicale	4,7 %	3,8 %	3,1 %	3,0 %	3 %
Chirurgien-dentiste	20,6 %	17,3 %	15,9 %	3,0 %	81 %
Pharmacien	4,3 %	4,2 %	3,5 %	3,5 %	0 %
Orthophoniste	14,7 %	11,3 %	9,4 %	3,0 %	68 %

De façon plus générale, le mode de sécurisation « SESAM sans carte Vitale » est ouvert réglementairement :

- ◆ aux laboratoires d'analyse de biologie médicale, aux médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie, aux directeurs de laboratoire médecins ;
- ◆ aux pharmaciens et aux fournisseurs dans un nombre limité de situations (délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure par exemple).

⁹ Sur le dernier trimestre 2011, à la CPAM de Rouen, 7,6 % des actes des généralistes ont été effectués à domicile, avec un taux de FSE de 23,4 %.

¹⁰ Pour ces derniers, le taux de FSP est réduit à 3,5 % en 2012, grâce à la possibilité d'avoir recours à des flux B2 dégradés, qui représentent 13,1 % des transmissions au régime général. Les flux B2 sont a priori imputables majoritairement aux assurés (oubli de carte Vitale à l'occasion d'un achat chez un pharmacien chez lequel l'assuré s'est déjà présenté par le passé).

Annexe I

Catégorie de professionnel de santé	Flux FSP en 2010 (en % des cellules-actes)	Flux FSP en 2011 (en % des cellules-actes)	Flux FSP en 2012 (en % des cellules-actes)	Flux FSP imputables aux assurés en 2012	Pourcentage des flux FSP imputable aux PS en 2012
Infirmier	6,6 %	4,3 %	3,3 %	3,0 %	10 %
Masseur-kinésithérapeute	11,4 %	8,7 %	7,2 %	3,0 %	58 %
Médecin généraliste	30,2 %	25,9 %	21,4 %	4,0 %	81 %
Médecin spécialiste	32,9 %	27,3 %	23,6 %	3,0 %	87 %

Source : Données CNAMTS et hypothèses de la mission quant à la part imputable aux assurés et aux caisses.

La télétransmission vitale généralisée à l'ensemble des PS permettrait ainsi en théorie de **réduire la part des FSP à 3 % contre 10 % en 2012, soit une réduction de 70 %**. Ceci suppose en particulier d'être en mesure de proposer des solutions techniques ergonomiques pour gérer les remplacements et les déplacements.

Une partie des FSP est due **à l'absence de carte vitale de l'assuré** au moment de l'émission de la feuille de soins, soit parce qu'il ne l'a pas reçue de sa caisse de rattachement, soit parce qu'il l'a oubliée ou perdue¹¹. Les deux derniers cas peuvent être traités par l'émission de flux dégradés (lorsque l'utilisateur est connu du PS ou sur présentation d'une attestation imprimable en ligne par exemple), ou par des sanctions en cas de non utilisation de la carte vitale.

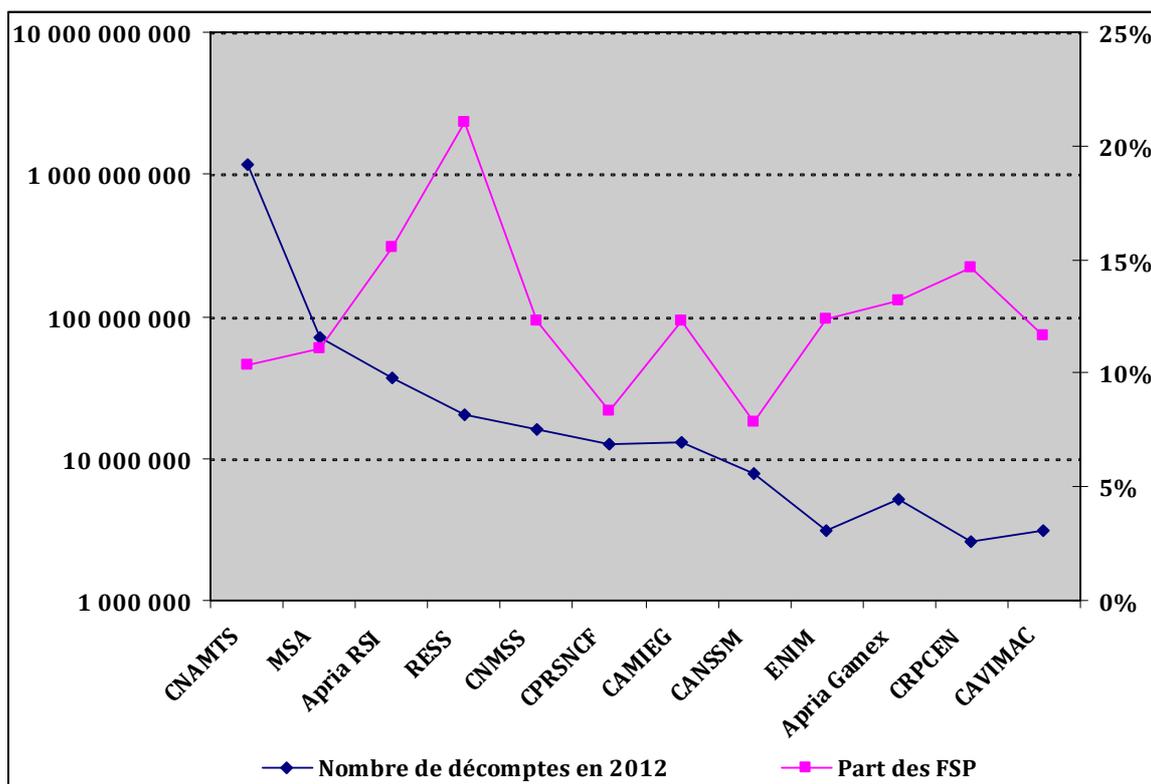
Le taux résiduel de feuilles de soins papier fluctue en 2012 entre 8 % (CANSSM, CPRSNCF) et 21 % pour le régime étudiant de sécurité sociale (RESS). La moyenne s'établit à 10 % et correspond au taux moyen des CPAM.

Les taux relevés pour le RSI (15 %) et les mutuelles étudiantes (21 %) sont à mettre en relation avec un fort taux de rotation de la base des affiliés (avec respectivement 21 % et 33 % de mutations entrantes en 2012). Une rotation élevée implique en effet une réactivité supérieure de la part de la caisse et de l'assuré pour garantir la mise à disposition rapide de la carte vitale (délai pour opérer la mutation entrante, capacité à obtenir rapidement les informations et la photographie de l'utilisateur en cas de production d'une nouvelle carte).

Une gestion fluide (avec une utilisation possible de la carte de l'ancien régime) et automatisée (pour réduire la durée de transition) des mutations doit permettre d'aligner l'ensemble des régimes sur le taux de dématérialisation le plus élevé observé parmi les caisses, soit 92 % des décomptes, indépendamment des actions menées vis-à-vis des professionnels de santé.

¹¹ La mission n'a pas eu connaissance d'une part significative de cartes ou de lecteurs défectueux.

Graphique 2 : La part résiduelle des feuilles de soins papier varie en 2012 entre 8 % et 21 % en fonction des régimes



Source : Questionnaire IGAS/IGF.

La combinaison des actions des trois volets (PS, caisses et assurés) pourrait limiter l'utilisation de FSP aux cas marginiaux de mise à disposition, de perte ou de vol de carte vitale, estimés à 2 % des décomptes (soit deux tiers de la part imputable aux assurés). Il pourrait s'y ajouter un reliquat de flux issus de professionnels de santé dont l'activité ne justifie pas l'investissement dans un équipement de télétransmission et une aide de l'AMO¹².

1.1.3. Les économies liées à la réduction du taux de FSP sont comprises entre 74 et 272 M€ par an pour l'AMO à l'horizon 2017 par rapport à 2012

En affectant l'ensemble des coûts¹³ des caisses aux processus dont elles ont la charge, le coût de gestion d'un décompte par l'AMO varie entre 5 et 10 € pour une FSP et entre 0,45 € et 1,30 € pour une FSE (avec respectivement 5,08 € et 0,45 € pour les CPAM).

¹² A raison de 400 € de subvention annuelle de la part de l'assurance maladie (aide à la maintenance et rémunération forfaitaire) et d'un différentiel de coût de 1,68 € entre le traitement d'une FSP et d'une FSE, le seuil de rentabilité de l'équipement en matériel Vitale du point de vue de l'AMO s'établit à 238 actes par an et par professionnel de santé.

¹³ Masse salariale et frais de fonctionnement directs, auxquels sont ajoutés les fonctions supports et outils informatiques au prorata des effectifs métiers.

Annexe I

Le coût de traitement d'une FSP est en moyenne dix fois supérieur à celui d'une FSE. De façon équivalente, en 2011, un agent d'une CPAM traite en moyenne 145 FSP par jour¹⁴, contre 1 420 FSE par jour (jusqu'à 3 000 pour certains agents). Ceci amène 50 % des effectifs des CPAM à liquider les 10 % de FSP qui demeurent en 2012.

En retenant uniquement la masse salariale et les frais de fonctionnement directement affectés aux prestations en nature, le coût de traitement à **la CNAMTS revient en 2012 à 1.84 € pour une FSP et à 0.16 € pour une FSE.** En février 2009, la CNAMTS estimait ces montants à 1,74 € et 0,27 € respectivement. L'évolution entre ces deux dates (+6 % pour les FSP, -40 % pour les FSE) s'explique par deux effets combinés :

- ◆ amélioration du processus de traitement des flux électroniques (standardisation et uniformisation du traitement des rejets, conception de nouveaux outils, démarches vis-à-vis des PS) avec une productivité par agent en hausse de 9 % par an ;
- ◆ concentration du reliquat de FSP sur des décomptes plus complexes (les autres étant progressivement dématérialisés) sans gains de productivité associés.

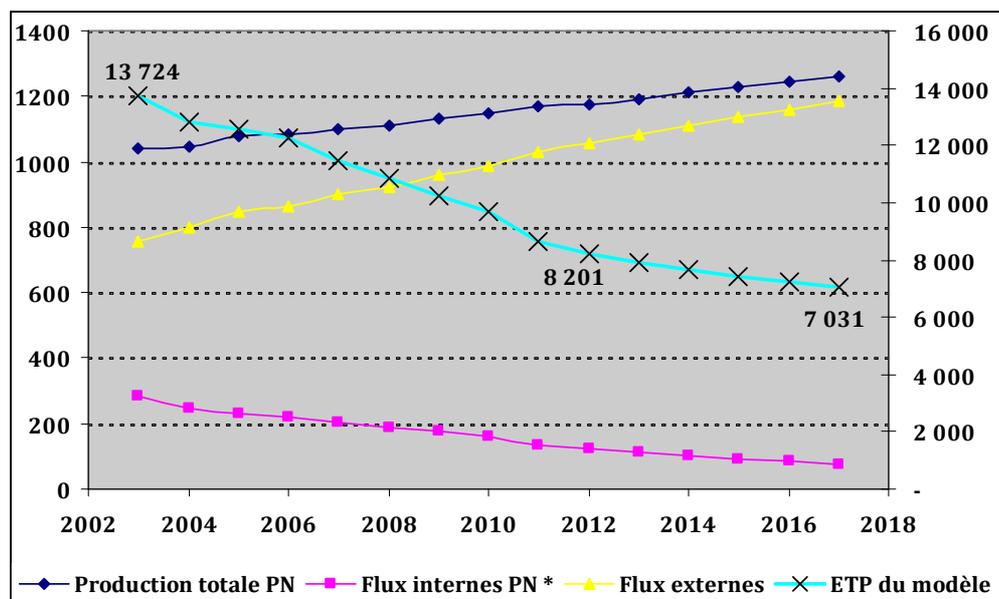
Tableau 4 : Augmentation de la productivité du processus de traitement des FSE dans les CPAM entre 2006 et 2011

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006-2011
Ratio FSE-B2/ETP (par jour)	906	992	1056	1162	1256	1420	56,70 %
Ratio FSP/ETP (par jour)	156	155	156	152	147	145	-7,10 %

Source : Comptabilité analytique des CPAM, calculs IGAS/IGF.

En retenant un modèle de décroissance exponentiel de la part des FSP entre 2012 et 2017 (10,3 % en 2012, 9,3 % en 2013 et 6,0 % en 2017), à productivité inchangée, le nombre d'agents affectés aux prestations en nature dans les CPAM baisserait de 1 200 ETP, passant de 8 201 à 7 031, en tenant compte de la hausse globale des volumes.

Graphique 3 : Evolution du nombre de FSP (flux internes PN) et des effectifs dédiés à leur traitement selon un scénario de décroissance exponentielle et sans gain de productivité



Source : CNAMTS - calculs IGAS/IGF.

¹⁴ Le ratio s'élève à 600 FSP par jour et par agent lorsque les FSP font l'objet d'une numérisation et d'une lecture automatique d'une partie des informations.

Annexe I

Le maintien d'un niveau de gain de productivité annuelle à 9 % sur la liquidation des flux électroniques amènerait à une baisse de 2 700 ETP sous les mêmes hypothèses.

Enfin, un scénario de rupture, qui réduirait le taux de FSP à 2 % en 2017, serait associé à des gains en ETP variant entre 3 200 et 4 800 ETP à partir de la base de 2012, en fonction des gains de productivité opérés chaque année sur les flux électroniques.

Pour calculer les gains sur le périmètre de l'AMO dans son ensemble, les gains calculés sur la seule base des coûts directs de la CNAMTS (masse salariale et frais de fonctionnement estimés à 50 k€ par ETP) sont majorés de 23 %¹⁵, au prorata du nombre de FSP. Ils sont compris entre 74 M€ et 272 M€ par an à l'horizon 2017 en fonction des hypothèses retenues.

Tableau 5 : Gains en 2017 liés à quatre scénarios d'évolution de la dématérialisation des PN µ par rapport à 2012

Scénario	Gains annuels de productivité sur les FSE	Taux de FSP en 2017	Gains en ETP directs entre 2012 et 2017 dans les CPAM	Economie annuelle en coûts directs à l'horizon 2017 pour la CNAMTS (en M€)	Economie annuelle totale à l'horizon 2017 pour l'AMO (en M€)
Décroissance exponentielle	0 %	6,0 %	1 200	60	74
Décroissance exponentielle	9 %	6,0 %	2 700	135	167
Scénario de rupture	0 %	2,0 %	2 800	140	173
Scénario de rupture	9 %	2,0 %	4 400	220	272

Source : Calculs de la mission IGAS/IGF, d'après les données de comptabilité analytique des CPAM.

1.2. La dématérialisation intégrale des échanges entre RO et RC permettrait de faire économiser 153 M€ par an aux usagers et 191 M€ à l'AMC par rapport à l'année 2012

Les organismes complémentaires sondés présentent des taux de flux papier entrants plus variables que ceux de l'AMO : de 2,5 % (UNEO) à 62 % (SMEREP) des décomptes pour l'activité complémentaire seule. Ces variations s'expliquent par le nombre de conventions Noemie mises en œuvre avec les caisses d'assurance maladie obligatoire et par le taux de « noémisation » des adhérents qui en découle.

Les CPAM tarifient les flux Noemie selon un modèle de coût variable, à hauteur de 0,09 € par décompte en 2012, pour un total de recettes de **77 M€**. En théorie, la tarification s'effectue au niveau du coût de revient pour l'AMO, ce que la mission n'a pas été en mesure de vérifier. Dans les faits, le tarif fait l'objet d'une revalorisation indexée sur l'indice SYNTEC¹⁶.

Des barrières tarifaires demeurent dans d'autres organismes et en particulier dans certaines caisses de MSA, qui empêchent la généralisation de la liaison Noemie 1 à l'ensemble des décomptes traités par l'AMO : les OC, en particulier les plus petits, refusent la signature de conventions qu'ils jugent défavorables économiquement.

¹⁵ La CNAMTS traite chaque année 121,5M de FSP sur un total de 150M pour l'ensemble des régimes.

¹⁶ Les tarifs de facturation des échanges Noemie fixés à l'origine sont revalorisés annuellement. Une partie du tarif est fixe (12,5 %), l'autre est variable (87,5 %) et revalorisée selon l'indice SYNTEC de référence.

Pour l'année 2013, les tarifs, après revalorisation de la part variable du tarif, sont fixés comme suit :

« Noemie 1 » : 0,09 € HT (soit l'arrondi de 0,08785 €) soit un tarif inchangé par rapport à 2012 ;

« Noemie 3 » : 0,17 € HT (soit l'arrondi de 0,16594 €) soit une augmentation de 0,01 € par rapport à 2012.

Annexe I

Ainsi, certaines caisses de MSA facturent elles des coûts fixes, à hauteur de 1 000 € par an et par mutuelle, pour mettre en œuvre une liaison Noemie 1. Certaines mutuelles ont indiqué à la mission que de tels coûts fixes les amenait à renoncer à signer des conventions d'échanges Noemie 1 avec les caisses de MSA qui les pratiquent. En effet, lorsque quelques centaines ou milliers d'adhérents seulement d'une mutuelle sont affiliés à la MSA, le coût de revient de la liaison s'élève potentiellement à plusieurs euros par adhérent et par an, un niveau dissuasif.

Par ailleurs, le coût variable facturé en sus de l'éventuel forfait fixe varie entre 0,08 € et 1,38 € par décompte parmi les caisses de la MSA. Ce dernier niveau aurait été défini par des caisses de la MSA en vue de promouvoir le développement de flux « Noemie 3 » (liquidation par le RO pour le compte du RC) en lieu et place des simples flux « Noemie 1 » (transfert des informations du RO au RC)¹⁷.

La CCMSA a pour objectif d'harmoniser les pratiques des caisses, sans avoir abouti à ce stade.

Ces barrières limitent l'efficacité du processus de remboursement vu dans sa globalité puisqu'elles supposent un envoi des décomptes AMO à une fréquence élevée aux assurés, puis un renvoi par l'affilié à sa mutuelle et un traitement coûteux du décompte par cette dernière (incluant une nouvelle saisie des informations).

Tableau 6 : Exemple de coût de gestion d'une FSP et d'un décompte électronique par une complémentaire santé en 2012

Processus géré par l'AMC	Masse salariale directe	Coût de gestion global
Coût de traitement d'une FSP	4,29 €	9,52 €
Coût de traitement d'un décompte électronique	0,02 €	0,27 €

Source : Mission IGAS/IGF.

Note : en 2012, la majorité des décomptes simples ont déjà fait l'objet d'une dématérialisation, la part résiduelle des flux papier étant constituée principalement des actes non remboursables et des remboursements complexes impliquant l'examen de devis ou l'analyse de plafonds de dépenses.

Par rapport à la situation 100 % papier qui prévalait avant l'entrée des complémentaires dans le système Vitale, **la noémisation de l'intégralité des flux de décomptes** entre AMO et AMC est associée à un allègement du coût global de traitement des remboursements d'un montant estimé par la mission à 3,0Mds€¹⁸, répartis entre les différents acteurs :

- ◆ 1,5 Md€ pour le RC (en retenant un différentiel moyen de coût de traitement de 1,5 € pour un décompte électronique par rapport à un décompte papier, différentiel qui tient compte de 0,09 € versés à l'AMO) ;
- ◆ 0,2 Md€ pour le RO en économies d'édition et d'affranchissement (réduction du rythme d'envoi des relevés papier à un par trimestre au lieu d'un par mois, à raison de 46 millions d'assurés et de 0,51 € de coût de revient par envoi de relevé) et 0,1 Md€ au titre des recettes perçues ;
- ◆ 1,2 Md€ pour les assurés (en retenant des frais d'édition et d'affranchissement de 0,75 € et en valorisant 10 minutes de temps au SMIC horaire, avec un envoi effectué par mois à l'organisme complémentaire).

¹⁷ La facturation « Noemie 1 » de 12 décomptes par an (consommation moyenne en part complémentaire) à 1,38 € par décompte revient à 16,56 € par an. Ce niveau est proche de celui pratiqué par les caisses de la MSA pour une liquidation pour compte de tiers « Noemie 3 » (facturation de frais à hauteur de 5 % des 300 € à 400 € de prestations complémentaires annuelles liquidées, soit 15 à 20 €).

¹⁸ Hypothèses de volumétrie retenues :

- ◆ 1,5Md de flux de décomptes AMO ;
- ◆ 94 % de couverture RC des personnes ;
- ◆ 75 % de décomptes AMO de bénéficiaires d'une complémentaire faisant l'objet d'un remboursement au titre de la part complémentaire (hypothèse liée au retour des questionnaires de la mission).

Ceci amène à 1Md de décomptes AMO traités ensuite par l'AMC, sous forme papier ou électronique.

Annexe I

La mission retient comme hypothèse de « noémisation » actuelle la part des bénéficiaires des CPAM effectivement couverts par un flux Noemie, soit 75,7 %. **La part des bénéficiaires devant faire parvenir à leur complémentaire des relevés de remboursement de l'AMO est estimée à 12 %** (cf. encadré 1). Il s'agit d'une sous-estimation du taux moyen national, les échanges avec d'autres régimes s'avérant plus coûteux ou plus complexes à mettre en œuvre que ceux qui lient le RC aux CPAM¹⁹.

Dans cette hypothèse, **l'infrastructure Vitale et les échanges Noemie d'une part, la gestion par l'AMO de la CMU-C d'autre part, ont fait économiser 2,6Mds€** par rapport à un système qui reposerait uniquement sur des échanges papier.

La noémisation de l'intégralité des 12 % de bénéficiaires non couverts **pourrait générer 153 M€ d'économies supplémentaires pour les usagers et 191 M€ pour l'AMC**. Les **gains pour l'AMO seraient faibles, essentiellement liés aux recettes issues de la tarification Noemie²⁰ (12 M€ environ)**. En effet, des chantiers connexes de réduction de la fréquence des envois de relevés touchent l'ensemble des assurés et ne permettent pas d'escompter des gains supplémentaires en économies d'affranchissement du seul fait de l'extension de la couverture Noemie.

L'extension de la couverture des échanges Noemie 1 serait favorisée par la réduction du nombre d'opérateurs de l'AMO (en particulier par l'adossement des plus petites structures aux principaux acteurs, afin de limiter le nombre de conventions RO-RC), qui implique une réforme structurelle du secteur.

Sa généralisation suppose de mettre en œuvre plusieurs mesures :

- ◆ **conclure les conventions d'échange Noemie par régime au niveau national²¹** et non plus au niveau local, afin de garantir l'homogénéité des pratiques tarifaires et de limiter le coût (financier et administratif) des interfaces, lié actuellement à la démultiplication des points d'accès ;
- ◆ **harmoniser la tarification** en limitant sa partie fixe (réduite au coût estimé de mise en œuvre des conventions et d'initialisation des échanges) et en privilégiant un tarif variable par flux. Un tarif unique pour l'ensemble des caisses d'AMO pourrait être recherché, par mutualisation des coûts et des recettes liés aux flux Noemie 1 ;

¹⁹ Pour un organisme complémentaire, l'intérêt théorique de nouer des partenariats avec l'ensemble du secteur de l'AMO est limité par la multiplicité des interlocuteurs du RO, par l'hétérogénéité des règles tarifaires (exemple des caisses de la MSA), par la faible durée de séjour des assurés dans certaines caisses (régime étudiant) et par le tarif unitaire jugé parfois prohibitif de l'échange de données. L'intérêt est d'autant plus réduit que l'OC compte peu d'adhérents affiliés aux régimes obligatoires de taille modeste.

A titre d'illustration, pour les mutuelles étudiantes, la part des affiliés devant transmettre des relevés de prestations AMO papier à leur complémentaire a été estimée par la mission entre 19 % (MEP) et 38 % (VITTAVI, MGEL, UITSEM), contre 12 % des affiliés des CPAM.

Par exemple, 35,8 % des affiliés à la MGEL seulement bénéficient d'échanges dématérialisés entre le RO et leur complémentaire, alors que le taux de couverture des affiliés par une complémentaire est estimé à 85 % par la mutuelle. A ces 35,8 % s'ajoutent 9,6 % d'affiliés ayant souscrit un contrat RC à la MGEL et 1,9 % de bénéficiaires de la CMU-C pris en charge par la mutuelle. Au total, 47,3 % des étudiants bénéficient d'échanges électroniques entre RO et RC (soit 55,6 % de ceux ayant une complémentaire). **37,7 % des étudiants affiliés envoient des relevés de prestations papier à leur complémentaire, contre 12 % des affiliés des CPAM**.

Parmi les régimes interrogés, la MSA fait figure d'exception : le taux global de noémisation des bénéficiaires est supérieur à celui de la CNAMTS et s'élève à 89,9 % (en incluant les bénéficiaires de la CMU-C pris en charge par la MSA), se répartissant comme suit en 37,7 % d'échanges « Noemie 1 » et 52,2 % de flux « Noemie 3 ». En supposant que le taux de couverture complémentaire s'établisse à 94 %, seuls 4,1 % des affiliés doivent transmettre des décomptes papier à leur OC.

²⁰ En toute rigueur, le gain net doit être nul pour l'AMO : la tarification Noemie est en théorie effectuée au niveau du coût réel pour le régime obligatoire des échanges entre AMO et AMC.

²¹ Ou, à tout le moins, au niveau le plus élevé de regroupement des bases informatiques, si la constitution de bases dupliquées ou de bases asservies est jugée trop coûteuse

Annexe I

- ◆ conduire une étude **sur le coût réel des échanges Noemie 1** pour chaque caisse d'AMO (conventionnement, développements initiaux puis fonctionnement) et revoir, le cas échéant, la tarification moyenne pratiquée.

Encadré 1 : Etat des échanges Noemie 1 entre les CPAM et le RC en 2011

3 236 organismes complémentaires différents ont signé les conventions type d'échange Noemie avec l'assurance maladie.

Sur 55 248 697 bénéficiaires gérés par les CPAM, 42 737 474 sont couverts par un échange Noemie entre l'AMC et l'AMO (**soit 77,4 %**).

Parmi les bénéficiaires couverts, 902 492 ne sont pas actifs pour des problèmes contractuels dits de « chevauchement » de contrats entre plusieurs OC, soit 2,1 % des personnes couvertes et 1,6 % des bénéficiaires des CPAM. Un chevauchement se produit lorsque la CPAM reçoit une demande d'échanges d'un OC alors qu'un autre contrat valide est déjà actif pour le même bénéficiaire. Dans ce cas et dans le cadre du régime de responsabilité de l'AMO, il est prévu de suspendre tout envoi et de demander aux OC la mise à jour de leurs fichiers respectifs d'adhérents avant la reprise du service Noemie.

La part de bénéficiaires effectivement couverts **par un flux électronique AMO-AMC s'élève ainsi à 75,7 %**.

En retenant un taux de couverture complémentaire de 94 %, les 22,6 % de bénéficiaires non couverts par un échange Noemie se répartissent en :

- ◆ 6,0 % de bénéficiaires non couverts par une complémentaire ;
- ◆ 6,3 % de bénéficiaires de la CMU-C (3 496 959 en 2012) pris en charge par le régime général, pour lesquels aucun échange d'informations entre RO et RC n'est requis ;
- ◆ 10,3 % de bénéficiaires pour lesquels il n'existe pas de liaison Noemie entre AMO et AMC : soit la mutuelle n'a pas signé de convention d'échange avec l'AMO, soit elle n'a pas intégré l'adhérent au fichier des clients couverts par la convention.

Au total, **11,9 % des bénéficiaires du régime obligatoire gérés par les CPAM se voient contraints d'avoir recours à l'envoi de décomptes papier du RO pour obtenir le remboursement de la part complémentaire** (10,3 % non couverts par une convention Noemie et 1,6 % victimes d'un chevauchement de contrats).

Source : CNAMTS

1.3. La réduction d'un tiers du taux de rejets des prestations en nature est associée à un gain potentiel supplémentaire de 1 600 ETP à la CNAMTS

1.3.1. Les taux de rejets des flux électroniques sont compris entre 1,2 % et 9,1 % selon les régimes et s'élèvent à 2,3 % à la CNAMTS

Le coût de traitement des prestations en nature reçues par l'AMO sous forme électronique est directement lié au taux de rejets et dans une moindre mesure au taux de signalements (impliquant une validation manuelle de l'agent) qui s'appliquent aux flux entrants.

Interrogées par la mission, les caisses d'assurance maladie obligatoire ont fait connaître des taux de rejet des flux électroniques compris en 2012 entre 1,2 % (Apria Gamex) et 9,1 % (SMEREP), autour d'une moyenne de 2,5 % légèrement supérieure au taux de 2,3 % constaté pour la CNAMTS.

Les taux élevés des régimes étudiants sont liés à la rotation des assurés : les droits erronés des assurés représentent par exemple 80 % des causes de rejets à la SMEREP, contre 16 % à la CNAMTS.

Annexe I

Tableau 7 : Taux de rejets relevés par les régimes d'AMO sur les flux électroniques en 2012

Caisse de rattachement	Pourcentage de rejets sur flux externes (B2 et FSE)	Nombre de bénéficiaires
CNAMTS	2,3 %	54 625 320
MGEN	3,2 %	2 894 298
Apria RSI	1,7 %	2 281 752
LMDE	8,4 %	928 521
CNMSS	3,4 %	874 985
CPRSNCF	2,0 %	533 378
CAMIEG	2,8 %	513 866
SMEREP	9,1 %	175 822
Apria Gamex	1,2 %	169 891
CANSSM	6,5 %	153 679
CRPCEN	1,8 %	122 228
ENIM	2,7 %	102 864
CAVIMAC	3,7 %	44 664
Total	2,5 %	63 421 268

Source : Questionnaire IGAS/IGF.

Les données portant sur la CNAMTS font valoir en 2012 un taux d'anomalie des flux B2 dégradés (non certifiés par la carte vitale et/ou par la CPS) près de cinq fois supérieur à celui des flux FSE sécurisés (6,0 % de factures en anomalie pour les flux B2 contre 1,3 % pour les FSE).

Le taux d'équipement des affiliés et l'utilisation de la carte vitale constituent dès lors des enjeux majeurs pour les caisses d'assurance maladie obligatoire en vue limiter le coût de traitement des remboursements, au-delà de la dématérialisation des flux.

Tableau 8 : Taux de rejets des factures électroniques à la CNAMTS en fonction de leur caractère sécurisé (FSE) ou non (B2)

Taux de factures FSE en anomalie	Taux de factures B2 en anomalie	Taux pondéré de factures électroniques (FSE et B2) en anomalie
1,32 %	5,98 %	1,95 %

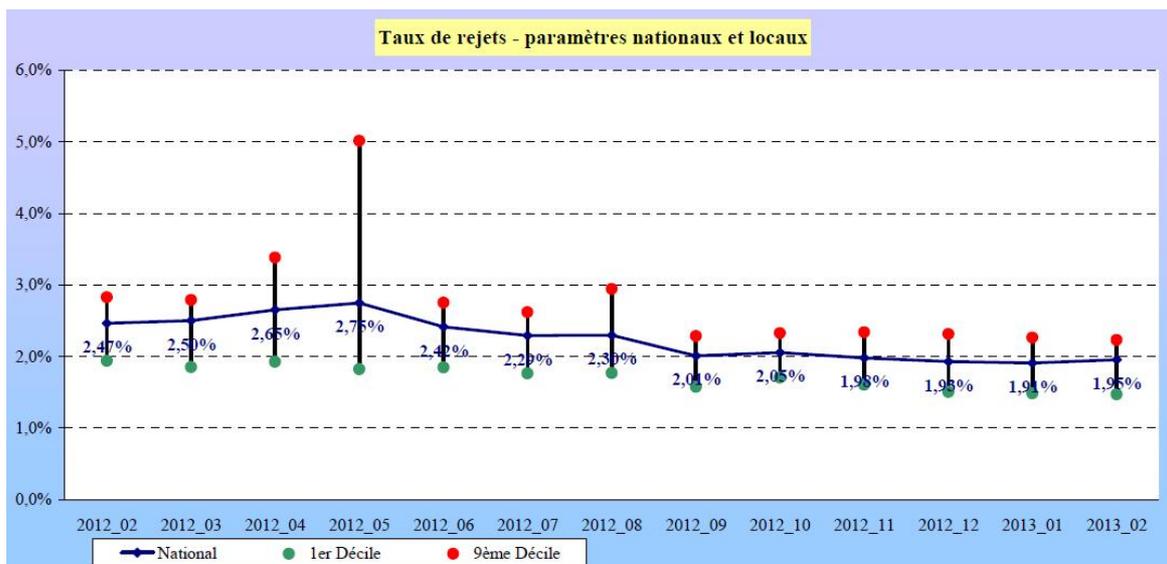
Source : CNAMTS.

NB : le taux de factures rejetées est inférieur au taux de rejet calculé par ratio entre le nombre d'anomalies et le nombre de factures. En effet, une même facture peut comporter plusieurs anomalies.

Entre 2011 et 2012, le taux de rejets sur les flux électroniques a baissé de 5 % à la CNAMTS, passant de 2,44 % à 2,32 %. Cette baisse est attribuable à la part croissante de FSE et à des actions spécifiques en direction des professionnels de santé (explicitation des motifs de rejets en vue d'en limiter le retour et les occurrences ultérieures).

Les taux de rejets des CPAM varient de 20 % à la hausse (9^{ème} décile) et à la baisse (1^{er} décile) autour de la moyenne nationale.

Graphique 4 : Evolution du taux de rejets à la CNAMTS entre février 2012 et février 2013



Source : CNAMTS

La décomposition en motifs de rejets à la CNAMTS fait apparaître trois sources de rejets qui peuvent faire l'objet d'une action spécifique préventive de l'AMO :

- ◆ erreur dans les droits de l'assuré (17 % des rejets), liée à une différence entre les informations de la base de l'AMO et celles utilisées pour la facturation (issues de la carte Vitale ou de la base de données du PS, elles sont désynchronisées) ;
- ◆ erreur dans les modalités de calcul de la facture ou nouvelle transmission d'une facture déjà payée (11 % des rejets) ;
- ◆ erreur dans l'identification du PS (5 % des rejets).

L'accès aux droits de l'assuré et la facturation en ligne par le professionnel de santé permettent de traiter ces trois types de rejets en amont de l'émission de la FSE. Ces deux services rompent avec le principe de facturation asynchrone liée au support physique de la carte vitale. Ils supposent de développer une nouvelle infrastructure de traitement en direct des flux, ainsi que de nouveaux téléservices. L'AMO s'est engagée dans ces chantiers par le biais du schéma directeur informatique de la CNAMTS, validé par la direction de la sécurité sociale en 2011. Ce dernier comporte deux axes tournés vers les partenaires extérieurs : le « programme 1 » (téléservices à destination des assurés) et **le « programme 2 » (téléservices à destination des professionnels de santé)**. Les services d'accès aux droits et de facturation en ligne figurent au sein du « programme 2 » (également dénommé « Calypso »), avec un déploiement progressif prévu à partir de 2013 par type de service et par catégorie de professionnel de santé.

Tableau 9 : Motifs de rejets des flux FSE et B2 à la CNAMTS

Motif de rejet	Nombre de rejets (en milliers)	Part des rejets
Part des rejets liés à des droits erronés de l'assuré	4 183	17,3 %
Assuré absent de la BDO (Rejet 250050)	883	3,7 %
Assuré non géré par la caisse (Rejet 170050)	478	2,0 %
Bénéficiaire inconnu dans la BDO (Rejet 270051)	783	3,2 %
ETM non trouvée en BDO (Rejet 450054)	1 169	4,8 %
ETM connue BDO non transmise (Rejet 450056)	580	2,4 %
ETM en BDO mais non transmise (Rejet 450082)	290	1,2 %
Part des rejets dus à la facturation	2 706	11,2 %
Facture déjà payée (Rejet 2900005)	831	3,4 %

Annexe I

Motif de rejet	Nombre de rejets (en milliers)	Part des rejets
<i>Facture déjà en traitement iris (Rejet 180051)</i>	1 171	4,9 %
<i>Ecart taux demandé / taux calculé (Rejet 700060)</i>	572	2,4 %
<i>Prix unitaire erroné (Rejet 2600850)</i>	131	0,5 %
Part des rejets liés à l'identification du PS	1 213	5,0 %
<i>Prescripteur inconnu dans répertoire national (Rejet 460051)</i>	993	4,1 %
<i>Prescripteur établissement inconnu (Rejet 460053)</i>	219	0,9 %
Total des rejets	24 122	100,0 %

Source : CNAMTS.

1.3.2. Au-delà de la dématérialisation des FSP, les économies potentielles liées à la réduction du taux de rejet des flux électroniques sont comprises entre 67 et 147 M€ par an à l'horizon 2017

La CNAMTS a transmis à la mission des estimations portant sur le coût de la phase de développement du « programme 2 » et sur les gains attendus en année pleine, à l'horizon 2017.

Entre 2010 et 2017, le développement des services du programme 2 est associé à 90 M€ de coûts cumulés, pour 160 M€ de recettes. A l'horizon 2017, le gain est estimé à 66 M€ en année pleine, réparti en **41 M€ de frais de gestion** (912 ETP, dont 579 liés à l'accès aux droits et à la facturation en ligne) et 25 M€ d'économies sur les prestations (en lien avec le développement de référentiels et d'outils de lutte contre la fraude), contre 10 M€ de coûts récurrents. Le gain net s'élève ainsi d'après la CNAMTS à 56 M€ par an pour l'ensemble des services du programme 2. Il repose sur l'hypothèse de transit de 90 % des flux hors pharmaciens par les nouveaux outils à la fin de l'année 2017. La CNAMTS estime que les pharmaciens, qui bénéficient déjà de circuits de tiers payant efficaces et dont l'activité suppose une réactivité instantanée, ne sont pas susceptibles d'adopter les nouveaux outils dans les quatre prochaines années.

Tableau 10 : Estimation par la CNAMTS des gains annuels en ETP à l'horizon 2017 en lien avec le développement des services du programme 2

Service développé	Processus métier concerné	Gains annuels en ETP au terme de la période 2013-2017
Avis d'arrêt de travail en ligne	PE	172
Protocole de soins électronique	PN	123
Déclaration médecin traitant électronique	Gestion du fichier	38
Accès aux droits et facturations en ligne pour les transports	PN	130
Accès aux droits et facturations en ligne pour les autres catégories de PS	PN	449
Total	-	912

Source : CNAMTS.

Pour chiffrer les gains potentiels liés spécifiquement à la réduction du taux de rejet à la CNAMTS en neutralisant l'effet dû à l'évolution du taux de FSP, la mission émet l'hypothèse que l'intégralité des 1,26 milliard feuilles de soins sont transmises au format électronique (FSE ou B2) à l'horizon 2017. A productivité fixée au niveau de 2012 et à taux de rejets constant, 4 600ETP seraient employés au traitement des rejets de ces flux électroniques.

Annexe I

Selon l'ampleur de la réduction du taux de rejets projetée à l'horizon 2017, comprise entre 23 % et 50 %, les économies en ETP directs pour la CNAMTS s'échelonnent entre 1 040 et 2 300 en année pleine, soit 52 à 115 M€ par an en masse salariale chargée et frais de fonctionnement directs selon quatre scénarios :

- ◆ la poursuite de la tendance à la baisse du taux de rejets à hauteur de 5 % par an par des actions de prévention (clarification des retours faits aux PS, sensibilisation aux motifs de rejets) est associée à un taux de rejet à l'horizon 2017 de 1,80 % et à des économies de 52 M€ par an pour la CNAMTS ;
- ◆ le développement de services d'accès aux droits en ligne et de facturation en ligne (prévus dans le cadre du « programme 2 » de la CNAMTS) permet d'envisager la suppression de 34 % des causes de rejets observées en 2012, soit un taux de rejet en 2017 de 1,54 % et des économies annuelles de 77 M€ pour la CNAMTS ;
- ◆ la généralisation du recours à la carte vitale et à la carte CPS par des actions incitatives, voire coercitives, vis-à-vis des PS et des usagers permettrait de substituer des flux sécurisés aux flux B2, lesquels sont associés à un taux de rejet plus élevé. La réduction du taux global de rejet s'élèverait à 38 % en 2017, pour 87 M€ d'économies annuelles pour la CNAMTS ;
- ◆ une combinaison des trois axes précédents devrait permettre de réduire de moitié le taux de rejets par rapport au niveau de 2012, pour des gains estimés à 115 M€ pour la CNAMTS.

L'estimation de la CNAMTS d'une réduction de 579 ETP correspond à la réalisation à hauteur de 38 % du deuxième scénario lié à la généralisation de l'accès aux droits en ligne et de la facturation en ligne.

Pour calculer les gains sur le périmètre de l'AMO dans son ensemble, les gains calculés sur la seule base des coûts directs de la CNAMTS (masse salariale et frais de fonctionnement estimés à 50 k€ par ETP) sont majorés de 28 %²², au prorata du nombre de décomptes. Ils sont compris entre 67 M€ et 147 M€ par an et cumulables avec ceux calculés au paragraphe 2.1.1. pour la dématérialisation des FSP hors gains de productivité.

Tableau 11 : Gains potentiels associés à la réduction du taux de rejet des flux électroniques

Scénario	Réduction du taux de rejet en 2017 par rapport au niveau de 2012 (2,32 %)	Taux de rejets des flux électroniques en 2017	Gains en ETP directs liés à la réduction du volume de rejets à la CNAMTS	Economie annuelle en coûts directs à l'horizon 2017 pour la CNAMTS (en M€)	Economie annuelle totale à l'horizon 2017 pour l'AMO (en M€)
Baisse de 5 % par an entre 2012 et 2017	23 %	1,80 %	1 040	52	67
Accès aux droits en ligne et facturation en ligne	34 %	1,54 %	1 544	77	99
Alignement sur le taux observé en 2012 pour les FSE	38 %	1,44 %	1 744	87	112

²² La CNAMTS a traité en 2011 1,17Md de décomptes sur un total de 1,50Md pour l'ensemble des régimes.

Annexe I

Scénario	Réduction du taux de rejet en 2017 par rapport au niveau de 2012 (2,32 %)	Taux de rejets des flux électroniques en 2017	Gains en ETP directs liés à la réduction du volume de rejets à la CNAMTS	Economie annuelle en coûts directs à l'horizon 2017 pour la CNAMTS (en M€)	Economie annuelle totale à l'horizon 2017 pour l'AMO (en M€)
Réduction de moitié du taux de rejets par rapport au niveau de 2012	50 %	1,16 %	2 299	115	147

Source : Calculs de la mission IGAS/IGF.

1.4. Les économies liées à la dématérialisation des prestations en espèces sont comprises entre 117 et 282 M€ par an à l'horizon 2017

1.4.1. Les CPAM, qui traitent 91 % des arrêts de travail maladie, ont connu entre 2006 et 2011 des gains de productivité douze fois inférieurs dans la gestion des PE à ceux constatés dans la liquidation des PN

En fonction des spécificités des publics qui leur sont affiliées, les caisses d'assurance maladie sont amenées à prendre en charge la gestion et le versement de prestations en espèces au titre des arrêts maladie et AT-MP :

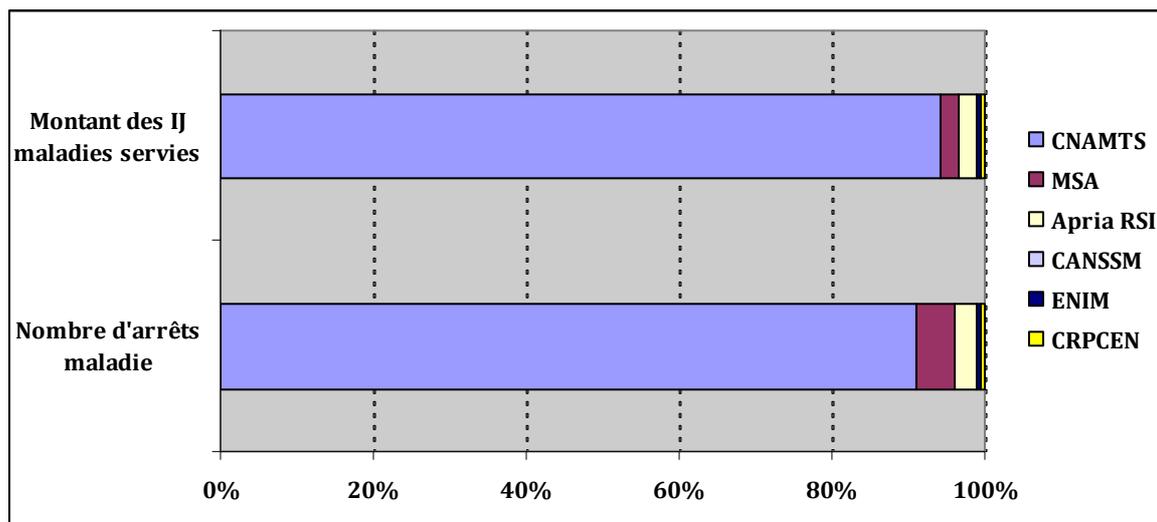
- ◆ étudiants, fonctionnaires, militaires, exploitants agricoles, professions libérales : aucun versement et aucun traitement de prestations pour le compte de l'employeur ne sont effectués par le RO. Les fonctionnaires et militaires bénéficient d'un maintien de salaire assuré par leur employeur ;
- ◆ agents de la RATP et de la SNCF : les caisses sont amenées à recevoir et saisir les arrêts de travail. La liquidation et le versement des prestations sont pris en charge par l'employeur ;
- ◆ salariés du secteur privé affiliés des CPAM et de la MSA, artisans et commerçants affiliés au RSI, assurés de l'ENIM et de la CANSSM : les indemnités journalières (IJ) sont gérées et versées par le RO.

En raison de ces règles, la gestion des IJ maladie est un sujet qui intéresse majoritairement les CPAM au sein du secteur de l'assurance maladie. Avec 6,8 millions d'arrêts par an et 6,2 Md€ versés (soit en moyenne 907 € par arrêt), **les CPAM représentent respectivement 91 % et 94 % du total pris en charge par le RO²³.**

²³ La mission n'a pas retenu dans ces ratios la CCAS RAPT et la CPRSNCF (liquidation effectuée par l'employeur), ni les mutuelles de l'AROCMUT qui n'ont pas répondu au questionnaire qui leur a été envoyé.

Annexe I

Graphique 5 : Poids relatif des caisses d'assurance maladie dans le traitement des IJ maladie



Source : Questionnaire IGAS/IGF.

En 2011, **8 957 ETP sont affectés aux processus de gestion de revenus de substitution** dans le réseau des CPAM²⁴ dont ils représentent 16,7 % des 53 716 agents. Parmi ces effectifs, 51 % prennent en charge le règlement des IJ maladie et maternité (4 533 ETP) et 13 % celui des IJ AT-MP (1 146 ETP).

Tableau 12 : Effectifs consacrés à la gestion des prestations en espèces dans les CPAM

Processus	ETP affectés	Part du processus
Fichier Assurés - Matérialité AT/MP	2 025	23 %
Règlements IJ Maladie-Maternité-Paternité	4 533	51 %
Règlements IJ AT-MP	1 146	13 %
Règlements rentes	500	6 %
Règlements pensions invalidité	670	7 %
Règlements capital décès	84	1 %
Total	8 957	100 %

Source : CNAMTS-comptabilité analytique des CPAM.

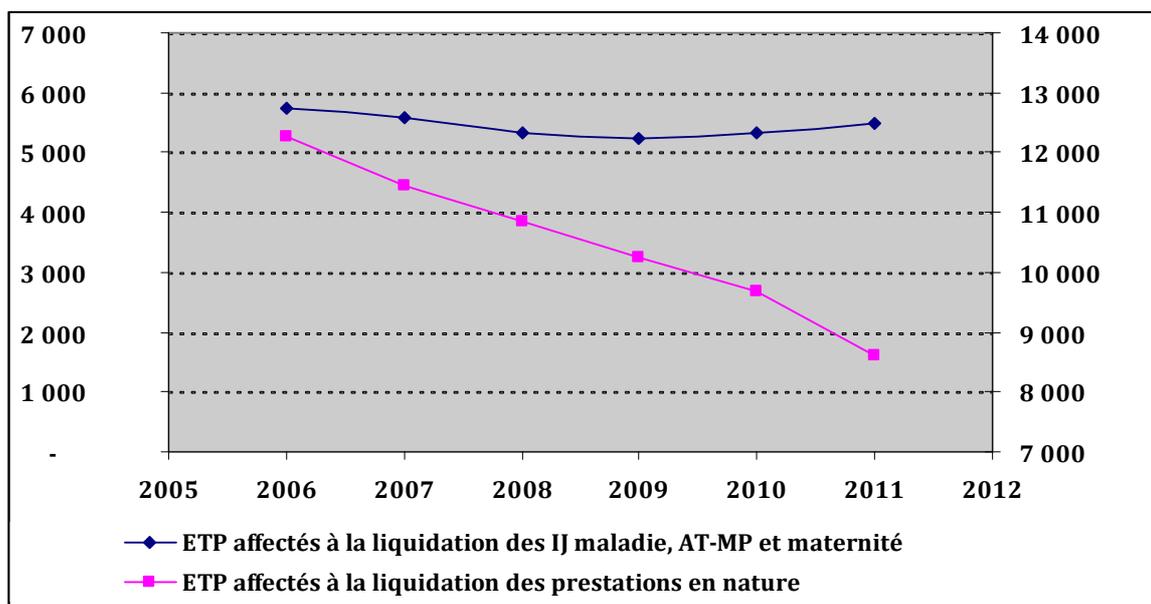
En 2011, la liquidation des PE maladie dans les CPAM s'avère 24 fois plus consommatrice d'effectifs par euro versé que celle des PN en masse salariale et coûts directs²⁵.

Sur le seul champ des CPAM, les effectifs dédiés à la liquidation des prestations en nature ont baissé entre 2006 et 2011 de 29,7 % (de 12 860 à 8 621), pour un nombre de décomptes en hausse de 7,8 %. Ces évolutions se traduisent en 53,3 % de gains de productivité à la faveur de la montée de la dématérialisation des feuilles de soins (réduction de 20,3 % à 11,6 % de la part des FSP). Sur la même période, les effectifs affectés à la liquidation des IJ maladie, maternité et AT MP ont baissé de 4,4 % (de 5 746 à 5 491), pour un nombre de journées indemnisées au titre de la maladie stable. **Les gains de productivité ont ainsi été douze fois supérieurs dans le champ des PN à ceux réalisés en gestion des PE (tous risques confondus) sur les années 2006-2011.**

²⁴ Incluant CGSS et CSS de Lozère.

²⁵ D'après la comptabilité analytique des CPAM et CGSS, en 2011, 498 M€ de coûts ont été consacrés à la gestion de 145,7Mds€ de prestations en nature (soit 0,34 % de frais directs de gestion hors informatique) contre 512 M€ de coûts à la gestion de 6,2Mds€ de prestations en espèces liées spécifiquement à la maladie (soit 8,24 % de frais directs de gestion hors informatique).

Graphique 6 : Evolution entre 2006 et 2011 des effectifs des CPAM affectés à la liquidation des prestations en nature et des prestations en espèces



Source : Données CNAMTS – calculs IGAS/IGF.

Les 5 679 agents affectés en 2011 à la liquidation des PE (5 491 pour les CPAM hors CGSS) doivent effectuer un nombre réduit d'opérations dont la complexité est liée à la collecte des informations et à la réglementation (conditions d'affiliation, modes de calcul) :

- ◆ contrôle et saisie de l'arrêt de travail : vérification de la recevabilité de la demande et du respect du délai de 48 heures dont dispose l'assuré pour envoyer l'arrêt qui lui a été remis par le médecin ;
- ◆ vérification des droits du bénéficiaire ;
- ◆ collecte et saisie des informations de paye et de cotisations ;
- ◆ liquidation et paiement.

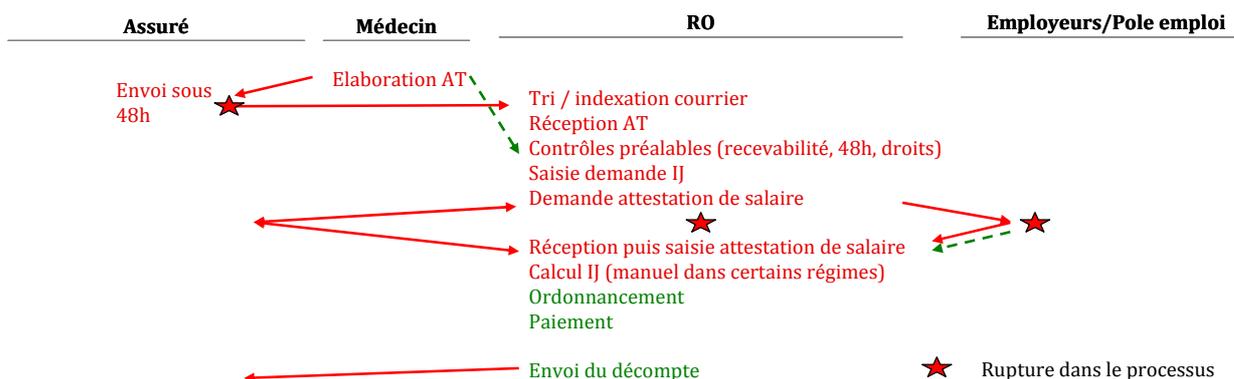
Dans les CPAM visitées (Rouen, Rennes, Nanterre), les agents rencontrés ont indiqué que leur principale difficulté et source de consommation de temps résidait dans l'obtention des éléments nécessaires à la liquidation. Les services ou les agents ont mis en place des systèmes de rappels destinés à relancer l'assuré ou son employeur au bout de durées déterminées (avec, le plus fréquemment, une échéance à 21 jours). Les pièces reçues sont conservées dans des zones tampons, recherchées, revérifiées et abondées à chaque réception d'un nouvel élément. La liquidation intervient une fois le dossier complété.

La mission considère que la dématérialisation poussée des échanges entre les parties (médecin, employeur, assuré et caisse d'assurance maladie) et la simplification de la réglementation peuvent dans le domaine des PE se traduire par des gains d'efficacité comparables à ceux déjà constatés dans la liquidation des prestations en nature.

En particulier, **l'objectif à moyen terme peut consister à traiter une majorité des cas sous forme d'une liquidation intégralement automatisée.** A l'image de la différence entre le traitement d'une FSP et celui d'une FSE, **les besoins en effectifs pour les volumes d'IJ entièrement dématérialisés pourraient être réduits d'un ordre de grandeur compris entre dix et vingt.**

Annexe I

Graphique 7 : Décomposition des échanges et des étapes du processus de liquidation d'une indemnité journalière



Source : Mission IGAS/IGF.

AT : Arrêt de travail

Note de lecture : figurent en vert les opérations automatiques et les transmissions réalisées sous forme électronique, et en rouge les opérations manuelles et les transmissions au format papier. Les pointillés représentent des flux électroniques possibles en remplacement des envois de pièces papier, à l'initiative du médecin ou de l'employeur.

La liquidation de la prestation repose jusqu'en 2011 sur l'arrivée de flux papier d'arrêts de travail et d'attestations de salaires. Ces éléments sont saisis dans l'application métier dédiée à la liquidation des indemnités journalières (PROGRES PE).

A partir de 2010, la CNAMTS engage plusieurs chantiers organisationnels et techniques en vue d'augmenter la productivité du processus de liquidation des PE, qui ont fait l'objet d'un recensement et d'une analyse par la Cour des comptes en juillet 2012²⁶ :

- ◆ dans le cadre de la réorganisation du réseau opérée en 2010, **incitation des CPAM à regrouper l'activité** d'enregistrement des arrêts de travail et de liquidation des IJ sur un nombre réduit de sites et **à accroître la spécialisation des agents**. Ce mouvement se traduit dans certains cas par une mutualisation de la liquidation des indemnités journalières entre caisses (exemple des CPAM de Macon et de Nevers en 2012) ;
- ◆ **homogénéisation du processus métier** provoquée par le déploiement du contrôle interne au sein du réseau de la CNAMTS. Le plan de maîtrise socle IJ (PMS IJ) conduit les caisses à structurer ce processus, sous la responsabilité d'un pilote, et à responsabiliser les techniciens sur les points de suivis. Une mission confiée à la CPAM de Bayonne propose des solutions d'optimisation du processus de gestion ;
- ◆ déploiement d'outils de **dématérialisation des arrêts de travail à la source** : l'avis de travail dématérialisé (dit « AAT ») est mis en ligne à l'automne 2010 sur « Espace pro » pour les seuls arrêts maladie. Le taux de dématérialisation des AAT constaté fin 2011 était marginal, compris entre 1,5 % et 3,5 %²⁷. Fin 2011, la CNAMTS déploie un nouvel outil plus ergonomique, « AAT en 5 clics », intégrant par ailleurs des durées d'arrêts de travail indicatives par pathologie. Fin 2012, 14 % des arrêts de travail sont transmis sous forme dématérialisée. Disponible initialement sur « Espace pro » (avec l'obligation d'une connexion supplémentaire du médecin en sus de la connexion Vitale), **le service est intégré en janvier 2013 aux logiciels de deux éditeurs** pour en faciliter l'adoption par les médecins²⁸ ;

²⁶ « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie », Cour des comptes, juillet 2012.

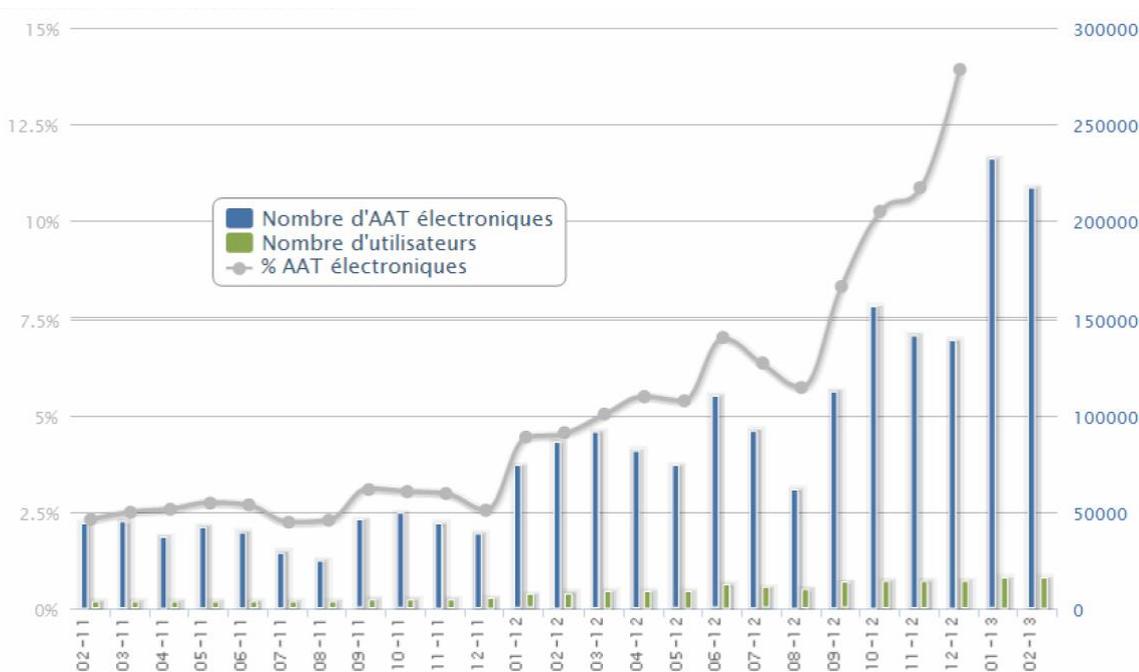
²⁷ Source : Cour des comptes, rapport précité.

²⁸ Seuls 483 utilisateurs de la version intégrée (« AATi ») étaient recensés en février 2013 par la CNAMTS, un chiffre amené à croître avec l'adoption progressive des PS et l'extension en cours à neuf autres éditeurs.

Annexe I

- ◆ développement de la **dématérialisation des attestations de salaires** à la source (DSIJ) : la solution proposée aux entreprises consiste à ce jour à renseigner un formulaire en ligne sur le portail Net-entreprise. Un « injecteur DSIJ » intègre les éléments de la déclaration de salaire dans l'outil métier PROGRES, fluidifiant la liquidation de l'indemnité journalière. La DSIJ a connu un déploiement rapide : 67 % des attestations sont dématérialisées fin 2011 et 70 % fin 2012, un succès que la CNAMTS attribue notamment à l'implication des experts-comptables ;
- ◆ **numérisation et consultation sur poste informatique des arrêts de travail et attestations de salaires transmis en format papier** aux CPAM : l'application DIADEME, déployée à partir de 2010, a été étendue fin 2011 à la moitié des caisses et fin 2012 à l'ensemble du réseau²⁹. La numérisation des pièces implique une centralisation et une réorganisation du service courrier ; elle permet d'accéder et de compléter tout dossier au fur et à mesure de la transmission d'éléments sans rechercher d'éléments papier ; elle permet enfin la répartition des tâches entre agents, voire entre structures, sans échanges de dossiers physiques.

Graphique 8 : Le taux de dématérialisation de l'arrêt de travail est passé de 2,5 % en février 2011 à 13,9 % en décembre 2012 suite à la simplification de l'outil de déclaration



Source : CNAMTS.

Les gains en ETP associés aux projets de dématérialisation à la source des attestations de salaires et des arrêts de travail sont estimés par la CNAMTS à respectivement 165 ETP et 120 ETP pour l'ensemble des CPAM au titre des années 2011 à 2013, **soit 285 ETP au total et 5 % des 5 679 ETP dédiés à la liquidation des IJ maladie et AT-MP.**

²⁹ La CPAM des Hauts-de-Seine fait figure d'exception, en ayant retenu un outil de numérisation différent dès 2007. Elle recherchait une solution technique à même de dématérialiser l'ensemble des flux entrants avec une indexation légère, contre un périmètre plus réduit et une indexation en amont plus exhaustive pour Diadème.

Annexe I

A ce stade, les gains de productivité sont limités par plusieurs facteurs :

- ◆ le taux de reconnaissance de caractères de l'outil DIADEME est faible³⁰. Dans les CPAM visitées, la quasi-intégralité des informations est ressaisie au moment du vidéocodage³¹, avec toutefois une productivité élevée (absence de manipulation de pièces papier, sélection automatique des champs, effectifs en CDD renouvelés régulièrement pour éviter leur lassitude) ;
- ◆ les données reconnues ou saisies dans DIADEME ne sont pas injectées automatiquement dans les outils métiers des CPAM (« PROGRES » pour la liquidation des IJ et « HIPPOCRATE » pour le contrôle médical) et requièrent une ressaisie manuelle. La CNAMTS a indiqué programmer de remédier à cette situation fin 2013, une échéance décalée d'un an par rapport à l'objectif défini début 2012 ;
- ◆ de façon plus générale, la CNAMTS considère que « PROGRES PE », contrairement à son homologue « PROGRES PN » dédié aux prestations en nature, constitue un outil vieillissant non conçu pour supporter des injections de données massives de sources extérieures ;
- ◆ la part des entreprises utilisant la DSIJ via le portail Net-entreprises atteint un palier autour de 70 % d'attestations dématérialisées, qui prennent actuellement la forme d'une saisie d'éléments pour chaque salarié par son employeur. La CNAMTS vise la mise en place d'échanges de fichiers électroniques directs avec les logiciels de paye des entreprises (EDI machine). La généralisation programmée au 1^{er} janvier 2016 de la déclaration sociale nominative (après le passage d'entreprises dès 2013 sur la base du volontariat) permet d'envisager couvrir de façon dématérialisée à l'horizon 2017 près de 90 % des données de gain journalier des salariés³² ;
- ◆ l'injection automatique des données des attestations de salaires dématérialisées dans PROGRES, initiée début 2012 dans l'ensemble des caisses, permet d'après les CPAM rencontrées une liquidation sans reprise manuelle de 40 % à 50 % des arrêts dont l'attestation est télétransmise, **soit 28 % à 35 % des arrêts liés à la maladie**. L'injecteur vérifie et intègre dans PROGRES trois éléments : les salaires des trois derniers mois, les heures de travail réalisées (seuil de 200 heures) et l'existence ou non d'une subrogation. La principale cause de rejet de l'injection (50 % des échecs) résulterait d'après les témoignages des CPAM de la superposition de périodes de déclaration de paye : si deux arrêts maladie successifs interviennent à moins de trois mois d'écart, l'injection des données de salaire, qui se recouvrent partiellement, échoue. Les CPAM ont indiqué que leurs demandes de développement d'une solution n'ont pas abouti à la mise en place d'un « quick-win ».

³⁰ La mission a dressé le même constat pour l'application Synergie, censée numériser et reconnaître les FSP en vue d'en faciliter la liquidation. L'enjeu relatif est toutefois moindre pour les FSP qui représentent 10 % des flux PN que pour les arrêts de travail qui sont transmis à 87 % au format papier.

Dans les CPAM visitées, la mission a pu constater que les deux outils Synergie et Diadème sont excessivement sensibles à la localisation des champs (un décalage d'un demi-centimètre de la feuille scannée lors de sa numérisation entraîne la nullité de la reconnaissance automatique) et largement en deçà des 99 % de taux de reconnaissance revendiqués par des logiciels grand public pour la lecture de champs imprimés. La reconnaissance des champs manuscrits, enfin, est proche de zéro pour les lettres.

La mission reconnaît toutefois le respect par l'outil Synergie de la confidentialité des données médicales, qui sont masquées aux utilisateurs non habilités. A la CCAS RATP, le champ comportant les motifs médicaux de l'arrêt demeure en effet visibles de l'ensemble des agents, médicaux ou administratifs, du fait de limitations techniques de l'outil informatique de la MSA.

³¹ Le vidéocodage consiste à faire saisir dans l'outil Diadème une partie des informations par des techniciens généralistes en vue de leur aiguillage et de leur utilisation ultérieure par les agents spécialisés en charge de la liquidation.

³² Les salariés d'employeurs particuliers (CESU) et les salariés de plusieurs employeurs représentent d'après la CPAM de Nanterre 3,5 % des arrêts de travail. Il convient d'ajouter environ 9 % de chômeurs pour lesquels les dernières données de paye doivent être recherchées. Ce dernier point souligne l'importance du stockage sur plusieurs années des informations issues de la DSN pour l'assurance maladie.

Ainsi, mi-2013, **les agents des CPAM doivent saisir 86 % des arrêts de travail et 65 % à 70 % des données de paye**, en dépit des taux de pénétration croissants des déclarations en ligne.

1.4.2. La part des dossiers complexes, qui ne peuvent faire l'objet d'une liquidation automatisée, est comprise entre 15 % et 40 % et conditionne le niveau des économies attendues

Les projets de modernisation du processus de traitement des indemnités journalières conduits par la CNAMTS visent à **alimenter automatiquement les outils métiers PROGRES et HIPPOCRATE**. A l'image de la liquidation des PN, la gestion de la masse des dossiers simples (employeur unique, droits ouverts, arrêt de travail et données de paye télétransmises ou scannées) pourrait s'opérer sans intervention manuelle, avec des gains de productivité conséquents à la clé.

La proportion des situations professionnelles complexes n'a pas été évaluée par la mission. Elle a été estimée à 10 % à 15 % des arrêts par la Cour des comptes³³ sur la base d'avis de techniciens. Elle est due à la vérification des droits et au calcul de l'assiette dans les principaux cas suivants :

- ◆ alternance de périodes d'activité et de périodes de chômage ;
- ◆ chômeurs ;
- ◆ apprentis et salaires avec primes ;
- ◆ multi-employeurs (simultanément ou successivement) ;
- ◆ employeurs particuliers (CESU) ;
- ◆ régularisations tardives de cotisations de la part de l'employeur à l'occasion de la déclaration de l'arrêt ;
- ◆ calcul de cotisations forfaitaires.

La Cour indique que « le type d'anomalies nécessitant une reprise manuelle des dossiers conduit les caisses à évaluer à 40 % environ la proportion de dossiers qui ne pourront être intégrés automatiquement à réglementation constante. »

D'après les responsables de la CPAM de Nanterre, **le taux de dossiers complexes qui ne pourrait pas faire l'objet d'une liquidation automatisée serait plus proche de 15 %.**

Pour chiffrer les gains potentiels à l'horizon 2017, la mission émet les hypothèses suivantes par rapport à la situation des CPAM en 2011 :

- ◆ en 2011, un dossier complexe requiert quatre fois plus de temps de traitement qu'un dossier simple³⁴ ;
- ◆ le temps de travail requis pour le traitement des 60 % de dossiers les plus simples est divisé par dix en 2017 grâce à une liquidation automatisée, un ratio comparable à celui observé pour les PN ;
- ◆ le temps consacré par dossier complexe est réduit de 20 % grâce à la limitation des tâches de saisie et à la suppression des recherches de pièces conservées au format papier.

Par ailleurs, la mission suppose qu'en 2017 :

³³ Source : « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie », Cour des comptes, juillet 2012.

³⁴ Les normes de productivité de la CPAM de Nanterre mettent en évidence un écart plus réduit, de l'ordre de 1 à 3 entre des dossiers simples (60 dossiers par jour par agent pour la liquidation d'indemnités journalières maladie d'un salarié dont l'entreprise assure la subrogation) et des dossiers complexes (25 dossiers par jour et par agent).

Annexe I

- ◆ la totalité des arrêts de travail sont télétransmis ou scannés et injectés directement dans PROGRES ;
- ◆ les attestations de salaire sont injectées automatiquement dans PROGRES pour les cas simples ;
- ◆ le nombre d'arrêts est comparable à celui relevé en 2011 (soit 6,8 millions d'arrêts).

Dans ces conditions, la baisse d'effectifs s'élève potentiellement à 34 % des effectifs par rapport à la base de 2011, soit 1 910 ETP sur les 5 679 consacrés à la liquidation des IJ des trois types (maladie, maternité, AT-MP)³⁵.

Aller au-delà de cet objectif suppose une simplification de la réglementation (critères d'ouverture des droits et modalités de calculs) qui réduirait la part des dossiers complexes.

Pour calculer les gains sur le périmètre de l'AMO dans son ensemble, les gains calculés sur la seule base des coûts directs de la CNAMTS (avec une masse salariale et des frais de fonctionnement estimés à 56 k€ par ETP) sont majorés de 9,9 %³⁶, au prorata du nombre d'arrêts traités par les CPAM. **Ils sont compris entre 117 M€ et 282 M€ par an** en fonction du scénario retenu.

Dans le scénario prudent retenu par la mission (qui repose sur l'hypothèse de 40 % de dossiers complexes), **l'économie annuelle s'élève à 107 M€ pour la CNAMTS et à 117 M€ pour l'ensemble de l'AMO.**

Ces gains ne pourront toutefois pas se concrétiser avant 2017. **Ils dépendent de l'opérationnalité de la déclaration sociale nominative, prévue pour 2017, et supposent la préparation par la CNAMTS de ses outils métiers (Progrès PE)** en vue de permettre l'automatisation de la liquidation après déploiement de la DSN. Des premières expérimentations de liquidation automatique pourraient cependant être testées sur la base de la DSIJ avant cette échéance.

Tableau 13 : Gains potentiels associés en 2017 à la dématérialisation des PE, sous différentes hypothèses de proportion de dossiers complexes

Scénario	Effectifs consacrés à la gestion des dossiers simples	Effectifs consacrés à la gestion des dossiers complexes	Gains en ETP directs pour la CNAMTS	Economie annuelle en coûts directs à l'horizon 2017 pour la CNAMTS (en M€)	Economie annuelle totale à l'horizon 2017 pour l'AMO (en M€)
Base 2011, 40 % de dossiers complexes	1 311	4 368	-	-	-
Année 2017, 40 % de dossiers complexes	131	3 640	1 908	107	117
Année 2017, 30 % de dossiers complexes	153	2 730	2 796	157	172
Année 2017, 20 % de dossiers complexes	175	1 820	3 684	207	227
Année 2017, 10 % de dossiers complexes	197	910	4 572	256	282

Source : Calculs de la mission IGAS/IGF.

³⁵ Les calculs de la mission portent sur les trois types d'arrêts (maladie, maternité, AT-MP), les procédures de vérification et de liquidation étant homogènes en dépit d'une réglementation spécifique à chacun. Les effectifs dédiés à la liquidation des arrêts AT-MP représentent 20 % des 5 679 agents des CPAM et CGSS affectés à la liquidation de PE.

³⁶ La CNAMTS a traité en 2011 6,8 millions d'arrêts maladie sur un total de 7,5M (soit 91 %) pour l'ensemble des organismes d'AMO, hors AROCMUT.

Encadré 2 : Les conditions d'ouverture de droits et les modalités de calcul des indemnités journalières maladie se caractérisent par une grande complexité des règles à appliquer

Le régime général d'assurance maladie prévoit pour les salariés du secteur privé le versement à partir du quatrième jour suivant l'acte médical prescrivant l'arrêt de travail d'une indemnité journalière. Cette dernière correspond à 50 % du gain journalier brut pris en considération dans la limite de 1,8 SMIC, pour une durée maximale de trois ans et dans la limite de 360 jours indemnisés, hors affections de longue durée. Son montant est ainsi plafonné à 41,38 € au 1er janvier 2012.

Le bénéfice des indemnités journalières (IJ) est non seulement soumis à une condition d'affiliation à l'assurance maladie, mais aussi à une durée minimale de cotisation. Il dépend du temps de travail ayant précédé l'arrêt maladie (200 heures travaillées sur les trois derniers mois ou 800 heures sur une année) ou est suspendu à l'acquittement d'un montant minimal de cotisations (1015 fois le SMIC horaire ou 2030 fois si l'indemnisation se prolonge au-delà de six mois).

Les règles relatives aux IJ maladie diffèrent de celles retenues pour les indemnités journalières versées au titre de la maternité/paternité et du risque AT-MP.

Les indemnités journalières sont calculées sur un salaire brut (risque maladie et AT-MP) ou sur un salaire net (risque maternité/paternité), sur une période de référence d'un mois (AT/MP), de trois mois (maladie, maternité/paternité) ou douze mois (activité saisonnière et discontinue), avec lissage des primes (AT/MP) ou sans lissage des primes (maladie, maternité/paternité). Le taux de remplacement s'élève à 50 % pour la maladie, 100 % pour la maternité/paternité, 60 % pour les AT-MP pendant les 28 premiers jours et 80 % de ce même salaire journalier à partir du 29^{ème} jour.

Source : Cour des Comptes, « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie », juillet 2012.

1.5. Le développement de services en ligne à destination des assurés permet l'industrialisation d'une partie des demandes et la réduction de frais d'éditique et d'affranchissement

1.5.1. Les caisses d'AMO, au premier rang desquels la CNAMTS, développent des stratégies de traitement des demandes par plusieurs canaux

Au cours de la dernière décennie, les régimes d'assurance maladie obligatoire ont développé des **stratégies d'accueil multi-canal** de leurs assurés, selon des dynamiques variables.

La CNAMTS, pionnière sur cette thématique³⁷, a ainsi successivement déployé des modes de traitement des demandes des assurés alternatifs au courrier, au téléphone et à l'accueil physique :

- ◆ des guichets automatiques de l'Assurance Maladie ou GAAM (introduits en 2005, ils sont 1293 en 2012) et bornes en façade (en 2007) ;
- ◆ numéro unique (3646) en 2008 ;
- ◆ service « mon compte » sur internet (en 2008) étendu en site mobile (septembre 2012) et en application pour *smartphone* (avril 2013) ;
- ◆ emails (en 2010) sécurisés à partir de juin 2012 par leur intégration à la messagerie associée au compte sur internet ;
- ◆ développements de contacts sortants à destination des assurés (700 campagnes locales, avec 46 % de SMS et 25 % d'emails).

³⁷ En particulier par rapport aux délégataires du régime général : mutuelles étudiantes et mutuelles de fonctionnaires, qui comptent deux à quatre ans de retard dans les développements de services en ligne à destination des assurés.

Annexe I

Les enjeux liés au développement de ces nouveaux services portent sur :

- ◆ la simplification des démarches de l'assuré (simplicité, accessibilité et réactivité) ;
- ◆ l'optimisation du canal de traitement en fonction du public et de ses demandes ;
- ◆ la qualité de service (traçabilité, mesurabilité) ;
- ◆ l'efficacité de gestion (réduction des frais d'édition et d'affranchissement, industrialisation -voire automatisation- de certaines démarches, coproduction des informations par l'assuré, intégration directe dans les outils métiers, visibilité d'ensemble des échanges et des demandes des affiliés) ;
- ◆ le niveau des prestations, potentiellement, grâce aux perspectives de développement d'une prévention ciblée.

Tableau 14 : Volumétrie des contacts des assurés avec les CPAM (en millions d'unités par an)

Canal d'échanges avec les assurés	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2009-2012
Accueil physique	28	31,8	32,9	33,3	34,5	23 %
Demandes aux guichets automatiques de l'assurance maladie (GAAM)	17,2	33,9	41,6	40,5	36,9	115 %
Courriers traités	1,1	1,3	1,4	1,4	1,4	27 %
Emails traités*	ND	2,4	3,1	2,9	2,9	21 %
Appels téléphoniques traités	32	32,5	32	32	29	-9 %
Connexions au compte ameli.fr*	ND	34,3	46	77	98	186 %

Source : CNAMTS.

** Evolution calculée entre 2009 et 2012, faute de données disponibles pour 2008*

1.5.2. Le compte en ligne, premier mode de contact à la CNAMTS, traite 1,4 millions de demandes en ligne par an en avril 2013 contre sept fois moins deux ans plus tôt

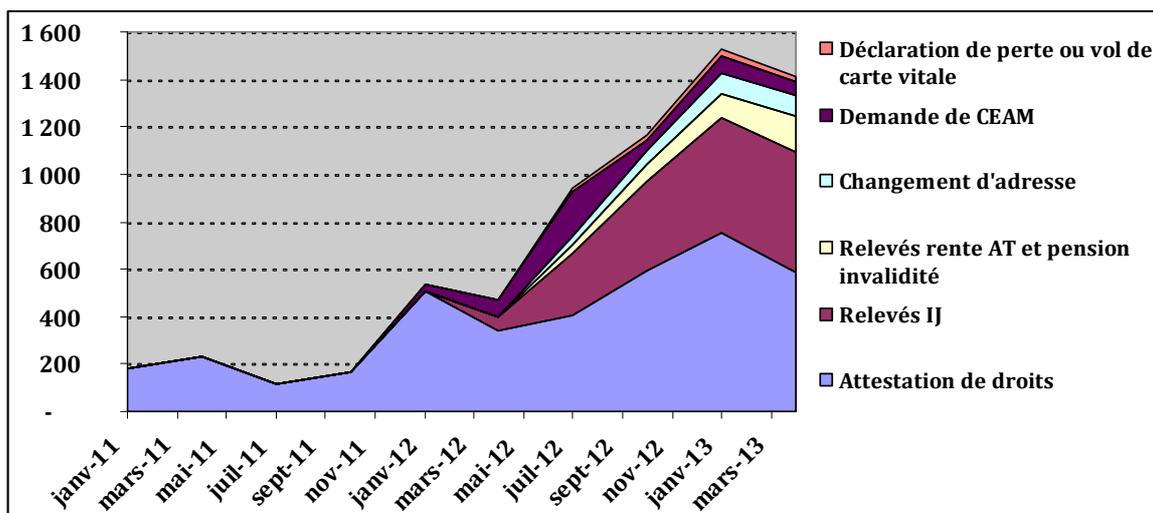
Canal désormais majoritaire avec 80 millions de contacts annuels, le compte internet de l'assuré couvre plusieurs champs :

- ◆ suivi des remboursements et décomptes mensuels ;
- ◆ traitement automatisé de certaines demandes (attestation de droits, attestation d'IJ, carte européenne d'assurance maladie -CEAM, déclaration de perte de carte vitale) ;
- ◆ suivi et mise à jour de la base de données des assurés (changement d'adresse, déclaration de perte et suivi de la délivrance d'une carte vitale) ;
- ◆ échanges par email avec l'assurance maladie ;
- ◆ espace prévention.

Les premiers retours de la CNAMTS font valoir que l'automatisation de certaines demandes (attestation de droits) a peu d'impact sur les autres canaux, tandis que d'autres demandes (CEAM) permettent de réduire la sollicitation des canaux historiques (accueil physique, courrier, téléphone).

Entre janvier 2011 et janvier 2013, le nombre de demandes traitées en ligne a été multiplié par 8. Il atteint 1,4 million de demandes mensuelles en avril 2013, soit **16,9 millions de demandes par an**.

Graphique 9 : Evolution du volume de services en ligne du compte assuré de la CNAMTS
(en milliers de demandes mensuelles)



Source : CNAMTS.

1.5.3. La CNAMTS estime les gains nets annuels du « programme 1 » à 29 M€ à l'horizon 2017

1.5.3.1. Le « programme 1 » vise la généralisation du compte en ligne de l'assuré et la poursuite du développement d'une stratégie multicanale

Le « programme 1 » du SDSI de la CNAMTS intègre deux volets :

- ♦ **développement des services en ligne sur le compte de l'assuré.** Au-delà des services en ligne à destination des assurés déjà mis en œuvre et présentés au paragraphe précédent, de nouveaux développements sont programmés avant 2014 : affichage puis modification des coordonnées bancaires, suivi d'un dossier d'accident du travail, déclaration en ligne d'une naissance et services de prévention notamment. La CNAMTS a défini un objectif volontariste de 24 millions de comptes en ligne ouverts en 2017, contre 11,5 millions en avril 2013, soit une **couverture à hauteur de 65 % des 37 millions d'assurés** estimés pour 2017³⁸ ;
- ♦ **développement d'outils de gestion de la relation client (GRC) multicanale :** dématérialisation croissante des flux sortants et centralisation de l'éditique et de l'affranchissement, traçabilité de l'ensemble des échanges, contacts sortants (SMS, email), prise de rendez vous en ligne à partir de 2015.

³⁸ La mission a fait évoluer le nombre de bénéficiaires rattachés aux CPAM au sein du RNIAM au 1^{er} janvier 2013 (50,92 millions) au rythme de croissance calculé depuis 2008 (0,8 % par année) pour arriver à une estimation de 52,6 millions de bénéficiaires en 2017. Ce dernier nombre est converti en 36,9 millions d'assurés en retenant le ratio de 1,42 bénéficiaires par assuré qui résulte des chiffres transmis par la CNAMTS au titre de l'année 2012.

Annexe I

Les coûts associés à de tels développements sont faiblement liés au nombre d'affiliés³⁹ : ils correspondent à des coûts fixes dont l'impact sur le budget de chaque caisse est inversement proportionnel à la masse des assurés. La CNAMTS a estimé les **dépenses cumulées du « programme 1 » à 84 M€** (répartis sur la période 2013-2017), avec des coûts en année pleine 2017 qui s'élèvent à 12,2 M€, pour des gains bruts de 41,4 M€ et un gain net de 29,2 M€.

L'ensemble des organismes d'AMO s'engage dans la même direction, avec des perspectives d'un déploiement toutefois moins rapide que celui défini à la CNAMTS.

La majorité des régimes spéciaux ont fait le choix d'adosser leur outil informatique à celui de la CNAMTS ou de la MSA et se trouvent par conséquent en mesure de proposer à leurs assurés ces services dans le même calendrier. Les exceptions concernent les délégataires du régime général non liés à la CNAMTS (mutuelles étudiantes et mutuelles de fonctionnaires hors MGP, LMG, MNT, MNH).

Tableau 15 : Gains et dépenses liés au « programme 1 » de la CNAMTS

Gains et dépenses liés au « programme 1 »	2013	2014	2015	2016	2017
Gains annuels : ETP, affranchissement, frais de fonctionnement (en M€)	24,10	22,38	29,74	32,58	41,39
Dépenses annuelles : charges MOA, MOE, investissement, fonctionnement (en M€)	20,60	18,33	17,88	14,99	12,21
Gain net annuel du « programme 1 » (en M€)	3,50	4,05	11,86	17,59	29,18
Gains cumulés : ETP, affranchissement, frais de fonctionnement (en M€)	24,10	46,48	76,22	108,80	150,20
Dépenses cumulées	20,60	38,93	56,81	71,80	84,01
Gain net cumulé du « programme 1 » (en M€)	3,50	7,55	19,41	37,01	66,19
Gains cumulés (en ETP)	159	126	359	537	790

Source : CNAMTS.

La mission n'a pas eu accès aux hypothèses et données ayant permis à la CNAMTS de réaliser le chiffrage des gains et dépenses associés au « programme 1 ». En particulier, l'économie de 790 ETP en année pleine n'a pas été répartie entre réorganisation de la chaîne de traitement des flux d'une part (courriers entrants et sortants), allègement des tâches en back-office d'autre part (grâce au traitement automatique d'une partie des demandes et aux réponses apportées en ligne).

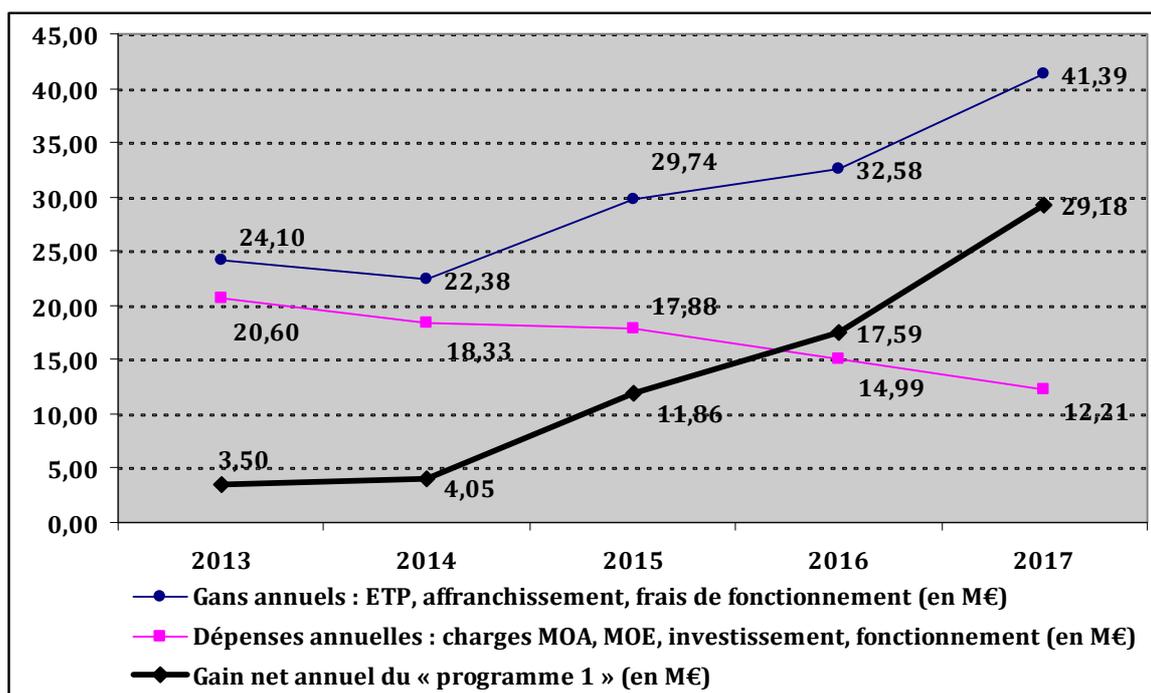
La mission fait l'hypothèse que les 790 ETP sont gagnés en back-office ; **ils correspondent à une économie de 35.5 M€ en 2017⁴⁰, à mettre au regard de 12 M€ de coûts, soit un gain net de 23,5 M€.**

S'ajoutent à ces gains ceux liés à la **réduction des frais de fonctionnement directs** (éditique et affranchissement, cf. paragraphe 1.5.4) et à une **éventuelle réduction des sollicitations** en front office (à l'impact négligé dans un premier temps, ainsi qu'expliqué au paragraphe 1.5.3.3).

³⁹ Sauf à retenir la solution d'un partenaire ou d'un prestataire extérieur susceptible de proposer un modèle tarifaire variable.

⁴⁰ A raison de 45 k€ par ETP en masse salariale chargée, hypothèse retenue par la CNAMTS pour estimer les gains du « programme 2 ».

Graphique 10 : Dépenses et gains annuels estimés du « programme 1 » de la CNAMTS



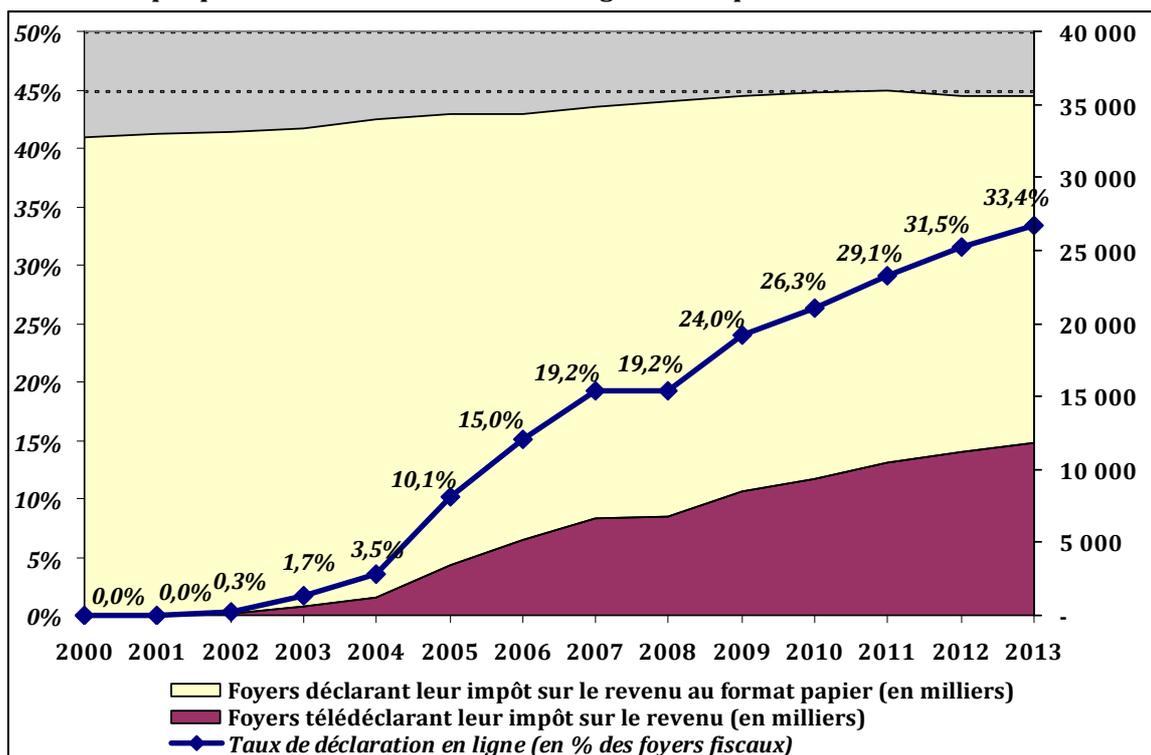
Source : CNAMTS.

1.5.3.2. L'objectif de déploiement du compte en ligne de l'assuré, fixé à 65 % en 2017 par la CNAMTS, correspond à une hypothèse haute au regard d'autres services en ligne

La mission relève que l'objectif d'atteindre 65 % de comptes d'assurés en ligne à l'horizon 2017 est ambitieux au regard tant de la courbe d'adoption des années antérieures que de celle d'autres services administratifs en France. Il suppose une progression linéaire du taux de pénétration jusqu'à toucher les deux tiers des assurés (cf graphique 8), une évolution qui n'a pas de précédent identifié en France par la mission en matière de développement de services publics en ligne (hors contraintes réglementaires à l'image de celles mises en œuvre pour la télédéclaration de la TVA par les professionnels).

A titre d'exemple, en 2012, 12,8 millions de déclarations d'impôt sur le revenu ont été effectuées en ligne par 11,2 millions de foyers fiscaux (soit 31,5 % des 35,6 millions de foyers fiscaux), dix ans après la mise en place de ce service en 2002. Un ralentissement net de la croissance a été observé dès 2008 et une inflexion se dessine autour de 30 % de pénétration.

Graphique 11 : Taux de déclaration en ligne de l'impôt sur le revenu en France



Source : DGFIP.

Note : le taux de déclaration en ligne présenté se rapporte aux foyers fiscaux. Les statistiques faisant l'objet d'une communication de la part de la DGFIP se réfèrent habituellement au pourcentage de déclarations en ligne (incluant les déclarations rectificatives), légèrement plus favorables.

De même, six ans après le déploiement des services bancaires en ligne, 51 % des français déclarent y avoir recours en 2011⁴¹, un taux qui semble avoir atteint un palier (cf graphique 10).

De façon plus générale, dans son tableau de bord de la stratégie numérique publié mi 2012, la Commission européenne décrit le comportement des français en matière d'utilisation d'internet :

- ◆ 73 % des français utilisent internet au moins une fois par semaine (en hausse d'un point par rapport à 2011, ce qui se traduirait linéairement par une pénétration de 78 % en 2017) ;
- ◆ 18 % des français n'ont jamais utilisé Internet (un taux stable par rapport à 2011) ;
- ◆ 57 % des français utilisent les services administratifs en ligne, une proportion au dessus de la moyenne européenne (41 %). Ce taux est supérieur à celui avancé par l'OCDE⁴² au titre de l'année 2010 pour la France (37 %), lui-même en progression de 50 % par rapport à l'année 2005 (25 %).

D'après l'OCDE, le taux de 66 % d'utilisation de services administratifs en ligne est toutefois dépassé dès 2010 dans quatre pays européens (Islande, Danemark, Norvège, Irlande), avec un maximum de 75 % atteint en Islande.

De même, en 2009, 74 % des déclarations d'impôts britanniques ont été effectuées en ligne, pour un service initié en 1997⁴³.

⁴¹ Source : enquête Eurostat.

⁴² Source : OCDE (2011), « Uptake of e-government services », in Government at a Glance 2011.

⁴³ Source : Her Majesty's Revenue and Customs.

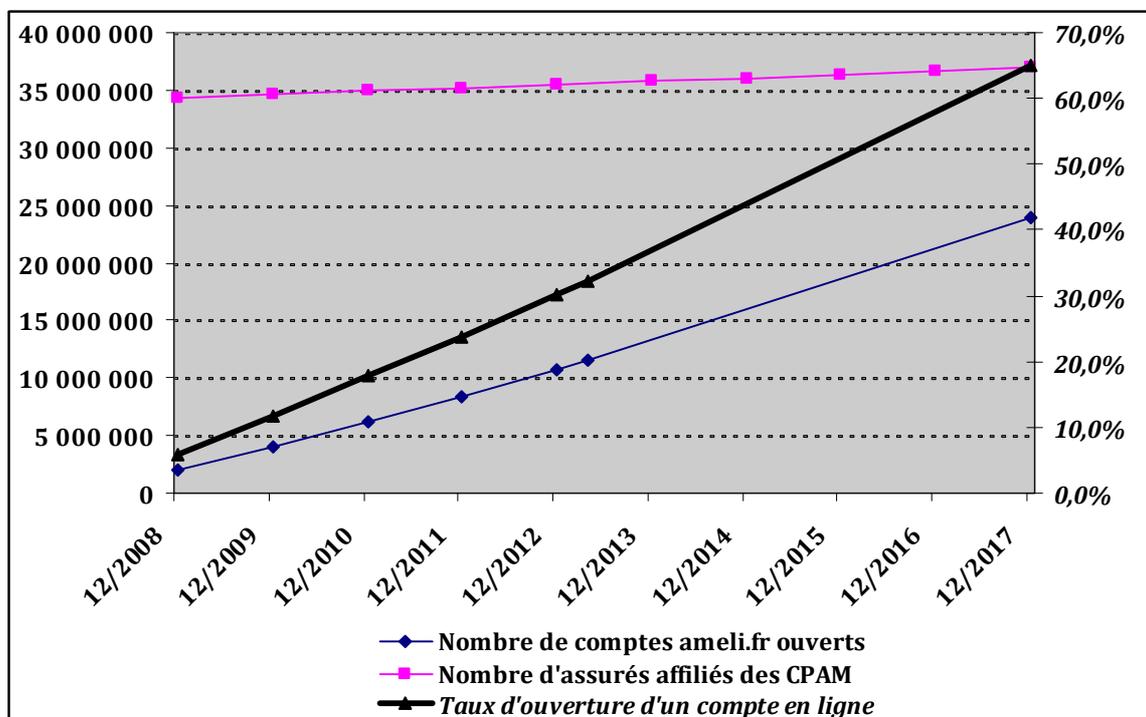
Annexe I

Enfin, l'assurance maladie bénéficie de facteurs favorables à un déploiement du compte en ligne plus étendu que celui de la DGFIP :

- ◆ fréquence élevée de recours aux prestations d'assurance maladie, avec notamment 22 décomptes par an et par bénéficiaire en moyenne qui sont susceptibles de générer des demandes des assurés. Le cycle fiscal repose, lui, sur une à trois échéances annuelles ;
- ◆ intérêt financier des ménages de pouvoir suivre l'état de remboursement des soins ;
- ◆ généralisation des pratiques de consultation de factures et de décomptes en ligne (banques, opérateurs du secteur de l'énergie et des télécommunications), en dehors d'obligations légales.

Dès lors, la mission considère que l'objectif retenu par la CNAMTS constitue une hypothèse haute de développement, tandis qu'un scénario bas situerait l'adoption du compte de l'assuré en ligne entre 50 % et 57 % à l'horizon 2017, à un niveau constaté dès 2011 pour d'autres services en ligne.

Graphique 12 : Evolution du taux de pénétration du compte en ligne de la CNAMTS



Source : Calculs IGF d'après des données RNIAM et CNAMTS pour le nombre d'assurés, et des valeurs CNAMTS pour le nombre de comptes en ligne.

Note : les données correspondent aux réalisations jusqu'en avril 2013 et à des estimations au-delà.

1.5.3.3. Les économies liées au programme 1 sont liées à l'automatisation de demandes simples dans les back-offices, à la facilitation du travail des agents et à la réduction des frais d'affranchissement

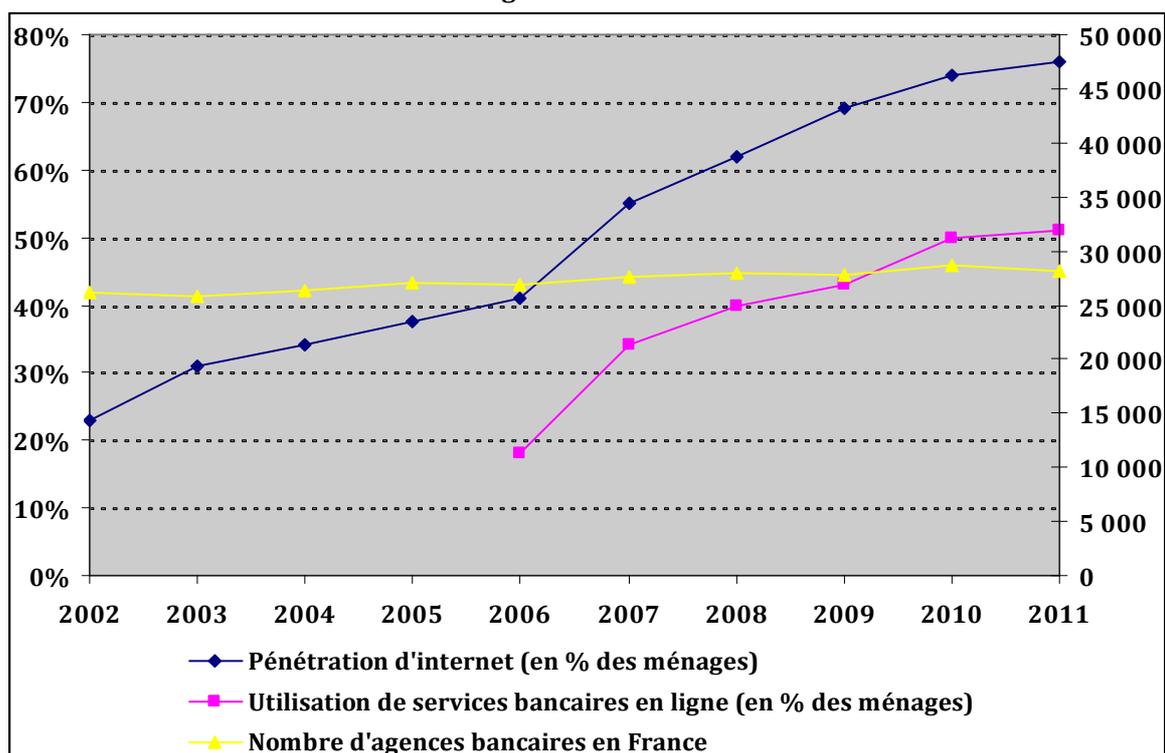
La comparaison avec d'autres secteurs amène la mission à considérer que la stratégie multicanale mise en œuvre par les opérateurs d'assurance maladie aura peu d'effets directs sur les activités de front-office et sur le réseau d'accueil en particulier, mais qu'elle est susceptible de générer des gains en frais de fonctionnement et en traitement en back-office.

Annexe I

Par exemple, l'adoption des services en ligne par les clients des banques n'a pas amené les réseaux bancaires à réduire la capillarité de leur réseau. Les demandes traitées en ligne correspondent à des activités à faible valeur ajoutée, peu consommatrices de temps, tandis que les agences demeurent le canal majoritaire de traitement des demandes complexes.

Cette intuition est partagée par les responsables des différentes caisses qui ont été rencontrés par la mission ; ceux-ci estiment que les services en ligne (messagerie électronique comprise) remplaceront progressivement les échanges de courriers papier et pourront se substituer à une partie des appels téléphoniques, sans réduire la fréquentation des accueils physiques.

Graphique 13 : Taux de pénétration des services bancaires en ligne et évolution du nombre d'agences bancaires



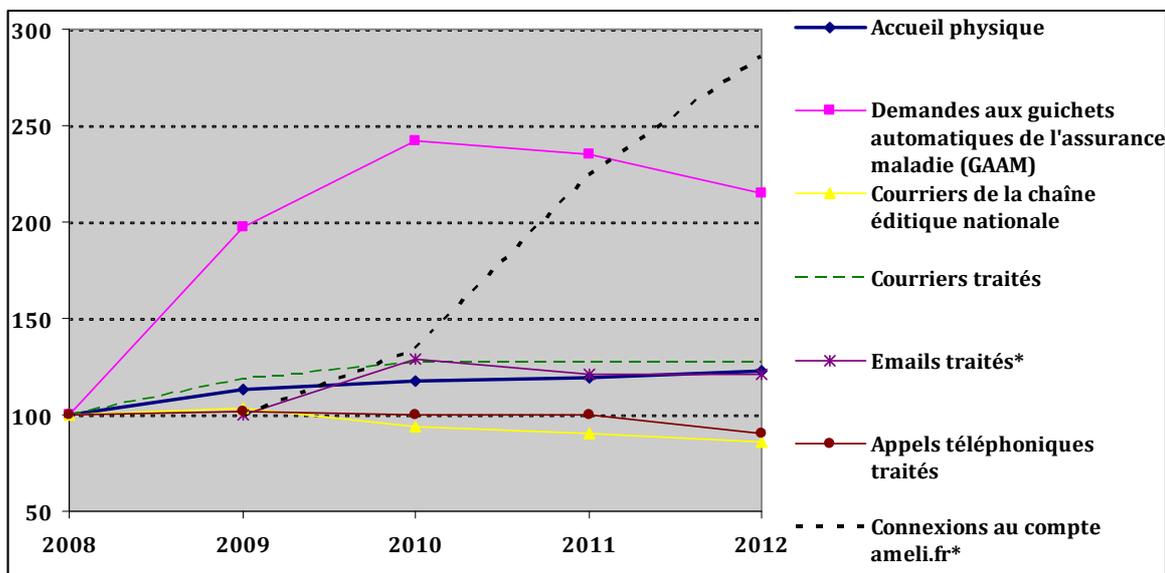
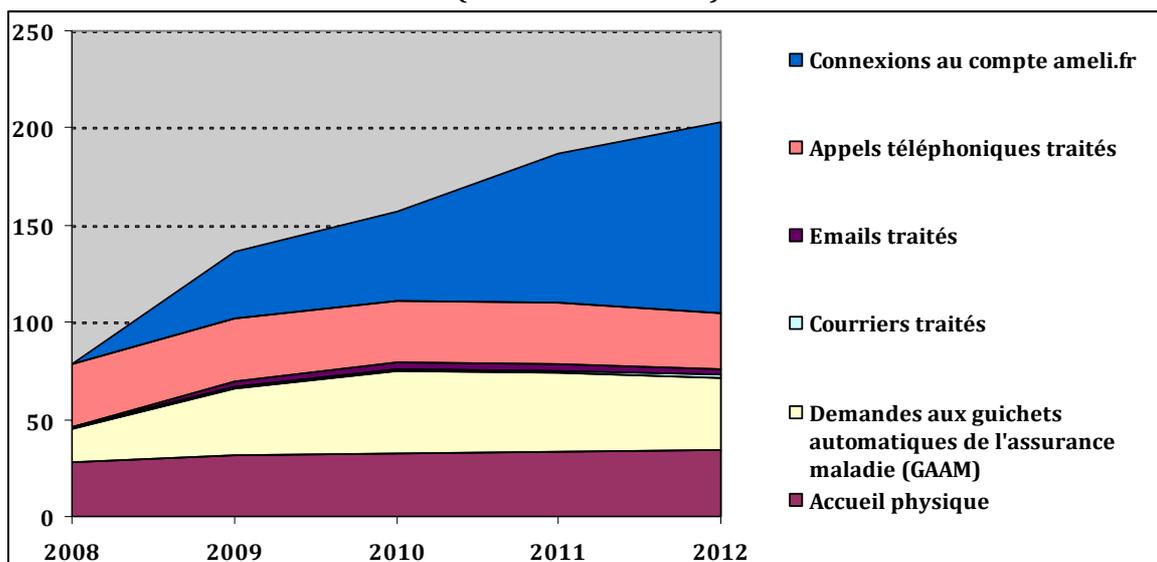
Source : enquête Eurostat conduite auprès de ménages français à qui ont été posées les questions : « Avez-vous utilisé des services de banque sur internet durant les trois derniers mois ? » et « disposez-vous d'un accès à Internet ? ».

Note : Les effectifs des agences bancaires ont connu une évolution comparable à celle du nombre d'agences.

L'analyse des sollicitations des différents canaux des CPAM confirme un maintien du taux de croissance des accueils physiques. La percée du compte en ligne opérée en 2012 semble en revanche avoir entraîné une baisse notable de l'utilisation des guichets automatiques dans les CPAM et un décrochage de l'utilisation du canal téléphonique (-9 % par rapport à 2011).

Annexe I

**Graphique 14 : Evolution de la sollicitation des différents canaux des CPAM
(en millions d'unités)**



Source : CNAMTS.

En revanche, des gains peuvent être attendus en back-office. Ainsi, le développement d'une stratégie multicanale avec mise en ligne d'informations et de télé-services à destination des demandeurs d'emploi par l'Agence pour l'emploi en Allemagne (*Bundesagentur für Arbeit*) s'est traduit par la réalisation de gains d'efficacité en back-office de l'ordre de 15 % dans plusieurs pilotes mis en œuvre en 2012.

De même, l'automatisation du processus de gestion de requêtes clients par la mise en place de web-services par un opérateur de téléphonie a entraîné une réduction des frais administratifs de 30 %.

En matière de services en ligne à destination des assurés, les stratégies des caisses d'AMO sont cohérentes avec les pratiques constatées dans d'autres secteurs publics et privés. Initiées avec un retard de cinq ans par rapport à d'autres opérateurs (DGFIP, banques, opérateurs de téléphonie), elles font l'objet d'objectifs volontaristes impulsés par la CNAMTS et connaissent un développement rapide.

Annexe I

Les gains associés au développement des services en ligne à destination des assurés sont de plusieurs ordres :

- ◆ instantanéité de l'information et des réponses apportées à des demandes simples ;
- ◆ visibilité et traçabilité de la gestion de la relation entre l'assuré et sa caisse ;
- ◆ réduction des dépenses de personnel en back-office (par l'injection directe de données dans les outils métier, voire l'automatisation de certains processus) ;
- ◆ réduction des frais de fonctionnement hors masse salariale, en particulier des frais d'éditique et d'affranchissement. Ces derniers ont été analysés plus spécifiquement par la mission au paragraphe 2.1.4.4.

1.5.4. Les coûts d'affranchissement et d'éditique se sont élevés à 193 M€ en 2012, dont 80 M€ en décomptes susceptibles d'être dématérialisés

En 2012, les coûts d'éditique et d'affranchissement au titre de la gestion de l'assurance maladie obligatoire se **sont élevés à 193 M€⁴⁴, soit 2,8 % des dépenses totales de gestion**. L'envoi de décomptes représente 43 % des plis à la CNAMTS⁴⁵.

Les différences constatées entre régimes (de 4,0 € à 13,7 € par assuré et par an ou de 2,8 € à 10,0 € par bénéficiaire et par an) sont imputables à six principaux facteurs :

- ◆ la fréquence d'envoi des décomptes de remboursements⁴⁶, liée au taux de « noémisation » des assurés⁴⁷ ;
- ◆ le taux d'ouverture de comptes en ligne. La CNAMTS a fait le choix de ne plus envoyer de décomptes papier aux assurés ouvrant un compte en ligne (sans possibilité de demande en ce sens de la part de l'assuré) ;
- ◆ le taux de correspondance dématérialisée avec les assurés (2,9 millions d'emails traités à la CNAMTS chaque année contre 1,45 million de courriers), avec une sécurisation possible à travers la connexion au compte en ligne de l'assuré ;
- ◆ l'organisation de la chaîne d'éditique et d'affranchissement de la caisse : décentralisée sur chaque poste (pour un coût de revient unitaire d'environ 1 € en CPAM dont 0,57 € d'affranchissement), centralisée au niveau local ou national (coût unitaire total de 0,51 € au centre national de la CNAMTS) ;
- ◆ la volumétrie des envois, qui permet d'abaisser le coût d'affranchissement (0,57 € sans remise, 0,46 € par pli pour la MSA, 0,40 € par pli pour le centre d'éditique national de la CNAMTS) ;
- ◆ le type de public affilié, qui influe sur le nombre de factures adressées par an et sur le nombre de décomptes qui en découle.

⁴⁴ Le montant total est obtenu en appliquant un ratio de 2,94 € par bénéficiaire (cf tableau 14) à 65,5 millions de personnes. Ce ratio constitue a priori une sous-estimation du ratio global : il revient à affecter des coûts par bénéficiaire proches de ceux de la CNAMTS aux régimes spéciaux n'ayant pas fait connaître leurs dépenses d'éditique et d'affranchissement.

⁴⁵ En 2012, les décomptes représentent 97,7 millions des 154,7 millions de plis envoyés par la chaîne éditique nationale ESOPE de la CNAMTS. Les CPAM ont par ailleurs envoyé 73 millions de courriers localement, autres que des décomptes.

⁴⁶ Envoi bimensuel à la CCAS RATP en 2011 puis mensuel en 2012, envoi mensuel à la CNMSS en 2013, envoi trimestriel dans les CPAM jusqu'en juin 2011 porté à un envoi tous les quatre mois à partir de septembre 2011.

⁴⁷ L'assuré « noémisé » n'a pas à attendre la transmission d'un relevé de remboursement pour obtenir le remboursement de la part complémentaire par sa mutuelle. Dès lors, la fréquence d'envoi des relevés peut être réduite par l'AMO.

Tableau 16 : Coûts en éditique et en affranchissement de l'AMO en 2012

Régime de rattachement	Coûts par assuré et par an (en €)	Coûts par bénéficiaire et par an (en €)	Dépenses annuelles (en k€)	Nombre de bénéficiaires
CNAMTS*	3,97	2,79	152 400	54 625 320
APRIA RSI**	4,62	3,20	7 302	2 281 752
CRPCEN	5,14	3,50	428	122 228
APRIA GAMEX	5,61	4,50	765	169 891
MSA	5,65	4,30	14 375	3 343 098
CAVIMAC	6,46	6,00	268	44 664
CCAS RATP	6,82	4,92	512	104 061
CPRSNCF	9,59	6,56	3 500	533 378
ENIM	13,70	10,00	1 029	102 864
Total	4,18	2,94	180 578	61 327 256

Source : questionnaires IGAS/IGF et échanges avec les organismes.

* les frais de la CNAMTS ont été calculés pour l'année 2012 en ajoutant aux coûts d'affranchissement de la chaîne d'édition nationale (0,40 € par envoi pour 155 millions de plis) des frais d'édition de 0,11 € par pli. Les envois additionnels par les CPAM ont été estimés à partir des coûts locaux d'affranchissement connus de la CNAMTS (41,6 M€, soit 40 % des coûts pour 32 % des plis, à raison de 0,57 € par pli). La part des plis locaux à destination des PS a été estimée à 20 % suite aux visites effectuées en CPAM.

** Il conviendrait d'ajouter les envois effectués directement par le RSI à ses affiliés (gestion de l'affiliation et des prestations en espèces).

La centralisation de l'édition, qui peut être facilitée pour les régimes spéciaux par l'infogérance d'un organisme ayant développé des outils nationaux d'édition (CNAMTS, MSA), constitue un levier puissant de réduction des coûts.

Ainsi, la CCAS RATP a réduit de 68 % son budget d'édition et d'affranchissement en 2012 par rapport à 2011⁴⁸ en adoptant deux mesures : l'affranchissement a été transféré à un centre unique (centre d'Havelin de la MSA) et la fréquence d'envoi est passée d'un rythme bimensuel à un rythme mensuel.

La mission préconise une fréquence maximale d'un envoi tous les trois mois. Cette fréquence pourrait être réduite à un envoi tous les quatre mois - à l'image du rythme de la CNAMTS - en cas de développement par les caisses du taux de noémisation et du taux de détention d'un compte en ligne.

Par rapport à un scénario tendanciel qui débiterait en 2009, les actions combinées de la CNAMTS (développement du compte en ligne, centralisation de l'édition et de l'affranchissement et réduction de la fréquence d'envoi des décomptes) **ont d'ores et déjà permis une économie de 62 M€ cumulés entre 2010 et 2012 et des gains estimés à 32 M€ en année pleine 2013.**

A titre d'illustration des gains liés à la centralisation et à l'espacement des envois, la mission a estimé les gains qui résulteraient d'une **centralisation de 94 %⁴⁹ des 228 millions d'envois de plis annuels des CPAM (contre 155 millions centralisés en 2012, soit 68 % de centralisation) : ils s'élèvent à 29 M€ par an pour la CNAMTS seule.** Cette hypothèse est crédible à l'horizon 2017 dans la mesure où dès 2012, le taux de centralisation des envois de certaines caisses atteint déjà 94 %, contre 68 % en moyenne⁵⁰.

⁴⁸ Soit une économie annuelle de 1,1 M€ sur les 1,62 M€ de dépenses en 2011, pour un budget total de fonctionnement de la caisse de 15,4 M€.

⁴⁹ La mission n'a pas retenu la centralisation de l'intégralité des envois, qui ne semble pas envisageable à ce jour. Par exemple, une FSP non signée par l'assuré doit lui être retournée, sous forme de pièce originale jointe à un courrier explicatif de l'assurance maladie.

⁵⁰ Ainsi, la CPAM de Nanterre a-t-elle émis localement 397 609 plis et 86 669 recommandés en 2012, tandis que 7 311 661 plis ont été effectués pour son compte à travers la chaîne nationale ESOPE. Pour l'ensemble des CPAM, 73 millions de plis locaux ont été envoyés, sur un total de 228 millions.

Annexe I

Le raisonnement peut être étendu à l'ensemble de l'AMO sous la forme d'un regroupement de 94 % des plis au centre d'édition nationale de la CNAMTS (c'est-à-dire au coût global de 0,51 € par pli), avec les hypothèses supplémentaires d'un rythme trimestriel d'envoi des décomptes et d'une proportion d'un quart des assurés ayant un compte en ligne. **Le gain théorique s'élèverait au minimum à 46 M€ par an pour l'AMO par rapport aux dépenses de l'année 2012 (soit 24 % d'économies).**

En alternative à la centralisation, un scénario de noémisation intégrale des échanges entre RO et RC associée à la mise à disposition des décomptes sur les espaces en ligne des caisses d'AMO permettrait théoriquement d'envisager la suppression des envois de décomptes papier. **Le gain maximal s'élèverait à environ 80 M€⁵¹** ; il peut être modulé en fonction du taux d'adoption des décomptes en ligne par les assurés jugé pertinent.

En se limitant au régime général, l'objectif de la CNAMTS d'ouverture d'un compte en ligne par 65 % des assurés, s'il est atteint, se traduira en **économies supplémentaires de 26 M€ par rapport à 2012 (26 % de comptes en ligne), du seul fait de la suppression des décomptes papier.**

Tableau 17 : Coût d'édition et d'envoi des décomptes d'assurance maladie en 2012, tous régimes confondus

	CNAMTS	Autres caisses	AMO
Bénéficiaires	54 625 320	10 874 680	65 500 000
Assurés	38 349 679	7 842 212	46 191 891
Comptes en ligne excluant l'envoi de flux papier	10 300 000	ND	ND
Assurés recevant des décomptes	28 049 679	7 842 212	35 891 891
Décomptes envoyés chaque année par assuré hors ligne	3,5	6,0	4,0
Nombre total de décomptes papier	97 700 000	47 053 274	144 753 274
Coût de revient par pli (en €)	0,51	0,64	0,55
Coûts en éditique et affranchissement des décomptes (en M€)	50	30	80

Source : Calculs de la mission à partir de données CNAMTS et des retours de questionnaires. Les nombres de bénéficiaires et d'assurés correspondent aux déclarations des caisses, et non aux données issues du RNIAM.

1.6. La dématérialisation des ordonnances et des pièces permet l'économie de 400 ETP et de 50 M€ annuels pour la CNAMTS par rapport à la base de 2011

1.6.1. Les CPAM ont d'ores et déjà réduit les effectifs des services courrier d'environ 200 ETP, soit la moitié des gains liés à la dématérialisation des ordonnances

A raison de 500 millions de décomptes, environ 5 000 tonnes d'ordonnances étaient jusqu'en 2009 collectées chaque année auprès des pharmaciens par les CPAM pour le compte de l'ensemble des régimes⁵².

⁵¹ En retenant pour les caisses hors CNAMTS un ratio de 6 envois par an et par assuré, pour un coût unitaire de 0,64 € aligné sur celui de la MSA.

⁵² Seuls la MSA et le RSI reçoivent de façon systématique les pièces leur revenant, la CNAMTS tenant à la disposition des autres régimes ces éléments justificatifs de la dépense publique. Les CPAM visitées indiquent n'avoir jamais reçu de demande en ce sens de la part des délégataires du régime général ou des régimes spéciaux.

Annexe I

A partir de 2009, une expérimentation généralisée en 2012⁵³, « scan ordo », a permis la numérisation sur le poste du professionnel et l'envoi des pièces justificatives aux CPAM sous la forme de CD-Rom transmis toutes les deux semaines. Sans coordination par la CNAMTS, des CPAM se sont équipées de robots manipulateurs de CD pour intégrer les fichiers numérisés dans leurs bases.

La CNAMTS estime **le gain en temps lié à la scannerisation des ordonnances à 200 M€ par an pour les pharmaciens**, contribuant à l'adoption rapide de « scan ordo ».

En avril 2013, les pharmaciens ont validé la généralisation du projet SCOR (SCannérisation des ORdonnances), successeur de « scan ordo ». Initié en 2012 sous forme d'expérimentation, il consiste à télétransmettre les scans des pièces justificatives à l'AMO en exploitant l'infrastructure SESAM Vitale, en lieu et place de l'envoi de CD-Rom.

Les CPAM visitées estiment les gains dans les services courriers réalisés à 2 ETP par caisse pour la première phase qui concerne les pharmaciens, et le potentiel lié à l'extension aux autres PS à 2 ETP supplémentaires par caisse, soit **200 ETP au niveau national** économisés grâce à la suppression de tâches de manipulation, de tri et de scan des pièces. Au total, la dématérialisation des pièces jointes fait gagner **400 ETP (pour 20 M€ de masse salariale et de frais de fonctionnement)** à la CNAMTS par rapport à la base 2011.

Les deux premières étapes « scan ordo » et SCOR limitent les activités à faible valeur ajoutée, tant du côté du PS (tri, constitution de liasses et envoi) que de celui de l'AMO. Le potentiel lié à la prescription en ligne par le médecin, service intégré au programme 2 de la CNAMS, est supérieur : il ouvre de nouvelles possibilités en matière de gestion du risque, de suivi du parcours de soins du patient et de parangonnage de l'activité des prescripteurs.

Les gains liés à la prescription en ligne sont ainsi davantage à rechercher en généralisation des meilleures pratiques, fiabilisation des parcours des assurés et en réduction des dépenses de soins, qu'en coûts de gestion à proprement parler.

1.6.2. Les besoins en volumes d'archivage seront divisés par deux à l'horizon 2017, générant un potentiel de gains de 32 M€ par an

Il n'existe pas, à ce jour, de projet d'archivage numérique porté dans le SDSI de la CNAM. L'orientation de l'assurance maladie a été de prioriser et de promouvoir la dématérialisation à la source : carte Vitale dans un premier temps puis téléprocédures (à destination des assurés, professionnels de santé et employeurs). Le dispositif de scannérisation des prescriptions (SCOR) s'inscrit dans la même stratégie.

D'après la CNAMTS, les ordonnances représentent entre 60 % et 80 % des volumes d'archives de pièces justificatives des CPAM. Elles feront l'objet d'une dématérialisation à hauteur de 75 % à la fin de l'année 2013. Dès lors, en 2017⁵⁴, les besoins en surfaces d'archivage seront réduits de moitié.

⁵³ L'avenant n° 3 à la convention nationale des pharmaciens, relatif à la dématérialisation des ordonnances, est paru au Journal Officiel le 9 février 2012. Ce texte permet une généralisation du dispositif de numérisation des ordonnances « Scan Ordo ».

⁵⁴ Après extinction du délai de conservation des pièces de trois ans.

Annexe I

La mission a tâché d'estimer les coûts totaux d'archivage papier des régimes, sur la base de ceux d'Apria, qui a externalisé cette activité. Les coûts d'archivage d'Apria sont compris entre 0,40 € (RAM) et 0,67 € (GAMEX) par bénéficiaire. En considérant que le volume stocké par les CPAM pour le compte des autres régimes (ordonnances des pharmaciens) représente un volume équivalent à celui conservé par lesdits régimes, la mission a déduit un coût moyen d'archivage d'environ 1 € par bénéficiaire, soit 65 M€ au total par an. La division par deux des volumes d'archives permet ainsi d'espérer des gains d'environ 32 M€ sans développer de solution d'archivage numérique pour la part résiduelle de pièces au format papier.

Sauf pour les caisses d'AMO ayant recours à la location de surfaces de stockage⁵⁵ ou ayant sous-traité cette activité, à l'image d'Apria, ces gains ne pourront toutefois être concrétisés qu'en cas de possibilité de cession ou de valorisation des espaces libérés.

La mission a pu constater à l'occasion de ses visites que les modalités réglementaires de conservation des archives sont interprétées de façon diverse par les caisses d'assurance maladie.

Par ailleurs, les régimes obligatoires mettent en œuvre une dématérialisation en amont des flux entrants associée à des *workflows* internes, sans avoir à ce stade franchi le cap d'un archivage numérique qui suppose la sécurisation de la stabilité de la pièce numérisée : ils conservent les justificatifs papier ou les font archiver par les professionnels de santé (à l'image des ordonnances par les pharmaciens).

La CPRSCNF a lancé début 2013 la numérisation de l'intégralité des courriers entrants et est en cours de chiffrage du projet de bascule sur un archivage numérique. Hors de la branche maladie, l'ACOSS a procédé à la dématérialisation de ses archives en 2012. La mission n'a pas eu connaissance des premiers bilans financiers de l'opération.

2. Le développement d'échanges entre branches de protection sociale peut contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités de la gestion de l'assurance maladie

Les visites effectuées dans les caisses des organismes gérant plusieurs risques (MSA, RSI, SCNF) ont permis de mettre en évidence des sources potentielles d'économies et d'amélioration du service rendu liées à la gestion interbranches :

- ♦ accueil commun généraliste interbranches, plus lisible et plus orienté vers les usagers (en particulier pour des thématiques à cheval sur plusieurs risques : RSA et CMU, par exemple) ;
- ♦ demande unique de certaines pièces justificatives et gestion commune de la base des assurés (mise à jour de la situation familiale, déménagement), qui occupe 5 091 ETP⁵⁶ dans les CPAM et CGSS en 2011, soit 10 % des effectifs. En considérant que le poids de cette activité est uniforme dans les trois branches maladie, vieillesse et famille, on déduit que 8 000 ETP sont affectés à ces tâches au sein du régime général⁵⁷. Une unicité de gestion des fichiers des assurés entre régimes serait associée à des gains théoriques de 2 900 ETP, dans l'hypothèse maximaliste et non testée d'une redondance totale de cette activité ;

⁵⁵ Les organismes de la CNAMTS louent 59 locaux pour une surface totale de 34 109 m² et un montant de charges locatives de 2 083 774 €. A la CPAM de Nanterre, un entrepôt séparé dédié à l'archivage pourrait d'après le directeur de la caisse être mis en vente si l'archivage numérique remplaçait les archives papier.

⁵⁶ Hors gestion CMU, ACS, employeurs, OC, PS et prestataires. En incluant ces thématiques, les effectifs atteignent 7 300 ETP.

⁵⁷ Les effectifs de l'assurance maladie (hors UGECAM) représentent 64 % des agents du régime général.

Annexe I

- ◆ **déclenchement automatique d'actions ou détection automatique de droits** sur un signalement issu d'un autre risque : une naissance déclarée à la CAF entraînerait l'ajout d'un bénéficiaire sur le compte CNAMTS de l'assuré, le bénéfice du RSA ouvrirait des droits à la CMU ;
- ◆ **utilisation des données collectées par une branche par les services métiers** d'une autre branche sans nouvelle sollicitation de l'assuré. Par exemple, les informations de cotisations peuvent être injectées automatiquement dans les bases de l'assurance maladie pour ouvrir les droits ou calculer les prestations en espèces, à condition que la fréquence de déclaration et le périmètre des informations coïncident avec les besoins des métiers, issus de la réglementation. La MSA a par exemple conclu des conventions annuelles avec tacite reconduction **avec les employeurs volontaires pour permettre le paiement des IJ sur la base de la dernière déclaration trimestrielle connue**, effectuée dans le cadre du recouvrement des cotisations. Cette initiative, judicieuse en vue d'améliorer la rapidité et l'efficacité du traitement des IJ, n'est pas conforme à la réglementation en vigueur⁵⁸ ; elle serait néanmoins tolérée par la DSS ;
- ◆ **renforcement de la prévention et réduction du taux de non recours aux droits** par des analyses statistiques multirisques. Sur le Nord-Pas-de-Calais, la MSA a initié des rendez vous avec 700 assurés ciblés par requête statistique, et permis l'ouverture de 130 droits à l'ACS et 30 droits à la CMU (soit 23 % d'ouverture effective de droits sur l'échantillon) ;
- ◆ **lutte contre la fraude** à travers la détection automatique d'incompatibilités entre risques. La caisse MSA du Nord-Pas-de-Calais a ainsi mis en œuvre une requête listant les assurés de plus de 85 ans touchant une rente, sans avoir présenté le moindre remboursement au cours de la dernière année⁵⁹ ;
- ◆ **extension des possibilités de recouvrement de participations forfaitaires** à travers des prélèvements sur les prestations sociales liées au risque vieillesse⁶⁰. A ce jour, le régime général n'a pas fait le choix d'appliquer la réglementation sur ce point spécifique. La MSA et la CPRSNCF ont ainsi mis en œuvre un système de récupération automatique de participations forfaitaires maladie sur les retraites versées aux assurés, système dont le coût de gestion est bien inférieur et l'efficacité supérieure à celui d'une activité classique de recouvrement. La gestion de plusieurs risques et l'âge des affiliés (part importante de retraités) contribuent à expliquer le taux de 99 % de récupération des franchises et participations forfaitaires à la MSA, supérieur aux 96,3 % relevés à la CNAMTS⁶¹. **L'augmentation de 2,7 points du taux des CPAM se traduirait par environ 10 M€ de recettes annuelles supplémentaires pour l'assurance maladie.**

⁵⁸ En effet, hormis dans le cas d'un arrêt maladie dans le mois qui suit la déclaration, les données de paye utilisées pour le calcul du montant de l'IJ ne correspondent pas aux trois derniers mois d'activité.

⁵⁹ La campagne a isolé 76 assurés (sur 119 000 bénéficiaires) et a permis d'identifier notamment un cas de fraude de plus de 40 000 €.

⁶⁰ La réglementation interdit en revanche la récupération de participations forfaitaires liées au risque maladie sur les prestations familiales.

⁶¹ Fin 2012, le solde des créances dans les CPAM s'élevait à 147 902 k€ sur les participations forfaitaires et à 228 140 k€ sur les franchises.

La récupération « automatique » sur prestations a permis de recouvrer 91 % environ du montant total des créances inscrites depuis la création des dispositifs (un niveau stable depuis 2010).

Le montant de créances restant à recouvrer à une date donnée est composé à la fois de créances récentes qui seront pour la plupart recouvrées rapidement et de créances anciennes. **Une enquête menée fin 2011 par la CNAMTS sur une cohorte de créances montre que le recouvrement plafonne, au bout de quatre ans, à 96,3 %**, c'est-à-dire qu'il reste un taux incompressible de 3,7 % non recouvré par la récupération automatique.

Annexe I

Les injections automatiques de données et pièces jointes dans les outils métiers, les analyses statistiques et les signalements automatiques sont actuellement limités au sein du régime général. Elles se heurtent au cloisonnement par risque des systèmes d'informations et des modes d'organisation et aux réserves des organismes quant à la position de la CNIL sur le sujet.

La CNAMTS indique avoir mis en œuvre des injections automatiques de données depuis la CNAV (notification des passages en retraite, exploitation des données sociales des employeurs) et de Pôle emploi (données d'indemnisation des chômeurs) pour l'ouverture des droits de base à l'assurance maladie.

Au-delà de la sphère de la sécurité sociale, **les caisses d'AMO n'ont pas à ce jour développé de partenariats opérationnels avec la DGFIP (revenus salariés des assurés) et Pôle emploi** (dernières données de paye connues, début et fin des périodes d'indemnisation) pour les données qui pourraient intéresser les métiers de l'assurance maladie. Les échanges prennent la forme de sollicitations par courrier ou passent par l'intermédiaire des assurés.

Tableau 18 : Echanges de données de la CNAMTS avec d'autres administrations publiques

Projet	Partenaire (avancement)	Objectif
Aide Complémentaire Santé (ACS)	CNAF et CNAV (production)	Favoriser l'accès aux soins par la promotion du dispositif à des populations cibles en fonction de leurs ressources par l'envoi d'un courrier pour constitution du dossier de demande ACS.
RSA socle et socle majoré, activité	CNAF (production)	RSA socle versé en remplacement du RMI : signalement pour instruction de dossier d'ouverture de droit à la CMU-C
Allocation Adulte Handicapé, Complément de Libre Choix d'Activité, Allocation Journalière de Présence Parentale	CNAF (production)	Ouverture automatique des droits des allocataires de l'AAH et CLCA (AJPP à planifier) déclenchant l'ouverture des droits de base de l'assurance maladie
Relevé de carrière pour liquidation des pensions d'invalidité	CNAV (production)	Remplacer les échanges papiers par un EDI pour dématérialiser les échanges de relevés de carrière
Notification des passages en retraite	CNAV (production)	Simplifier l'accès aux soins par une injection automatique d'ouverture des droits aux prestations maladie
Ouverture des droits de base de l'assurance maladie des salariés	CNAV (production)	Injection automatique de déclarations sociales des employeurs pour l'ouverture des droits de base de l'assurance maladie
Ouverture des droits de base de l'assurance maladie des chômeurs indemnisés	Pôle Emploi via la CNAV (production)	Exploitation de données d'indemnisation des chômeurs injectées automatiquement pour l'ouverture des droits de base de l'assurance maladie
Dématérialisation des demandes de CMU-C immédiate pour les demandeurs du RSA socle	CNAF (projet)	Signalement par la CNAF pour attribution d'une ouverture de droit CMU-C provisoire de 3 mois pour les demandeurs de RSA socle
Flux retour attribution/refus « Bénéficiaires du RSA »	CNAF (projet)	Signalement par la CNAF pour prolonger le cas échéant la CMU-C de 9 mois ou acter le refus de prolongation
Signalement des non-résidents fiscaux	DGFIP (expérimentation PACA)	Signalement par la DGFIP pour lutter contre la fraude et la déclaration de non résidence
Ressources fiscales	DGFIP (expérimentation Evry, Nanterre, Privat)	Signalement par la DGFIP pour analyser des différences entre les ressources déclarées aux impôts et celles déclarées aux caisses pour le bénéfice de la CMU B et C

Source : CNAMTS.

Au-delà des échanges de données, certaines fonctions support doivent pouvoir faire l'objet d'une mutualisation entre organismes de sécurité sociale. Ainsi, la CNAMTS a-t-elle fait connaître sa capacité et sa volonté de **mettre sa chaîne nationale d'édition à la disposition d'autres branches**, sans avoir reçu de réponse favorable à ce jour. Surdimensionné pour être en mesure de réagir à des pics de production⁶², le système de la CNAMTS pourrait constituer une base de mutualisation pour l'ensemble du régime général, les autres risques présentant une moindre cyclicité et un moindre degré d'urgence.

Les synergies entre risques sont perceptibles à la MSA, sans être intégralement exploitées. Ainsi, lorsqu'un assuré quitte le ressort d'une caisse de MSA pour en rejoindre une autre, il doit effectuer une demande de changement pour chaque risque, sans possibilité de déclaration unique. L'exception concerne les entreprises qui quittent le périmètre du régime général pour rejoindre celui de la MSA (rachat d'un commerce par une entreprise agricole, par exemple) : l'ensemble des risques est alors transféré simultanément.

3. La simplification de la réglementation pourrait également permettre d'engranger des gains de productivité

3.1. La gestion des bénéficiaires regroupe des processus coûteux, à faible valeur ajoutée, parmi lesquels la procédure d'affiliation pourrait être simplifiée

3.1.1. Certains processus sont rendus complexes et coûteux par la réglementation et par l'organisation des caisses d'assurance maladie obligatoire

La **gestion du fichier des bénéficiaires emploie 7 000 ETP des CPAM** et CGSS en 2011 : 5 100 ETP sont consacrés à la gestion des droits de base, 1 900 à la gestion de la CMU, l'ACS et l'AME. Ces effectifs représentent 25 % des effectifs de production et 13 % des effectifs totaux.

Les entretiens de la mission avec les CPAM amènent à identifier et à estimer le poids de trois sous-catégories principales de processus pour la gestion des droits de base : la mise à jour de l'état civil des bénéficiaires (20 % à 25 %, soit 1 000 à 1 250 ETP), la gestion des mutations (20 % à 25 %) et l'ouverture des droits hors CMU⁶³ (10 %).

⁶² Edition urgente de courriers pour le compte de l'ensemble des assurés sociaux à l'occasion d'une épidémie, par exemple.

⁶³ Depuis 1988, le service administratif national d'immatriculation des assurés (SANDIA) de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) gère par délégation de l'INSEE les NIR des personnes nées à l'étranger ou dans les TOM et dans certaines collectivités d'outre-mer (Wallis et Futuna, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française).

Les représentants de la CPAM de Nanterre indiquent que sur 8 agents présents affectés à l'ouverture des droits, 5 sont chargés de remédier à l'absence de numéro certifié par le SANDIA pour les étrangers : 2 traitent les déclarations uniques d'embauche des personnes nées à l'étranger et 3 les bénéficiaires rejetés par le SANDIA. Ces effectifs auraient tendance à croître.

Ces processus peuvent faire l'objet de gains de productivité :

- ◆ la prise en compte des évolutions de l'état civil (naissance, décès, mariage...) peut être rendue plus efficiente par des injections de données dématérialisées issues d'autres administrations. C'est d'ores et déjà le cas à la CNAMTS à travers l'intégration automatisée des décès dans les bases métiers de l'assurance maladie, à partir des renseignements collectés par l'Insee. **Des entretiens avec deux CPAM amènent à envisager une réduction de 20 % à 40 % des besoins en effectifs (soit 200 à 500 ETP) si un « plaquage » automatique des mariages et des naissances était mis en œuvre.** La mission recommande par ailleurs la **généralisation de l'inscription des enfants sur les cartes Vitale de leurs deux parents**, qui est d'ores et déjà possible techniquement.
- ◆ des tâches liées à la structuration interne des caisses pourraient disparaître ou être simplifiées à la faveur de réorganisations internes. Ainsi, la segmentation des bases de données de l'assurance maladie au niveau des CPAM se traduit par la nécessité de procéder à des mutations des bénéficiaires entre CPAM à l'occasion d'un déménagement d'un département à un autre. La mission a estimé **entre 350 et 400 ETP les effectifs affectés à ces mutations internes au sein des CPAM**⁶⁴. La réduction à quatre du nombre de bases de données est programmée en 2017⁶⁵ et permettra de premiers gains (estimés de façon arbitraire à **50 % des effectifs, soit 200 ETP**), que viendrait compléter le passage à une base unique (**400 ETP**) ;
- ◆ la recherche de l'affiliation adéquate (entre les différents régimes d'assurance maladie obligatoire) est le reflet de la segmentation du secteur de l'AMO. Elle engendre en outre des incertitudes juridiques pour les bénéficiaires qui peuvent ralentir ou rendre plus complexe leur prise en charge. Il est à noter le caractère très peu automatisé de l'interface entre régimes (seuls les échanges entre les CPAM et les CMSA apparaissent un peu plus avancés).

Ce dernier processus apparaît, pour l'essentiel, inutile depuis 2004 et la création de la couverture maladie universelle. En effet, toutes les personnes ayant une résidence stable et régulière en France sont affiliées, à un titre ou à un autre, à l'assurance maladie obligatoire. Comme l'indique un agent d'une CPAM : *« on passe beaucoup de temps à chercher la bonne case dans laquelle mettre les gens mais on finit toujours par leur ouvrir des droits à un titre ou à un autre »*.

Dès lors des règles d'affiliation conçues dans un contexte de plein emploi et de plus grande stabilité professionnelle des salariés apparaissent inadaptées à la situation actuelle.

3.1.2. Le processus d'affiliation pourrait être simplifié à plusieurs titres, avec l'objectif d'un meilleur service rendu à l'assuré et d'une réduction du volume des mutations

Compte tenu du champ déjà large de la mission l'analyse ci-après ne constitue pas une analyse exhaustive mais reprend les principales propositions qui ont été faites à la mission par ses différents interlocuteurs.

⁶⁴ A raison de 1,4 million de mutations internes opérées en 2012 (donnée RNIAM) et de 20 minutes de temps de traitement par mutation, la mission a calculé que les besoins correspondaient à 344 ETP, en retenant 1 350 heures de travail annuelles par ETP. Par interpolation au niveau national des effectifs recensés dans deux CPAM visitées, le chiffrage s'établit à 400 ETP.

⁶⁵ Est notamment prévu à cette occasion le regroupement des bases d'Ile-de-France, une région où la mobilité interdépartementale est forte.

Annexe I

- ◆ Un premier niveau de simplification, consistant dans le toilettage du droit existant apparaît faisable à court terme :
 - modifier la durée d'ouverture des droits aux prestations en nature pour revenir à deux années civiles et à un an de maintien de droit, sous réserve d'évaluer l'impact de cette mesure en matière de risques de fraude⁶⁶(cf. *Infra*).
 - baisser la durée annuelle du travail nécessaire pour l'obtention d'une ouverture de droits à 720 heures (modification de l'article L 313-2 du code de la sécurité sociale qui fixe ce nombre à 1200 heures) ;
 - élargir des présomptions de droits aux circonstances suivantes :
 - pendant un an pour les assurés qui accèdent au monde du travail ;
 - présomption de recherche active d'emploi pour les chômeurs en fin de droits ;
 - présomption d'ayant droit pour les jeunes de 16 à 20 ans ;
 - donner accès aux droits en matière de prestations en nature à tous les anciens conjoints d'un assuré décédé et pas seulement au dernier conjoint survivant ;
 - Simplifier le statut de cohabitant à charge d'ascendant/descendant.
- ◆ Une réduction des allers-retours entre régimes :
 - La diminution du nombre d'acteurs de l'AMO est un des moyens de réduire les changements d'affiliation. En la matière, la gestion par des caisses autonomes du régime étudiant est, à elle seule, génératrice d'un nombre important de mouvements et d'incertitude en matière de prise en charge (notamment pour les étudiants qui travaillent à temps partiel et ont des droits ouverts à l'assurance maladie mais pas sur toute l'année scolaire). La reprise en gestion du régime étudiant par les CPAM mettrait fin à près de 90 % des mutations qui résultent de l'organisation autonome actuelle⁶⁷, **soit 215 ETP économisés**⁶⁸, dont 110 pour les CPAM.
 - La modification des règles d'affiliation des publics les plus mobiles, et en particulier les poly-employeurs : qu'il s'agisse de personnes exerçant plusieurs métiers en même temps (comme les auto-entrepreneurs également salariés) ou de façon séquentielle dans un temps court (comme les travailleurs saisonniers). Aujourd'hui, un auto-entrepreneur qui a par ailleurs un emploi salarié est inscrit automatiquement au RSI au moment de son entrée dans le statut d'auto-entrepreneur. Après un an d'affiliation, le RSI doit examiner ses revenus et ne confirmer son inscription au RSI au titre de la maladie que si ses revenus d'auto-entrepreneur sont supérieurs aux salaires qu'il perçoit par ailleurs. En pratique, cette disposition n'est aujourd'hui pas mise en œuvre. Pour éviter la mise en place d'une nouvelle procédure de gestion, **la mission propose que les poly-actifs soient inscrits dans le régime de leur choix, dès lors qu'ils y ont des droits ouverts et qu'ils y demeurent tant que cette condition sera remplie, que ce régime soit le régime général ou le RSI.** En supposant que le taux de rotation des publics du RSI rejoigne celui des CPAM à la faveur de cette mesure,

⁶⁶ Selon la CNAMTS, les risques de fraude sont limités compte tenu du très faibles taux de bénéficiaires « contributifs » de la CMU (3,1 %).

⁶⁷ 86 % des sorties du régime étudiant se font vers les CPAM (source : RNIAM).

⁶⁸ Sur 0,97 million de mutations entrantes ou sortantes impliquant le régime étudiant et un autre régime, 0,87 million serait supprimé, soit 18,8 % de réduction par rapport aux 4,62 millions recensées en 2012. A raison de 20 minutes de traitement par mutation, cela correspond à 215 ETP économisés.

l'économie associée serait de 160 ETP pour l'ensemble de l'AMO, dont 70 ETP pour la CNAMTS⁶⁹.

Le même type de problème peut être rencontré pour des assurés ayant des durées courtes d'activité dans un régime (travailleurs saisonniers dans l'agriculture ou étudiants travaillant sur des périodes courtes).

La simplification du droit pourrait aller jusqu'à l'adoption du critère de résidence stable et continue comme critère d'affiliation au régime général. Seraient alors affiliés dans les autres régimes les personnes ayant des droits ouverts dans ces régimes et qui en feraient la demande.

- ◆ Les mutations entre régimes différents pourraient être fluidifiées en autorisant un transfert par défaut des informations médico-administratives de l'assuré

En l'état actuel de la réglementation, l'assuré doit à l'occasion d'une mutation signer et faire parvenir à la caisse cédante un courrier élaboré par la caisse preneuse pour autoriser le transfert de son dossier médical⁷⁰. L'assuré peut refuser de transmettre son dossier médical, sans toutefois que cela puisse lui procurer un quelconque avantage.

La mission n'a dans ces conditions pas identifié d'obstacle à autoriser par défaut le transfert du dossier médical du patient, sauf en cas de mention explicite contraire dans le courrier de demande de mutation.

De même, la mission relève que le RIB n'est pas transféré automatiquement lors d'une mutation inter régime, ce qui suscite des échanges de courriers et une déclaration supplémentaire de la part de l'assuré. La mission relève qu'un transfert automatique du RIB entre caisses pourrait être autorisé, à condition que le premier courrier envoyé par la caisse prenante à l'assuré (courrier d'accueil, formulaire Vitale ou décompte) lui indique les coordonnées bancaires dont elle dispose et l'invite à les modifier le cas échéant. Ce mode de fonctionnement a déjà été retenu pour le traitement de mutations internes au réseau des CPAM.

De façon plus générale, la mission préconise l'autorisation de transfert par défaut de l'ensemble des informations médico-administratives à l'occasion d'une mutation d'assuré, sauf refus explicite de ce dernier.

- ◆ Le bénéfice du maintien de droits des assurés pourrait être prolongé d'une année et générer une économie estimée par la CNAMTS à 180 ETP

Dans une optique de contrôle du bénéfice effectif des droits et d'affiliation éventuelle à la CMU de base, le décret n° 2007-199 du 14 février 2007 a réduit de deux années civiles à une seule la durée du bénéfice de l'ouverture des droits à l'assurance maladie sous condition d'une quotité de travail et de cotisation pendant douze mois. Il a également réduit de quatre à un an le délai de maintien de droits pour les prestations en nature (article L161-8 du code de la sécurité de sociale), l'alignant sur celui en vigueur pour les prestations en espèces.

La CNAMTS estime à 400 ETP la charge supplémentaire générée par les contrôles plus fréquents liés à l'application de ce décret. Le directeur de l'assurance maladie suggère le passage à une année de droits fermes et deux ans de maintien, **pour un gain estimé à 180 ETP par an** (soit 90 M€ en masse salariale et frais de fonctionnement directs) et un impact considéré comme marginal sur les cotisations versées. La mission n'a pas été en mesure de quantifier ce dernier impact dans le cadre de ses travaux.

⁶⁹ 0,65 million de mutations entrantes ou sortantes (sur les 0,81 recensées en 2012) seraient supprimées. A raison de 20 minutes de traitement par mutation, cela correspond à 160 ETP économisés. Les échanges vers et depuis la CNAMTS représentent 90 % des mutations externes, soit environ 140 ETP répartis à égalité entre les caisses du RSI et les CPAM.

⁷⁰ Pour une mutation entre deux CPAM, le dossier médical n'est physiquement transféré que lorsqu'une exonération du ticket modérateur est accordée.

3.1.3. Les gains liés à l'affiliation sur le critère de résidence stable dépendent des modalités de contrôle retenues

Les économies qui résulteraient de la simplification du processus d'affiliation, par passage au critère de résidence stable et continue, n'ont pas été calculées par la mission : elles dépendent de façon cruciale des contrôles à opérer par les caisses.

La mission préconise la réalisation par la CNAMTS d'une étude sur le sujet pour évaluer, en amont de toute modification législative ou réglementaire, les coûts, avantages et inconvénients éventuels liés à différentes méthodes de contrôle de la résidence des assurés. La priorité doit être donnée à des contrôles pouvant être automatisés, exploitant dans la mesure du possible des informations dématérialisées disponibles auprès d'autres administrations. Pourraient notamment être envisagées :

- ◆ utilisation des données fiscales : taxe d'habitation, impôt sur le revenu présentent le défaut d'une périodicité annuelle et d'un décalage temporel avec le moment où l'assuré se présente pour l'ouverture de droits. Ces données peuvent plus vraisemblablement être utilisées pour vérifier les conditions de maintien de droits ;
- ◆ recours aux données de la déclaration sociale nominative pour les salariés, après la mise en œuvre de cette dernière programmée en 2016.

Des échanges avec les représentants de CPAM amènent à considérer qu'en cas de traitement automatisé de données, les effectifs dédiés à l'ouverture de droits **pourraient être réduits de 30 à 50 %, soit de 150 à 250 ETP pour le seul réseau des CPAM.**

Dans ces conditions, la mission a retenu des gains nuls sur ce volet dans son estimation basse d'économies.

3.1.4. Les économies portant sur la gestion des bénéficiaires peuvent être estimées entre 47 M€ et 90 M€ pour l'ensemble de l'AMO à l'horizon 2017

Afin d'assurer l'homogénéité de ses travaux, la mission a établi un chiffrage pour chacune des mesures ayant trait aux processus de gestion des bénéficiaires. Toutefois, elle s'est appuyée dans certains cas⁷¹ sur les statistiques et témoignages d'un nombre réduit de CPAM, qui demandent à être complétées par des analyses plus exhaustives.

Tableau 19 : Synthèse des économies en frais de gestion envisageables à l'horizon 2017 sur la gestion des bénéficiaires (en M€), par rapport à la situation de 2012

Gisement d'économies	Estimation basse des économies pour la CNAMTS/l'AMO	Estimation haute des économies pour la CNAMTS/l'AMO (en ETP)
« Plaquage » des données d'état civil dans les bases de l'assurance maladie : naissances, mariages (en ETP)	200 / 200	500 / 500
Réduction des mutations internes à la CNAMTS par regroupement des bases de données (en ETP)	200 / 200	400 / 400
Réduction du flux de mutations externes (en ETP) : - réduction de 30 % grâce à la gestion du régime étudiant par les CPAM et à la réduction des entrées et sorties du RSI (hypothèse basse) - hypothèse de réduction de 50 % du volume des mutations entre régimes (hypothèse haute)	180 / 350	280 / 570

⁷¹ C'est notamment le cas pour les gains liés au « plaquage » des données d'état civil, et pour ceux associés à l'ouverture de droits sur le critère de résidence stable.

Annexe I

Gisement d'économies	Estimation basse des économies pour la CNAMTS/l'AMO	Estimation haute des économies pour la CNAMTS/l'AMO (en ETP)
Maintien de droits étendu à deux ans au lieu d'un (en ETP)	180 / 180	180 / 180
Affiliation sur la base du critère de résidence stable et continue (en ETP)	0 / 0	150 / 150
Total (en ETP)	760 / 930	1 510 / 1 800
Total (en M€)	38,0 / 46,5	75,5 / 90,0

Source : Mission IGAS/IGF.

3.2. La simplification des règles de gestion de la CMU/CMU-C allierait gains d'efficacité et meilleure qualité de gestion pour les bénéficiaires

La complexité des règles en vigueur en matière d'affiliation à la CMU, la CMU-C et à l'ACS fait l'objet d'expérimentations spécifiques dans le cadre de la modernisation de l'action publique.

Sans viser à l'exhaustivité sur ce point et sans préjudice du résultat de ces expérimentations, la mission a fait les principaux constats suivants.

L'affiliation à la CMU nécessite de remplir un dossier très lourd, en particulier parce que, pour prendre en compte les revenus de façon la plus précise possible, il a été décidé par le législateur de retenir les 12 derniers mois de revenus comme assiette de référence pour être éligible à la CMU. Cela a pour conséquence de nécessiter que le demandeur remplisse une déclaration de revenu très complète, non pré-remplie (au moment de l'inscription comme du renouvellement) et fournisse de nombreuses pièces justificatives. Cela amène également les services des CPAM à examiner ces documents dans le détail.

Pour faciliter l'accès à la CMU par les demandeurs et pour alléger le travail d'examen des dossiers par les CPAM, **il est proposé de retenir comme assiette pour la CMU le revenu fiscal de référence sauf dans le cas où les 12 mois glissants sont plus favorables.** Cela permet de simplifier le dossier à remplir par l'assuré, et d'automatiser à terme la vérification de la condition de ressources via une automatisation des flux entre la DGFIP et la CNAMTS.

Toujours dans le souci de simplifier l'accès à la CMU-C de demandeurs en situation de grande fragilité sociale, il est proposé d'affilier de façon automatique à la CMU -C (c'est-à-dire sans remplir de dossier) les bénéficiaires de minima sociaux pour lesquels le seul fixé en matière de revenu est inférieur à celui de la CMU-C, notamment le RSA socle et l'allocation de solidarité personnes âgées.

Par ailleurs, la question de l'annualité ou de la pluri-annualité de l'ouverture de droits à la CMU, la CMU-C et l'ACS devrait être étudiée pour les bénéficiaires dont la situation apparaît comme pérenne.

Il est également proposé de permettre que les demandes d'affiliation à la CMU, la CMU-C et l'ACS soient déposées dans les CAF, celles-ci effectuant alors la vérification de la complétude du dossier avant transmission à la CPAM compétente.

Enfin, la mission recommande d'automatiser la prise en charge par l'assurance maladie, au titre de la CMU de base, des assurés et ayants-droit arrivant en situation de fin de maintien de droits dans un autre régime. Il est à noter que, par exemple, pour le RSI, les bénéficiaires en situation de maintien de droit depuis plus d'un an représentent 10 % des fichiers des assurés. Il serait de nature à limiter le risque de fraude, d'intégrer ces assurés au régime général, au titre de la CMU, contributive ou non.

3.3. La simplification des règles de calcul des prestations en espèces pourrait accompagner la dématérialisation des flux

La liquidation des prestations en espèces constitue un gisement de productivité qui apparaît faiblement exploité (voir *supra*). La dématérialisation est, aujourd'hui encore, très partielle : les agents des CPAM doivent saisir 86 % des arrêts de travail et 65 à 70 % des données de paye.

Néanmoins, les progrès en la matière sont fortement conditionnés à la mise en œuvre effective de la déclaration sociale nominative (DSN), et à la montée en charge de l'arrêt de travail en ligne. La suppression, à horizon un à deux ans, du formulaire d'arrêt de travail pourrait selon la mission, être mise en œuvre.

C'est pourquoi la sécurisation du calendrier de la DSN est une condition forte des gains de productivité en matière de prestations en espèces.

En matière de simplification réglementaire, il apparaît souhaitable et faisable, autant pour des raisons de lisibilité du droit que pour des raisons de gestion, d'harmoniser et de simplifier les règles de calcul d'assiette entre les indemnités journalières maladie, accident du travail et maternité. Une étude d'impact sur la base d'un échantillon pourrait être menée.

S'agissant du cas particulier du calcul des prestations en espèces des chômeurs indemnisés, deux pistes de simplification peuvent être envisagées :

- ♦ il paraît pertinent d'étudier l'opportunité du calcul du montant de leur indemnité journalière par Pôle emploi et de prévoir le transfert automatisé de ce calcul à la CPAM de référence. En effet, Pôle emploi, pour calculer le montant de l'indemnité chômage, doit disposer de l'ensemble des éléments de rémunération également nécessaire au calcul de l'indemnité journalière ;
- ♦ le montant des IJ maladie pourrait être défini et calculé par rapport à l'indemnisation chômage.

3.4. Le recouvrement des franchises et participations forfaitaires fait l'objet d'une application incomplète de la réglementation et de pratiques hétérogènes entre caisses

Le délai de prescription de droit commun (cinq ans) s'applique aux franchises et participations forfaitaires dues aux organismes d'assurance maladie⁷².

A la CNAMTS, la récupération sur les prestations maladie versées permet de recouvrer automatiquement 96,3 % du montant d'une cohorte de créances au bout de quatre ans. Les coûts associés à ces recouvrements sont nuls ou marginaux. La part qui resterait à recouvrer par d'autres voies (soit par récupération sur d'autres prestations sociales, soit par recours amiable ou contentieux) est donc égale à 3,7 % des créances annuelles. Elle correspond notamment aux créances des assurés en tiers payant intégral (ALD) et aux personnes décédées. A ce jour, aucune opération autre que le recouvrement automatique sur prestations maladie n'a été mise en place de façon systématique dans le réseau des CPAM.

Parmi les organismes rencontrés par la mission, seules la MSA et la CPRSNCF procèdent à la récupération des franchises et participations forfaitaires sur les prestations vieillesse (cf. paragraphe 2. du présent rapport) prévue par la réglementation.

⁷² Circulaire DSS/2A/2009/128 du 11 mai 2009 relative au recouvrement par les organismes de sécurité sociale de la participation forfaitaire et des franchises prévues au II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Les caisses ont par ailleurs défini, parfois localement, des seuils en-deçà desquels aucune tentative de recouvrement n'est effectuée. Ainsi, la caisse MSA du Nord-Pas-de-Calais n'initie-t-elle de procédure de recouvrement qu'au-delà de 100 € de créance. Ces planchers résultent d'un calcul de rentabilité des procédures de recouvrement qui ne fait pas l'objet d'une définition réglementaire, ni d'une application uniforme des caisses d'AMO.

La **réglementation prévoit enfin d'engager, le cas échéant, des récupérations sur les successions.** Les représentants des organismes rencontrés s'interrogent sur l'opportunité économique et sociale de cette disposition, **actuellement non mise en œuvre** malgré une part significative dans le montant des créances non recouvrées automatiquement⁷³. La mission, qui n'a pas vocation à se prononcer sur le bienfondé de la réglementation sur ce point, n'a pas pu interroger les coûts de gestion qui seraient associés au recouvrement des créances de l'assurance maladie sur les successions, ni déterminer le rendement qui en résulterait.

Encadré 3 : Coût du recouvrement de créances à la CPRSNCF

En 2012, 12,27 M€ de créances ont été décomptés et 11,67 M€ récupérés directement sur les prestations versées au titre de la maladie (95,1 %), pour un coût de gestion considéré comme marginal du fait de l'intégration du module recouvrement à l'application maladie.

Lors d'une campagne menée en 2012 sur les créances résiduelles des années 2010 et 2011, la CPRSNCF a mis en recouvrement ou en récupération la somme de 2 159 k€, en opérant le cas échéant des prélèvements sur les prestations de retraite. En mai 2013, 1 357 k€ ont été récupérés, soit 63 % du total. Le solde comporte 687 k€ correspondant à des personnes décédées sans possibilité de récupération sur pension de réversion (soit 32 % du total à recouvrer et 86 % de la part résiduelle).

Les coûts de gestion associés à cette campagne sont évalués par la caisse à 65 k€ (soit 5 % de frais de gestion). Ils correspondent aux dépenses d'édition et d'affranchissement des envois aux affiliés reprenant le détail des participations dues (1 € par pli pour la campagne 2012 et 0,80 € pour la campagne 2013), augmentées d'une charge de personnel de 0,25ETP valorisée à 50 k€ et majorée de 20 % de frais généraux.

Source : CPRSNCF.

3.5. La facturation individuelle des établissements de santé génère des besoins d'environ 180 ETP pour le régime général qui peuvent être absorbés par les CPAM les moins efficaces sans baisse du rythme de réduction d'effectifs

Le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) s'inscrit dans le prolongement de la tarification à l'activité (T2A). La loi du 18 décembre 2003 instaurant la T2A a prévu par dérogation que les établissements de santé anciennement sous dotation globale ne facturent pas directement les séjours et l'activité externe à l'assurance maladie obligatoire (AMO) mais transmettent leur données d'activité à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour valorisation. Les remboursements par l'AMO sont effectués de façon globale sur la base d'arrêtés mensuels des ARS.

La fin de cette dérogation, fixée initialement en 2005, a été fixée par la LFSS pour 2013 au 1er mars 2016.

Un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF de 2008 a préconisé d'expérimenter la mise en place effective de la facturation directe à l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) avant d'envisager sa généralisation.

⁷³ A la CPRSNCF, le nombre important d'affiliés retraités fait s'élever la part des créances ne pouvant être recouvrées que sur une succession à 5,6 % du total des créances et à 32 % des créances ne faisant pas l'objet d'une récupération automatique.

Annexe I

Suite à un appel à projets, 55 établissements pilotes ont été retenus à l'automne 2010 pour participer à l'expérimentation FIDES. Le projet est placé sous la direction du Secrétariat général des ministères des affaires sociales et est co-piloté avec la DGOS, la DSS, la DGFIP et l'UNCAM.

Ce mode de facturation doit permettre de disposer aux niveaux national et régional des données détaillées sur les prestations de santé des établissements hospitaliers, en vue notamment d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé.

A terme, les 1000 établissements de santé (publics et ESPIC ex DG) en T2A (MCO) vont passer d'une déclaration d'activité mensuelle et anonymisée à une facturation par individu et intervention vers l'ensemble des caisses AMO. **Ceci se traduit par l'envoi de 70 millions de factures par an⁷⁴, susceptibles de générer des rejets et des signalements** à traiter de façon similaire à ceux des flux des professionnels de santé.

Interrogée par la mission, la MSA n'a pas fait valoir de besoins en effectifs supplémentaires liés à ce surcroît d'activité, tandis que les estimations de la CNAMTS varient entre 350 ETP⁷⁵ et 500 ETP⁷⁶.

Les calculs de la mission **aboutissent à une estimation de 180 ETP⁷⁷ pour l'ensemble des CPAM, une charge qui pourrait être confiée aux caisses les moins efficaces du réseau pour ne pas réduire le rythme de décroissance des effectifs.**

4. L'optimisation de la concrétisation en réduction de coûts des projets de recherche d'efficience de l'assurance maladie obligatoire dépend de facteurs endogènes et exogènes au secteur

4.1. Les projets informatiques structurants inter-régimes doivent faire l'objet d'un calendrier de déploiement pluriannuel pour garantir la faisabilité et l'uniformité de leur mise en œuvre

4.1.1. Les conditions de mise en œuvre du « programme 2 » illustrent les enjeux liés au déploiement de projets qui intéressent l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie

La mission a identifié cinq conditions de réussite pour la mise en place et l'adoption des services en ligne du « programme 2 » à destination des professionnels de santé. Les trois premières sont directement liées aux systèmes d'information.

⁷⁴ Source : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

⁷⁵ Extrapolation à l'ensemble du réseau des CPAM de l'estimation de 5ETP pour une caisse de 700 000 bénéficiaires.

⁷⁶ Propos recueillis auprès du directeur de la CNAMTS.

⁷⁷ Hypothèses retenues par la mission : 2 000 FSE traitées par jour et par ETP (soit des gains de productivité moyens de 6 % par an entre 2011 et 2017) et 193 jours de travail par an (après déduction de 8 % de taux d'absence courte durée sur le nombre de journées de travail nettes des congés et RTT).

4.1.1.1. Respect des conditions classiques de gestion de projet

La mission a noté le respect des bonnes pratiques de gestion de projet, notamment en termes de priorisation des déploiements des services sur des critères de retour sur investissement et de faisabilité.

Cependant, deux points paraissent devoir être sécurisés :

- ◆ le plan de développement SI n'est réalisé que sur une année glissante et devrait l'être sur l'ensemble du projet ;
- ◆ le plan de déploiement à date montre des retards de six mois à deux ans⁷⁸ dus notamment à des négociations conventionnelles plus longues que prévues.

De ce fait, la mission recommande, d'une part d'adapter le planning de déploiement de façon à prévoir des durées tampons pour les négociations conventionnelles, d'autre part de réaliser un planning détaillé de développement sur une durée de trois ans.

4.1.1.2. Validation de la capacité des acteurs autres que la CNAMTS à s'interconnecter avec le nouveau système

Les conditions d'interopérabilité sont clairement définies par la CNAMTS et permettent techniquement le raccordement des autres régimes obligatoires à travers le développement par chacun d'un *webservice*. En particulier, la MSA et le RSI ont été associés dès le démarrage du programme aux travaux de conception des services. La plateforme d'échange DESIR supporte les volumes actuels d'échanges avec le régime général, et des tests sont prévus pour les volumes complémentaires des autres régimes.

La plateforme supporte par ailleurs des requêtes concernant des régimes non raccordés, en renvoyant au Portail Espace Pro une information « Assuré non enregistré ».

La mission a identifié deux réserves au déploiement uniforme des services : d'une part les régimes développent des projets internes de refonte de leur SI qui peuvent retarder le raccordement au « programme 2 » (cas du GIE Chorégie), d'autre part les régimes n'ont pas une visibilité des développements à prévoir sur la durée d'une COG.

Cinq télé-services ont été identifiés comme prioritaires en 2013 par le comité de pilotage inter-régimes du Programme 2. Une réactualisation annuelle de cette liste est prévue, en fonction des orientations données par le comité de pilotage stratégique.

Mi-2013, le statut de déploiement des téléservices varie en fonction des régimes :

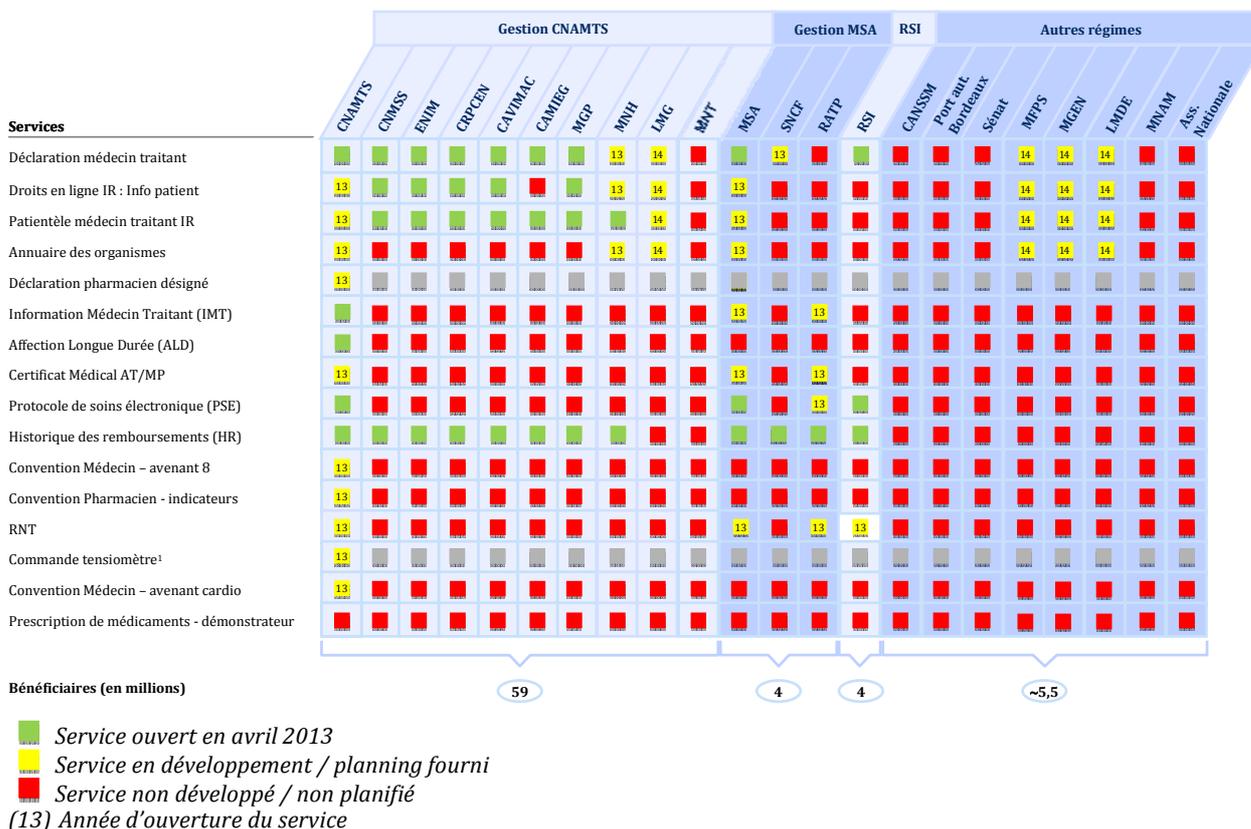
- ◆ la déclaration du médecin traitant (DMT) est déployée (CNAMTS, RSI, MSA) ou programmée (MGEN, MFPS) pour les principaux régimes ;
- ◆ la MSA et la CNAMTS ont planifié le déploiement des autres services clés et des périodes sont identifiées durant lesquelles les deux régimes prévoient de coordonner l'allocation de leurs ressources pour mener les opérations de raccordements ;
- ◆ le RSI n'a déployé que la DMT à mi 2013, et n'a pas de planning de raccordement pour les autres téléservices ;
- ◆ les régimes infogérés (RATP, SNCF, CNMSS, ENIM) sont associés de fait par le biais de leur régime « hébergeur » (CNAMTS ou MSA). Ils disposent ainsi des services pour leurs assurés dans le même temps ;
- ◆ les mutuelles de fonctionnaires ont pris la décision de s'inscrire dans le programme plus tardivement (juillet 2012) ; leur feuille de route d'accrochage n'est pas finalisée.

⁷⁸ Deux ans de retard sont d'ores et déjà constatés pour le déploiement de la facturation en ligne et la numérisation des ordonnances des masseurs-kinésithérapeutes.

Annexe I

La mission recommande, dans l'optique où tous les régimes devraient développer leurs interfaces avec la plateforme DESIR, d'obtenir **de chaque caisse un calendrier d'adoption et d'intégrer ces travaux à chaque COG.**

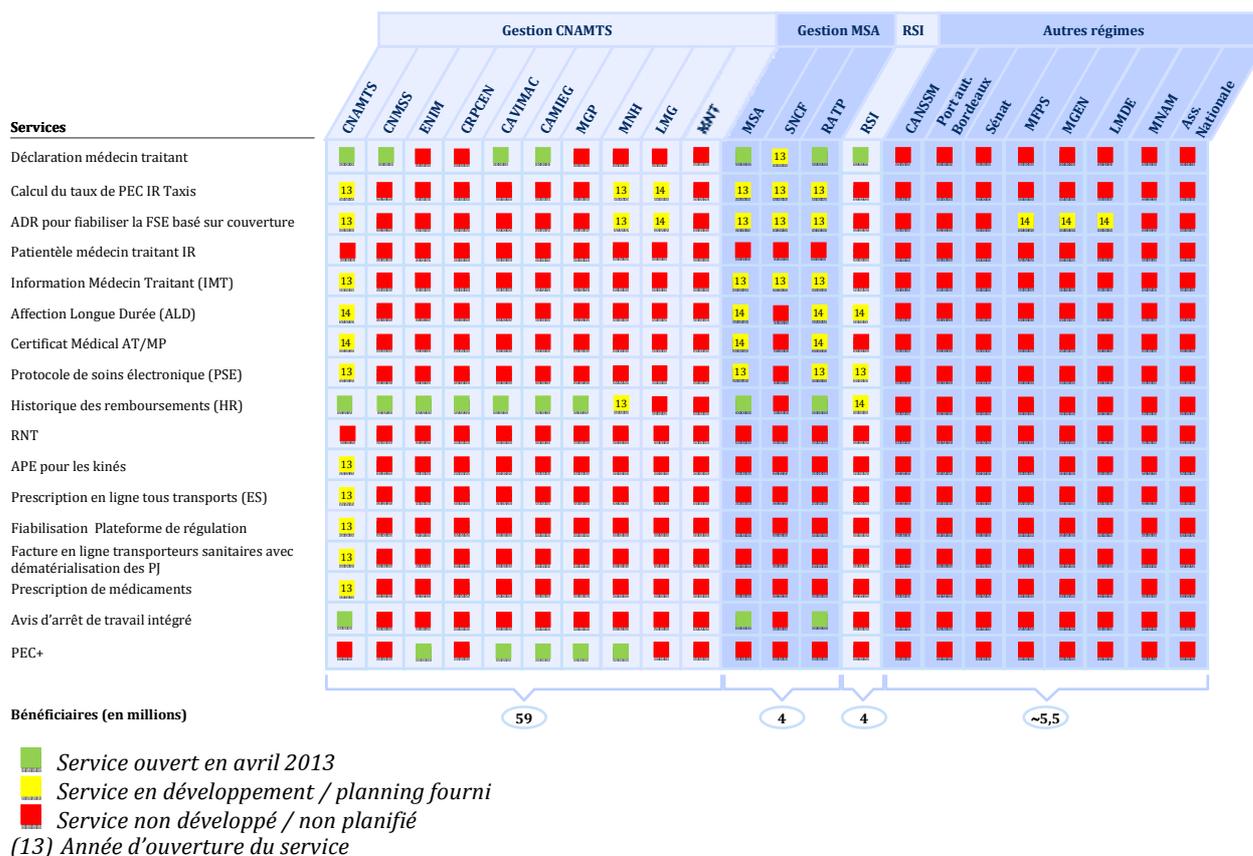
Graphique 15 : Etat de déploiement en mai 2013 des services en ligne à destination des professionnels de santé sur l'espace professionnel



Source : soutien SGMAP à la mission IGAS/IGF, d'après des données CNAMTS.

Annexe I

Graphique 16 : Etat de déploiement en mai 2013 des services en ligne au sein des logiciels des professionnels de santé



Source : soutien SGMAP à la mission IGAS/IGF, d'après des données CNAMTS.

4.1.1.3. Définition du modèle d'organisation en cible avec les organismes complémentaires

Le projet mené par la CNAMTS ne prévoit pas de raccordement des organismes complémentaires à la plateforme DESIR. Il ne fragilise pas le dispositif actuel : les flux Noemie sont maintenus pour la transmission des informations du RO vers le RC.

Toutefois, il rompt avec la dynamique opérée par le GIE SESAM Vitale jusqu'en 2010 : le projet IMARS dont le GIE était le maître d'œuvre visait l'intégration au sein d'une infrastructure mutualisée d'accueil et de routage de services à l'initiative des régimes obligatoires et des organismes complémentaires. **10 M€ ont été investis par le GIE dans ce cadre et un premier service de devis en ligne auprès des opticiens était prêt à être déployé.**

La CNAMTS n'a pas estimé pouvoir conduire ses projets prioritaires à un rythme satisfaisant dans le cadre collaboratif du GIE SESAM Vitale, en dépit de son rôle de maître d'ouvrage. A travers l'internalisation du « programme 2 » et l'adoption de son schéma directeur des systèmes d'informations, la CNAMTS opère deux changements :

- ◆ l'infrastructure développée est dédiée uniquement au RO ;
- ◆ le GIE SESAM Vitale perd sa responsabilité de développement et de gestion de la nouvelle infrastructure. Son rôle dans le projet est limité à l'intégration des outils en ligne au sein des logiciels des éditeurs.

Annexe I

Les organismes complémentaires, mis à l'écart du projet, peuvent envisager trois stratégies de substitution :

- ◆ **développer leur propre infrastructure** à destination des professionnels de santé, en commun ou en propre, au risque de multiplier les outils sur le poste du PS et d'en fragiliser le déploiement ;
- ◆ **faire appel à des opérateurs du marché** (CEGEDIM, Almerys) ;
- ◆ **s'adosser au régime obligatoire** pour la liquidation des prestations.

L'UNOCAM n'a pas vocation à porter des projets informatiques communs aux fédérations qu'elle représente. Les fédérations d'organismes complémentaires rencontrées par la mission n'ont pas fait connaître de projet de développement d'une nouvelle infrastructure.

Deux voies parallèles semblent privilégiées à ce stade par l'AMC :

- ◆ la poursuite du développement de services en ligne sur le poste des PS dans le cadre des réseaux de soins (devis en particulier) ;
- ◆ la constitution d'un répertoire commun contenant les références des adhérents et de leur régime complémentaire. Ce répertoire pourrait être mis à jour sur une base fréquente et permettrait au PS d'orienter les flux de DRE vers la mutuelle pertinente, sans devoir transiter par l'AMO. Ce projet n'est *a priori* pas porteur de gains d'efficacité par rapport à la situation actuelle d'échanges Noemie. Il permet au RC de ne pas dépendre des flux issus du RO, un objectif revendiqué par les acteurs rencontrés.

La mission recommande qu'après une première phase de déploiement au sein du RO (soit à l'horizon 2017), **les RC qui le souhaitent puissent se raccorder à la plateforme DESIR pour offrir un accès en direct aux droits complémentaires des assurés** et permettre une facturation globale en ligne. Ce service est supérieur au répertoire envisagé par l'AMC et à la gestion des flux Noemie 1, dans la mesure où la vérification des droits des bénéficiaires permet de limiter le taux de rejet de la part complémentaire.

4.1.1.4. Acceptation du nouveau système par les éditeurs de logiciels spécialisés et par les professionnels de santé

La CNAMTS a acquis une expérience en négociations conventionnelles avec les professionnels de santé dans le cadre du déploiement des premiers modules du programme 2. Par ailleurs, elle profite de l'expérience du GIE SESAM-Vitale pour gérer les négociations avec les éditeurs de logiciels.

Cependant, il n'est pas garanti que les professionnels de santé utilisent les nouveaux services mis à leur disposition. Il faudra à ce titre s'assurer d'une part que les éditeurs mettront bien en place ces nouveaux services à un prix abordable, d'autre part qu'une politique d'incitation au changement de logiciel sera proposée aux professionnels de santé (cf paragraphe 2.5.3).

4.1.1.5. Visibilité sur les changements législatifs nécessaires au déploiement des solutions informatiques

Les changements législatifs nécessaires liés à la mise en place des télé-services ont été identifiés par la CNAMTS. A ce jour, des retards ont cependant été constatés du fait de délais supplémentaires pour l'obtention d'accords de la CNIL⁷⁹.

⁷⁹ L'accord pour la prescription de transports en ligne a été obtenu 18 mois après le dépôt de la demande ; l'absence de réponse était liée à une évolution globale de la politique de la CNIL vis-à-vis de l'utilisation du NIR.

Pour les développements 2013-2017⁸⁰ nécessitant des accords CNIL, les modifications législatives doivent être effectuées en amont afin que les solutions informatiques puissent être déployées dès leur achèvement technique.

4.1.2. La recherche d'efficacité dans les projets interrégimes suppose une planification à horizon de trois ans et une priorisation des services en fonction de leur retour sur investissement

En raison de l'autonomie des caisses et de l'absence de coordination institutionnalisée des maîtrises d'ouvrage informatiques, les systèmes d'information des différents régimes présentent des niveaux de maturité différents. Les régimes (ou les GIE auxquels ils ont confié leur gestion informatique) sont amenés à entreprendre des projets de refonte de leurs systèmes d'information internes qui peuvent entrer en concurrence avec les investissements requis pour des projets inter-régimes.

Le succès d'initiatives transverses nécessite la transparence des investissements globaux réalisés par les différents régimes, ainsi que des investissements estimés pour se raccorder aux chantiers inter-régimes, afin d'apprécier le retour sur investissement global de ces derniers. La vision sur ces deux points est à ce jour très partielle.

La clarification des calendriers de déploiement des projets inter-régimes doit permettre de mieux prendre en compte et de mieux coordonner les investissements réalisés par les régimes.

De ce fait, la mission recommande :

- ♦ d'une part de **définir un planning de développement à trois ans des programmes présentant une dimension inter-régimes** afin de permettre aux différents régimes de prévoir les investissements nécessaires au raccordement sur la durée d'une COG ;
- ♦ d'autre part de **prioriser les développements de services (intra ou interrégimes) en fonction du retour sur investissement global attendu**.

4.2. La maximisation de la conversion des gains de productivité potentiels en réductions de coûts effectives suppose des transferts de charge entre caisses et une généralisation de la GED

4.2.1. L'exploitation des gains de productivité potentiels de la période 2013-2017 suppose des transferts de charge entre organismes d'un même réseau

Les réductions d'effectifs dans les caisses d'assurance maladie de la MSA et de la CNAMTS sont suspendues aux départs en retraite, dont l'adéquation locale avec les gains de productivité et le niveau d'activité⁸¹ ne pourrait être que fortuite.

⁸⁰ *a minima* les services PEC+ (permettant de consulter les modalités de prise en charge transport et de fiabiliser la facturation) et facturation en ligne.

⁸¹ Lié à la démographie locale et en particulier à la croissance démographique et à l'âge des assurés (qui influent sur le nombre d'actes de remboursement par an), à la part de ménages bénéficiaires de l'AME et de la CMU (avec un impact sur la gestion de la relation client).

Annexe I

La CNAMTS a indiqué que les réductions d'effectifs commençaient à devenir difficilement soutenables dans les CPAM les plus efficaces. Ces dernières comptent entre 175 et 1 000 ETP et connaissent **un taux de remplacement des départs en retraite compris entre 50 % et 65 %**.

Dans le même temps, les caisses les plus massives présentent un coût par bénéficiaire consommant pondéré (BCP) supérieur à la moyenne nationale (Paris, Marseille, Créteil, Bas-Rhin, Bobigny, Rhône, et dans une moindre mesure Versailles, Evry, Cergy Pontoise), sans pouvoir réduire leurs effectifs plus rapidement que ne le permettent les départs en retraite. Le taux de renouvellement minimum s'établit à 12,5 %, un niveau retenu à Paris et Créteil qu'il ne semble pas pertinent d'abaisser.

Jusqu'à présent, la CNAMTS a adopté une stratégie de rattachement de nouveaux bénéficiaires aux CPAM les moins efficaces : régimes obligatoire et complémentaire de la CAMIEG gérés à la CPAM de Nanterre, part obligatoire de la MGP à la CPAM de Versailles. Ces intégrations mettent en évidence une sous-productivité des caisses les plus massives de l'ordre de 30 %. Par la combinaison d'un transfert de charge entrant⁸² et d'une réorganisation des modes de travail, la CPAM de Nanterre a par exemple connu une baisse du coût du BCP de 37 % entre 2002 et 2011 (contre 4 % au niveau national), liée à une augmentation de l'activité sans croissance des effectifs.

Le potentiel de gains de productivité liés à la dématérialisation des processus a été estimé entre 5 000 et 8 000 ETP directs à l'horizon 2017 pour la CNAMTS (cf. paragraphes 2.1 et 2.2 du présent rapport).

Or la pyramide des âges de la branche maladie permet d'estimer le nombre de départs à la retraite programmés d'ici 2017 à 9 600 dans les CPAM, et à 5 800⁸³ pour la moitié des CPAM ayant connu sur la période 2010-2013 le taux de remplacement le plus bas (inférieur à 47 %).

Par ailleurs, la mobilité géographique entre caisses est faible.

Dès lors, il apparaît que la réduction des effectifs dans les seules CPAM les moins efficaces au niveau retenu sur la période 2010-2013 (3 900 ETP en retenant un taux de renouvellement de 33 %⁸⁴) ne suffit pas à exploiter l'intégralité des gains potentiels de productivité des prochaines années.

Durant les années 2013-2020, caractérisées par des gains de productivité potentiels et par une vague de départs à la retraite, la mission préconise un **renouvellement a minima des départs dans les caisses les moins efficaces tout en maintenant les efforts sur les caisses efficaces**.

La MSA est confrontée aux mêmes difficultés, amplifiées par un biais démographique défavorable qui résulte de la réduction du nombre d'exploitants agricoles. Les caisses du massif central, de Bourgogne ou encore des Midi-Pyrénées perdent 3 % d'affiliés par an. Sans même tenir compte d'objectifs de gains de productivité, **les effectifs de ces caisses devraient être réduits de 15 % dans les cinq prochaines années** pour maintenir les ratios d'efficacité actuels, un niveau qui dépasse les possibilités offertes par les départs en retraites.

⁸² Le transfert de la CAMIEG a ajouté 521 000 bénéficiaires à la base des personnes couvertes par la CPAM de Nanterre. Cette dernière a par ailleurs développé des activités de production pour le compte d'autres CPAM, qui amènent début 2013 à traiter quotidiennement 100 000 décomptes, dont 20 000 seulement pour les affiliés du régime général du département.

⁸³ La mission n'a pas eu accès aux prévisions de départs à la retraite par CPAM et a retenu pour établir cette estimation l'hypothèse grossière d'une démographie homogène entre CPAM et de départs à la retraite proportionnels aux effectifs de l'année 2012.

⁸⁴ Le taux de 33 % résulte d'une moyenne des taux de remplacement des 50 CPAM présentant le taux le plus bas (inférieur à 47 %), pondérée par les effectifs desdites CPAM.

Aussi, la maximisation de la transformation en réduction de coûts de gestion des gains de productivité doit faire **intervenir des transferts de charge au moins partiels entre les caisses d'un même régime**, de telle sorte que la politique de non remplacement pourra être maintenue dans l'ensemble des CPAM et des caisses de la MSA.

Ces transferts pourront potentiellement s'opérer des caisses les plus efficaces vers les moins efficaces, **dans la période transitoire de la vague de départs prévue entre 2013 et 2017**. La CNAMTS met en avant les effets désincitatifs liés à une baisse de l'efficacité des meilleurs organismes qui serait la conséquence de tels transferts. La mission ne méconnaît pas cette difficulté, qui peut être résolue en adaptant le volume du transfert sortant à l'évolution du nombre d'assurés et à la réduction programmée des effectifs et dans les caisses cédantes (de telle sorte que l'effet du transfert sera neutre sur le ratio d'efficacité), cette dernière étant liée à un objectif national de gains de productivité.

4.2.2. Les transferts d'activité et mutualisations ne posent pas de difficulté technique mais supposent un développement des workflows et de la dématérialisation

La mission **n'a pas identifié d'obstacle technique à des mutualisations ou à des transferts d'activité opérés entre CPAM, dès lors que les données métier sont dématérialisées et accessibles**. Ces évolutions sont facilitées par le projet de fusion des bases de données opérantes (BDO) des CPAM au sein de cinq bases interrégionales (et une sixième base dédiée aux régimes infogérés), par ailleurs regroupées physiquement au CTI de Toulouse depuis 2013.

Au-delà de cette première étape, le passage à une base unique ne semble pas s'imposer à court terme. Une base unique présente toutefois des avantages immédiats liés à la **suppression des mutations inter-CPAM (qui occupent environ 400 ETP à la CNAMTS)**, à la facilitation des mutations interrégimes (par utilisation des dernières données connues par toute CPAM où l'assuré était ayant droit au moment où il est affilié en tant qu'ouvrant droit) et à l'apurement des bases du régime général (suppressions de doublons).

Compte tenu de la complexité engendrée par le maintien de plusieurs environnements utilisateurs pour les services métiers (pour assurer l'accès à plusieurs bases), la mission **préconise de mettre en œuvre toute mutualisation au sein d'équipes spécialisées de taille réduite, et de limiter le nombre de caisses prenantes**. Ce modèle permet par ailleurs de réduire les contraintes de sécurité des informations en limitant le nombre d'autorisations d'accès accordées.

Concrètement, les transferts pourraient suivre l'exemple donné par la CPAM de Nanterre, qui traite d'ores et déjà 80 000 paiements de décomptes PN par jour pour le compte d'autres départements, contre 20 000 pour les Hauts-de-Seine et la CAMIEG. La liquidation de PN s'effectue par un accès direct à la base de la caisse cédante (l'agent est affecté pour une journée entière sur une base géographique donnée, pour éviter de multiplier les temps de connexion), tandis que le vidéocodage⁸⁵ de feuilles de soins papier s'opère sur des bases dupliquées et mises à jour une fois par semaine.

Le réseau des CPAM procède déjà à des mutualisations **soit sur des initiatives locales** (à l'image de la CPAM de Nanterre) soit par le biais de **missions confiées à des caisses en difficulté** : Mende (délestage de Paris et accueil téléphonique de premier niveau pour la région Languedoc-Roussillon), Guéret (allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie à domicile - AJAP).

⁸⁵ La CPAM de Nanterre vidéocode 80 000 FSP par jour pour le compte des CPAM d'Ile-de-France, de Nantes, d'Evreux et de Bordeaux.

En extension de ces premiers transferts de charge, trois ou quatre caisses, choisies parmi les plus massives (Paris, Marseille, Bobigny, Rhône), pourraient reprendre une partie de l'activité des CPAM qui en exprimeraient le besoin de façon ponctuelle (pics d'activité) ou permanente (soutenabilité de la réduction des effectifs ou de l'augmentation de la base des affiliés), sans augmenter le taux de renouvellement des effectifs des caisses prenantes.

La mission retient pour opérer ces transferts le principe souple d'accords passés entre caisses, plutôt que le modèle d'un atelier de régulation des charges à l'image de celui retenu à la CNAF (ARC, cf encadré 4). La coordination d'ensemble et la multiplication des caisses prenantes, génératrices de coûts, ne semblent pas nécessaires dans la branche maladie où les pics d'activité sont limités et où un noyau réduit aux plus grosses caisses peut assurer seul la reprise de charge de centaines de milliers de bénéficiaires.

Les mutualisations et transferts de charge à mettre en œuvre dans les années 2013-2017 pour maintenir le rythme de réduction des effectifs constituent une première étape. **Dans un second temps, les gains d'efficience sont à rechercher dans la spécialisation de sites de production**, au moins pour les activités à faible volumétrie ou à technicité élevée.

Certaines missions ont déjà été centralisées au niveau de certaines CPAM pour assurer la qualité de service (et une réduction de la fraude) par une spécialisation des agents sur des activités à faible volumétrie, comme pour le remboursement des soins à l'étranger, effectué à Vannes ou pour la gestion de l'APAJ à Guéret.

De même, la MSA a mené des expérimentations puis imposé une liste de missions à mutualiser au niveau régional⁸⁶ par spécialisation de caisses :

- ◆ gestion de l'invalidité, après un contact de proximité par les caisses de rattachement ;
- ◆ traitement des anomalies des extranutes (déclarations d'embauche et de salaire des entreprises) ;
- ◆ retraite en coordination internationale (français ayant un complément de retraite à l'étranger, ou l'inverse) ;
- ◆ recours contre tiers.

La spécialisation permet d'optimiser l'utilisation des compétences et des moyens, ainsi que de déplacer la frontière d'efficience sur les sujets techniques par un accroissement des volumes traités et des effets d'apprentissage (réduction des erreurs, développement de nouveaux outils ou de nouvelles pratiques).

Hors du champ des PN, déjà largement dématérialisé, les transferts d'activité et les mutualisations supposent un développement de la gestion électronique de documents et des workflows.

La gestion électronique de documents répond à plusieurs enjeux :

- ◆ gagner en temps de traitement par la circulation numérique des documents ;
- ◆ supprimer les navettes de transport de documents ;
- ◆ faciliter le rapprochement des différentes demandes d'un client ;
- ◆ garantir la traçabilité des demandes ;
- ◆ permettre l'accès à l'information de tous les agents d'une caisse, voire à ceux d'une autre caisse du même régime dans une optique de service rendu en tout lieu de façon uniforme ;
- ◆ faciliter la répartition de la charge de travail entre structures ;

⁸⁶ L'organisation de la MSA repose sur 2 zones informatiques et 5 régions géographiques qui regroupent les 35 caisses locales.

Annexe I

- ◆ permettre le télétravail des agents. La mission n'a pu établir le bilan chiffré complet de l'expérimentation mise en œuvre à Nanterre. **Grâce à des gains de productivité de 15 % à 40 % constatés** pour les 105 agents ayant choisi la solution de télétravail (deux ou trois jours par semaine), la **CPAM estime le gain à 22 ETP**. Des économies supplémentaires sont liées à la rationalisation possible des surfaces de travail, tandis que les dépenses incluent l'achat d'un second poste informatique (environ 200 € par an) et l'abonnement à une ligne sécurisée.

La CNAMTS s'est engagée à partir de 2010 dans l'extension progressive de la GED, à travers l'outil DIADEME, retenu par toutes les CPAM à l'exception de celle des Hauts-de-Seine. Cette dernière procède d'ores et déjà à la numérisation en amont de l'ensemble des documents entrants, avec une indexation plus légère que celle prévue dans DIADEME.

A Nanterre, les effectifs du service courrier ont diminué de 78 à 68 grâce à la réduction de manipulation du papier permise par la GED (réduction du nombre de tris principaux, notamment). Extrapolée au réseau des CPAM, **cette baisse en effectifs directs peut être estimée à 400 ETP au niveau national**.

Tableau 20 : Développement de la GED au sein du réseau des CPAM

Processus faisant l'objet d'une GED	Mise en place	Etat de déploiement en mai 2013 (nombre de CPAM)	Perspectives de déploiement fin 2013 (nombre de CPAM)
<i>Prestations en Espèces</i>			
IJ AS et IJAT	2010	101	101
Reconnaissance des ATMP	2010	101	101
Invalidité	fin 2012	30	52
Rentes	fin 2012	40	58
Capitiaux Décès	fin 2012	50	67
<i>Gestion des bénéficiaires</i>			
Gestion des Droits de Base	fin 2012	8	20
CMU B et CMU C/ACS	fin 2012	7	15
AME	fin 2012	2	9
Protocoles de soins	fin 2012	ND	ND
Divers (PN, réclamations, relations internationales...)	fin 2012	10	ND

Source : CNAMTS.

La CNAMTS étudie les modalités de prise en charge dans DIADEME des données correspondant à des processus mutualisés au niveau national, avec comme première application le traitement de l'AJAP à Guéret. A l'horizon 2015, la CNAMTS vise avoir développé un module permettant la numérisation inter-CTI puis des échanges de données inter-CTI.

Encadré 4 : L'atelier de régulation des charges (ARC) de la CNAF

L'Atelier de Régulation des charges est mis en place au 1er trimestre 2009, en réponse à la nécessité des CAF de répondre à l'afflux local de charges.

Le dispositif prévoit la création d'une équipe « supplétive » de techniciens, capable d'intervenir à tout moment, de façon dématérialisée, via le système des corbeilles électroniques, pour prendre en charge le traitement des dossiers de n'importe quelle CAF du réseau.

Principes d'organisation :

- ◆ Un dispositif de coordination, piloté nationalement a été mis en place au niveau régional ;
- ◆ 204 personnes ont été recrutées en CDI ou en contrat de professionnalisation sur les 1257 postes supplémentaires attribués à la branche dans le cadre de la gestion du RSA et de la négociation de la COG. Elles ont été réparties dans les ateliers « virtuels » de 37 CAF fonctionnant à distance grâce à la corbeille électronique, afin de bénéficier de l'infrastructure et

de l'encadrement existants.

- ◆ Un dispositif contractuel et responsabilisant :
 - Une convention type de mission entre la CNAF et chacune des CAF aidantes et une convention type d'intervention entre la CNAF et chacune des CAF aidées ont été établies pour régir les aspects fonctionnels et financiers.
 - Les caisses aidées s'engagent à mettre en œuvre des mesures conjoncturelles ou structurelles destinées à permettre un retour durable à une situation normale et elles les communiquent à la CNAF.
 - Les CAF aidantes ont reçu des postes budgétaires spécifiques dans le cadre de l'Arc.

Résultats :

- ◆ Au total 23 caisses ont bénéficié de l'aide de l'ARC sur l'année 2009 (11 836 journées de travail de techniciens confirmés et nouveaux agents ARC) ;
- ◆ Des effets immédiats sur le stock des caisses aidées (de -13,7 jours de stock à -0,2).

Source : CNAF - bilan 2009 des interventions de l'ARC

4.3. La réalisation effective d'économies liées à la dématérialisation est largement suspendue à l'adoption des services en ligne par les usagers et par les professionnels de santé

4.3.1. Les actions de promotion de la dématérialisation vis-à-vis de l'assuré sont limitées et pourraient être renforcées par un dispositif de sanction financière en cas de non présentation de la carte Vitale

4.3.1.1. La croissance du taux d'assurés en ligne est dans un premier temps assurée par le développement de nouveaux services

En vue de promouvoir la télédéclaration de l'impôt sur le revenu, la DGFIP met en avant des avantages de plusieurs ordres par rapport à une déclaration papier :

- ◆ simplification des démarches : absence de pièces justificatives ;
- ◆ souplesse : possibilité de modifier sa télédéclaration à tout moment et délai supplémentaire de déclaration ;
- ◆ information accrue : connaissance à l'avance du montant des impôts à payer grâce à une simulation en ligne ;
- ◆ avantage financier : économie d'affranchissement et réduction d'impôt de 20 €, restreinte en 2008 aux seuls primo-déclarants avant d'être supprimée en 2011.

En matière d'incitation des assurés à adopter un compte en ligne, les caisses d'AMO comptent sur **l'information en direct et sur le traitement automatisé de certaines demandes** par les téléservices.

A ce stade de développement, la **mission considère que cette stratégie, mise en œuvre notamment par la CNAMTS, est cohérente** : les nouveaux services créés augmentent l'intérêt marginal d'un usager à s'orienter vers une gestion en ligne de son compte et permettent d'assurer une croissance du taux d'adoption. **Si un palier est atteint (en tout état de cause au-delà de 60 % d'assurés connectés), une incitation financière peut être envisagée pour étendre la couverture au niveau de la part des ménages français utilisateurs d'internet (estimée à 78 % en 2017 par extrapolation de la tendance récente)**. Elle pourrait être définie en fonction du différentiel de coût de gestion constaté entre un assuré en ligne et un assuré

n'ayant pas de compte ameli. **La mission préconise la réalisation d'une étude en ce sens par la CNAMTS et la MSA à l'horizon 2017.**

4.3.1.2. La réduction du taux de FSP suppose une action vis-à-vis des assurés et pourrait être facilitée par une contribution forfaitaire de l'assuré en cas de non présentation de la carte Vitale

Ainsi que présenté au paragraphe 1.1.2 du présent rapport, la part de FSP non imputable aux professionnels de santé est évaluée entre 2 % et 3 % des flux pour les actes médicaux faisant l'objet d'un rendez-vous. Cette part s'élève entre 5 % et 10 % pour les actes des médecins généralistes et des pharmaciens, pour lesquels les consultations ou les achats peuvent se faire sans rendez-vous.

Les causes de cette part résiduelle de FSP sont à rechercher du côté de l'assuré (oubli, non présentation de la carte du parent contenant les informations de ses enfants, perte, vol, absence de réponse aux formulaires de l'AMO) ou de sa caisse (mise à disposition tardive, lenteur de renouvellement), voire du support (carte invalide).

La mission souligne l'importance de la **mise en œuvre d'une double inscription des enfants sur les cartes vitales de leurs deux parents** pour écarter un motif légitime de génération des FSP.

Après une **première étape d'information du public quant au différentiel de coût de traitement entre FSE et FSP** (par exemple sur les décomptes transmis en 2014 par l'AMO), la mission préconise **l'entrée en vigueur d'une contribution forfaitaire de l'utilisateur qui pourrait être fixée à 0,50 € par FSP⁸⁷ et 0,16 € par flux B2⁸⁸**. Cette contribution s'ajouterait aux participations forfaitaires existantes et viserait à sensibiliser les usagers à la présentation de leur carte vitale, garante de sécurisation des flux destinés à l'AMO.

Un tel dispositif mettrait sous tension la chaîne de dématérialisation : les PS seraient incités à s'équiper ; les caisses devraient se montrer efficaces dans la mise à disposition des cartes Vitales et les usagers plus réactifs dans leurs retours et plus incités à présenter leur carte.

Des mécanismes pourraient être créés pour modérer le dispositif et éviter la sanction inopportune d'assurés de bonne foi, mécanismes qui pourront être proposés par l'UNCAM avec l'objectif de limiter la complexité de leur mise en œuvre : délai de deux mois d'exemption après le signalement d'un vol ou après une première affiliation (en deçà d'un plafond de signalements de vol), déclenchement de la participation au-delà d'un nombre de FSP générées par an et par assuré.

A comportement inchangé des acteurs, **le produit de cette contribution s'élèverait entre 57 M€ et 75 M€** (en fonction du taux d'exemption retenu, compris entre 0 % et 3 % du volume total des décomptes) pour les FSP et à 28 M€ pour les flux B2⁸⁹.

⁸⁷ Soit 30 % de la différence de 1,68 € de coût direct entre le traitement d'une FSP et celui d'un flux électronique en CPAM.

⁸⁸ Ce montant correspond au coût de traitement direct d'un flux électronique.

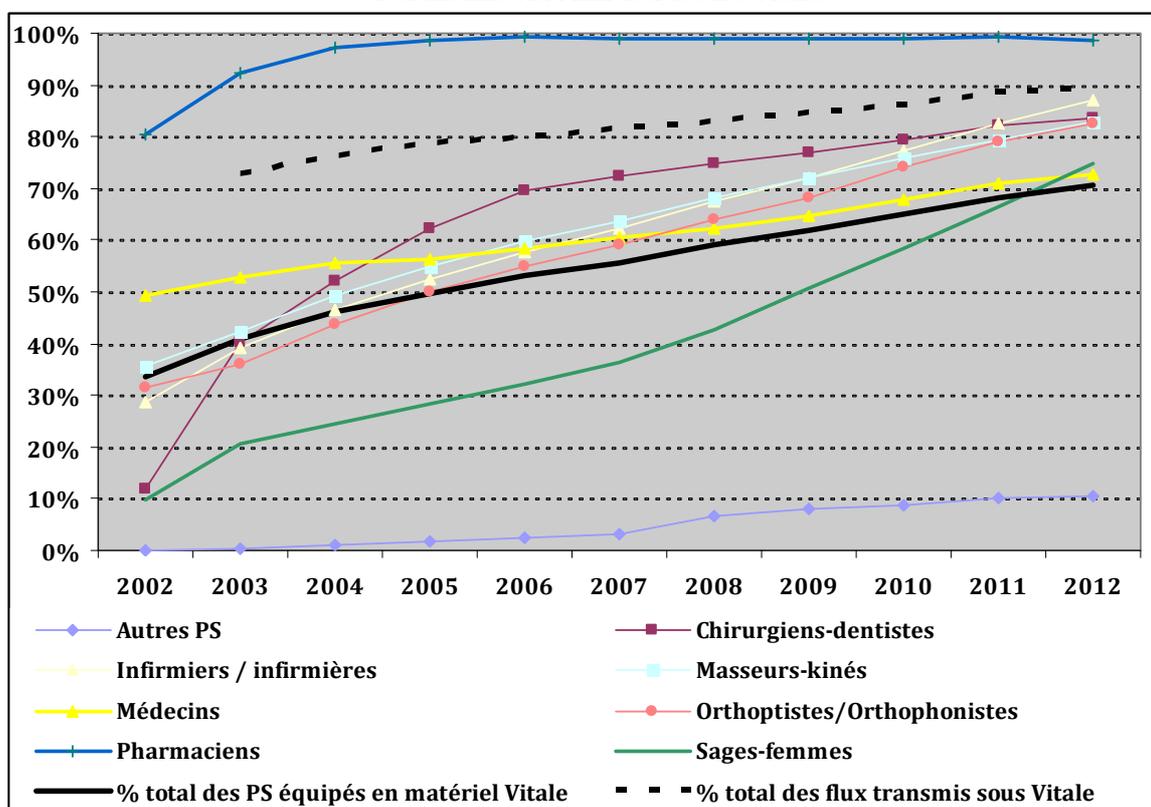
⁸⁹ En tenant compte de flux annuels à hauteur de 150M de FSP et de 175M de flux B2 (valeurs 2012).

4.3.2. L'assurance maladie incite financièrement les PS à dématérialiser leurs flux, avec des délais d'adoption des innovations de l'ordre de sept ans et une part minoritaire de réfractaires

4.3.2.1. Seuls 50 % des professionnels de santé adoptent les innovations portées par l'assurance maladie en moins de sept ans

Le déploiement du système Vitale, amorcé en 1998, s'est appuyé sur l'équipement précoce des professionnels de santé représentant une part importante des flux, au premier rang desquels les pharmaciens. **En 2005, après sept années de déploiement, le taux d'équipement des PS atteignait 50 %, pour 79 % des flux.** En 2012, ces valeurs s'établissent à 71 % et 90 % respectivement, avec des différences significatives de taux d'équipement entre catégories de PS (de 73 % pour les médecins à 99 % pour les pharmaciens).

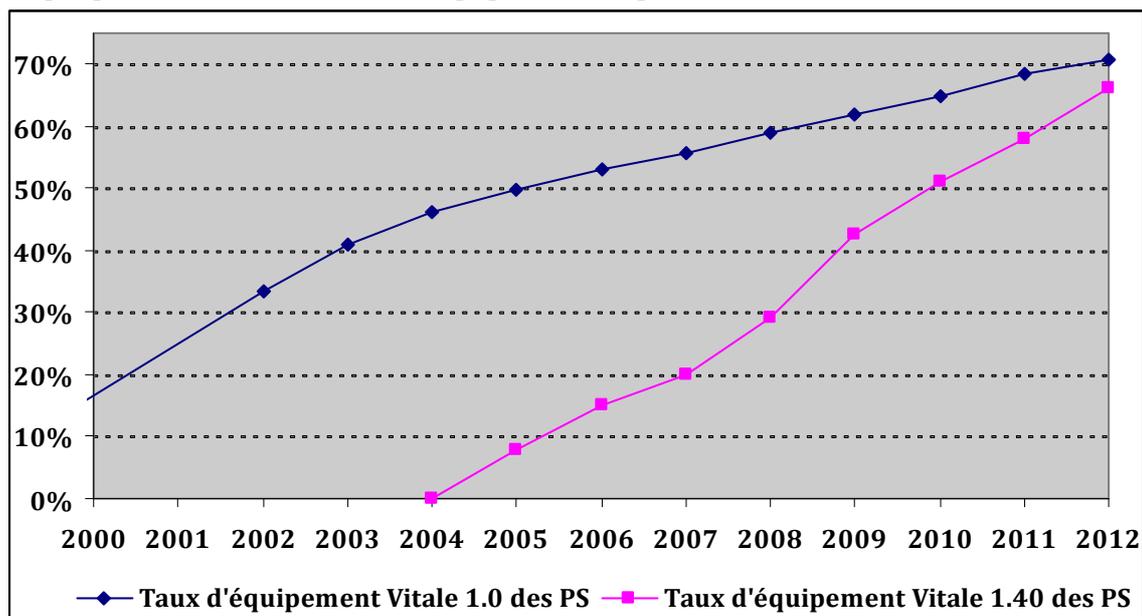
Graphique 17 : Evolution de la part des PS équipés en système Vitale et de la part des flux télétransmis via l'infrastructure Vitale



Sources : CNAMTS et GIE SESAM Vitale.

Lancée en 2004, la version 1.40 du système Vitale permet l'intégration de données du RC sur la carte Vitale et l'envoi par la même manipulation du PS d'une feuille de soins électroniques (FSE) à l'AMO et d'une demande de remboursement électronique (DRE) à l'AMC. Elle supporte également la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM). Cette nouvelle version **est adoptée en six ans par 50 % et en huit ans par 66 % des PS.** L'adoption par les pharmaciens n'intervient qu'en 2012, suite à la négociation de la nouvelle convention avec l'assurance maladie.

Graphique 18 : Evolution du taux d'équipement des professionnels de santé en matériel Vitale



Source : GIE SESAM Vitale.

Dans les deux cas, et malgré le développement des pratiques de dématérialisation entre 1998 et 2004, **le délai critique d'adoption par les professionnels de santé est de l'ordre de sept ans et ne peut être garanti par l'assurance maladie.** Il est étroitement lié aux gains marginaux escomptés par les PS⁹⁰, à l'ergonomie et à la transparence des outils conçus et au rythme de développement par les éditeurs de logiciels.

4.3.2.2. Les incitations à la dématérialisation des professionnels de santé s'élèvent à 117 M€ en 2012

Dans les conventions conclues par l'assurance maladie avec les professionnels de santé figurent des incitations financières au développement de la télétransmission, qui combinent subvention à l'équipement ou à la maintenance du matériel et prime accordée en fonction du taux de télétransmission. Cette dernière prime prend pour l'ensemble des catégories de PS à l'exception des pharmaciens, des laboratoires d'analyse médicale et des pédicures podologues (pour lesquels la prime est versée par FSE) la forme d'un montant forfaitaire déclenché au dessus d'un taux plancher de télédéclaration compris entre 66 % (médecins) et 70 % (autres PS).

Les médecins constituent une catégorie clé de professionnels de santé du fait de leur contribution majoritaire au volume de feuilles de soins papier résiduelles et de leur rôle décisif dans les projets du « programme 2 » de la CNAMTS : déclaration de médecin traitant ou d'arrêt de travail en ligne dans un premier temps, puis prescription, accès aux droits et facturation en ligne.

⁹⁰ Ainsi, la scannerisation des ordonnances par les pharmaciens a-t-elle mis fin au tri et à la préparation de liasses de pièces justificatives dans les officines, ce qui a amené à l'adoption rapide de scan-ordo (75 % de dématérialisation attendue fin 2013).

Annexe I

Depuis 2012, la part de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins qui porte sur l'organisation du cabinet⁹¹ est suspendue à la validation de deux critères de télétransmission (équipement Vitale du cabinet et télétransmission des deux tiers des flux). Dès 2012, 79 % des médecins généralistes et 66 % des médecins spécialistes remplissent ces conditions.

En dehors de cette double condition, l'utilisation des téléservices constitue un critère de rémunération relativement modeste (75 points sur un maximum de 1 300 points de la ROSP, soit 525 € par an et environ 0,6 % du revenu médian d'un médecin spécialiste et 0,8 % de celui d'un médecin généraliste⁹²).

Au sein du critère d'utilisation des téléservices, lesdits services ne sont par ailleurs pas distingués et **ne sont donc pas priorisés en fonction des gains qu'ils sont susceptibles de générer en gestion de l'assurance maladie.**

Eu égard aux augmentations de tarifs des éditeurs de logiciels (pack de services réglementaires intégré à 12 € par mois, augmentation de la maintenance de 15 € par mois), les médecins ont un intérêt financier direct limité à s'équiper des derniers développements en matière de télétransmission.

Toutefois, les analyses produites par des syndicats de médecins montrent que la ROSP considérée dans son ensemble sur une période de 5 ans permet de financer l'investissement et la maintenance (poste de travail, imprimante, lecteur, logiciel) d'un médecin initialement non équipé⁹³. Par ailleurs, la généralisation progressive du travail informatique chez les médecins les conduit à s'équiper, indépendamment des services et des incitations mis en œuvre par l'assurance maladie.

Dans ces conditions, la mission considère que les incitations financières à s'équiper sont portées à un niveau satisfaisant par la convention médicale de juillet 2011, notamment par le biais des conditions d'équipement du médecin permettant la télétransmission vitale. Les pistes de réflexion à développer concernent :

- ◆ le relèvement progressif du taux de dématérialisation conditionnant l'octroi de la prime d'organisation (de 66 % à 80 %) ;
- ◆ une priorisation des téléservices porteurs des gains d'efficacité les plus importants (facturation en ligne, attestation de travail en ligne), avec la nécessité de dépasser un seuil d'utilisation du service pour obtenir les 75 points associés à cet indicateur ;
- ◆ la réalisation d'une enquête annuelle auprès d'un échantillon de médecins pour recueillir des suggestions de simplification des processus dématérialisés (ergonomie, transmission de pièces justificatives).

⁹¹ Le maximum de cette part de la ROSP s'élève à 400 points pour un médecin traitant, soit 2 800 € par an à raison de 7 € par point pour une patientèle de 800 personnes.

⁹² En retenant un salaire médian de 68 k€ pour un généraliste et de 86 k€ pour un spécialiste en 2010 (source : DGFIP).

⁹³ Le bilan annuel moyen serait d'environ 1 500 € sous réserve d'atteinte à 100 % des objectifs. Dès la première année de mise en œuvre (2012), les 75 444 médecins rémunérés ont touché en moyenne 3 746 €. La rémunération s'élève à 4 982 € par médecin généraliste rémunéré (au nombre de 50 584) à la faveur d'objectifs atteints à 50 %,

Annexe I

Tableau 21 : Dispositifs d'incitation à la télétransmission mis en œuvre par l'assurance maladie

Profession	Montants versés en 2012 (en M€)	Nombre total de PS	Montant moyen par PS (en €)	Dispositif d'indemnisation
Médecins	26,88*	106 653	252	Dans la convention médicale du 26 juillet 2011 (mise en œuvre au 1er janvier 2012), la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) prévoit deux volets : organisation du cabinet et qualité. Sur un total de 1300 points accordés à un médecin traitant, 400 points concernent l'organisation du cabinet et 75 points spécifiquement la détention d'un équipement capable d'utiliser les téléservices de l'AM. A raison de 7 € par point pour une patientèle de 800 patients, la rémunération associée s'élève à 525 € par an. <u>67 % des généralistes et 23 % des spécialistes (soit 48 % des médecins) ont justifié de l'obtention de ces 75 points en 2012.</u> Deux conditions subordonnent par ailleurs le versement d'une prime portant sur l'organisation du cabinet et ont été respectées en 2012 par 79 % des généralistes et 66 % des spécialistes (soit au total 75 444 médecins) : - disposer d'un équipement SESAM-Vitale de dernière génération ; - atteindre un taux de télétransmission en feuilles de soins électroniques (FSE) supérieur ou égal à 2/3
Pharmaciens	24,92 5,81*	23 144	1 077 251	- 0,050 € par FSE ou 0,064 € par FSE si utilisation d'une version 1.40 de SESAM-Vitale - 350 € HT (soit 418,60 € TTC) versés chaque année aux pharmaciens qui scannent les ordonnances
Infirmiers	21,56	77 355	279	- aide forfaitaire annuelle de 300 € lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 % - aide à la maintenance de 100 € par an
Masseurs kiné	17,21	62 612	275	- aide forfaitaire annuelle de 300 € lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 % - aide à la maintenance de 100 € par an
Chirurgiens dentistes	11,54	40 138	288	- aide forfaitaire annuelle de 275 € lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 % - aide à la maintenance de 125 € par an
Orthophonistes	5,56	15 000	371	- aide forfaitaire annuelle de 300 € lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 % - aide à la maintenance de 100 € par an
Centres de santé	1,52		-	- forfait "structure" de 317 € selon la taille des centres dans la limite de 4 forfaits - forfait "professionnel de santé" de 164 € par ETP sous condition de 70 % d'activité télétransmise
Sages femmes	1,18	4 371	270	- aide forfaitaire annuelle de 300 € lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 % - aide à la maintenance de 100 € par an
Orthoptistes	0,61	3 200	191	- aide forfaitaire annuelle de 300 € lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 % - aide à la maintenance de 100 € par an
Pédicures podologues	0,12	9 600	12	- 0,07 € par FSE - aide à la maintenance de 100 € par an
Total	116,90	342 073	-	-

Source : Données CNAMTS pour les montants globaux accordés (sauf médecins), GIE Sésame Vitale pour le nombre de professionnels de santé.

** Calculs de la mission pour la rémunération des médecins au titre de la télétransmission et pour le remboursement aux pharmaciens des frais d'équipement en scanner.*

4.3.2.3. L'achèvement de l'équipement des PS en matériel de télétransmission des feuilles de soins ne pourra vraisemblablement pas s'appuyer sur les seules mesures incitatives

En 2012, les médecins transmettent 50 % des feuilles de soins papier traitées par l'AMO.

Le taux d'équipement des médecins n'est pas lié de façon significative à l'âge du praticien, **ce qui écarte la possibilité d'une extinction naturelle totale des feuilles de soins papier avec le départ de professionnels en retraite.** De même, les disparités géographiques relevées en matière de pratique de télétransmission permettent d'identifier des résistances locales fortes au seul biais incitatif lié aux subventions et primes de l'assurance maladie et aux avantages d'outils informatisés.

Prévue dès 1996 pour une entrée en vigueur en 2000, la contribution forfaitaire aux frais de gestion sur les feuilles de soin papier n'a été décidée qu'en 2010 avant d'être annulée par le Conseil d'Etat pour des modalités de mise en œuvre non conformes à la législation (cf. encadré 4). Elle est juridiquement envisageable depuis le 10 août 2011, dans des modalités définies par convention ou à défaut par décision du directeur de l'UNCAM, mais n'a pas été mise en œuvre dans un contexte de négociation de la convention médicale.

Au niveau retenu en 2010 (0,50 € par FSP après un abattement de 25 %), elle se **traduit par un produit de 56 M€** si elle est appliquée uniformément à tous les PS, et à 28 M€ pour les seuls médecins (soit environ 260 € par an et par médecin).

Pour une activité de 4 800 actes par an⁹⁴, dont 50 % faisant l'objet d'une télétransmission (soit 2 400), un abattement de 600 feuilles s'applique. La contribution forfaitaire est calculée sur la base de 1 800 FSP et s'élève à 900 €.

La mission considère qu'au regard du surcoût que représente le traitement des FSP du fait du refus des PS de télétransmettre (estimé à 70 % du montant de traitement des FSP, soit 110 M€ pour l'ensemble de l'AMO), et du délai de quinze ans écoulé depuis la mise en œuvre du système Vitale, **l'application des contributions forfaitaires prévues par la réglementation depuis 2000 ne doit plus être retardée.**

Encadré 5 : De 1996 à 2011, quinze années d'échec dans la mise en place réglementaire d'une contribution forfaitaire aux frais de gestion sur les feuilles de soins papier

L'article L161-35 du code de la sécurité sociale, né des ordonnances Juppé du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, prévoit une contribution forfaitaire aux frais de gestion sur les feuilles de soins papier à partir du 1^{er} janvier 2000. Son montant est fixé unilatéralement par arrêté pour chaque profession et pour chaque type de document. Aucun arrêté en ce sens n'a été publié par le ministère de la santé.

Suite à un amendement parlementaire d'octobre 2007, l'article 45 de la LFSS pour 2008 introduit une contribution forfaitaire sur les FSP, en précisant que les parties conventionnelles (syndicats de PS et AMO) disposent d'un délai de douze mois pour signer des conventions prévoyant le montant de cette contribution, délai qui ne permet pas d'aboutir.

En 2008 est inséré dans la LFSS pour 2009 un article qui désigne le directeur de l'UNCAM pour fixer le montant de la contribution, en lieu et place des conventions susmentionnées. Le 11 décembre 2008, le Conseil Constitutionnel estime que l'article 41 qui désigne « *l'autorité compétente pour fixer le montant de la contribution due par les professionnels de santé n'utilisant pas les feuilles de soins électroniques* », n'a « *pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ; que, par suite, [il ne devrait pas figurer] dans une loi de financement de la sécurité sociale* ».

L'article 53 de la loi la du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé

⁹⁴ En retenant l'hypothèse d'une patientèle de 800 personnes, vues trois fois par an avec à chaque fois la délivrance de deux actes.

Annexe I

et aux territoires (HPST) modifie à nouveau l'article L161-35 en reprenant la fixation du montant de la contribution par le directeur de l'UNCAM, avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2010, date avant laquelle existe la possibilité de définir des dérogations par convention.

Le 19 mars 2010, le directeur de l'UNCAM fixe le montant de la contribution forfaitaire aux frais de gestion à 0,50 € par feuille de soin papier, avec des conditions d'abattement (25 % des volumes avec un plancher de 300 FSP) et d'exemption ciblant certains publics (AME, nourrissons) et les actes effectués dans leur totalité hors de la présence du patient (actes d'anatomo-cyto-pathologie).

Le 7 avril 2011, sur une saisine du Syndicat des Médecins d'Aix et Région, le Conseil d'Etat annule la décision du directeur de l'UNCAM pour « excès de pouvoir », les dérogations n'ayant pas été définies par voie conventionnelle avant début 2010.

L'article 11 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifie une dernière fois l'article L161-35 et prévoit que les modalités de mise en œuvre de la contribution sont fixées par voie conventionnelle, et qu'à défaut de dispositions conventionnelles applicables, ces dernières sont fixées par le directeur général de l'UNCAM.

Sources : Legifrance et Conseil d'Etat.

4.4. La refonte de certains outils métiers de la CNAMTS et de la MSA doit être envisagée pour assurer le confort des agents

Les agents des caisses qui ont choisi de retenir une solution d'infogérance font, au moment du transfert, le constat d'applications des CPAM et des caisses de MSA au nombre élevé (500 dans les CPAM), aux interfaces vétustes et à l'ergonomie très perfectible.

La mission a par exemple identifié lors de ses visites dans les caisses locales deux processus dont l'efficacité est limitée par la conception des outils métiers :

- ◆ le traitement d'une mutation interrégime entrante impose en CPAM **le recours à six logiciels différents**. En l'état actuel, l'ensemble nécessite environ 20 minutes de traitement par l'agent. La mission n'a pas identifié de contre-indication à l'automatisation des tâches de recherche et des décisions intermédiaires, sur la base de la saisie du NIR, ce qui laisserait à l'agent la seule validation de l'opération. A chaque changement de logiciel, les informations doivent être saisies manuellement ou copiées-collées champ par champ, aucun transfert automatique n'étant prévu :
 - recherche du NIR dans *EOPPS* (base RNIAM), avec des temps d'accès de l'ordre de 30 secondes à chaque étape ;
 - recherche de l'assuré dans *RFI* (base des CPAM) ;
 - bascule dans *Progrès* pour récupérer d'éventuelles informations de la base locale et initier la création du compte ;
 - vérification dans *GCA* (gestion des cartes vitales) que la carte Vitale précédente a été désactivée si elle n'est pas mutable ;
 - retour dans *Progrès* pour créer le compte ;
 - impression d'un formulaire sous *Webmatique* puis d'un courrier dans l'outil « *courrier de bienvenue* ».
- ◆ l'interface de traitement des feuilles de soins des caisses de la MSA est peu lisible et surannée ; la saisie d'un trop grand nombre de codes de remboursement dans un même champ entraîne la bascule automatique dans un champ voisin, qui n'a pas la même nature et génère une anomalie non détectée a priori. Ceci impose à l'agent de vérifier constamment sur l'écran le champ où les données qu'il saisit sont enregistrées.

Annexe I

Ces exemples illustrent les gains de productivité potentiels qui pourraient résulter d'une refonte de l'ergonomie et des interfaces entre applications. Ils étayent par ailleurs les propos tenus par certains organismes nouvellement infogérés, qui ont évoqué un retour en arrière pour leurs agents au moment de l'adoption des outils informatiques qui leur ont été proposés. L'infogérance est ainsi retenue pour des raisons économiques (délégation à faible coût de la mise à jour réglementaire, de la gestion de l'hébergement et des développements de nouveaux services), mais elle est parfois vécue comme une perte de confort et d'efficacité au quotidien.

Le chantier de refonte du poste de travail, moins structurant que les projets de dématérialisation vis-à-vis des professionnels de santé et des assurés, ne constitue pas une priorité de la CNAMTS. De fait, certains nouveaux services ou développements ont vocation à se substituer aux outils anciens ou à en réduire les lourdeurs. Ainsi, la suppression des mutations par la fusion des bases de données peut constituer à terme une solution à une partie des dysfonctionnements observés. De même, la refonte de la chaîne de liquidation en lien avec la facturation en ligne peut représenter une occasion de procéder à un remplacement de certains outils.

Sur la base de ses observations et du caractère mécanique et répétitif de certaines tâches (liquidation des prestations PN, gestion des bénéficiaires) qu'amplifient les outils métiers, la mission estime cependant à 20 % les gains d'efficacité opérationnels qui pourraient résulter d'une rénovation des applications les plus génératrices d'inefficacité.

Par ailleurs, la montée en charge des nouveaux programmes s'effectue sur une échelle de temps comprise entre sept et dix ans, ce qui légitime des actions sur les outils actuels du poste de travail dans l'intervalle.

5. A structure constante du secteur de l'assurance maladie, les gains liés à l'amélioration des processus et à la simplification de la réglementation s'élèvent à près d'un milliard d'euros par an à l'horizon 2017

5.1. Le chiffrage des gains a été effectué sur la base des coûts directs affectés à chaque processus

En raison du poids de la CNAMTS dans le secteur de l'assurance maladie obligatoire, les économies liées à des gains de productivité ont été estimées par la mission en ETP directs des CPAM, puis converties en réductions de coûts de gestion directs et extrapolés à l'ensemble de l'AMO au prorata des unités d'œuvre adaptées.

La conversion d'ETP en dépenses directes de gestion a été effectuée à partir des réponses de la CNAMTS à un questionnaire conçu par la mission, dont le champ couvre l'ensemble des CPAM et CGSS. En moyenne, **le salaire chargé et les frais de fonctionnement directs associés à un ETP s'élèvent à 57,6 k€**. Cette valeur varie entre 50,1 k€ et 99,5 k€ en fonction du processus considéré, en lien avec le niveau de qualification et de rémunération et avec le poids des frais de fonctionnement.

Les gains estimés par la mission ne tiennent pas compte des réductions d'effectifs des fonctions support qui pourraient résulter de la baisse des ETP affectés à la production. Ils constituent dès lors un minorant des économies envisageables.

Annexe I

Tableau 22 : Coûts directs associés à un ETP métier des CPAM et CGSS

Activités des CPAM et CGSS	ETP directs (hors fonctions support et hors informatique)	Coûts analytiques en k€ (salaires + frais de fonctionnement)	Valorisation d'un ETP (salaire+frais de fonctionnement)
Liquidation prestations en nature FSP	4 466	223 756	50 103
Liquidation prestations en nature FSE	3 460	173 337	50 103
Liquidation prestations en espèces hors invalidité	6 118	342 961	56 058
Gestion des fichiers	7 535	425 492	56 471
Accueil physique	4 293	247 767	57 709
Accueil téléphonique	3 143	152 508	48 522
Gestion du service courrier : flux entrants et sortants	1 189	118 302	99 530
Régulation	4 929	310 637	63 023
Recouvrement des créances	647	62 206	96 117
Action sanitaire et sociale	457	27 962	61 220
Autres activités RO (marketing opérationnel)	551	36 860	66 869
Total	36 787	2 121 786	57 677

Source : Questionnaire de la mission IGAS/IGF, données CNAMTS.

5.2. Les gains liés la dématérialisation et à la simplification des processus sont estimés à 589 M€ en année pleine à l'horizon 2017 pour l'AMO et 344 M€ pour l'AMC et les usagers

Les années 2013 à 2017, marquées par de nombreux départs en retraite, doivent être **focalisées sur la poursuite des gains d'efficacité liés aux processus métiers**. Pour en assurer la concrétisation, des mesures d'anticipation et d'accélération des changements sont à envisager :

- ◆ mise en œuvre d'une contribution forfaitaire à hauteur de 0,50 € par FSP pour les professionnels de santé, au 1^{er} janvier 2015, 15 ans après la date prévue de son entrée en vigueur ;
- ◆ mise en œuvre d'une contribution forfaitaire à hauteur de 0,50 € par FSP pour les usagers, au 1^{er} janvier 2016, après une campagne d'information organisée en 2014 et 2015 par les caisses d'AMO sur les avantages de la carte Vitale et sur le différentiel entre coût de gestion des FSP et coût de gestion des flux électroniques ;
- ◆ anticipation par les caisses (et par la CNAMTS en particulier) du déploiement de la DSN par une refonte des outils métier permettant l'automatisation du processus de liquidation des dossiers simples de prestations en espèces ;
- ◆ simplification de la réglementation de l'affiliation, de gestion de la CMU-C et des prestations en espèces.

Les caisses s'engagent spontanément dans la voie du développement de services en ligne à destination des assurés, et le « programme 2 » de la CNAMTS constitue une stratégie adaptée à la recherche d'efficacité et d'une meilleure qualité de service.

Au regard de la cible de long terme définie pour le secteur, les investissements de certaines caisses pourront toutefois être arrêtés ou mutualisés s'ils s'avèrent trop coûteux, dans l'attente du changement d'outil informatique à l'occasion du transfert de gestion (à condition que cet horizon ne soit pas trop éloigné).

Annexe I

Des gains plus modestes peuvent être associés à l'uniformisation du rythme d'envoi des décomptes (à hauteur d'un envoi tous les trois ou quatre mois) et à la centralisation généralisée de l'éditique et de l'affranchissement des caisses qui disposent d'une chaîne de traitement nationale. A cet égard, il convient d'envisager l'utilisation de la chaîne de la CNAMTS, surdimensionnée pour faire face à des pics de production, par d'autres branches du régime général (CNAF en particulier).

Enfin, les processus de gestion des bénéficiaires peuvent faire l'objet d'économies liées à l'automatisation de tâches (mise à jour de l'état civil), à la réduction du flux annuel de mutations internes et externes et aux règles d'ouverture et de maintien de droits.

En parallèle, les opérateurs cibles (CPAM et caisses de MSA) doivent être encouragés dans le développement de la gestion électronique de documents, de *workflows*, de mutualisations et **de transferts de charge**, afin de pouvoir exploiter les départs en retraite au niveau national sans risque de contraindre localement la bonne gestion de l'activité.

Tableau 23 : Economies en frais de gestion envisageables en année pleine à l'horizon 2017 (en M€), par rapport à la situation de 2012

Gisement d'économies	Economies pour l'AMO	Dont économies pour la CNAMTS	Economies pour l'AMC /les usagers
Réduction à 1 % de la part des FSP (scénario de rupture) sans gains de productivité dans le traitement des FSE (1.1.3.)	173	140	-
« Noémisation » de l'intégralité des assurés couverts par une complémentaire santé (1.2.)	-	-	191/153
Réduction d'un tiers du taux de rejet des PN (« Programme 2 », 1.3.2.)	99	77	-
Dématérialisation des PE (AAT ou scan des AT, DSN et automatisation de 60 % des liquidations, 1.4.)	117	107	-
Gains en ETP de back-office liés au « programme 1 » de la CNAMTS (1.5.)	24	24	-
Centralisation à 94 % des envois de plis (1.5.4.)	46	29	-
Suppression de l'envoi des décomptes pour 65 % d'assurés ayant adopté un compte en ligne (1.5.4.)	31	26	-
Dématérialisation des ordonnances (par rapport à 2011, cf. 1.6.1)	20	20	-
Réduction des volumes d'archives* (1.6.2)	32	27	-
Automatisation et simplification des processus de gestion du fichier des bénéficiaires (3.1.4)	47	38	-
Total	589	488	191/153

Source : Calculs de la mission IGAS/IGF.

** Ces gains constituent une estimation maximaliste à court terme : seuls les caisses faisant appel à un prestataire extérieur pourront les mobiliser, les autres organismes devant compter sur une reconfiguration des moyens immobiliers au rendement et à l'échéance non estimables a priori.*

5.3. Une partie des gains réalisés peut être affectée à des métiers à plus forte valeur ajoutée pour l'assurance maladie

L'assurance maladie obligatoire amorce une transition des métiers de liquidation de masse vers des contrôles, des analyses et des conseils à plus forte valeur ajoutée :

- ◆ contrôle du volume de prescription médicamenteuse des médecins et de consommation des assurés ;

Annexe I

- ◆ identification, au sein des hôpitaux, des pratiques des professionnels de santé, en lieu et place d'une facturation globale ;
- ◆ développement de référentiels à destination des professionnels ;
- ◆ développement de la prévention ;
- ◆ lutte contre la fraude⁹⁵.

Il convient de conforter cette mutation de l'AMO par l'affectation de moyens dédiés à la gestion du risque, qui permettent d'agir sur la santé des assurés et le volume des prestations versées.

⁹⁵ A ce sujet, les visites effectuées dans les caisses ont permis de constater le caractère purement déclaratif de nombreux éléments de facturation. Par exemple, le paiement du supplément pour garde est effectué sur la seule foi des codes saisis par le PS, sans possibilité de consultation des plannings de garde. La mission n'envisage pas de proposer un durcissement de la réglementation en imposant le contrôle de pièces justificatives ; elle privilégie le recours à des analyses statistiques qui permettent de concentrer les moyens de contrôle sur les anomalies et comportements abusifs.

ANNEXE II

Mutuelles étudiantes

SOMMAIRE

1. ... SPECIFICITE FRANÇAISE, LE REGIME ETUDIANT DE SECURITE SOCIALE EST DELEGUE A DES MUTUELLES ETUDIANTES ORGANISEES EN DUOPOLE REGIONAL	1
1.1. Rattachée au régime général, l'assurance maladie obligatoire des étudiants non salariés est gérée par des mutuelles étudiantes depuis 1948	1
1.1.1. ... <i>Les mutuelles étudiantes constituent l'un des trois types d'organismes délégataires du régime général</i>	1
1.1.2. ... <i>Les conditions d'affiliation au régime étudiant sont complexes et hétérogènes</i>	2
1.1.3. ... <i>Les affiliés au régime étudiant bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux relevant des CPAM en matière de prestations en nature</i>	3
1.1.4. ... <i>Les cotisations versées par les étudiants correspondent à 22,9 % des charges du RESS</i>	4
1.2. Un duopole est établi pour la gestion de l'assurance maladie obligatoire, dont la concurrence est alimentée par l'enjeu de la couverture complémentaire	5
1.2.1. ... <i>Le duopole d'opérateurs du RESS est institué en 1972</i>	5
1.2.2. ... <i>Les affiliés au RESS doivent choisir un organisme de sécurité sociale entre une mutuelle nationale et dix mutuelles régionales</i>	5
1.2.3. ... <i>L'enjeu de la couverture complémentaire sous-tend la concurrence entre les acteurs du duopole</i>	7
1.3. Les étudiants sont en meilleure santé que la moyenne des assurés sociaux et adoptent massivement les services en ligne de gestion administrative	7
1.3.1. ... <i>Les étudiants sont en meilleure santé que la moyenne des assurés français</i>	7
1.3.2. ... <i>Les affiliés au RESS sont sensibles au développement de services en ligne</i>	9
1.4. Le nombre de bénéficiaires du régime obligatoire croît de 1,1 % par an sur la dernière décennie, avec des gains significatifs de parts de marché par la LMDE	9
1.5. Le financement de la gestion du régime obligatoire étudiant est assuré par des remises de gestion versées par la CNAMTS	11
1.5.1. ... <i>Les remises de gestion sont calculées selon des principes établis en 2003, sans corrélation avec le coût réel de gestion de la part obligatoire par les mutuelles</i>	11
1.5.2. ... <i>Comparaison avec les autres délégataires du régime général</i>	13
1.5.3. ... <i>L'évolution du montant unitaire des remises de gestion est décorrélée depuis l'exercice 2010-2011 de celle des coûts de gestion des CPAM</i>	15
1.6. Un suivi des performances a été établi pour les mutuelles étudiantes, sans incidence sur le montant des remises de gestion	16
2. ... LA REGLEMENTATION ET L'ORGANISATION ACTUELLES DU REGIME ETUDIANT SONT ASSOCIEES A UNE QUALITE DE SERVICE JUGEE INSUFFISANTE ET A DES COUTS DE GESTION ELEVES	17
2.1. Les mutuelles étudiantes connaissent des retards dans l'industrialisation des processus de gestion	17
2.1.1. ... <i>Les mutuelles étudiantes ont retenu des modes d'organisation variés et entrepris pour certaines une rationalisation de leur activité de gestion</i>	17

2.1.2. ... Les mutuelles étudiantes emploient 1 309 ETP, parmi lesquels la part d'agents affectée à la gestion du RC apparaît minorée par des clés de répartition comptables	19
2.1.3. ... Le recours à des conseillers sécurité sociale et mutuelle est proportionnellement quatre fois plus coûteux à la LMDE qu'à la SMEREP.....	20
2.2. L'ensemble des indicateurs convergent pour signaler une qualité de service médiocre des mutuelles étudiantes.....	21
2.2.1. ... La qualité de service des mutuelles étudiantes, jugée médiocre par l'opinion publique, fait l'objet de rapports du Sénat et de la Cour des Comptes.....	21
2.2.2. ... Les indicateurs de qualité de service instaurés en 2012 font valoir une performance inférieure à celle des CPAM.....	22
2.2.3. ... La part des étudiants devant faire parvenir des décomptes papier à leur complémentaire est deux à trois fois supérieure à celle des bénéficiaires des CPAM.....	23
2.3. Les coûts de gestion du régime obligatoire déclarés par les mutuelles étudiantes sont supérieurs aux remises de gestion qui leur sont accordées.....	25
2.3.1. ... En 2011, le coût de gestion unitaire déclaré d'un affilié varie entre 51,47 € et 71,76 € autour d'un niveau moyen de 61,31 €, stable depuis 2001.....	25
2.3.2. ... L'évolution par poste des coûts de gestion du régime obligatoire fait valoir des gains significatifs liés à la dématérialisation, annulés par les hausses d'autres processus.....	26
2.3.3. ... Le régime étudiant présente des coûts unitaires dont l'évolution est moins favorable que celle des autres opérateurs du régime général, tandis que ses remises de gestion sont soumises à une moindre tension.....	27
2.4. Les choix effectués en matière de comptabilité analytique se traduisent par une surpondération du régime obligatoire par rapport à la gestion de la part complémentaire.....	28
2.5. Le régime étudiant présente des sources intrinsèques de surcoûts.....	31
2.5.1. ... La réglementation relative aux affiliations et l'existence même d'un régime de transition autonome sont sources d'inefficience de gestion.....	31
2.5.2. ... La fragmentation du RESS en limite les gains de productivité	39
2.5.3. ... Les synergies entre gestion du régime obligatoire et gestion de la part complémentaire des étudiants sont limitées en raison d'un taux de mutualisation réduit à 20 %	44
3. ... LES EVOLUTIONS EN COURS NE PERMETTENT PAS DE METTRE FIN A LA COMPLEXITE ET AUX SURCOUTS LIES A L'EXISTENCE D'UN REGIME ETUDIANT SPECIFIQUE	45
3.1. La santé financière des mutuelles étudiantes est inégale	45
3.2. Des regroupements d'ampleur se dessinent et écartent le scénario d'une caisse unique de gestion du RESS.....	47
3.2.1. ... Un projet d'absorption du back-office de la LMDE par la MGEN pourrait aboutir début 2014.....	48
3.2.2. ... Les mutuelles du réseau emeVia envisagent des rapprochements sans fusion	50
3.3. L'ANI constitue une source de fragilisation potentielle de l'activité complémentaire du RESS.....	50

1. Spécificité française, le régime étudiant de sécurité sociale est délégué à des mutuelles étudiantes organisées en duopole régional

1.1. Rattachée au régime général, l'assurance maladie obligatoire des étudiants non salariés est gérée par des mutuelles étudiantes depuis sa création en 1948

1.1.1. Les mutuelles étudiantes constituent l'un des trois types d'organismes délégataires du régime général

Au 1er janvier 2013, le répertoire national inter régimes l'assurance maladie (RNIAM) recense 69,25 millions de bénéficiaires de l'assurance maladie non décédés, dont 59,07 millions de bénéficiaires du régime général. Parmi ces derniers, 50,92 millions de bénéficiaires sont pris en charge par la CNAMTS (CPAM et CGSS) et 8,15 millions par trois catégories d'organismes délégataires :

- ◆ les mutuelles de la fonction publique pour 5,19 millions de fonctionnaires d'Etat et leurs ayants droits (article L.712-6 du code de la sécurité sociale – CSS) ;
- ◆ les mutuelles étudiantes (article L.381-3 du CSS) pour 2,29 millions de bénéficiaires du régime étudiant de sécurité sociale (RESS)¹ ;
- ◆ des mutuelles délégataires de CPAM pour 0,67 million de bénéficiaires, opérateurs organisés en sections locales de plus de 100 adhérents (mutuelles dites de l'article L.221-4 du CSS, en charge de la gestion de fonctionnaires territoriaux et de membres de la fonction publique hospitalière).

Les **mutuelles étudiantes revendiquent quant à elles 1,72 millions de bénéficiaires sur les 2.40 millions d'étudiants de l'année scolaire 2011-2012**, dernier exercice clôturé. La mission a exploité les données déclaratives des mutuelles pour appréhender les effectifs du régime étudiant².

L'écart de près de 570 000 personnes entre les données du RNIAM et celles des mutuelles étudiantes correspond d'après ces dernières à 33 % de bénéficiaires supplémentaires décomptés à tort au sein du RESS en raison de deux facteurs :

- ◆ la population sortante du RESS n'effectue pas spontanément les démarches d'affiliation vers sa nouvelle caisse de rattachement (en particulier durant la période de recherche d'emploi) ;
- ◆ les étudiants étrangers qui ont quitté la France après leurs études ne sont pas radiés systématiquement du RNIAM³.

L'assurance maladie est étendue aux étudiants par la loi du 23 septembre 1948. L'article L.381-9 du CSS dispose que pour le service des prestations, « *il est fait appel à des sections ou correspondants locaux dont le rôle est assumé par des mutuelles ou sections de mutuelles d'étudiants régies par le code de la mutualité* ».

¹ Le RNIAM recense 2,29 millions de bénéficiaires.

² Cf. paragraphe 2.5.1.2.1 de la présente annexe.

³ De façon plus générale, le RNIAM n'enregistre pas d'information de fin de droits en l'absence de rattachement à une nouvelle caisse gestionnaire.

La CNAMTS est tenue de confier aux mutuelles étudiantes le paiement des prestations dès lors qu'elles remplissent les conditions légales requises. Sur le plan comptable, les prestations versées aux étudiants sont reportées dans les comptes combinés de la CNAMTS.

La direction de l'initiative parlementaire et des délégations du Sénat a réalisé, au printemps 2012, une étude portant sur huit pays (Allemagne, Belgique, Espagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède) : les étudiants y sont pour l'essentiel soumis aux dispositions du droit commun et ne relèvent pas d'un régime délégué. Plus généralement, la France est le seul pays européen à avoir adopté un régime autonome de protection sociale dédié aux étudiants.

Encadré 1 : L'origine de la dévolution de la gestion des étudiants à des mutuelles

En 1923, l'Union nationale des étudiants de France (UNEF) crée la Fondation santé des étudiants de France (FSEF), structure destinée à accueillir des étudiants malades (en particulier tuberculeux) tout en leur permettant de poursuivre leurs études.

Les fonctionnaires bénéficient entre deux guerres d'un régime particulier d'assurances sociales prévu par les lois organiques des 14 avril 1924 et 21 mars 1928, les prestations étant servies par leurs mutuelles de santé.

Les ordonnances du 4 et 19 octobre 1945 créent la sécurité sociale, à l'origine réservée aux salariés du commerce et de l'industrie.

En avril 1946, lors du congrès de Grenoble organisé par l'UNEF, est établie une charte définissant l'étudiant comme « *un jeune travailleur intellectuel* » et lui reconnaissant le droit à « *une prévoyance sociale particulière, dans les domaines physique, intellectuel et moral* ». La charte prévoit également que « *les étudiants prennent en main leur destin et déterminent leurs propres aides sociales* ».

Les revendications des syndicats étudiants sont traduites dans la loi n° 48-1473 du 23 septembre 1948 qui crée un régime délégué pour les étudiants, rattaché au régime général et géré par des mutuelles étudiantes. Cette loi, désormais codifiée aux articles L. 381-3 et suivants du code de la sécurité sociale, prend modèle sur la « loi Morice » du 9 avril 1947, qui confie aux mutuelles de fonctionnaires la gestion du régime général d'assurance maladie de leurs ressortissants. La loi Morice demeure le socle conceptuel de l'intervention des mutuelles dans la gestion du régime obligatoire.

Source : Rapport d'information n°221 du Sénat sur la sécurité sociale et la santé des étudiants, R. Kerdraon et C. Procaccia, 12 décembre 2012

1.1.2. Les conditions d'affiliation au régime étudiant sont complexes et hétérogènes

Les principes généraux d'organisation du régime étudiant de sécurité sociale (RESS) ont été établis en 1948 :

- ◆ **l'affiliation « aux assurances sociales » est obligatoire** pour les élèves et les étudiants de plus de 16 ans des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et classes préparatoires à ces écoles, qui sont âgés de moins de 28 ans et qui ne sont pas couverts à un autre titre par un autre régime de protection sociale. Par exception, les enfants d'assurés sociaux du RSI et des régimes spéciaux voient leur âge limite d'affiliation au RESS reporté à 20 ou 21 ans selon le régime, voire à 28 ans pour les ayants droits d'agents affiliés à la CPRSCNF (cf. tableau 1) ;
- ◆ **l'affiliation s'effectue à la diligence des établissements** où sont inscrits les étudiants, avec un rôle d'information des mutuelles quant au fonctionnement du régime étudiant. La cotisation annuelle forfaitaire contribuant au financement du régime étudiant est recouvrée en même temps que les frais de scolarité. Elle n'est pas due par les étudiants âgés de moins de 20 ans. La mutuelle étudiante intervient après l'inscription administrative pour ouvrir les droits et faire produire ou mettre à jour la carte vitale de l'étudiant. Pour l'année universitaire 2012-2013, **le montant de la cotisation s'élève à 207 euros par assuré ;**

- ◆ les prestations d'assurance maladie et maternité sont assurées par des mutuelles ou par des sections de mutuelles d'étudiants.

Par exception, les étudiants travaillant plus de 60 heures par mois ou 120 heures par trimestre sont rattachés aux CPAM qui leur versent les prestations maladie et maternité, sous réserve de justifier d'un contrat couvrant l'ensemble de l'année et d'une attestation de droits à la sécurité sociale.

Les règles d'affiliation au RESS, **régime subsidiaire géré par des opérateurs de transition (les mutuelles étudiantes)**, dépendent ainsi de l'âge de l'étudiant, du régime obligatoire de ses parents, du nombre d'heures travaillées et du type d'établissement académique fréquenté. Elles définissent une mosaïque complexe qui est le résultat d'évolutions réglementaires spécifiques aux étudiants dans un paysage de l'assurance maladie morcelé.

Tableau 1 : Régime de sécurité sociale d'un étudiant en fonction de son âge et du régime de ses parents

Régime de sécurité sociale des parents	16 ans	19 ans	20 ans	21 ans	25 ans	28 ans
Régime général (CNAMTS et ses délégataires), MSA, praticiens conventionnés, Banque de France	Ayant droit autonome : affiliation au RESS obligatoire, sans cotisation		Affiliation au RESS, cotisation obligatoire (sauf exemption)			
RSI (sauf médecins, dentistes, auxiliaires médicaux conventionnés), CANSSM, CRPCEN, CNMSS, CAMIEG, CAVIMAC, RATP, praticiens libéraux	Ayant droit des parents : gestion par le régime parental		Affiliation au RESS, cotisation obligatoire (sauf exemption)			
ENIM, Assemblée Nationale et Sénat, Port autonome de Bordeaux	Ayant droit des parents : gestion par le régime parental			Affiliation au RESS, cotisation obligatoire (sauf exemption)		
CPRSNCF	Ayant droit des parents : gestion par la CPRSNCF					
Etudiant français dont les parents ne cotisent pas en France	Affiliation obligatoire au RESS français, cotisation obligatoire (sauf exemption)					

Source : Mission IGAS/IGF.

1.1.3. Les affiliés au régime étudiant bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux relevant des CPAM en matière de prestations en nature

La gestion déléguée des étudiants ne présente pas de spécificité en matière de prestations en nature (maladie, maternité) par rapport au régime général auxquels ces bénéficiaires sont rattachés.

Par définition des conditions d'affiliation, les étudiants qui dépendent des mutuelles étudiantes n'exercent pas d'activité professionnelle et ne peuvent pas prétendre au versement de prestations en espèces.

La seule spécificité du régime de sécurité sociale des étudiants réside dans la possibilité pour chaque affilié de choisir son centre de sécurité sociale entre deux organismes⁴.

⁴ Hors du régime général, cette particularité vaut également pour le RSI et les exploitants agricoles ainsi que pour les médecins de secteur 2 qui peuvent opter pour le RSI ou pour le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

1.1.4. Les cotisations versées par les étudiants correspondent à 22,9 % des charges du RESS

Les ressources de l'assurance sociale des étudiants sont constituées :

- ◆ d'une cotisation forfaitaire des bénéficiaires de 207 € ; son montant est fixé par arrêté interministériel, après consultation des associations d'étudiants⁵. Une part du produit de cette cotisation est affectée, sous la forme de remises de gestion, au financement des dépenses de gestion des organismes assurant le service des prestations ;
- ◆ de contributions des autres régimes, au prorata de leurs effectifs d'affiliés âgés de 40 à 70 ans.

D'après les données de la CNAMTS, les cotisations des étudiants affiliés au RESS représentent 181 M€ en 2011⁶, pour des prestations servies à hauteur de 681 M€ et des charges complémentaires de 112 M€ (dont 93 M€ de coûts de gestion établis par convention au niveau des remises de gestion versées par la CNAMTS aux mutuelles étudiantes).

Les cotisations représentent ainsi 22,9 % des 792 M€ de charges du régime, le complément étant versé par la CNAMTS et les autres régimes d'assurance maladie obligatoire.

Tableau 2 : Les cotisations versées par les étudiants financent 22,9 % des charges du régime étudiant de sécurité sociale

Charges et recettes d'exploitation	2010	2011	Part en 2011	Evolution 2010-2011
CHARGES D'EXPLOITATION				
Prestations	667 946 166	681 399 770	-	2,0 %
Indus	- 4 100	- 1 127	-	-72,5 %
Sous-total prestations	667 942 066	681 398 643	86,1 %	2,0 %
Dotations aux provisions pour dépréciation des actifs	50 725	97 922	0,0 %	93,0 %
Autres charges	2	656 755	0,1 %	NS
Contribution CNSA	9 553 700	6 560 888	0,8 %	-31,3 %
Contribution aux avantages sociaux des PAM ⁷	9 466 618	10 054 278	1,3 %	6,2 %
Charges exceptionnelles	52 120	136 110	0,0 %	NS
Coûts de gestion*	86 336 770	92 908 870	11,7 %	7,6 %
TOTAL DES CHARGES	773 402 001	791 813 467	100,0 %	2,4 %
RECETTES				
Cotisations nettes	175 109 029	181 381 511	22,9 %	3,6 %
Recours contre tiers	8 431 158	6 885 504	0,9 %	-18,3 %
Recette CNSA	10 348 680	6 904 794	0,9 %	-33,3 %
Autres recettes	14 332	19 357	0,0 %	35,1 %
Reprise de provisions pour dépréciation des actifs	110 290	27 174	0,0 %	-75,4 %
Sous-total des recettes propres	194 013 489	195 218 340	24,7 %	0,6 %
Contribution des régimes	493 051 741	503 686 256	63,6 %	2,2 %
Remises de gestion*	86 336 770	92 908 870	11,7 %	7,6 %

⁵ L'exonération de cette cotisation, de droit pour les boursiers, peut être décidée à titre exceptionnel par une commission prévue à l'article L. 381-10 du code de la sécurité sociale.

⁶ Des exonérations de cotisation sont prévues pour les affiliés de moins de 20 ans, les boursiers et les pupilles de la nation. Au total, 51,7 % des étudiants se sont acquittés de la cotisation de 203 € au titre de l'exercice 2011-2012. Le produit plein des cotisations aurait été de 350 M€ si les 1,72 millions d'étudiants en avaient été redevables.

⁷ Praticiens et auxiliaires médicaux.

Charges et recettes d'exploitation	2010	2011	Part en 2011	Evolution 2010-2011
TOTAL DES RECETTES	773 402 001	791 813 467	100,0 %	
Effectifs affiliés	1 672 098	1 696 346		1,5 %

Source : CNAMTS

* par convention, les coûts de gestion ont été comptabilisés au niveau des remises de gestion

1.2. Un duopole est établi pour la gestion de l'assurance maladie obligatoire des étudiants, dont la concurrence est alimentée par l'enjeu de la couverture complémentaire

1.2.1. Le duopole d'opérateurs gestionnaires du RESS est institué en 1972

En 1948, l'UNEF fonde la MNEF (Mutuelle nationale des étudiants de France), dont les statuts sont approuvés par le ministère de l'éducation nationale en décembre 1948. La MNEF devient opérateur unique de gestion du RESS sur le territoire français sauf en Lorraine où une autre mutuelle, la MGEL, préexistait.

Le statut d'opérateur unique est progressivement remis en cause. Sept structures régionales et la société nationale des étudiants mutualistes des étudiants de médecine de France voient leurs statuts approuvés par le ministère des affaires sociales le 9 août 1972, généralisant le modèle de duopoles régionaux.

A la suite de dérives de gestion mises en évidence à la fin des années 1990, la MNEF disparaît pour laisser place à La Mutuelle des étudiants (LMDE) en 2000.

1.2.2. Les affiliés au RESS doivent choisir un organisme de sécurité sociale entre une mutuelle nationale et dix mutuelles régionales

Lors de son inscription en établissement d'enseignement supérieur, l'étudiant doit choisir son centre de sécurité sociale entre les deux acteurs du duopole régional :

- ◆ soit la LMDE, compétente sur l'ensemble du territoire ;
- ◆ soit l'une des dix mutuelles régionales à compétence territoriale limitée : SMEREP, SMERAG, SMEREB, SMECO, SMERRA, SMENO, MEP, MGEL, SMEBA, VITTA VI.

Tableau 3 : Mutuelles régionales du réseau emeVia

Sigle	Dénomination	Zone de couverture
SMEREP	Société mutualiste des étudiants de la région parisienne	Ile-de-France
SMERAG	Société mutualiste des étudiants de la région Antilles-Guyane	Guadeloupe, Martinique, Guyane
SMEREB	Société mutuelle étudiante des régions Bourgogne et Franche-Comté	Bourgogne, Franche-Comté
SMECO	Société mutuelle étudiante des régions Centre-Ouest	Centre-Ouest
SMERRA	Société mutuelle étudiante des régions Rhône-Alpes et Auvergne	Rhône-Alpes et Auvergne
SMENO	Société mutuelle des étudiants du Nord et du Nord-est	Nord pas de Calais, Picardie, haute et basse Normandie
MEP	Société mutuelle des Etudiants de Provence	Grand sud-est
MGEL	Société mutuelle générale des étudiants de l'Est	Lorraine, Alsace et Champagne-Ardenne
SMEBA	Société mutuelle des étudiants de Bretagne-Atlantique	Bretagne-Atlantique

Sigle	Dénomination	Zone de couverture
VITTAVI	VITTAVI	Sud-Ouest et Réunion (fusion de la SMESO et de la SMERE)

Source : emeVia.

La seule exception de fait au duopole concerne la Corse où la MEP, qui dispose d'une habilitation de droit, n'a pas fait le choix de s'implanter.

La société des étudiants mutualistes (SEM), mutuelle nationale liée à la SMEREP, entend couvrir les étudiants étrangers qui viennent étudier en France.

Les mutuelles régionales sont indépendantes les unes des autres. Comme la LMDE, elles sont liées par contrat à la CNAMTS, qui leur verse des remises de gestion destinées au financement de la gestion du régime obligatoire. Elles se sont regroupées au sein du réseau emeVia⁸, structure légère (trois personnes) qui assure un rôle de représentation au niveau national, de coordination sur la prévention (enquête nationale, semaines thématiques) ainsi que de promotion des bonnes pratiques et des actions de mutualisation.

Graphique 1 : Implantation géographique du réseau emeVia



Source : emeVia.

La SMERRA, la SMEREB, et la SMECO sont membres de la FNIM (Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles) ; les autres SMER et la LMDE sont rattachées à la FNMF (Fédération nationale de la mutualité française).

La SMEREB, la SMECO et la SMERRA partagent une même direction et constituent l'union interrégionale et technique des sociétés étudiantes mutualistes (UITSEM).

⁸ Dénommé USEM jusqu'au 8 mars 2012.

1.2.3. L'enjeu de la couverture complémentaire sous-tend la concurrence entre les acteurs du duopole

Les mutuelles étudiantes proposent des contrats facultatifs de couverture santé complémentaire et sur-complémentaire.

Leur duopole sur l'assurance maladie obligatoire les place dans une position privilégiée de contact avec les étudiants, par rapport aux autres organismes d'assurance complémentaire. Les responsables de la LMDE et d'emeVia, rencontrés par la mission, ont indiqué que sans la gestion de l'assurance maladie obligatoire, les mutuelles étudiantes ne seraient pas en mesure de survivre à la concurrence des autres acteurs du secteur (assureurs et mutuelles) sur la part complémentaire.

Au sein du RESS, la concurrence portant sur le régime obligatoire est amplifiée par l'existence d'une offre complémentaire :

- ◆ les coûts d'acquisition d'adhérents aux contrats complémentaires parmi les affiliés au RO sont réduits grâce au lien établi avec ces derniers et à leur préférence pour une gestion unique des remboursements liés à la santé ;
- ◆ la gestion simultanée du RO et du RC est plus efficiente que celle de contrats disjoints (gestion unique de la base des bénéficiaires, liquidation des prestations et éditique communes).

1.3. Les étudiants sont en meilleure santé que la moyenne des assurés sociaux et adoptent massivement les services en ligne de gestion administrative

1.3.1. Les étudiants sont en meilleure santé que la moyenne des assurés français

Le rapport sénatorial consacré en décembre 2012 à la santé des étudiants⁹ relève que « *les étudiants sont globalement dans un état de santé satisfaisant et nombre d'entre eux n'ont que peu recours à des prestations de soins et à des remboursements de l'assurance maladie* ». « *Très peu d'étudiants sont confrontés à des problèmes spécifiques de santé. Moins de 5 % sont atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique* ».

82 % des étudiants évaluent leur état de santé général comme étant bon ou très bon¹⁰.

Les mutuelles étudiantes mettent en avant la prégnance de certains risques spécifiques à leurs affiliés, liés à la sexualité, à la consommation d'alcool, de tabac et de drogue, à la santé psychique et aux habitudes alimentaires. Des campagnes de prévention ciblées sur ces thématiques sont organisées par le RESS.

Le bon état de santé général des étudiants peut également se déduire de la moindre consommation de soins : volume annuel de dépenses et nombre de feuilles de soins adressées à l'assurance maladie pour remboursement. Avec 9,1 feuilles des soins et 474 € de dépenses de santé par an et par bénéficiaire, **le régime étudiant s'avère deux fois moins consommateur en nombre de décomptes** et sept fois moins en montant que la moyenne du public affilié à la CNAMTS (22,4 décomptes pour 3 376 € de dépenses annuelles).

⁹ Rapport d'information n°221 du Sénat sur la sécurité sociale et la santé des étudiants, R. Kerdraon et C. Procaccia, 12 décembre 2012.

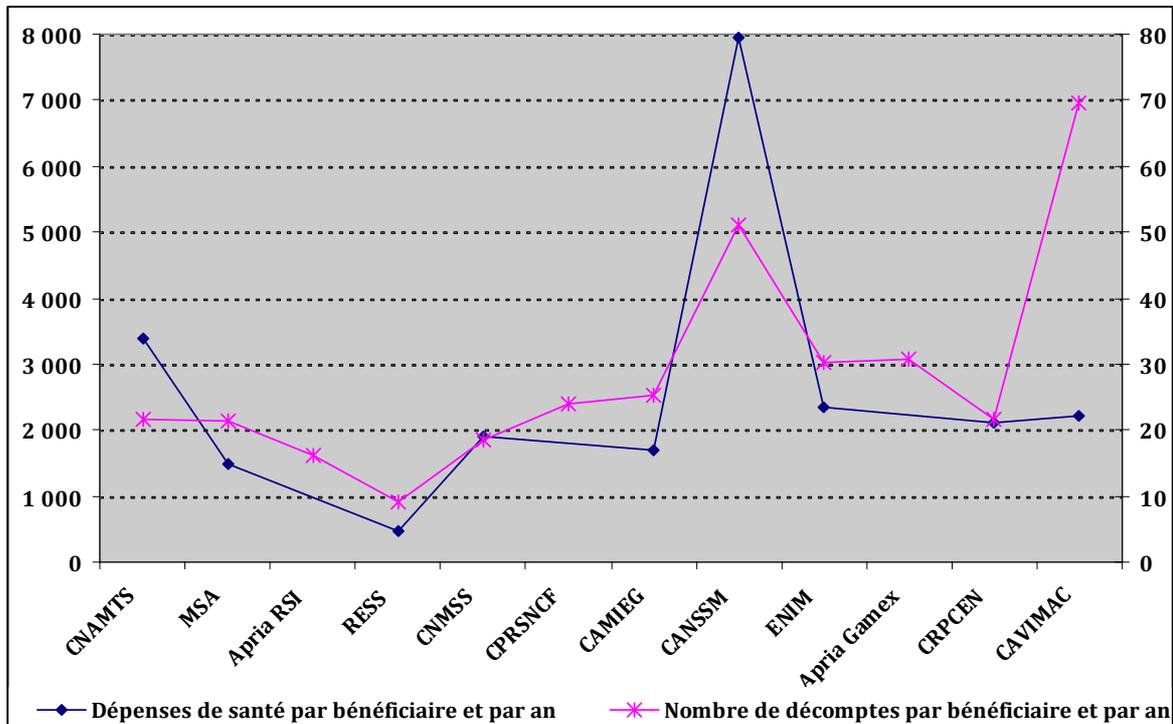
¹⁰ Enquête nationale 2011-2012 produite par la LMDE sur la santé et les conditions de vie des étudiants.

Tableau 4 : Les dépenses de santé par étudiant au titre de l'année 2012 varient du simple au double en fonction de la mutuelle de rattachement

Mutuelles	Nombre de bénéficiaires	Nombre de décomptes par bénéficiaire et par an	Dépenses de santé par bénéficiaire et par an (en €)
LMDE	923 178	8,1	513,5
MEP	78 532	9,3	300,3
MGEL	97 855	9,0	261,0
SMEBA	90 315	9,1	ND
SMEREP	175 822	14,1	462,5
UITSEM	165 374	9,8	257,9
Moyenne pondérée par le nombre de bénéficiaires	-	9,1	474,0

Source : Mutuelles étudiantes.

Graphique 2 : Les affiliés au régime étudiant de sécurité sociale (RESS) font parvenir en moyenne deux fois moins de décomptes par an que les assurés des CPAM



Source : Questionnaire IGAS/IGF.

Par ailleurs, **la part de bénéficiaires non consommateurs s'élève à 23 % à la LMDE, contre 5 % en moyenne pour les publics de la CNAMTS** et moins de 1 % pour celui de la MGEN.

A la LMDE, la différence entre le taux de bénéficiaires non consommateurs parmi les affiliés au RO non adhérents (26,4 %) et celui observé parmi les assurés ayant de surcroît souscrit à une assurance complémentaire (14,5 %) s'explique d'après la mutuelle par une propension des étudiants à adhérer à un contrat complémentaire au moment où ils ont doivent engager des dépenses de santé.

Tableau 5 : Part des bénéficiaires actifs de cinq organismes d'assurance maladie en 2012

	LMDE	MGEN	CNAMTS	MSA
Nombres de bénéficiaires (1)	928 521	2 894 298	54 625 320	3 199 789
Nombre de bénéficiaires actifs (au moins une prestation liquidée dans l'année ou un mouvement dans la base de fichiers) (2)	712 766	2 882 969	51 618 976	3 109 060
Ratio (2)/(1)	76,8 %	99,6 %	94,5 %	97,2 %

Source : Réponses des organismes à l'enquête IGAS/IGF.

La bonne santé relative des étudiants **entraîne une réduction de moitié du nombre d'actes de liquidation** pour l'ensemble des bénéficiaires ; elle **réduit le périmètre des activités de la mutuelle étudiante à l'affiliation, à l'information et à la prévention pour une part significative d'assurés**, non consommateurs de soins.

1.3.2. Les affiliés au RESS sont sensibles au développement de services en ligne

Les étudiants privilégient les services en ligne pour la gestion de leur vie administrative. Ainsi, d'après la LMDE, **70 % d'entre eux procèdent à leur affiliation en ligne** grâce aux outils mis à leur disposition par les établissements d'enseignement.

Les nouveaux services mis en ligne par la LMDE à la rentrée 2012 ont été adoptés dès leur ouverture : 87 000 RIB ont été transmis (soit 28 % des 306 000 nouveaux affiliés dès la première année) et 18 700 médecins traitants déclarés en ligne, tandis que 16 000 justificatifs d'affiliation ont été téléchargés.

Cette appétence, plus marquée pour ce public que pour le reste de la population¹¹, a deux conséquences principales :

- ♦ une réduction potentielle des frais de gestion permise par la dématérialisation des échanges et des pièces ;
- ♦ une réduction des échanges directs entre le régime étudiant et ses assurés, notamment en amont de l'affiliation et de la consommation de soins. Ceci limite les possibilités d'information quant au fonctionnement du régime étudiant selon des modalités traditionnellement mises en œuvre par les mutuelles.

1.4. Le nombre de bénéficiaires du régime obligatoire croît de 1,1 % par an sur la dernière décennie, avec des gains significatifs de parts de marché par la LMDE

Jusqu'en 1995, les seuls bénéficiaires gérés par les mutuelles étudiantes étaient les étudiants âgés de 20 ans (hors régimes spéciaux et étudiants ayant une activité professionnelle).

La loi du 4 février 1995 a confié aux mutuelles étudiantes la gestion des prestations pour les étudiants ayants-droits majeurs autonomes (ADMA, âgés de 18 à 20 ans) encore ayants-droits de leurs parents, sans versement de cotisation. **Ce périmètre a été étendu en 2000¹² aux étudiants de plus de 16 ans, ayant droits autonomes (ADA)**.

¹¹ A titre d'exemple, fin 2012, 10 millions d'assurés de la CNAMTS (soit 26 % des 38 millions d'assurés) ont ouvert un compte Ameli en ligne, contre 8,3 millions fin 2011 et 6,3 millions fin 2010.

¹² Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Fin 2012, les étudiants de moins de 20 ans représentent 18,0 % des affiliés au RESS, traduisant l'ampleur des effets de la double extension de périmètre opérée au bénéfice des mutuelles étudiantes. L'élargissement de la base d'affiliés (+22 % de bénéficiaires couverts) facilite l'amortissement des coûts fixes des structures du RESS, parmi lesquelles seule la LMDE a une taille comparable à celle d'une CPAM.

D'après les représentants d'emeVia, environ 170 000 personnes ne sont pas affiliées au régime étudiant alors qu'elles devraient l'être (soit 10 % des effectifs affiliés). Le manque de lisibilité de la réglementation ou l'exploitation volontaire de sa complexité contribuent à cette sous affiliation, avec des difficultés avérées à mener des contrôles destinés à la résorber¹³. Certains étudiants conservent à tort le statut d'ayant droits de leurs parents et d'autres, ne sont potentiellement plus couverts (travailleurs estivaux dont les droits ont expiré).

Le nombre de bénéficiaires affiliés a crû régulièrement entre 2001 et 2011 (1,1 % par an), avec des dynamiques contrastées entre la LMDE d'une part, les mutuelles régionales d'autre part.

En 2011, la part de la LMDE s'élève à 53,6 %, contre 48,3 % en 2006 et 42,0 % en 2001. La croissance relative opérée entre ces deux dates s'est effectuée aux dépens des mutuelles régionales et en particulier de la SMEREP (-13,9 % d'affiliés entre 2006 et 2011).

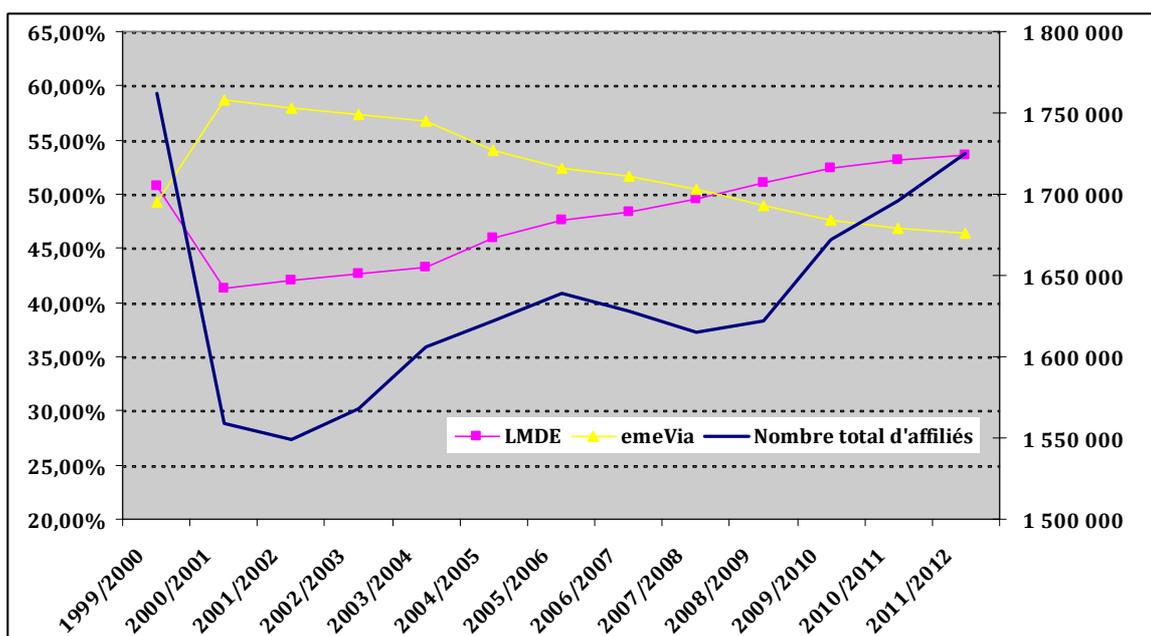
Tableau 6 : Evolution du nombre d'étudiants affiliés au RESS de 2005 à 2011

Mutuelle	2001 2002	2003 2004	2005 2006	2007 2008	2009 2010	2011 2012	Part en 2011- 2012	Evolution 2001-2011
LMDE	650 087	693 771	779 120	799 347	877 319	924 241	53,6 %	42,2 %
Total EmeVia	898 509	912 396	860 227	815 214	794 951	801 546	46,4 %	-10,8 %
SMEREP	204 213	210 626	205 065	194 600	176 897	175 822	10,2 %	-13,9 %
SMENO	119 905	126 511	124 085	118 500	119 897	121 401	7,0 %	1,2 %
SMERRA	111 232	115 632	109 658	102 500	101 704	105 727	6,1 %	-4,9 %
MGEL	97 990	98 558	97 771	96 900	98 401	97 855	5,7 %	-0,1 %
SMEBA	99 722	103 563	94 749	89 350	87 876	90 315	5,2 %	-9,4 %
MEP	87 725	93 586	86 938	80 600	76 813	78 532	4,6 %	-10,5 %
VITTAVI (SMESO+SMERE)	95 467	84 604	71 133	67 614	69 931	68 699	4,0 %	-28,0 %
SMECO	45 706	44 044	38 325	34 000	32 681	34 004	2,0 %	-25,6 %
SMEREB	30 935	30 981	28 605	26 450	25 874	25 643	1,5 %	-17,1 %
SMERAG	5 614	4 291	3 898	4 700	4 877	3 548	0,2 %	-36,8 %
Total	1 548 596	1 606 167	1 639 347	1 614 561	1 672 270	1 725 787	100,0 %	11,4 %

Sources : LMDE et emeVia.

¹³ Selon emeVia, « dans certains établissements [académiques], notamment ceux ayant recours pendant l'été à des vacataires mal formés, la simple présentation d'une attestation de droits à la sécurité sociale suffirait à justifier une exonération de la cotisation étudiante ce qui permettrait des abus (travailleurs saisonniers, « petits » contrats de travail...) ». Par ailleurs, « l'inscription électronique réduirait également les possibilités de contrôle dans la mesure où les étudiants peuvent se déclarer salariés et n'apporter qu'ensuite leurs pièces justificatives à la scolarité. Beaucoup d'étudiants ne les apporteraient pas et les établissements ne les relanceraient pas. »

Graphique 3 : Nombre d'étudiants affiliés au RESS et parts du duopole



Sources : LMDE et emeVia

Note : Le basculement d'affiliés vers les mutuelles régionales constaté en 2001 fait suite à la liquidation de la MNEF. Dans le même temps, la forte baisse apparente du nombre total d'affiliés au régime en 2001 résulte selon les mutuelles étudiantes de la correction par le régime étudiant du dénombrement des étudiants affiliés, jusqu'alors effectué par les CPAM.

1.5. Le financement de la gestion du régime obligatoire étudiant est assuré par des remises de gestion versées par la CNAMTS

1.5.1. Les remises de gestion sont calculées selon des principes établis en 2003, sans corrélation avec le coût réel de gestion de la part obligatoire par les mutuelles

Jusqu'en 1985, les mutuelles étudiantes recevaient pour leur gestion 90 % de la cotisation annuelle acquittée par chaque étudiant¹⁴.

L'arrêté du 31 mars 1992 relatif au mode de calcul des remises de gestion allouées aux mutuelles d'étudiants modifie cette règle et prévoit que :

- ◆ le montant des remises est déterminé par référence au **coût moyen de gestion des 50 CPAM les plus performantes** et aux effectifs de chaque mutuelle étudiante ;
- ◆ le « taux d'abattement », correspondant à la rémunération de la gestion par les mutuelles d'étudiants par comparaison avec le périmètre d'activités des CPAM, est fixé par contrat entre les mutuelles et la CNAMTS.

En 2000 et en 2002, faute d'aboutissement des négociations engagées entre la CNAMTS et les mutuelles d'étudiants, **le montant unitaire annuel des remises de gestion est fixé par des arrêtés** (46,50 € en 2002).

Le premier contrat pluriannuel de gestion (CPG) est signé en 2003 et met fin à la fixation des remises de gestion par arrêté. Il s'applique pour une durée indéterminée.

¹⁴ Au niveau actuel de la cotisation au RESS (207 €), ceci correspondrait à 186,30 € de remises de gestion.

Un coefficient de réalisation fixé par voie conventionnelle permet de tenir compte de la différence entre les charges de travail d'une mutuelle étudiante pour la gestion du régime général de sécurité sociale et celles d'une caisse primaire pour l'ensemble de ses activités. Le taux d'abattement est fixé à 22,74 %, soit un **taux de réalisation de 77.26 %**, à l'occasion de la négociation du premier CPG, **sur la base de calculs menés en 2001**. Le taux de réalisation est appliqué au coût du « bénéficiaire actif moyen » des 50 CPAM les plus efficaces, ou BAM50¹⁵. Il tient compte de l'absence de prestations en espèces et d'un processus de liquidation des prestations en nature moins onéreux en moyenne (poids plus important des dépenses de pharmacie, au traitement plus simple et plus dématérialisé), mais également de la charge supposée plus lourde de l'affiliation et de l'immatriculation.

Bien que son montant unitaire soit déterminé par référence au coût du bénéficiaire actif des CPAM, **la remise de gestion des mutuelles étudiantes est versée pour chaque bénéficiaire, qu'il ait bénéficié d'une prestation versée dans l'année ou non**. Cela se traduit par une **majoration du financement accordé aux mutuelles étudiantes** par rapport aux principes qui ont sous-tendu son calcul. Les remises de gestion des mutuelles de la fonction publique sont, elles, bien calculées en fonction du nombre de bénéficiaires actifs.

Le projet de contrat proposé par la CNAMTS aux mutuelles étudiantes en février 2011 mentionnait :

- ◆ un **taux de réalisation de 57,59 %** (actualisé en fonction des derniers résultats de comptabilité analytique connus des CPAM, marqués notamment par des gains de productivité des activités de liquidation) ;
- ◆ une référence au coût de gestion de l'ensemble des CPAM ;
- ◆ un dispositif de majorations et de pénalités associées à des indicateurs de qualité de service.

Appliqué au coût moyen de gestion des CPAM en 2010 (« BAM 128 »), qui s'élevait à 73,08 € en 2011, le taux de réalisation de 57,59 % **aurait conduit à une remise de gestion unitaire de 42,09 €**.

Le CPG, signé au 1^{er} décembre 2011¹⁶, n'a repris aucune de ces trois propositions de la CNAMTS. **La remise de gestion a été décorrélée de l'évolution du coût de gestion des CPAM et fixée au niveau forfaitaire de 52 €** pour les trois exercices 2011 à 2014, soit 23,6 % au dessus du niveau envisagé par la CNAMTS.

En raison de la négociation du CPG, la remise de gestion au titre de l'exercice 2010-2011 (clôturé en septembre 2011), n'a été définie qu'au mois de décembre de la même année, soit après la clôture des comptes. De façon plus générale, les mutuelles étudiantes signalent qu'avant 2011, elles ne connaissaient pas le montant qui allait leur être accordé avant le début de leur exercice comptable, ce qui réduisait leur capacité de planification budgétaire.

¹⁵ Les contrats pluriannuels de gestion conclus entre la CNAMTS et les mutuelles précisent que le BAM est « *le coût de gestion par bénéficiaire actif (bénéficiaire ayant perçu au moins un paiement dans l'année) constaté dans les CPAM et CCSS* ».

Les dépenses prises en compte dans le calcul du « BAM » comprennent :

- ◆ les dépenses de classe 6 des CPAM, desquelles sont retranchées les montants liés aux remises de gestions des sociétés mutualistes (compte 6111) et les recettes propres ;
- ◆ les dépenses informatiques des CTI.

Ces dépenses sont rapportées au nombre de bénéficiaires des CPAM ayant reçu au moins une prestation dans l'année (hors doublons).

¹⁶ Comme le précédent, il s'applique pour une durée indéterminée, ce qui constitue une exception dans le domaine de l'assurance maladie.

Dans le cadre du CPG signé fin 2011 a par ailleurs été décidé le **versement d'un supplément de 2,77 € par assuré à titre exceptionnel pour les exercices 2010-2011 et 2011-2012.** Ce supplément a été accordé pour *compenser les dépenses exceptionnelles supportées par les mutuelles à l'occasion de la réforme de l'assurance maladie intervenue en 2004, puis de l'introduction de la carte vitale 2 en 2007.* Le montant de cette majoration, intervenue alors que la santé financière de la LMDE se dégradait, s'élève au total à 5,0 M€ pour la LMDE et à 4,4 M€ pour les mutuelles du réseau emeVia.

En tenant compte de ce supplément, le montant total des remises de gestion versées aux mutuelles étudiantes par la CNAMTS **s'élève à 92,9 M€ en 2011, soit 54,77 € par assuré.**

Tableau 7 : Evolution du montant unitaire des remises de gestion versées aux mutuelles étudiantes

Exercice	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013
BAM 50 des CPAM	65,68	66,82	65,70	65,80	66,04
77,26 % du BAM 50 des CPAM	50,74	51,63	50,76	50,84	51,02
Remise de gestion (€/assuré)	50,74	51,63	51,74	52	52
Supplément exceptionnel (€/assuré)	-	-	2,77	2,77	-
Remise de gestion totale (€/assuré)	50,74	51,63	54,51	54,77	52
Cotisation au RESS	195 €	198 €	200 €	203 €	207 €
Remises de gestion en pourcentage de la cotisation au RESS	26,0 %	26,1 %	27,3 %	27,0 %	25,1 %

Source : Mission IGAS/IGF.

1.5.2. La comparaison avec les autres délégataires du régime général révèle des conditions de financement des mutuelles étudiantes plus favorables

Les mutuelles étudiantes contestent les modalités de calcul des remises de gestion à plusieurs titres :

- ◆ le calcul du coût du « bénéficiaire actif moyen » des CPAM ne prend pas en compte l'ensemble des coûts informatiques et du siège de la CNAMTS. La CNAMTS considère en effet que les outils de son réseau sont à la disposition des mutuelles délégataires ;
- ◆ la référence aux 50 CPAM les plus efficaces semble traduire une exigence d'efficacité supérieure à celle exprimée vis-à-vis de l'ensemble des CPAM ;
- ◆ la détermination du « taux de réalisation » permettant de distinguer l'activité d'une CPAM de celle d'une mutuelle délégataire n'est pas partagée.

La mission souligne que seul le produit de l'assiette de référence et du taux de réalisation est significatif. Elle a comparé les remises de gestion accordées aux mutuelles étudiantes à celles versées aux autres mutuelles habilitées à gérer le régime général (mutuelles de la fonction publique et mutuelles L.211-4) pour qualifier l'argumentaire développé par le régime étudiant.

Les mutuelles de la fonction publique d'Etat et des fonctions publiques territoriales et hospitalières (ces deux dernières relevant de l'article L.211-4) bénéficient de remises de gestion indexées sur le **coût moyen par bénéficiaire actif de l'ensemble des CPAM en intégrant depuis 2010 un montant forfaitaire de 100 M€ au titre des dépenses informatiques.** Ce coût moyen est affecté d'un taux de réalisation, inférieur à celui des mutuelles étudiantes (77,26 %), et qui varie selon l'organisme délégataire :

- ◆ 59,83 % pour les délégataires de la fonction publique d'Etat ;
- ◆ 53,41 % pour la MNT ;

- ◆ 52,35 % pour la MNH.

La combinaison des deux effets (différence d'assiette de référence et de taux) se traduit par une remise de gestion par bénéficiaire étudiant supérieure de 14,9 % à celle versée par fonctionnaire d'Etat.

La remise de gestion des mutuelles étudiantes est par ailleurs versée pour chaque bénéficiaire, tandis que celle des mutuelles de la fonction publique n'est attribuée que pour les bénéficiaires actifs. La **majoration accordée aux étudiants par rapport aux fonctionnaires atteint 49,0 % si l'on considère la remise unitaire par bénéficiaire actif**.

L'activité de gestion de ces deux types de publics ne coïncide par rigoureusement. D'une part, les étudiants consomment moins de soins de santé que les fonctionnaires¹⁷, ce qui limite les coûts de liquidation et de réclamation. D'autre part, leur affiliation se fait sur une base annuelle et leur taux de rotation dans la base de données est élevé en raison du caractère transitoire du régime étudiant (qui se traduit par **une rotation d'un tiers du fichier chaque année**), des contraintes spécifiques qui pèsent sur les coûts de gestion des mutuelles étudiantes.

Enfin, la référence aux 50 premières CPAM pour le calcul des remises de gestion des mutuelles étudiantes est tendanciellement plus favorable qu'une assiette portant sur l'ensemble des CPAM : les premières caisses connaissent des réductions de coûts proportionnellement plus faibles que la moyenne nationale, car elles doivent déplacer la frontière d'efficience et non exploiter des méthodes et outils ayant déjà fait leurs preuves.

Tableau 8 : Remises de gestion accordées en 2011 aux délégataires du régime général

Organisme délégataire	Nombre de bénéficiaires (en milliers)	Nombre de bénéficiaires actifs (en milliers)	Remises de gestion (en k€)	Montant par bénéficiaire (en €)	Montant par bénéficiaire actif (en €)	Ecart à la moyenne par bénéficiaire actif
Mutuelles de la fonction publique	5 298*	5 277	252 484	47,65	47,85	-1,0 %
Mutuelles de l'article L 211-4	738*	735	30 680	41,57	41,74	-13,7 %
<i>Dont mutuelle nationale territoriale (MNT)</i>	109*	109	5 233	47,82	48,01	-0,7 %
<i>Dont mutuelle nationale des hospitaliers (MNH)</i>	356*	355	15 137	42,47	42,64	-11,8 %
Mutuelles étudiantes	1 696	1 303**	92 909	54,78	71,32	47,5 %
TOTAL	8 198	7 779	376 073	45,87	48,35	0,0 %

Source : CNAMTS.

** le taux de bénéficiaires actifs a été estimé à 99,6 % d'après le retour de la MGEN au questionnaire de la mission IGAS/IGF et permet de déterminer le nombre total de bénéficiaires.

** le taux de bénéficiaires actifs a été estimé à 76,8 % d'après le retour de la LMDE au questionnaire de la mission IGAS/IGF.

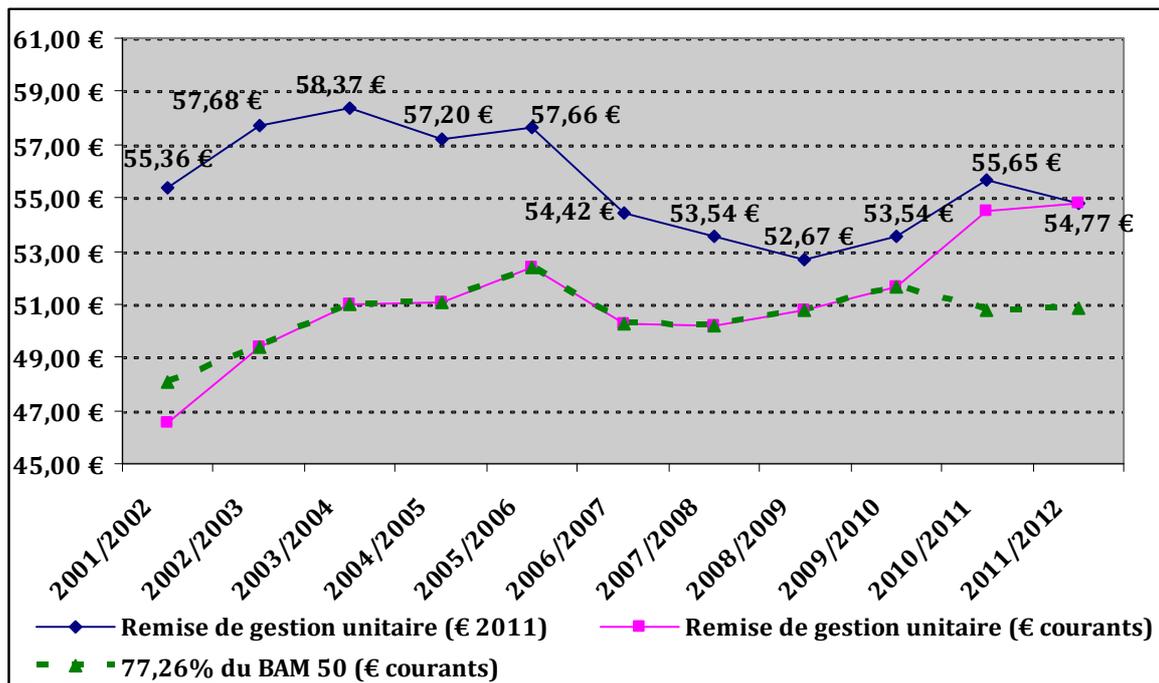
¹⁷ Avec par exemple 9 feuilles de soins par étudiant en moyenne contre 27 feuilles par bénéficiaire rattaché à la MGEN.

1.5.3. L'évolution du montant unitaire des remises de gestion n'est plus corrélée depuis l'exercice 2010-2011 à celle des coûts de gestion des CPAM

Entre 2001 et 2011, le montant **unitaire** de remise de gestion a augmenté de 17,8 % en monnaie courante, passant de 46,50 € à 54,77 €. Après correction de l'inflation, ce montant s'avère stable, en légère baisse de 1,1 %.

Entre 2002 et 2009, la remise de gestion correspondait à 77,26 % du coût moyen des 50 CPAM les plus efficaces (BAM 50). Les trois exercices suivants actent une décorrélation vis-à-vis de cette formule, avec une remise définie forfaitairement à 52 € entre 2010 et 2012 à laquelle s'ajoute un supplément de 2,77 € en 2010 et 2011.

Graphique 4 : Evolution entre 2001 et 2011 de la remise de gestion unitaire des mutuelles étudiantes, avant et après correction de l'inflation



Source : CNAMTS.

Sur la période récente 2006-2011, le montant **global** des remises de gestion a crû de 8,2 % en euros courants pour atteindre 92,9 M€, sous l'effet combiné de l'augmentation du nombre d'étudiants (+3,4 %) et du versement exceptionnel de 2,77 € par affilié en 2010 et 2011.

La remise de gestion unitaire étant uniforme au sein des mutuelles étudiantes, le montant qui leur est accordé est lié directement aux effectifs affiliés et suit les mêmes évolutions. Sur la période 2006-2011, le montant versé à la LMDE a crû de 21,2 % tandis que certaines mutuelles régionales ont vu leur financement réduit, au premier rang desquels figurent la SMEREP (-11,6 %) et la SMECO (-9,7 %).

Tableau 9 : Evolution des remises de gestion versées aux mutuelles étudiantes (en k€ courants)

Mutuelle	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Part en 2011	Evolution 2006-2011
LMDE	40 803	39 555	40 112	42 026	45 274	49 444	53,2 %	21,2 %
Total EmeVia	45 048	294 534	40 932	40 276	41 063	43 465	46,8 %	-3,5 %
SMEREP	10 739	10 194	9 764	9 333	9 133	9 493	10,2 %	-11,6 %
SMERAG	204	203	237	267	258	243	0,3 %	18,9 %
SMEREB	1 498	1 412	1 348	1 303	1 336	1 394	1,5 %	-6,9 %
SMECO	2 007	1 816	1 705	1 627	1 687	1 812	1,9 %	-9,7 %
SMENO	6 497	6 095	5 950	6 011	6 190	6 622	7,1 %	1,9 %
MEP	4 553	4 105	4 046	3 873	3 966	4 262	4,6 %	-6,4 %
MGEL	5 120	257 293	4 863	4 994	5 080	5 404	5,8 %	5,5 %
SMERRA	5 743	5 365	5 142	5 108	5 251	5 655	6,1 %	-1,5 %
SMEBA	4 962	4 595	4 484	4 446	4 537	4 878	5,2 %	-1,7 %
VITTAVI (smeso+smere)	3 725	3 456	3 393	3 313	3 624	3 702	4,0 %	-0,6 %
Total RESS	85 851	334 089	81 044	82 302	86 337	92 909	100,0 %	8,2 %

Source : CNAMTS.

1.6. Un suivi des performances a été établi pour les mutuelles étudiantes, sans incidence sur le montant des remises de gestion

Bien que la négociation du CPG signé en décembre 2011 n'ait pas abouti à la mise en place d'un système de rémunération des performances et d'application de pénalités, à l'image de ce qui a été fait pour les mutuelles de fonctionnaires¹⁸, un dispositif de suivi des performances du RESS a été instauré en 2012.

Comme pour les mutuelles de fonctionnaires, il s'agit de relevés établis à des dates fixées en concertation avec les mutuelles étudiantes.

Les indicateurs de suivi de performance des mutuelles étudiantes mis en place avec la CNAMTS sont issus de ceux appliqués aux CPAM ; ils ne sont pas focalisés sur les enjeux et difficultés propres au RESS.

Le tableau de bord est constitué de 18 indicateurs et fait l'objet d'une mise à jour trisannuelle (sauf pour 3 indicateurs, calculés annuellement) : 10 indicateurs portent sur les services, 4 sur la gestion du risque, 3 sur la qualité des flux, et un dernier indicateur correspond au résultat global « plan de maîtrise socle ».

Enfin, des audits triennaux sont réalisés par les CPAM, du fait de l'intégration comptable du RESS au sein du régime général.

¹⁸ Ainsi que le prévoit l'article 4 du CPG entre la CNAMTS et les mutuelles de fonctionnaires d'État, « à compter du 1er janvier 2011, la remise de gestion par bénéficiaire actif intègre un système de bonus/malus des remises calculées, dont le montant total ne peut excéder 5 %. ».

Les variations tiennent compte :

- en majoration, de l'activité de contrôle interne, des actions de maîtrise médicalisée et de résultats en termes de qualité de service ;
- en minoration, du niveau insuffisant des activités de contrôle ou de la qualité de service, du non respect des échanges avec l'assurance maladie.

2. La réglementation et l'organisation actuelles du régime étudiant sont associées à une qualité de service jugée insuffisante et à des coûts de gestion élevés

2.1. Les mutuelles étudiantes connaissent des retards dans l'industrialisation des processus de gestion

2.1.1. Les mutuelles étudiantes ont retenu des modes d'organisation variés et entrepris pour certaines une rationalisation de leur activité de gestion

2.1.1.1. Au sein du réseau emeVia, la MGEL et la SMEREP illustrent deux conceptions opposées de l'organisation de leurs sites

Les mutuelles régionales comptent chacune entre 8 et 20 agences et ont retenu des modes d'organisation plus ou moins centralisés, qui peuvent être illustrés par la MGEL et la SMEREP.

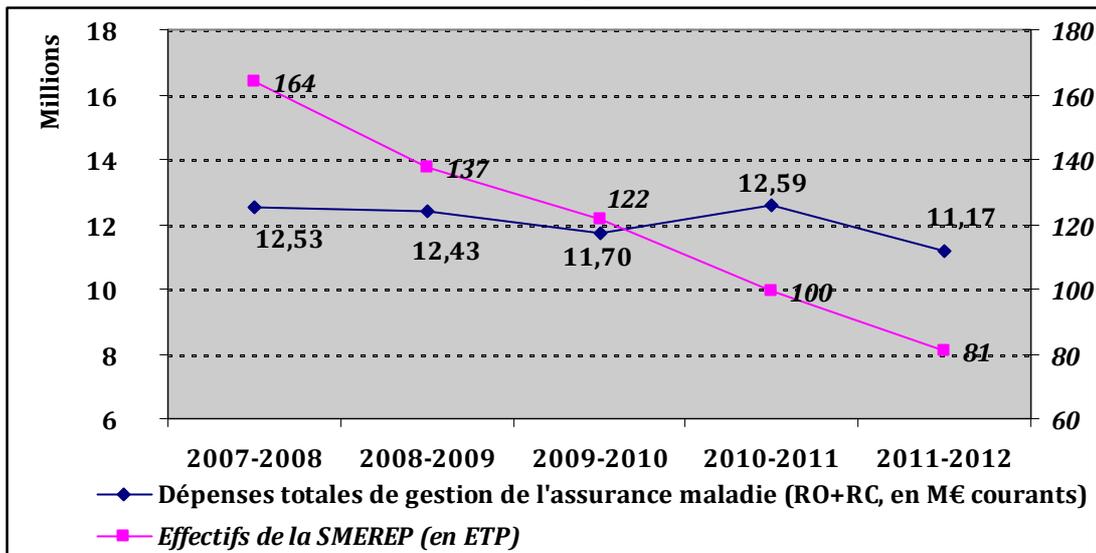
A la **MGEL** (126 ETP en 2011), chacune des onze agences est responsable de l'ensemble des processus : information aux lycéens, aux étudiants et aux établissements, formalités d'affiliation et de gestion du fichier des bénéficiaires, gestion du courrier, traitement de 40 % des liquidations. En dehors des agences, des permanences hebdomadaires sont organisées dans cinq villes afin d'augmenter la capillarité du réseau d'accueil.

Un centre de liquidation régional est responsable de la liquidation de 60 % des feuilles de soin, ainsi que du traitement des dossiers les plus complexes (ALD, immatriculation, relations avec les professionnels de santé pour le traitement des rejets). **Les feuilles de soins papier (environ 200 000 par an) sont toutes traitées manuellement.**

La **SMEREP** (100 ETP début 2011) a retenu une organisation centralisée. En dehors du siège social (où sont localisées direction générale, direction financière et direction de la communication), l'essentiel des activités est regroupé sur un unique plateau de 60 personnes, à Clichy. Le site inclut une plateforme de traitement courrier (avec une étude en cours portant sur la dématérialisation des plis) et l'activité de production, divisée en pôles au sein desquels les agents sont polyvalents (immatriculation et affiliation, liquidation, recouvrement).

La SMEREP a entrepris entre 2006 et 2012 **une restructuration lourde, marquée par une division par deux de ses effectifs** (de 164 ETP en 2007 à 81 en 2012). Cette réorganisation ne s'est pas traduite par une réduction d'ampleur comparable de ses dépenses de gestion (-10,8 % sur la même période, passant de 12,5 M€ à 11,2 M€ pour la gestion du RO et du RC), en raison d'après ses représentants d'investissements dans les outils informatiques et dans le développement de services en ligne.

Graphique 5 : La SMEREP a divisé par deux ses effectifs entre 2007 et 2012 sans réduction de ses dépenses d'une ampleur comparable



Source : SMEREP.

Enfin, la **MEP** se distingue par plusieurs choix organisationnels qui limitent le poids des coûts fixes liés à sa base réduite d'affiliés (77 824 pour l'exercice 2011-2012), voire qui les transforment en coûts variables :

- ◆ constitution d'un réseau de neuf espaces d'accueil qui s'appuient chacun sur un unique agent, à l'exception de celui situé à Montpellier ;
- ◆ externalisation de l'accueil téléphonique ;
- ◆ recherche de polyvalence des agents.

Au-delà du nom commun retenu pour leur réseau (emeVia) et des systèmes d'information (présentés au paragraphe 2.5.2.3.), les mutuelles régionales n'ont procédé qu'à des mutualisations partielles :

- ◆ un projet d'uniformisation des brochures n'a pas encore abouti ;
- ◆ un outil métier développé à la MGEL en 2006 a été étendu en 2011 à l'ensemble du réseau. Destiné aux établissements d'enseignement, il améliore la qualité de transfert des informations relatives à l'affiliation des étudiants.

L'exception concerne l'union interrégionale et technique des sociétés étudiantes mutualistes (UITSEM) qui regroupe SMERRA, SMECO et SMEREB depuis sa création par arrêté du 7 février 1984. SMECO et SMEREB représentant chacune moins de 30 000 affiliés, les systèmes d'information et de téléphonie et la direction générale ont été mutualisées dans une optique de recherche d'efficience.

2.1.1.2. La LMDE a entrepris une réorganisation en 2011

Les effectifs (610 ETP, RO et RC confondus) de la LMDE sont répartis entre le siège (100 ETP), la production (250 ETP) et le réseau des **58 agences** et 98 points d'accueil (260 ETP).

Les agences sont responsables des actions de prévention, du lien avec les établissements, des permanences dans les établissements et dans les salons de lycéens pour y présenter le fonctionnement du RESS.

Entre juillet et novembre, la LMDE emploie simultanément jusqu'à 1 400 étudiants en tant que « conseillers sécurité sociale et mutuelle » (CSSM), par le biais de contrats de courte durée. Formés durant 15 jours, ces collaborateurs, qui représentent 600 ETP mensuels durant les mois de juillet à septembre et environ 150 ETP annuels, sont affectés à l'accompagnement, à l'information et à la prospection des assurés et adhérents potentiels.

Une réorganisation a été initiée en 2011 pour refondre le schéma des implantations hérité de la MNEF. Le nombre de centres de production a été réduit de sept à quatre (Lille, Rennes, Poitiers et Rungis). La bascule, intervenue en novembre 2011, a donné lieu au licenciement de 120 salariés pour refus de mobilité, compensé par de nouvelles embauches.

La plateforme de Rungis (75ETP) est devenue centre national de traitement des courriers, éventuellement ré-adressés en interne. En particulier, toutes les feuilles de soins papier sont envoyées à Rungis où elles sont triées puis ré-aiguillées vers les centres de traitement, en fonction du département de l'affilié. Sont par ailleurs centralisées à Rungis la gestion de la base des affiliés et la conservation des documents médico-administratifs (ALD, formulaires d'immatriculation).

Aucun processus de numérisation de documents et de reconnaissance de caractères (lecture automatique des feuilles de soins papier, par exemple) n'a été développé¹⁹, et les échanges de pièces se font par navette interne ou par courrier.

2.1.2. Les mutuelles étudiantes emploient 1 309 ETP, parmi lesquels la part d'agents affectée à la gestion du RC apparaît minorée par des clés de répartition comptables

Les mutuelles étudiantes emploient 1 309 ETP, dont 1 180 sont affectés selon leur comptabilité à la gestion du régime obligatoire et 129 à la part complémentaire.

L'analyse des données portant sur les effectifs des mutuelles étudiantes fait émerger deux principaux constats :

- ◆ en moyenne, 90,2 % des effectifs sont déclarés par les mutuelles étudiantes comme étant affectés à la gestion du régime obligatoire ;
- ◆ une **corrélation positive est établie entre le volume d'affiliés et le ratio d'affiliés par ETP (cf. tableau 9 et graphique 4), aux exceptions notables de la LMDE et de l'UITSEM.** Pour cette dernière, la mission note qu'elle résulte d'un regroupement des deux plus petites mutuelles régionales (25 460 affiliés pour la SMEREB, 33 081 pour la SMECO) et de la SMERRA (103 257), sans réorganisation d'ensemble des activités de ces structures à ce stade en vue d'en maximiser l'efficacité. Un projet de spécialisation de certains sites a toutefois été évoqué lors des travaux de la mission (liquidation transactionnelle, gestion des flux), tandis qu'une plate forme centralisée d'accueil téléphonique, de gestion des mails et de fonctions supports est envisagée à Lyon.

¹⁹ Une partie des feuilles de soins papier fait toutefois l'objet d'une numérisation et d'une saisie par le biais d'un prestataire (Jouve) pour 344 k€ par an.

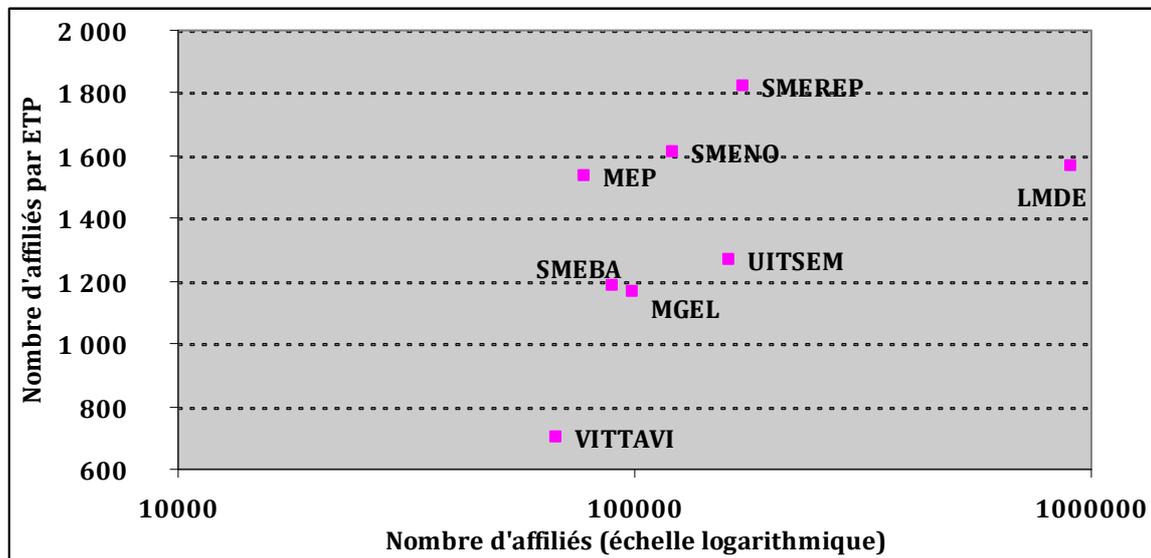
De même, la LMDE a recours à des prestataires pour la saisie des formulaires officiels (cerfa) transmis par les établissements dans les outils de gestion (109 k€ pour 98 500 saisies) et la numérisation des bulletins d'adhésion (731 k€).

Tableau 10 : Effectifs des mutuelles étudiantes répartis entre RO et RC, en 2011

Mutuelle	ETP	dont affectés au RC	dont affectés au RO	Part des ETP affectés au RO	Affiliés	Affiliés/ETP
LMDE	614	38	576	93,8 %	902 748	1 568
SMEREP	100	4	95	95,6 %	173 319	1 821
UITSEM	144	16	128	88,6 %	161 798	1 269
SMENO	91	15	75	83,0 %	120 905	1 609
MGEL	126	42	85	67,1 %	98 665	1 164
SMEBA	77	2	75	98,0 %	89 056	1 184
MEP	62	11	51	82,1 %	77 824	1 538
VITTAVI	96	-	96	100,0 %	67 598	703
Total (hors SMERAG)	1309	129	1 180	90,2 %	1 691 913	1 433

Source : Mutuelles étudiantes et CNAMTS (pour les données portant sur les effectifs), calculs de la mission IGAS/IGF.

Graphique 6 : Une corrélation positive est établie entre le volume d'affiliés et le ratio d'affiliés par ETP



Source : emeVia et LMDE, calculs effectués par la mission.

2.1.3. Le recours à des « conseillers sécurité sociale et mutuelle » est proportionnellement quatre fois plus coûteux à la LMDE qu'à la SMEREP

Entre juillet et novembre, **la LMDE emploie simultanément jusqu'à 1 400 étudiants** en tant que « conseillers sécurité sociale et mutuelle » (CSSM), par le biais de contrats de courte durée. Formés durant 15 jours, ces collaborateurs, qui représentent 600 ETP mensuels durant les mois de juillet à septembre, sont rémunérés au SMIC. Ils sont affectés à l'information, à la prospection et à l'accompagnement des assurés et adhérents potentiels.

En 2012, les dépenses associées à ces emplois s'élèvent à 5,16 M€, ventilés conventionnellement à 70 % pour la part obligatoire et 30 % pour la part complémentaire. Elles représentent environ **9 % des dépenses globales de fonctionnement de la LMDE** (60 M€, RO et RC confondus) et correspondent au recrutement de 265 ETP annuels²⁰, soit l'équivalent de 43 % des effectifs permanents de la mutuelle. Toutefois, ces dépenses sont intégrées en tant que frais de gestion et non pas en tant que masse salariale, et les CSSM ne sont pas valorisés dans le dénombrement des ETP de la mutuelle.

La SMEREP a indiqué à la mission avoir opéré une forte réduction du nombre de CSSM entre 2003 et 2013, prenant acte du refus croissant des universités de voir se multiplier les stands combinant information sur la sécurité sociale et offre de couverture santé complémentaire. 50 personnes sont désormais recrutées au mois de juillet pour présenter le RESS dans universités, contre 150 en 2003. Aux mois de septembre et octobre, 110 à 115 conseillers sont dépêchés dans les universités et les écoles qui en font la demande.

A la SMEREP, les dépenses afférentes au poste CSSM sont passées de 628 k€ pour l'exercice 2009-2010 à 246 k€ au titre de l'exercice 2011-2012²¹, soit une réduction de 61 %. Elles représentent désormais **2 % des dépenses de fonctionnement de la SMEREP**, sur un total de 11,2 M€ (RO et RC confondus).

En ne tenant pas compte de la clé de répartition comptable entre RO et RC, **le recrutement de CSSM revient pour l'exercice 2011-2012 à 5,59 € par affilié à la LMDE contre 1,40 € par affilié à la SMEREP.**

2.2. L'ensemble des indicateurs convergent pour signaler une qualité de service médiocre des mutuelles étudiantes

2.2.1. La qualité de service des mutuelles étudiantes, jugée médiocre par l'opinion publique, a fait l'objet d'un rapport du Sénat et de travaux en cours de la Cour des Comptes

Les rapports dédiés par les pouvoirs publics aux mutuelles étudiantes depuis 2006 ont consacré une large part à l'analyse de la qualité de service rendu par ces dernières.

La mission a choisi de ne pas focaliser ses travaux sur ces aspects importants, étant donné la documentation déjà produite et la publication prochaine d'un rapport de la Cour des comptes sur le sujet.

Elle rappelle les motivations qui ont présidé à la rédaction du rapport du Sénat paru en décembre 2012²² et qui ont été reprises par les interlocuteurs gestionnaires de régimes obligatoires rencontrés : « *de nombreux témoignages signalent les dysfonctionnements de la sécurité sociale étudiante et les difficultés parfois rencontrées par les intéressés et leurs familles pour obtenir des réponses dans des délais raisonnables.*

[...] Les signaux d'alerte sont fréquents et circonstanciés.

[...] L'espace participatif ouvert sur le site internet du Sénat ne saurait constituer un sondage ou une image exacte de la réalité ; les messages reçus sont peu nombreux mais donnent des indications sur le type de difficultés rencontrées par les étudiants ou leurs familles. Ces messages concernent presque uniquement la LMDE et ont trait principalement à :

²⁰ En retenant un coût employeur de 19 400 € pour un ETP annuel rémunéré au SMIC.

²¹ Ce chiffre correspond aux embauches d'octobre 2011, puis des mois de juillet, août et septembre 2012.

²² Rapport d'information n°221 du Sénat sur la sécurité sociale et la santé des étudiants, R. Kerdraon et C. Procaccia, 12 décembre 2012.

- « l'impossibilité » de joindre un correspondant, que ce soit au téléphone, par messagerie électronique, voire par courrier postal ;
- la nécessité de renvoyer des documents déjà fournis ;
- des délais d'obtention de la carte vitale ou d'autres documents utiles, comme la carte européenne d'assurance maladie. Par ailleurs, vos rapporteurs se sont rendus dans des agences de la LMDE et de la SMEREP à Paris et ont constaté, à plusieurs reprises, le nombre élevé de personnes présentes et attendant qu'un guichet soit libre ».

Le rapport du Sénat résume les conclusions d'une étude de l'UFC Que Choisir parue en septembre 2012 sur les mutuelles étudiantes : « elle met en avant la complexité pour les étudiants, le coût pour la société et la qualité de service « en berne ». Sur ce dernier point, l'étude évoque des délais d'attente en agence parfois très longs et qui peuvent amener à éconduire des assurés qui s'étaient pourtant déplacés, une difficulté récurrente à joindre certaines plateformes téléphoniques et des courriers et mails restés sans réponse.

UFC-Que choisir relève que le taux de « décrochés », pourcentage des appels entrants effectivement traités, peut varier du simple au double selon les mutuelles ; il se serait par exemple élevé à seulement 45 % pour la LMDE durant le premier trimestre 2012 contre 96 % pour la MGEL ou 90 % pour la SMEREP.

Par ailleurs, un tiers des nouveaux étudiants seraient encore sans carte Vitale trois mois après leur affiliation.

Enfin, selon un questionnaire en ligne, qui ne constitue pas non plus un sondage scientifique, les personnes ayant tenté de contacter leur mutuelle étudiante ont « difficilement » obtenu une réponse, à hauteur de 83 % quand il s'agit du téléphone, 80 % du courrier ou mail et 46 % de l'agence. »

2.2.2. Les indicateurs de qualité de service instaurés en 2012 font valoir une performance inférieure à celle des CPAM

Quand bien même ils ne transcrivent qu'imparfaitement les enjeux liés à la qualité de service du régime étudiant, les indicateurs remontés par les mutuelles étudiantes au titre du premier trimestre 2013 font apparaître des différences significatives entre elles et avec les CPAM :

- ◆ le taux global de décroché varie entre 63,3 % et 94,2 % pour une moyenne pondérée de 74,2 %, tandis que celui des CPAM s'établit à 86 % ;
- ◆ le taux de dématérialisation des flux de prestations en nature (FSE+B2) est compris entre 81,9 % et 98,5 %, pour une moyenne pondérée de 82,1 % à comparer au taux de 91,5 % constaté pour les CPAM. Cette moyenne est abaissée par les difficultés du RESS à assurer un équipement en carte vitale de l'ensemble des assurés²³ ;
- ◆ le nombre de conventions Noemie permettant un échange dématérialisé entre RO et RC s'établit entre 248 et 478. Le taux de "Noemisation" des bénéficiaires d'une couverture complémentaire est significativement plus bas que celui observé dans les CPAM et dans les caisses de la MSA (cf. paragraphe 2.1.3).

²³ Les raisons exprimées par les mutuelles étudiantes sont de deux ordres :

- taux élevé de non retour du pli avec la photographie de l'assuré ou de retour non conforme des formulaires adressés aux assurés ;
- attente d'un délai de trois mois avant de considérer la mutation d'une carte vitale existante comme non réalisable et de pouvoir en produire une nouvelle.

Jusqu'en février 2013 une exigence supplémentaire s'appliquait aux seules mutuelles étudiantes : l'étudiant devait renvoyer son ancienne carte au GIE avant de pouvoir en obtenir une nouvelle. Cette exigence a été supprimée.

Les indicateurs du premier trimestre 2013, même incomplets, placent la LMDE dans une position singulière au sein des mutuelles étudiantes :

- ◆ la principale mutuelle étudiante présente avec VITTAVI le taux de décroché des appels le plus bas ;
- ◆ son taux de rejet est le plus élevé du RESS et atteint le double de celui constaté à la SMEREP ;
- ◆ le taux de flux électroniques qui lui est adressé (79,4 %) est le plus faible parmi les mutuelles étudiantes.

Tableau 11 : Relevé de neuf indicateurs de qualité de service des mutuelles étudiantes au premier trimestre 2013

Intitulé de l'indicateur	VITTAVI	MEP	SMEBA	MGEL	SMENO	UITSEM	SMEREP	LMDE
Taux global de décroché	63,3 %	90,7 %	94,2 %	94,0 %	92,4 %	84,3 %	81,4 %	64,0 %
Taux de correction des anomalies dues au système d'information	ND	ND	42,32 %	100 %	ND	42 %	64 %	ND
Taux de rejet issus du système de liquidation	4,72 %	6,98 %	7,04 %	4,70 %	7,20 %	10,81 %	7,64 %	15,10 %
Délai de mandatement aux assurés	13,6	2,1	0,8	3,1	1,9	3,0	3,6	ND
Conventions Noemie mises en place avec le RC	248	282	350	490	478	343	227	450
Taux de participation aux campagnes de dépistage bucco-dentaire (taux de participation = population ayant consulté sur population concerné)	ND	ND	ND	ND	ND	2,25 %	ND	ND
Taux de recours aux génériques	79,5 %	79,8 %	80,5 %	71,5 %	76,3 %	76,0 %	78,8 %	78,7 %
Taux de flux FSE+B2	98,5 %*	81,7 %	86,1 %	82,0 %	85,2 %	86,2 %	81,9 %	79,4 %

Source : Mutuelles étudiantes.

* Le score de 98,5 % obtenu par VITTAVI est supérieur à celui communiqué par la CNAMTS pour les professionnels de santé les plus moteurs en matière de dématérialisation (97 %, un taux limité par les oublis et pertes de carte vitale des assurés), ce qui suscite certaines réserves.

Enfin, la mission relève le fait que les enquêtes à destination des assurés portant sur la qualité de service sont réalisées par les mutuelles étudiantes elles-mêmes, et non par la CNAMTS ou par un tiers indépendant. Aucune de ces enquêtes n'a été présentée à la mission dans le cadre de ses travaux.

2.2.3. La part des étudiants devant faire parvenir des décomptes papier à leur complémentaire est deux à trois fois supérieure à celle des bénéficiaires des CPAM

Parmi les étudiants couverts par une complémentaire santé, seuls 73 % des affiliés à la LMDE et de 56 % à 78 % de ceux du réseau emeVia bénéficient d'échanges dématérialisés d'informations entre RO et RC, selon trois formes :

- ◆ liaison « Noémie 1 » entre la caisse d'AMO et l'organisme complémentaire, sur la base des conventions Noémie ;
- ◆ adhésion à un contrat de complémentaire santé proposé par la mutuelle étudiante ;
- ◆ gestion du contrat CMU-C par la mutuelle d'affiliation.

Annexe II

Entre 19 % et 38 % des affiliés au RESS doivent ainsi faire parvenir les relevés de prestations de l'AMO à leur régime complémentaire sous format papier, faute de liaison électronique. **Ce taux est deux à trois fois supérieur à celui des affiliés des CPAM**, et cinq à dix fois supérieur à celui des assurés des caisses de MSA.

Tableau 12 : Taux de dématérialisation en 2012 des échanges entre RO et RC pour les mutuelles étudiantes, les caisses de MSA et les CPAM

	VITTAVI	MEP	MGEL	UITSEM	LMDE	MSA	CNAMTS
Bénéficiaires du RO (1)*	67 598	77 824	98 665	161 798	924 241	3 193 098	55 248 697
Taux de couverture par une complémentaire (2)*	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	94 %	94 %
Bénéficiaires couverts par une complémentaire (3)=(1)x(2)*	57 458	66 150	83 865	137 528	785 605	3 001 512	51 933 775
Bénéficiaires de flux Noémie 1 (4)	19 025	35 980	35 324	63 697	325 667	1 202 201	41 726 210
Bénéficiaires de flux Noémie 3 (5)	-	-	-	-	-	1 557 396	108 772
Bénéficiaires couverts par un contrat RC de l'AMO, hors CMU-C (6)*	12 969	13 916	9 469	12 083	241 551	-	-
Bénéficiaires de la CMU-C gérés par l'AMO (7)	54	1 719	1 845	-	8 329	110 359	3 496 959
Bénéficiaires pour lesquels les échanges entre RO et RC sont électroniques (8)=(4)+(5)+(6)+(7)	32 048	51 615	46 638	75 780	575 547	2 869 956	45 331 941
Bénéficiaires couverts par un OC devant recourir à des envois papier (9)=(3)-(8)	25 410	14 535	37 227	61 748	210 058	131 556	6 601 834
Taux de flux électroniques avec le RC pour les adhérents à une complémentaire (10)=(8)/(3)	55,8 %	78,0 %	55,6 %	55,1 %	73,3 %	95,6 %	87,3 %
Taux de bénéficiaires devant recourir à des envois papier (11)=(9)/(1)	37,6 %	18,7 %	37,7 %	38,2 %	22,7 %	4,1 %	11,9 %

Source : mutuelles étudiantes, CNAMTS et MSA.

**Les informations des mutuelles régionales portent sur l'exercice 2010-2011, dernier exercice pour lequel les données portant sur la mutualisation RO-RC ont été transmises à la mission.*

Note : les effectifs retenus par la mission correspondent à ceux déclarés par les mutuelles, et non à ceux du RNIAM. Les données portant sur les bénéficiaires de la CMU-C sont issues du fonds CMU, à l'exception de celles de la CNAMTS, transmises par le régime général. Le taux de couverture par une complémentaire santé des mutuelles étudiantes a été estimé à 85 % sur la base des retours de mutuelles du réseau emeVia.

La mission relève que la « Noémisation » des affiliés au régime étudiant s'est accélérée sur la période 2007-2012, avec par exemple une progression de 90 % du taux d'affiliés « noémisés » à la SMEBA sur cette période et une croissance de 55 % du même taux à la LMDE entre 2008 et 2012 (35,2 % contre 22,7 %).

Tableau 13 : A la SMEBA, le taux de "noémisation" a doublé entre 2007 et 2012

	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012
Assurés "noémisés"	20 357	23 974	25 072	30 789	33 169	38 299
Assurés	91 439	89 354	87 632	87 876	89 056	90 315
Taux de "noémisation"	22,3 %	26,8 %	28,6 %	35,0 %	37,2 %	42,4 %

Source : SMEBA.

2.3. Les coûts de gestion du régime obligatoire déclarés par les mutuelles étudiantes sont supérieurs aux remises de gestion qui leur sont accordées

2.3.1. En 2011, le coût de gestion unitaire déclaré d'un affilié varie entre 51,47 € et 71,76 € autour d'un niveau moyen de 61,31 €, stable depuis 2001

Au titre de l'exercice 2011-2012, le coût de gestion du régime obligatoire d'un affilié, tel qu'affiché par les mutuelles étudiantes, s'élève à **62,47 € pour la LMDE et à 59,98 € pour les mutuelles du réseau emeVia**, avec des valeurs comprises entre 51,47 € (SMEBA) et 71,76 € (VITTAVI). Le coût de gestion par bénéficiaire de la SMEREP est de 59,37 €²⁴.

La moyenne pondérée du coût de gestion par étudiant s'élève **ainsi à 61,31 € en 2011**.

La remise de gestion étant fixée à 54,77 € en 2011, le déficit unitaire de gestion apparent du RO varie entre 5,21 € pour le réseau emeVia pris dans son ensemble et 7,70 € pour la LMDE. Seules la SMEBA et la MGEL affichent un résultat comptable positif de gestion du RO, à hauteur respectivement de 3,30 € et de 0,31 € par bénéficiaire.

Tableau 14 : Coûts et résultat de la gestion du RO déclarés par les mutuelles étudiantes pour l'exercice 2011-2012

Mutuelle étudiante	Nombre de bénéficiaires	Coût de gestion unitaire du RO (en €)	Résultat unitaire comptable du RO au regard de la remise de gestion unitaire de 54,77 € (en €)
VITTAVI	67 598	71,76	- 16,99
MEP	77 824	59,23	-4,46
SMEBA	89 056	51,47	3,30
MGEL	98 665	54,46	0,31
SMENO	120 905	54,96	-0,19
UITSEM	165 374	67,72	- 12,95
SMEREP	173 319	59,37	-4,60
LMDE	902 748	62,47	-7,70

Source : Mutuelles étudiantes pour les coûts de gestion, CNAMTS pour le nombre de bénéficiaires.

Après correction de l'inflation, les coûts unitaires affichés par les mutuelles étudiantes pour la gestion du régime obligatoire s'avèrent stables sur la dernière décennie et ne bénéficient pas des mêmes gains de productivité que ceux observés pour les CPAM.

Ainsi, sur la période 2001-2011, le coût unitaire moyen de gestion d'un étudiant affilié à une mutuelle régionale a baissé de 2,5 % en euros constants. Dans le même temps, les remises de gestion ont baissé de 1,1 %²⁵.

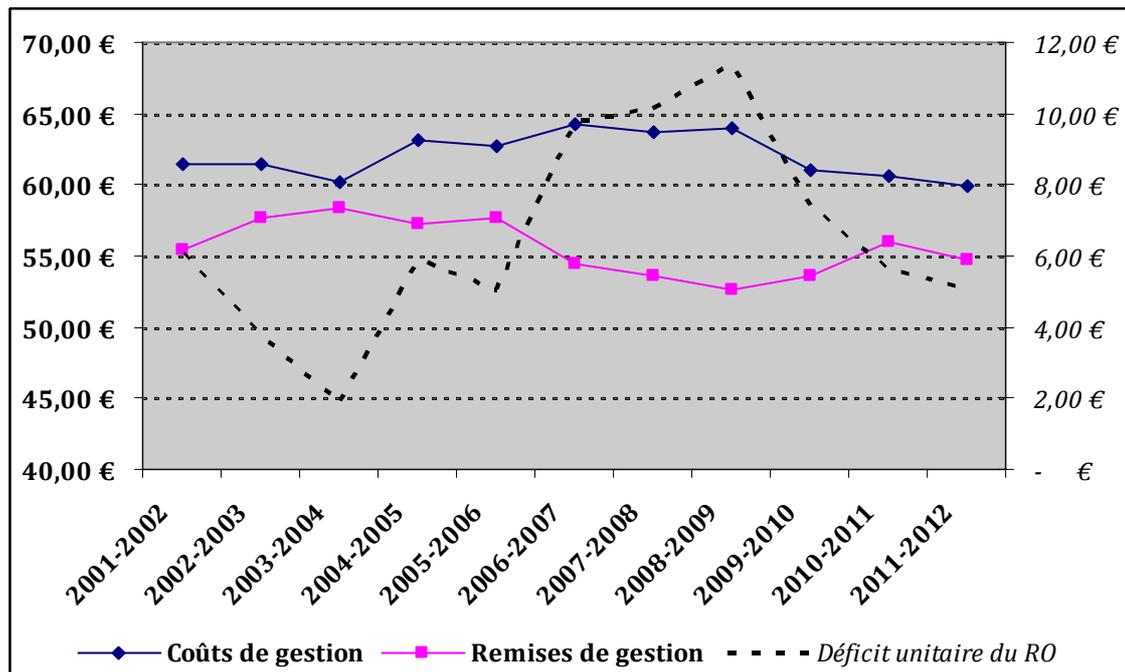
Le déficit unitaire a connu un maximum lors de l'exercice 2008-2009, à 11,41 € (en valeur 2011) en moyenne pour le réseau emeVia (soit un déficit de 9,0 M€ pour emeVia auquel s'ajoute celui de la LMDE : 7,6 M€), avant de baisser jusqu'en 2011 (5,91 € en valeur 2011 pour l'exercice 2010-2011 des mutuelles régionales) sous le double effet de coûts en baisse et de remises de gestion en hausse.

D'après les responsables du RESS rencontrés par la mission, le déficit du RO serait financé en partie par les produits financiers et en partie par les couvertures complémentaires haut de gamme, l'entrée de gamme étant proposée avec des marges réduites.

²⁴ Le coût de gestion brut, issu de la comptabilité analytique de la SMEREP pour l'exercice 2011-2012, s'élève à 61,27 € par bénéficiaire. Toutefois, il inclut 330 k€ de frais de communication en doublon, pour des raisons comptables. Après retraitement, le coût par bénéficiaire revient à 59,37 €.

²⁵ Hors supplément de 2,77 € par étudiant, elles connaissent une baisse de 4,5 % entre 2001 et 2010.

Graphique 7 : Evolution des coûts et des remises de gestion unitaires des mutuelles du réseau emeVia ainsi que du déficit qui en résulte après correction de l'inflation (en € 2011)



Sources : emeVia et SMEREP.

Note : Il manque aux données de l'exercice 2001-2002 la SMEBA et la SMEREP, à celles de 2002-2003 la SMEBA, à celles de 2006-2007 la MGEL, la SMENO et la SMEREP, et à celles de 2007-2008 la SMENO et la SMEREP. Les données des autres exercices présentés sont exhaustives.

2.3.2. L'évolution par poste des coûts de gestion du régime obligatoire fait valoir des gains significatifs liés à la dématérialisation, annulés par les hausses d'autres processus

A travers emeVia et la SMEREP, les mutuelles régionales ont transmis à la mission un historique de leurs coûts de gestion ventilés par fonctions.

Certains postes de dépense ont bénéficié de gains de productivité liés à une dématérialisation croissante des métiers de l'assurance maladie obligatoire : la liquidation (-17,3 %, 45,4 % des baisses constatées), la gestion de l'affiliation au moment de la rentrée universitaire (-38,6 %, 31,4 % des baisses) et le pôle affranchissement (-21,9 %, 20,9 % des baisses).

Dans le même temps, quatre postes contribuent à annuler les baisses observées par leur renchérissement : l'informatique (+14,0 %, 30,0 % des hausses), l'accueil fixe (+11,3 %, 23,3 % des hausses), l'immatriculation (+23,4 %, 13,3 % des hausses), la gestion des fichiers permanents (+22,8 %, 14,2 % des hausses) et les charges institutionnelles²⁶ (+251 %, 13,9 % des hausses).

²⁶ Frais de conseil d'administration et d'assemblée générale, coûts des élections, cotisations aux fédérations.

Tableau 15 : Evolution des coûts par poste de la gestion du régime obligatoire par les mutuelles du réseau emeVia après correction de l'inflation (en € de 2011)

Poste de coûts	2001-2002	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Evolution 2001-2011	Evolution 2001-2011
Accueil fixe et relations administratives avec les étudiants	10,00 €	10,65 €	11,12 €	11,13 €	11,3 %	1,13
Immatriculation	2,77 €	3,62 €	3,84 €	3,42 €	23,4 %	0,65
Affiliation - Fichiers permanents	3,03 €	3,63 €	4,05 €	3,72 €	22,8 %	0,69
Affiliation - Rentrée Universitaire	5,24 €	3,71 €	3,68 €	3,22 €	-38,6 %	-2,02
Prévention/Education Sanitaire	1,08 €	1,28 €	1,34 €	1,08 €	0,3 %	0,00
Liquidation/Contrôle/Réclamations	16,87 €	15,37 €	14,68 €	13,96 €	-17,3 %	-2,92
Informatique	10,40 €	10,29 €	10,37 €	11,86 €	14,0 %	1,46
Pôle affranchissement	6,13 €	6,31 €	5,10 €	4,79 €	-21,9 %	-1,34
Pôle charges institutionnelles	0,27 €	0,89 €	0,82 €	0,94 €	251,0 %	0,67
Communication	5,23 €	4,89 €	5,26 €	5,45 €	4,2 %	0,22
Brochures	0,42 €	0,22 €	0,23 €	0,28 €	-33,5 %	-0,14
Activités hors maladie	-€	0,06 €	0,06 €	0,04 €	NS	0,04
Coûts de gestion	61,44 €	60,97 €	60,60 €	59,87 €	-2,5 %	-1,56
Remises de gestion	55,36 €	53,54 €	55,92 €	54,77 €	-1,1 %	-0,59
Déficit RO	6,07 €	7,34 €	5,58 €	5,10 €	-16,0 %	-0,97

Sources : emeVia et SMEREP.

Note : Les données de l'exercice 2001-2002 ne comprennent pas la SMEBA et la SMEREP. Les données des autres exercices présentés sont exhaustives.

2.3.3. La gestion actuelle du régime étudiant est associée à des coûts unitaires dont l'évolution est moins favorable que celle des autres opérateurs du régime général, tandis que ses remises de gestion sont soumises à une moindre tension

Sur la période 2005-2011, les coûts de gestion du RO déclarés par les mutuelles étudiantes ont progressé de 5,5 % et 12,4 % respectivement pour emeVia et la LMDE, tandis que ceux de la MGEN et de l'ensemble des CPAM (BAM 128) baissaient de 2,4 % et 5,0 %.

Tableau 16 : Coût de gestion du RO déclaré, en euros courants par bénéficiaire

Caisse d'AMO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2005-2011
emeVia*	56,34	56,93	59,27	59,71	61,64	58,87	59,43	5,5 %
LMDE	55,60	53,82	57,75	59,09	59,56	ND	62,47	12,4 %
MGEN	52,36	64,88	65	ND	ND	51,78	51,12	-2,4 %
MFPS	56,67	58,81	52,46	ND	60,45	62,39	63,23	11,6 %
BAM 128	77,12	74,21	73,15	73,07	75,15	73,08	73,23	-5,0 %

Sources : CNAMTS et emeVia.

Pour les mutuelles étudiantes, l'année 2011 correspond à l'exercice 2010-2011

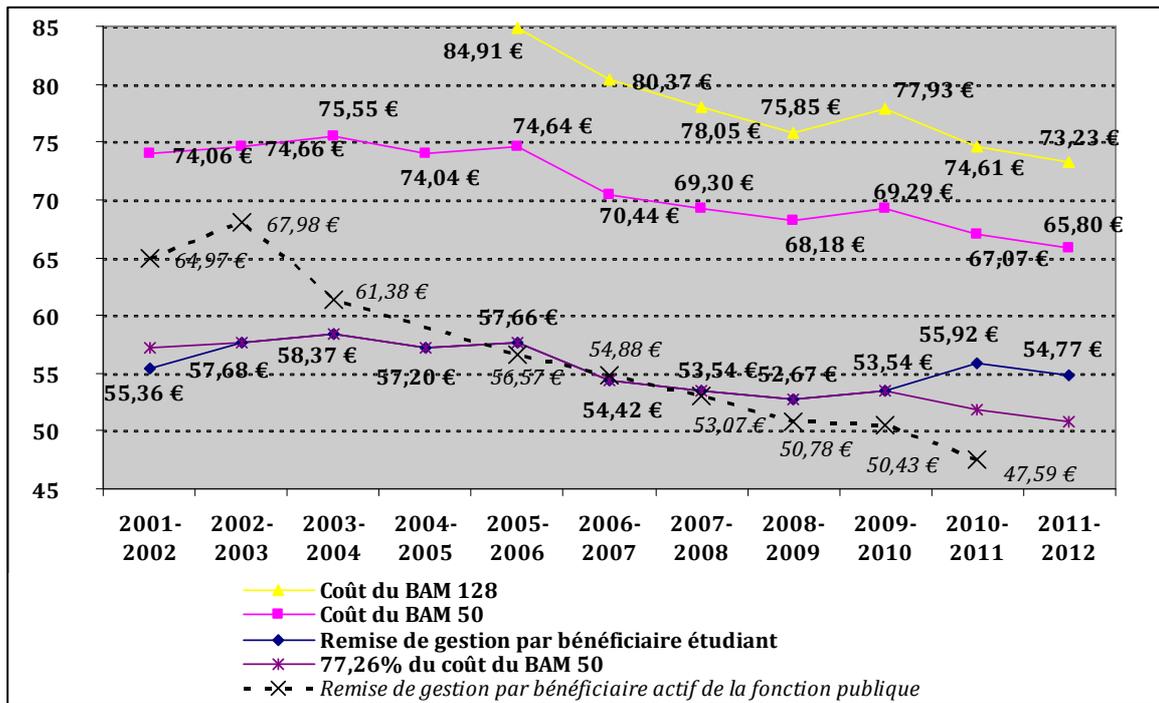
* données ne portant pas sur l'ensemble des mutuelles régionales

En euros constants, la remise de gestion unitaire versée aux mutuelles de fonctionnaires a baissé de 15,9 % entre 2006 et 2011, un rythme cinq fois supérieur à celui opéré pour les mutuelles étudiantes (-3,0 %). Dans le même temps, le BAM 128 baissait de 12,1 % et le BAM 50 de 10,1 %.

Sur une période plus longue, qui s'étend de 2001 à 2010, la remise de gestion unitaire par étudiant a augmenté de 1,0 % en euros constants, tandis qu'elle a baissé de 26,8 % pour les fonctionnaires.

Les gains d'efficacité opérés sur la dernière décennie dans le secteur de l'assurance maladie obligatoire (dématisation liée à la carte Vitale, fluidification et dématérialisation des procédures d'affiliation et de mutation entrante) n'ont pas été associés à une baisse de la remise de gestion unitaire des étudiants, alors même qu'ils concernent spécifiquement le cœur de la délégation des mutuelles étudiantes (prestations en nature, gestion des bénéficiaires).

Graphique 8 : Evolutions des remises de gestion unitaires des mutuelles étudiantes et des mutuelles de la fonction publique, mises au regard de l'évolution du BAM des CPAM (en € constants de 2011)



Source : CNAMTS, calculs effectués par la mission.

2.4. Les choix effectués en matière de comptabilité analytique se traduisent par une surpondération du régime obligatoire par rapport à la gestion de la part complémentaire

Tous les exercices depuis 2000 se sont soldés sur un déficit comptable apparent de la gestion du régime obligatoire par les mutuelles étudiantes.

Les coûts déclarés par les mutuelles étudiantes au titre du RO résultent de calculs menés selon des modalités déterminées en 2000 par la CNAMTS, comparables à celles appliquées aux mutuelles de fonctionnaires.

Les coûts sont ventilés par processus²⁷ entre RO et RC en faisant intervenir des coefficients fixés par la CNAMTS et, dans certains cas, un prorata des unités d'œuvre. Le postulat qui a sous-tendu ces choix a consisté à considérer l'activité de complémentaire santé comme accessoire à la gestion du RO. Il en résulte une valorisation comptable des activités RC à un coût marginal par rapport à la gestion du régime obligatoire.

²⁷ La ventilation est effectuée selon cinq pôles : liquidation, logistique, affranchissement, charges institutionnelles et autres centres de coûts, pôles eux-mêmes décomposés en processus.

Annexe II

La mission a fait parvenir à la LMDE et à la SMEREP un questionnaire portant leurs coûts selon une décomposition par processus inspirée par la méthodologie de la CNAMTS.

La réponse de la LMDE à ce questionnaire illustre l'impact de la définition de la comptabilité analytique en matière de répartition des coûts entre part obligatoire et part complémentaire, avec pour les processus communs RO/RC une affectation au régime obligatoire comprise entre 75 % et 95 %.

Tableau 17 : Ventilation par processus des coûts de la LMDE entre RO et RC

Processus	Coûts au titre de l'exercice 2011-2012 (en M€)	Affectation des coûts au RO
Liquidation des prestations en nature	17 729,30	95,80 %
Gestion des fichiers des bénéficiaires	3 814,20	95,00 %
Accueil physique	18 113,60	95,00 %
Accueil téléphonique	480,00	95,00 %
Gestion du service courrier : flux entrants	336,00	95,00 %
Gestion du service courrier : flux sortants	4 304,50	91,80 %
Régulation	495,60	95,00 %
Recouvrement des créances	151,20	95,00 %
Communication	3 019,20	75,00 %
Action sanitaire et sociale	0,00	100,00 %
Autres activités RO (dont prévention)	7 952,40	100,00 %
Sous-total	56 396,00	94,64 %
Autres activités RC (fraction des CSSM)	2 600,00	0,00 %
Total	58 996,00	90,47 %

Source : Questionnaire de la mission IGAS/IGF.

La part des effectifs dédiés à la gestion du RO s'élève selon ces principes à 93,8 % à la LMDE. Sur les mêmes bases, la LMDE et la SMEREP, principaux gestionnaires de contrats complémentaires, présentent **des ratios de 8 221 et 10 420 adhérents par ETP affecté à la gestion de la part complémentaire (cf. tableau 12)**. Ces valeurs peuvent être comparées à la moyenne de 3 000 adhérents par ETP relevée par la mission pour des organismes gérant uniquement le RC ; elles illustrent une sous-pondération comptable des effectifs consacrés au RC.

Tableau 18 : Ventilation comptable des ETP des mutuelles étudiantes entre RO et RC au titre de l'exercice 2010/2011

Mutuelle	Affiliés au RO	ETP affectés au RO	Affiliés/ETP RO	Total des adhérents RC	ETP affectés au RC	Adhérents/ETP RC
LMDE	902 748	576	1 568	314 616	38	8 221
SMEREP	173 319	95	1 821	45 206	4	10 420
UITSEM	161 798	128	1 269	17 247	16	1 050
SMENO	120 905	75	1 609	32 017	15	2 075
MGEL	98 665	85	1 164	12 001	42	288
SMEBA	89 056	75	1 184	9 247	2	5 963
MEP	77 824	51	1 538	14 122	11	1 276
VITTA VI	67 598	96	703	12 969	**	**
Total	1 691 913	1 180	1 452	457 425	129	3 554

Source : Calculs de la mission IGAS/IGF d'après des données transmises par la CNAMTS et les mutuelles étudiantes.

** VITTA VI, mutuelle substituée, fait l'objet d'une comptabilité séparée pour la gestion de la part complémentaire.

Au sujet des principes ayant sous-tendu la définition des clés de répartition des coûts entre RO et RC, un audit mené en décembre 2005 par l'IGF et l'IGAS avait indiqué que la « *validation de ce concept est une question purement juridique que la mission n'avait pas vocation à trancher* ».

Les constats énoncés ci-dessus incitent à considérer que le déficit de gestion du RO est au moins en partie expliqué par des règles comptables.

A titre d'exemple, retenir le nombre de décomptes comme clé de répartition entre RO et RC conduirait à affecter **79,9 % des 17,7 M€ de coûts de liquidation de la LMDE au RO, au lieu de 95,8 %**, ce qui correspond à un transfert de coûts de 2,81 M€ du RO vers le RC (soit un allègement du coût du RO de 3,04 € par bénéficiaire).

De même, une répartition des 18,6 M€ de coûts d'accueil (physique et téléphonique) au pro rata du nombre des réclamations et des renseignements concernant la part obligatoire **réduit la charge du RO de 95 % à 80 %²⁸**, soit une baisse de 2,79 M€ du coût du RO (3,00 € par bénéficiaire).

Tableau 19 : Demandes de renseignements adressées aux accueils de la LMDE

Motif de renseignement	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sécurité Sociale (1)	116 117	147 131	162 400	150 988	182 231	218 669	169 485	229 816
Carte Vitale (2)	41 434	51 993	58 499	56 659	84 092	113 941	78 081	112 303
CMU (3)	21 342	25 468	27 424	24 018	23 604	25 261	19 195	21 698
Garantie, Plus Etudiant, Tacite	47 175	53 211	59 990	53 904	56 107	52 309	36 036	33 654
Logement	5 917	6 417	4 655	3 703	4 284	1 580	1 831	2 316
Nombre de renseignements relevant du RO (1)+(2)+(3)	231 985	284 220	312 968	289 272	350 318	411 760	304 628	399 787
Part relevant du RO	77 %	79 %	79 %	80 %	83 %	87 %	88 %	91 %

Source : LMDE, calculs de la mission IGAS/IGF.

Tableau 20 : Motifs des réclamations adressées aux accueils de la LMDE

Motif de réclamation	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sécurité Sociale (1)	22 719	26 317	32 440	35 565	40 306	62 770	61 533	77 111
Carte Vitale (2)	17 426	21 952	20 453	22 216	51 651	59 388	45 053	49 366
CMU (3)	4 147	5 281	5 562	6 155	5 496	7 024	6 756	5 518
Garantie, Plus Etudiant, Tacite	9 299	8 269	8 473	8 880	7 644	14 800	7 533	8 212
Logement	1 964	1 265	1 372	686	465	859	5	0
Nombre de réclamations relevant du RO (1)+(2)+(3)	44 292	53 550	58 455	63 936	97 453	129 182	113 342	131 995
Part relevant du RO	80 %	85 %	86 %	87 %	92 %	89 %	94 %	94 %

Source : LMDE, calculs de la mission IGAS/IGF.

Enfin, la gestion des bénéficiaires au pro rata du nombre d'adhérents et d'affiliés (**74 % au lieu d'une affectation à 95 % au RO**) conduirait à une baisse du coût du RO de 0,80 M€ (0,86 €/bénéficiaire).

²⁸ Le taux de 80 % a été calculé sur la base des chiffres des tableaux 19 et 20 portant sur l'année 2004. En effet, la dégradation observée depuis 2004 porte spécifiquement sur la part obligatoire, sans qu'un quelconque facteur exogène permette de l'expliquer. Cette dégradation est donc imputée par la mission aux modalités de gestion et à la priorisation de la part complémentaire par la LMDE, qui ne sauraient motiver un financement supérieur du régime obligatoire.

A elles seules, ces trois hypothèses cumulées amèneraient à réduire le coût déclaré du RO de la LMDE d'environ 6,90 € par assuré et par an, résorbant près de 90 % du déficit comptable du RO de la LMDE au titre de l'exercice 2011-2012²⁹.

2.5. Le régime étudiant présente des sources intrinsèques de surcoûts dans ses modalités de gestion actuelles

2.5.1. La réglementation relative aux affiliations et la gestion autonome d'un régime de transition constituent des sources d'inefficience

2.5.1.1. Le processus d'affiliation des étudiants est complexe et morcelé

Il revient à l'établissement d'enseignement supérieur d'initier le processus d'affiliation des étudiants au RESS. La collecte des informations s'effectue au moment de l'inscription académique, par le biais de formulaires au format papier ou électronique. Lorsque l'étudiant n'en est pas exempté, la cotisation au régime est perçue avec les frais de scolarité. L'établissement est responsable de la vérification des conditions d'affiliation ; il transmet les informations du futur affilié à la mutuelle étudiante que ce dernier a choisie (formulaire 1205s ou bande universitaire).

Les informations saisies sont transmises au RNIAM pour demande de rattachement. Pour les assurés identifiés, l'information de reprise est envoyée à la caisse cédante pour déclencher la mutation sortante.

Le calendrier du processus d'affiliation, sa fragmentation entre plusieurs acteurs (établissement et mutuelle étudiante) et le rôle donné aux établissements d'enseignement -pour lesquels la gestion de l'assurance maladie obligatoire ne constitue pas une priorité- génèrent des inefficacités et des inefficiences qui affectent le RESS :

- ◆ le choix d'une mutuelle de rattachement s'effectue auprès des établissements scolaires, majoritairement en ligne (à 70 % d'après la LMDE). **L'information du futur affilié portant sur le fonctionnement du RESS** (rôle de la carte vitale, responsabilité de l'assuré et relations avec l'AMO) **s'en trouve limitée** et la gestion en aval de la relation avec les affiliés potentiellement renchérie ;
- ◆ **L'ouverture des droits intervient réglementairement au 1^{er} octobre**, tandis que les inscriptions dans les établissements ont lieu au mois de juillet. Pour faire face au pic d'activité qui résulte de cette saisonnalité, **les mutuelles ont recours à des prestataires extérieurs ou au recrutement de CDD**. Les envois d'informations peuvent par ailleurs s'échelonner sur plusieurs mois (jusqu'en décembre d'après la LMDE), sans incitation ou contrainte possible vis-à-vis des établissements pour assurer une ouverture des droits au 1^{er} octobre ;
- ◆ **L'affiliation s'effectue sur une base annuelle**, ce qui génère des démarches supplémentaires de la part des assurés et des établissements, ainsi que des mutations superfétatoires entre mutuelles étudiantes (en cas de changement involontaire de l'assuré ou en cas de déménagement impliquant une bascule entre deux mutuelles régionales) ;

²⁹ La comptabilité analytique, dans sa définition actuelle, amène à un coût de gestion du RO de 62,47 € par bénéficiaire en 2011-2012, contre une remise de gestion de 54,77 € et un déficit comptable de 7,70 € par bénéficiaire.

- ◆ les **données transmises par les établissements aux mutuelles étudiantes adoptent des formats protéiformes** : formulaires papiers ou envois électroniques non normés (« bandes universitaires »), ce qui **limite les possibilités d'industrialisation pour le RESS**. Les mutuelles étudiantes effectuent un second contrôle manuel après celui effectué en théorie par les établissements et procèdent à la saisie d'une partie des informations. D'après la LMDE, la part de transmission électronique s'élève à 83 %, un niveau stable depuis 2007 (cf. tableau 12) ;
- ◆ afin de demander la création ou la mise à jour d'une carte vitale, le RESS **doit obtenir la certification de l'affiliation au RNIAM, ce qui ne peut avoir lieu qu'après l'ouverture des droits**. Il n'est donc pas possible d'assurer la mise à disposition d'une carte vitale à jour aux étudiants au 1^{er} octobre.

Tableau 21 : Mode de transmission des affiliations à la LMDE

Exercice	Données d'affiliation transmises par l'établissement au format papier (CERFA 1205)	Données d'affiliation transmises par l'établissement au format électronique	Part de transmission électronique
2007/2008	124 420	674 927	84,4 %
2008/2009	124 712	703 560	84,9 %
2009/2010	146 137	731 182	83,3 %
2010/2011	163 075	740 182	81,9 %
2011/2012	165 060	759 181	82,1 %
2012/2013 *	141 443	736 632	83,9 %

Source : LMDE

* données provisoires au 23/01/2013, non comparables avec les exercices antérieurs.

2.5.1.2. Sur près d'un million de mouvements annuels des étudiants entre régimes, de 75 % à 90 % sont dus spécifiquement à la gestion autonome du RESS

2.5.1.2.1. La gestion autonome des étudiants par les mutuelles étudiantes favorise des rattachements erronés de bénéficiaires dans les bases de données des caisses de l'assurance maladie obligatoire

Avec 306 789 nouveaux affiliés par an et une base de 902 748 affiliés certifiés³⁰ pour l'exercice 2011-2012, le taux de rotation du fichier des assurés de la LMDE s'élève à 34,0 %. Ceci **correspond à un renouvellement annuel par tiers de la base des mutuelles étudiantes, observé pour l'ensemble du régime étudiant de sécurité sociale**.

En raison de la brièveté de l'affiliation au RESS et des retards des étudiants sortant du régime à effectuer les démarches de rattachement à leur nouvelle caisse, le RNIAM recense un nombre de bénéficiaires supérieur de 33 % aux effectifs déclarés par les mutuelles étudiantes. **Ces 570 000 personnes devraient en théorie être rattachées aux caisses de sortie du régime étudiant** (le régime général, pour 86 % d'entre eux, ainsi qu'établi au paragraphe 2.5.1.2.3.).

De même, le GIE Sésame Vitale estime que 2,5 millions de carte Vitale actives sont rattachées au RESS, qui ne compte que 1,7 millions de bénéficiaires (soit **47 % de cartes surnuméraires**). L'excédent correspond à des rattachements erronés au RESS et à des cartes en doublon.

³⁰ Dans le processus de financement via la remise de gestion, le nombre d'affiliés fait l'objet d'une certification par un commissaire aux comptes. Les effectifs déclarés par les mutuelles étudiantes sont supérieurs aux effectifs certifiés, avec par exemple 902 748 bénéficiaires certifiés contre 924 241 déclarés par la LMDE pour l'exercice 2011/2012.

Tableau 22 : Comparaison des bénéficiaires déclarés par les mutuelles étudiantes et des effectifs recensés par le RNIAM

Caisse du RESS	Effectifs déclarés par les mutuelles pour l'exercice 2011/2012 (1)	Bénéficiaires inscrits au RNIAM au 1er janvier 2013 (2)	Nombre de cartes Vitale actives au 1er janvier 2013 (3)	Ratio de cartes Vitale actives par bénéficiaire du RESS déclaré (4)=(3)/(1)
LMDE	924 241	1 229 708	1 198 335	1,30
Total EmeVia	801 546	1 064 230	1 343 438	1,68
SMEREP	175 822	249 373	248 799	1,42
SMENO	121 401	164 069	162 079	1,34
SMERRA	105 727	136 695	287 372	2,72
MGEL	97 855	114 306	119 343	1,22
SMEBA	90 315	124 152	126 157	1,40
MEP	78 532	108 175	111 336	1,42
VITTAVI (SMESO+SMERE)	68 699	89 378	98 132	1,43
SMECO	34 004	32 705	108 335	3,19
SMEREB	25 643	40 814	76 226	2,97
SMERAG	3 548	4 563	5 659	1,59
Total RESS	1 725 787	2 293 938	2 541 773	1,47

Source : RNIAM et GIE SESAM Vitale, calculs de la mission IGAS/IGF.

2.5.1.2.2. Dans son organisation de gestion actuelle, le RESS est à l'origine de 21 % des mutations entre caisses d'AMO réalisées chaque année

Les spécificités du régime étudiant (affiliation annuelle, rattachement réduit à la durée des études, gestion par des mutuelles autonomes) se traduisent par sa surreprésentation dans le nombre de mouvement de transferts entrants ou sortants entre caisses réalisés au sein du secteur de l'assurance maladie obligatoire.

Avec 1,89 millions de mouvements (nouvelles affiliations, entrées ou sorties) réalisés en 2012, d'après les statistiques de demandes de rattachement au RNIAM, le régime étudiant représente **22.5 % des opérations opérées tous régimes confondus** (8,38 millions).

Les transferts au sein d'un même régime (903 658 recensées pour les étudiants, soit **33.5 % des mutations internes du secteur**) sont dus à l'obligation de réaffiliation, qui ne s'impose pas aux autres régimes.

Le statut de transition du régime étudiant, associé à une durée d'affiliation courte (trois ans), se traduit par des mouvements interrégimes nombreux au regard de la base d'affiliés : **20.6 % des mutations sortantes et 21.5 % des mutations entrantes concernent le RESS**. Avec 1,7 millions d'affiliés³¹, ce dernier ne représente que 2,6 % des bénéficiaires et **3.7 % des assurés** de l'assurance maladie obligatoire.

³¹ Au regard des réserves évoquées au paragraphe précédent quant à la fiabilité des statistiques du RNIAM portant sur le stock d'affiliés au RESS, la mission a retenu les données déclarées par les mutuelles.

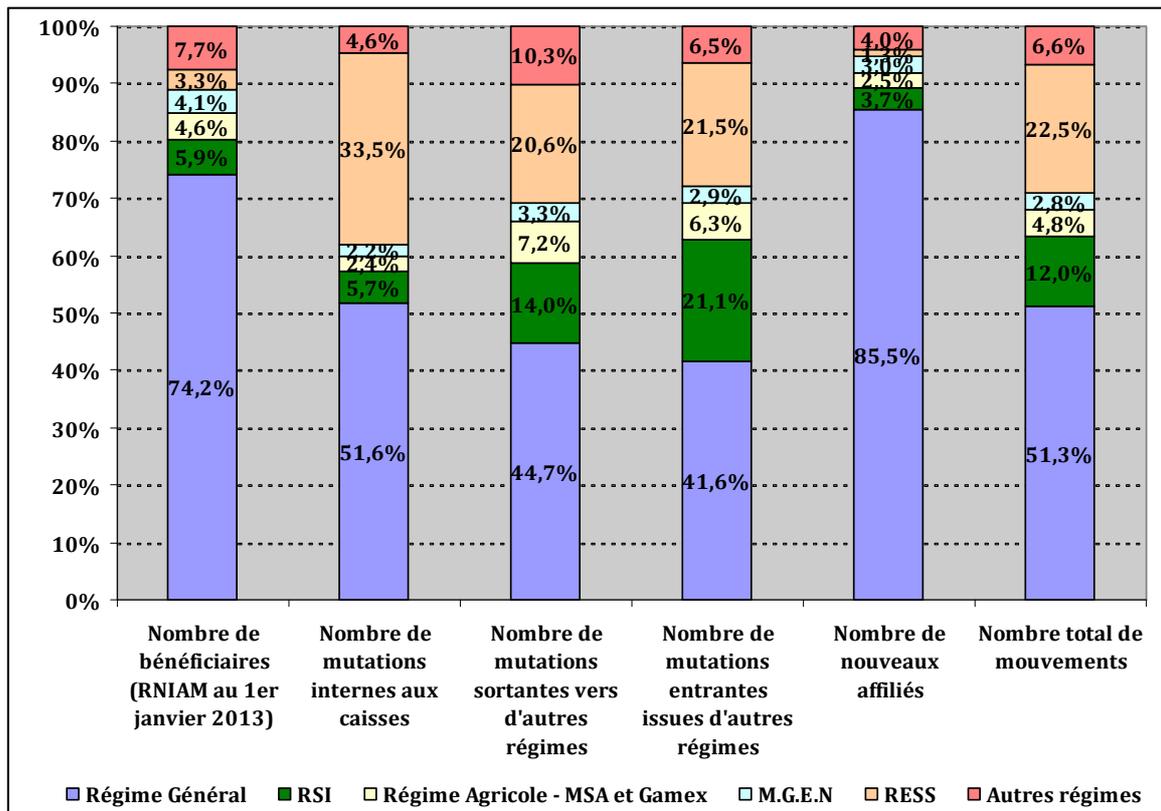
Tableau 23 : Poids du régime étudiant de sécurité sociale (RESS) dans les mouvements opérés au sein de l'assurance maladie obligatoire en 2012

	Régime Général	RSI	Régime Agricole (MSA et Gamex)	MGEN	RESS	Autres régimes	Part du RESS
Bénéficiaires (RNIAM au 1er janvier 2013)*	50 922 451	4 069 258	3 184 454	2 843 408	2 293 938	5 279 140	3,34 %
Mutations internes aux caisses	1 393 660	154 725	63 870	59 394	903 658	123 394	33,48 %
Mutations sortantes vers d'autres régimes	1 031 803	323 254	165 804	76 053	474 855	237 137	20,57 %
Mutations entrantes issues d'autres régimes	960 919	487 734	145 647	67 585	496 928	150 093	21,52 %
Nouveaux affiliés	913 424	39 500	26 930	31 681	13 907	42 507	1,30 %
Total des mouvements	4 299 806	1 005 213	402 251	234 713	1 889 348	553 131	22,53 %

Source : RNIAM, calculs de la mission IGAS/IGF.

*Pour assurer l'homogénéité des données présentées, les effectifs recensés correspondent aux données du RNIAM. Pour les étudiants, les données portant sur le stock de bénéficiaires sont surestimées, tandis que celles relatives aux flux (mutations, nouveaux affiliés) sont fiables.

Graphique 9 : Le régime étudiant génère une part des mutations interrégimes six fois supérieure à son poids dans le nombre de bénéficiaires de l'AMO



Source : RNIAM, calculs de la mission IGAS/IGF.

2.5.1.2.3. *Les mutations entre caisses d'AMO faisant intervenir le RESS coûtent 10 M€ par an, alors que 76 % des mutations entrantes et 86 % des mutations sortantes du régime étudiant sont liées aux CPAM*

En 2012, sur 474 855 mutations sortantes d'une caisse du RESS vers une autre caisse d'AMO, **72 663 correspondent à un changement de mutuelle étudiante, en raison d'un déménagement et/ou du souhait de basculer** sur le deuxième opérateur du duopole. Le bilan de l'année 2012 est légèrement favorable à la LMDE par rapport aux mutuelles régionales : 20 560 étudiants ont quitté la LMDE pour rejoindre une SMER, tandis que 26 172 affiliés ont effectué le chemin inverse. Les 25 931 mutations entre SMER constituent un minorant du nombre de changements de caisses dus spécifiquement à des déménagements.

Tableau 24 : Répartition des 72 663 mutations intervenues en 2012 entre caisses du RESS

Caisse preneuse/caisse cédante	LMDE	SMER
LMDE	-	26 172
SMER	20 560	25 931

Source : RNIAM

En excluant les transferts entre caisses du RESS, 402 192 mutations sortantes du RESS ont été réalisées en 2012, dont 344 907 à destination du réseau des CPAM (soit 85,8 %). Réciproquement, 321 816 affiliés des CPAM ont rejoint le RESS (soit 75,9 % des 424 265 mutations entrantes du RESS, hors mutations issues du régime étudiant lui-même).

Ainsi, pour **les trois quarts des étudiants³², le RESS constitue un régime de transition entre le statut d'ayant droits d'un assuré d'une CPAM et le statut d'ouvrant droits, à nouveau au sein d'une CPAM.**

Au total, près d'un million de mouvements (entrants et sortants) entre caisses d'assurance maladie obligatoire concernent le régime étudiant, en incluant les mutations entre caisses étudiantes différentes.

En fonction des hypothèses retenues quant au retour dans leur régime d'origine des étudiants à la sortie du RESS, **le nombre de mutations observées chaque année pour ces publics pourrait être réduit de 75 % à 90 % si la gestion du régime étudiant n'était pas assurée par des mutuelles étudiantes autonomes mais par les autres caisses d'AMO.**³³ par un double effet :

- ◆ suppression des mouvements entre caisses du RESS ;
- ◆ réduction des mutations entre régimes aux seuls publics dont le premier emploi est lié à une caisse de rattachement différente du régime d'origine de l'étudiant.

Le temps consacré à la gestion de ces mutations depuis et vers le régime étudiant par les caisses d'AMO, RESS compris, peut être valorisé à hauteur d'environ 200 ETP, soit 10 M€ par an³⁴.

³² En négligeant en première approche le flux issu du régime général qui, à l'issue de la gestion par les mutuelles étudiantes, quitte le RESS pour un autre régime.

³³ Le taux varie selon l'alternative retenue à l'existence du RESS : soit les étudiants demeurent affiliés à leur régime d'origine (en tant qu'ayant droits ou ouvrant droits pour garantir leur autonomie vis-à-vis de leurs parents) pendant la durée de leurs études, soit ils sont rattachés aux CPAM en tant qu'ouvrant droits.

³⁴ Sur la base de ses visites, la mission a estimé à 20 minutes le temps de traitement d'une mutation par la caisse preneuse, et autant par la caisse cédante. Etant donné l'automatisation croissante des échanges opérée depuis 2009 entre le RESS et les CPAM, ce temps a été minoré de 50 %, soit 10 minutes de traitement d'une mutation pour chacune des caisses.

Tableau 25 : Mutations entre caisses d'assurance maladie opérées en lien avec le RESS en 2012

Organisme d'AMO partenaire	Mutations sortantes du régime étudiant	Part des sorties (hors mutations d'une mutuelle étudiante vers une concurrente)	Mutations entrantes dans le régime étudiant	Solde net pour le régime étudiant
CNAMTS	344 907	85,8 %	321 816	-23 091
RESS	72 663	-	72 663	0
M.G.E.N	18 163	4,5 %	27 437	9 274
RSI	13 753	3,4 %	20 903	7 150
Régime Agricole - MSA et Gamex	9 658	2,4 %	16 916	7 258
Militaires de Carrière	4 413	1,1 %	4 701	288
MFPS	2 561	0,6 %	12 751	10 190
Mutuelle Nationale des Hospitaliers	2 445	0,6 %	2 637	192
S.N.C.F	1 907	0,5 %	362	-1 545
Clercs et Employés de Notaire	1 539	0,4 %	974	-565
CAMIEG	1 221	0,3 %	3 712	2 491
MCVPAP	421	0,1 %	528	107
Mutuelle des PTT	193	0,0 %	5 973	5 780
ENIM (Marine)	151	0,0 %	370	219
Autres régimes	860	0,2 %	5 185	4 325
Total	474 855	100,0 %	496 928	22 073

Source : RNIAM.

2.5.1.2.4. Les échanges électroniques entre caisses permettent de traiter 80 % des mutations, mais les données de la moitié des primo arrivants sont incomplètes et le taux d'équipement des affiliés en carte Vitale est réduit à 80 %

Lorsque l'affiliation est effective et que la mutuelle dispose des informations requises, les droits de l'étudiant sont ouverts au 1^{er} octobre. Un flux électronique est envoyé à la caisse cédante (où l'étudiant était dans la plupart des cas ayants droits de ses parents), laquelle doit autoriser la mutation et renvoyer au RESS les informations médicales et administratives du dossier de l'assuré.

Un système d'échanges inter-régimes a été mis en place en 2009 pour fiabiliser et accélérer les mutations entrantes au sein du régime étudiant par transmission électronique des données en vue de la mutation des cartes vitale. Ce système permet de traiter 80 % des mutations automatiquement³⁵.

A raison de 1 352 heures de travail effectif par ETP et par an (après déduction de 8 % au titre d'arrêts de courte durée par rapport à la durée légale du travail), l'économie s'élève à environ 200 ETP, valorisés à 50 k€ par an (masse salariale et coûts directs de fonctionnement).

³⁵ A la LMDE, 94 % des mutations traitées par flux électronique sont effectuées sans intervention humaine. Seuls les rejets font l'objet d'un recyclage manuel. 80 % des mutations opérées hors flux électroniques font l'objet d'une LAD, le complément (20 %) étant saisi manuellement.

Au total, 9 % seulement des mutations entrantes à la LMDE requièrent donc une saisie manuelle hors LAD en 2013 : 4,8 % sont issues des rejets de flux électroniques (6 % de 80 % des mutations), et 4 % des flux papier (20 % de 20 % des mutations traitées manuellement).

Tableau 26 : Volumes de mutations entrantes à la LMDE traitées manuellement et automatiquement

Origine du flux	Nombre de mutations entrantes en 2011/2012	Part des mutations entrantes
Mutations traitées manuellement	50 260	20,2 %
Mutations traitées par flux électronique	198 507	79,8 %
Nombre total de mutations entrantes	248 767	100,0 %

Source : LMDE.

Il a également permis de **réduire significativement le volume de cartes vitales réémises chaque année par les mutuelles étudiantes pour les nouveaux arrivants** au sein d'une mutuelle.

Avant 2007 et l'introduction de la carte Vitale 2, chaque nouvel arrivant au sein d'une caisse du RESS recevait une nouvelle carte Vitale, pour un coût unitaire de production d'environ 3 € pour le GIE SESAM Vitale (soit environ 5 M€ par an et une nouvelle sollicitation des assurés, alors même que leurs informations sont déjà connues par un autre acteur de l'assurance maladie obligatoire).

Pour l'exercice 2008-2009, qui précède la mise en place du système d'échanges interrégimes, l'UITSEM a produit de nouvelles cartes Vitale pour **61 % de ses nouveaux affiliés**, faute d'être en mesure d'opérer la mutation de leurs cartes. **Cette proportion a été divisée par trois grâce aux échanges électroniques interrégimes ; elle atteint par exemple 19 % pour l'exercice 2012-2013 à l'UITSEM et 20 % à la LMDE.** La principale cause de réémission réside dans des mutations non opérantes (informations manquantes, cartes non mutables³⁶), dont la part varie selon le régime d'origine³⁷.

Tableau 27 : Nombre d'émissions de cartes Vitale par exercice pour les primo-inscrits de l'UITSEM

Exercice	Nombre de cartes Vitale produites pour des nouveaux arrivants	Part des nouveaux arrivants pour lesquels une nouvelle carte vitale est produite
2007/2008	32 786 (dont 1367 cartes Vitale 1)	59 %
2008/2009	32 643	61 %
2009/2010	28 080	50 %
2010/2011	17 124	31 %
2011/2012	13 980	25 %
2012/2013	11 662	19 %

Source : UITSEM

En dépit des progrès constatés sur la période récente, le taux de création de cartes Vitale du régime étudiant s'élève en 2012 à 14,7 % des affiliés, contre 7,7 % pour le régime général et 4 % environ pour les régimes à faible rotation du fichier des assurés (LMG, MGP, MSA). **La part des étudiants dans la création de cartes Vitale est ainsi deux fois supérieure au poids du RESS dans le nombre d'assurés.**

³⁶ Introduite en 2007, la carte vitale 2 est mutable (contrairement au précédent modèle vitale 1), ce qui signifie que le changement de régime peut se faire en conservant le même support Vitale, mis à jour par la caisse prenante. La carte vitale est attribuée aux enfants qui atteignent l'âge de 16 ans : sauf exceptions (début des études supérieures à 23 ans par exemple ou étudiants en provenance de l'étranger), l'ensemble des primo-arrivants au sein du RESS devraient disposer en 2013 de la version 2.

Les mutuelles étudiantes indiquent toutefois qu'une part significative des signalements de cartes non mutables seraient erronés et donneraient lieu à l'émission d'une nouvelle carte, non justifiée techniquement.

³⁷ Les difficultés sont d'après emeVia et la LMDE ciblées sur les étudiants issus de la MSA, des mutuelles de MFPS et des régimes spéciaux. Ces informations contrastent avec les données portant sur l'exercice 2012-2013 de l'UITSEM : seulement 85 % des cartes issues du régime général seraient mutables, contre 94 % pour la MSA, 81 % pour le RSI, 93 % pour la MGEL et 55 % pour la LMDE.

Tableau 28 : Taux de création de nouvelle carte par an et par assuré des caisses d'AMO

Caisse de rattachement	Nombre de nouvelles cartes Vitale produites en 2012	Taux de création de nouvelles cartes Vitale par assuré	Part des cartes produites
RESS	252 826	14,7 %	5,8 %
<i>dont LMDE</i>	124 657	13,5 %	2,9 %
<i>dont EmeVia</i>	128 169	16,0 %	2,9 %
Régime général	3 213 752	7,7 %	73,9 %
RSI	344 540	7,7 %	7,9 %
MSA	140 654	4,2 %	3,2 %
LMG	25 106	4,2 %	0,6 %
MGP	6 696	3,5 %	0,2 %
Ensemble de l'AMO	4 351 241	7,2 %	100,0 %

Source : GIE SESAM Vitale, calculs de la mission IGAS/IGF.

Par ailleurs, même transmises par flux électronique, les informations issues de la caisse cédante sont encore incomplètes dans la moitié des cas. D'après les données de la LMDE, **49 % des mutations de primo arrivants seraient associées à des données incomplètes.** En particulier, 33 % des entrées par mutation interrégime occasionnent la perte de l'identité du médecin traitant, avec des conséquences potentielles sur le niveau de remboursement de prestations³⁸ qui ne seront constatées qu'après un premier acte. La loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives, dite loi Warsmann, interdit en effet aux mutuelles de demander systématiquement à l'assuré cette information qui est censée être connue des services publics.

Tableau 29 : Motifs d'incomplétude des informations liées aux mutations entrantes à la LMDE, sur un total de 248 767 mouvements opérés au titre de l'exercice 2011/2012

Motif d'incomplétude des informations transmises par la caisse cédante	Cartes mutables concernées	Cartes non mutables concernées	Part des données incomplètes (en %)
Numéro de carte vitale	36 853	14 598	14,8 %
Médecin traitant (MT) manquant	82 581	0	33,2 %
Date de déclaration incorrecte du médecin traitant	2 521	0	1,0 %
Total*	121 955	14 598	49,0 %

Source : LMDE.

*D'après la LMDE, les motifs d'incomplétude sont cumulables à 95 %.

Malgré l'automatisation croissante des échanges entre régimes, le régime étudiant est caractérisé par le faible taux d'équipement Vitale de ses affiliés : **20 % des assurés de la LMDE ne disposent pas d'une carte vitale au 1^{er} juin 2013, en fin d'exercice universitaire.** Ce taux limite mécaniquement à 80 % la part des flux électroniques qui peuvent être adressées à la LMDE et **renchérit le coût de gestion de la liquidation des prestations** à travers le recours à des feuilles de soins papier.

³⁸ Dans le cadre du parcours de soins, la consultation d'un médecin spécialiste autre que gynécologue, ophtalmologue ou psychiatre sans avoir vu au préalable le médecin traitant entraîne une réduction du taux de prise en charge par l'assurance maladie de 70 % à 30 %.

Tableau 30 : 19,7 % des étudiants affiliés à la LMDE au 1^{er} juin 2013 ne disposent pas de carte Vitale

Statut des affiliés de la LMDE	Nombre d'affiliés	Part des affiliés
Affiliés porteurs d'une carte Vitale 2	681 786	76,9 %
Affiliés porteurs d'une carte Vitale 1	29 824	3,4 %
Affiliés sans carte Vitale	174 508	19,7 %
<i>dont affiliés sans information de mutation interrégime</i>	99 460	11,2 %
<i>dont affiliés ayant fait l'objet d'un envoi de formulaire photo</i>	169 721	19,2 %
<i>dont affiliés sans envoi de formulaire photo avec une information de mutation interrégime enregistrée</i>	807	0,1 %
<i>dont affiliés dont la carte est déclarée perdue ou volée sans envoi de formulaire photo</i>	527	0,1 %

Source : LMDE.

2.5.2. La fragmentation de la gestion du RESS en limite les gains de productivité

2.5.2.1. La situation de duopole génère des surcoûts que ne compense pas une concurrence imparfaite

La concurrence entre la LMDE et les mutuelles régionales génère des coûts spécifiques :

- ♦ coûts d'acquisition à travers la publication de brochures redondantes (**doublon estimé à 1 M€ par le responsable d'une mutuelle**), le démarchage et la publicité mis en œuvre pour capter des étudiants peu sensibles aux formalités administratives ;
- ♦ doublonnage de coûts fixes : réseaux d'accueil, centres de gestion et d'édition, campagnes de prévention, fonctions supports (notamment juridiques). A titre d'illustration, en région parisienne, la SMEREP a mis en place un point d'accueil central permanent et sept accueils périphériques ouverts une fois par semaine, contre dix points d'accueil pour la LMDE.

La concurrence opérée sur la part obligatoire est amplifiée par l'enjeu de la gestion du régime complémentaire des affiliés. Un accord entre les mutuelles régionales a conduit à reconduire sur la part complémentaire l'interdiction faite à chacune d'agir hors de sa sphère de compétence territoriale en matière de RO. Cet accord interroge, dans un contexte où les mutuelles régionales sont à ce jour indépendantes les unes des autres et opèrent dans un secteur concurrentiel.

Enfin, la mission relève que la concurrence entre les deux réseaux s'exprime par des services proposés par aux adhérents en dehors de la sphère de la santé, financés par les cotisations : réductions sur des places de cinéma ou des achats d'articles de sport, souscription d'assurances habitation ou ouverture de comptes bancaires auprès d'établissements partenaires.

Les représentants d'emeVia ont souligné l'intérêt d'une concurrence entre opérateurs du RO pour améliorer le service rendu et son efficacité. La mission relève que les conditions d'une concurrence efficace ne sont pas remplies :

- ♦ le secteur est organisé en duopole, avec des conditions de traitement uniformes des deux acteurs (notamment en matière de remises de gestion, en l'absence de toute modulation possible en fonction de la qualité de service rendue) ;

- ◆ aucune information transparente et objective n'est transmise aux futurs affiliés pour qualifier le coût pour la collectivité et le niveau du service rendu par les mutuelles étudiantes et éclairer ainsi leur choix. En particulier, la croissance de la part de marché de la LMDE entre 2000 et 2012 s'explique difficilement par l'amélioration du service rendu à ses affiliés ou par sa maîtrise financière sur cette période.

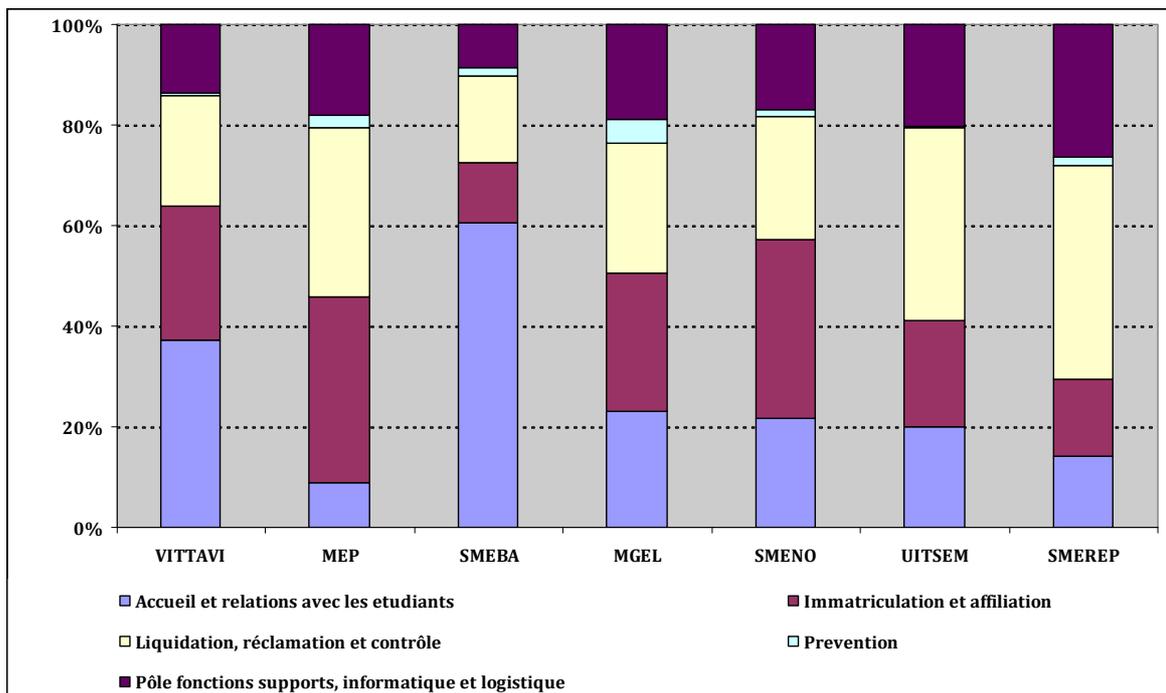
Dès lors, **les avantages attendus par la théorie économique d'une mise en concurrence ne semblent pas pouvoir être espérés de celle qui a été instituée au sein du régime étudiant.**

2.5.2.2. La répartition des effectifs des mutuelles régionales par processus traduit l'existence de rendements d'échelle croissants

Les volumes variables des affiliés des mutuelles régionales pour un même périmètre d'activités permettent d'identifier les processus dont le poids est rigide (faiblement lié au nombre d'affiliés) et de quantifier une partie des effets d'échelle liés au nombre d'assurés.

A l'exception de la MEP, le poids des processus d'accueil, d'immatriculation et d'affiliation des étudiants décroît lorsque le nombre d'affiliés des mutuelles augmente (passant de 62 % pour VITAVI à 28 % pour la SMEREP). Le processus de liquidation, de réclamation et de contrôle connaît l'évolution inverse (de 21 % à 40 %). Enfin, la part des ETP dédiés aux fonctions support, à la gestion informatique et aux autres activités est stable, autour de 20 %.

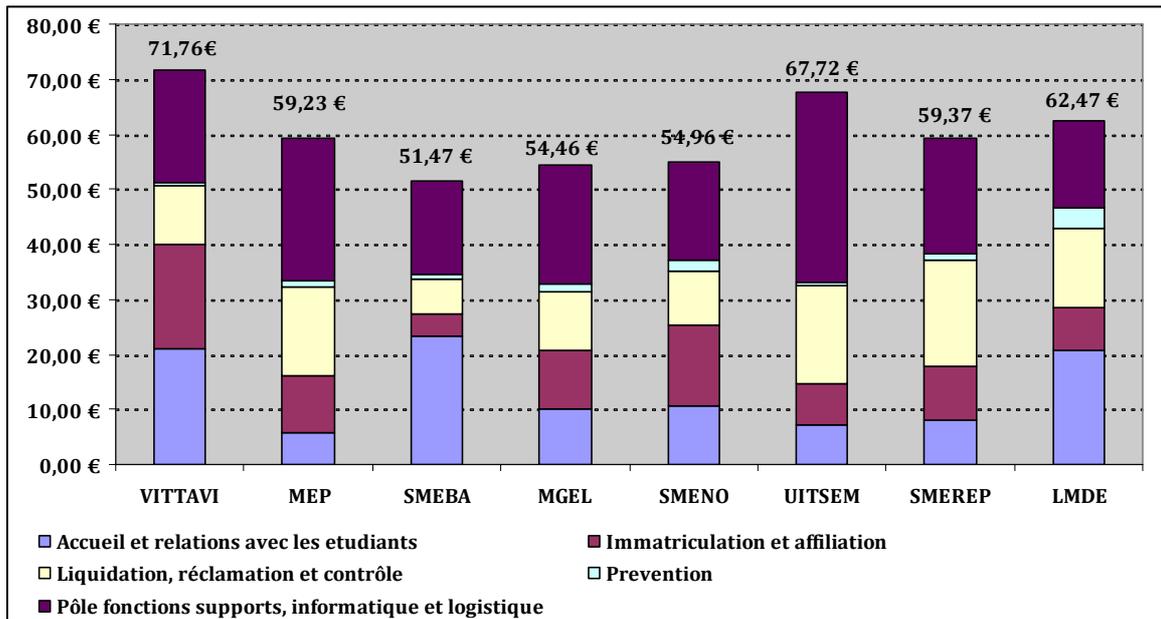
Graphique 10 : Affectation des effectifs par processus au sein des mutuelles régionales, classées par nombre croissant d'affiliés (exercice 2011-2012)



Source : emeVia et SMEREP, regroupements opérés par la mission.

La même décomposition par processus, effectuée cette fois sur la base **du coût analytique de gestion par bénéficiaire** et par mutuelle, confirme le **poids décroissant des processus d'accueil et d'immatriculation lorsque le nombre d'affiliés augmente**, au sein du réseau emeVia. La LMDE ne parvient pas à exploiter ces rendements d'échelle croissants : le poids de l'accueil y est aussi élevé qu'à VITAVI, qui compte treize fois moins d'affiliés.

Graphique 11 : Affectation des coûts de gestion du RO par bénéficiaire et par processus au sein des mutuelles étudiantes, classées par nombre croissant d'affiliés (exercice 2011-2012)



Source : LMDE, emeVia et SMEREP, regroupements et calculs opérés par la mission.

La comparaison des coûts analytiques de gestion des mutuelles étudiantes met en évidence des **rendements globaux croissants jusqu'à 100 000 bénéficiaires** (-30 % de coût unitaire entre la plus petite mutuelle, VITTAVI, et la SMEBA).

Au-delà, le coût de gestion par bénéficiaire est stable pour la SMEBA, la MGEL et la SMENO. Il augmente notablement pour l'UITSEM, la SMEREP et la LMDE. Des singularités doivent toutefois être signalées :

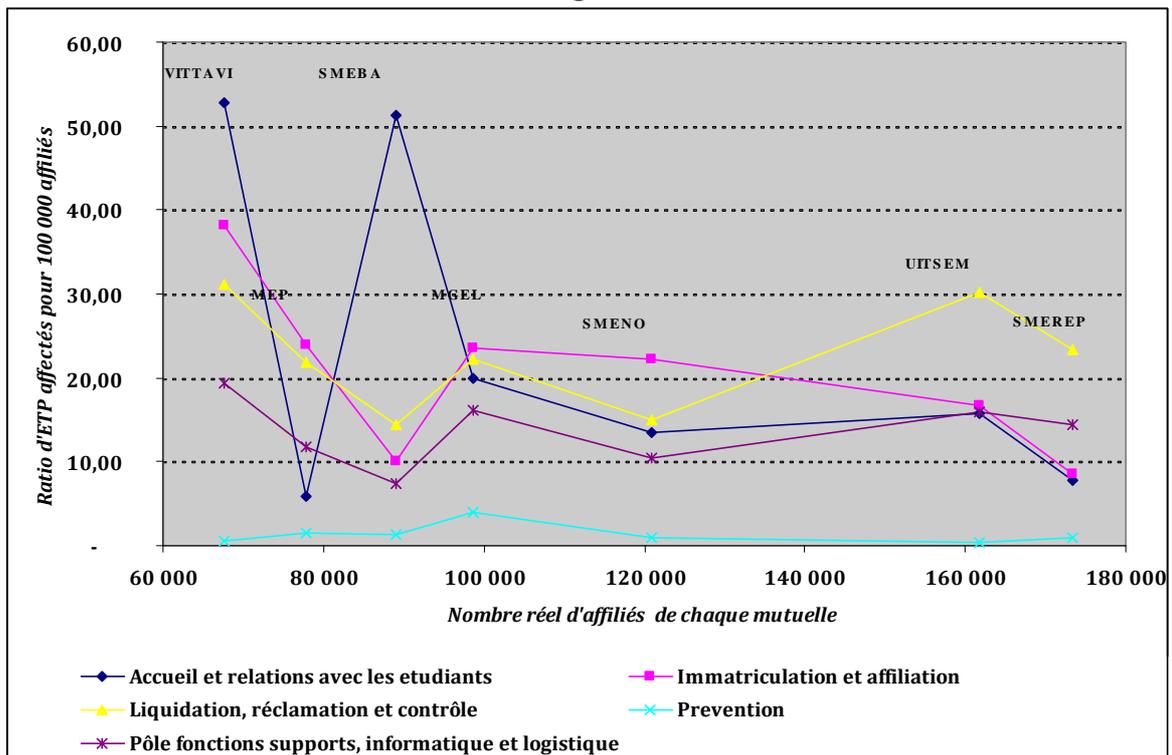
- ◆ l'UITSEM, union de trois mutuelles de taille réduite, déclare des coûts informatiques 2,5 fois supérieurs à la moyenne des mutuelles étudiantes (25,06 € contre 9,77 € en moyenne par bénéficiaire) ;
- ◆ la SMEREP achève en 2013 une restructuration lourde entamée en 2006, dont les effets à court terme n'ont pas pu être appréhendés par la mission.

En calculant le ratio d'ETP par processus pour 100 000 affiliés pour chacune **des mutuelles régionales** en fonction de son nombre d'assurés, deux tendances générales peuvent être établies :

- ◆ pour les activités qui sont déléguées aux mutuelles étudiantes, **en deçà de 120 000 affiliés, des rendements d'échelle croissants se dessinent pour l'ensemble des processus** ;
- ◆ les **processus d'accueil, d'immatriculation et d'affiliation sont rigides** et connaissent des rendements croissants au-delà du seuil de 120 000 affiliés (coûts fixes amortis sur une base plus large), tandis que le poids des fonctions support et de la liquidation dépend davantage de l'organisation de la caisse et de son nombre d'affiliés (coûts variables).

Les écarts notables par rapport à ces tendances concernent la SMEBA (dont la ventilation des ETP par processus détonne), la MEP (qui a externalisé une partie des fonctions d'accueil) et UITSEM (regroupement de mutuelles plus petites sans qu'une fusion complète, source potentielle de plus grande efficacité, ait été opérée).

Graphique 12 : Calcul du nombre d'ETP affectés à chaque processus pour 100 000 étudiants affiliés aux mutuelles régionales du réseau emeVia



Source : Mission IGAS/IGF d'après des données d'emeVia.

Note de lecture : La SMENO, qui compte 120 905 affiliés, affecte 26,8 ETP au processus d'immatriculation et d'affiliation, soit 22,2 ETP pour 100 000 affiliés.

L'absence de mutuelle étudiante de taille intermédiaire entre la SMEREP (173 000 affiliés) et la LMDE (903 000 affiliés) ne permet pas de quantifier les rendements d'échelle qui seraient associés au passage à 500 000 assurés, un seuil qui correspond à la taille moyenne d'une CPAM.

Interrogés par la mission, les responsables de la SMEREP (première mutuelle régionale en nombre d'affiliés) ont toutefois estimé que le passage à 400 000 affiliés (soit un doublement de la base de la mutuelle) serait envisageable avec le renfort de 30 ETP (+30 %), pour un total de 20 % de frais de gestion supplémentaires. **L'élasticité des coûts de gestion par rapport à la base des affiliés est ainsi estimée à 20 %.** Un tel scénario de doublement des effectifs de la SMEREP se traduirait par une réduction du coût de gestion par bénéficiaire de 40 %.

2.5.2.3. Le poids financier des systèmes d'information a conduit à des rapprochements par opportunité

La conception puis les développements portant sur les outils informatiques de gestion du régime obligatoire représentent des coûts majeurs pour les caisses d'assurance maladie : ils s'élèvent par exemple à 50 M€ par an pour la MSA, indépendamment des coûts d'exploitation et de maintenance de ces systèmes.

La dématérialisation croissante des échanges entre organismes et le développement des téléservices à destination des assurés et des professionnels de santé renforcent les besoins en investissements informatiques.

Confrontées au même contexte, les mutuelles étudiantes ont adopté des stratégies variées :

- ◆ la LMDE est membre avec la MGEN du GIE Effigie, lui-même fondateur du GIE Chorégie créé en 2005 avec MFP Services afin de regrouper les activités liées au système d'information des mutuelles partenaires (RO et RC). Chorégie héberge l'ensemble de la production informatique de ses membres fondateurs et rassemble environ 330 salariés, répartis sur trois sites³⁹. Au total, 6,3 millions de bénéficiaires sont couverts. Un projet en cours de refonte de l'outil de tarification (Orion), mené par Chorégie, est associé à un investissement estimé à 144 M€. Selon les responsables de la LMDE, la mutuelle « *n'a pas besoin de la moitié des fonctionnalités d'Orion* » dont elle partage les coûts de développement. Partagé entre les membres du GIE au pro rata du nombre de bénéficiaires, le coût complet de l'infogérance revient à environ **8,4 M€ par an à la LMDE⁴⁰, soit 9,3 € par bénéficiaire ou encore 17 % de la remise de gestion perçue en 2011** ;
- ◆ la SMEBA et UITSEM (251 000 affiliés) sont adhérentes du centre informatique des mutuelles (CIMUT), qui propose à trente mutuelles et organismes complémentaires une solution intégrée d'infogérance (RO et RC) avec interface web et éditique centralisée ;
- ◆ la SMEREP, la SMENO et la MEP (372 000 affiliés) se sont associées par le biais d'un GIE qui fait évoluer un système informatique propriétaire (RO et RC) à partir d'une solution de marché adoptée initialement par la SMEREP. L'outil externalisé revenait à 1 M€ (investissement et fonctionnement compris) à la SMEREP. Son évolution a été internalisée en octobre 2012 au sein du GIE pour un coût supérieur, lié au développement de nouveaux services : 1,2 M€ par an pour la SMEREP, soit 6,9 € par affilié ;
- ◆ la MGEL (99 000 affiliés) a développé un outil en interne et revendique un coût par bénéficiaire comparable à celui des autres mutuelles, avec l'intérêt d'une forte réactivité en cas de besoin de modification.

En raison de leur souhait de maintenir l'indépendance du RESS, aucune des mutuelles étudiantes n'a choisi de faire appel aux outils informatiques de la CNAMTS pour la gestion du régime obligatoire, contrairement à certains délégataires de la fonction publique (LMG, MGP). Le partage des outils des CPAM est perçu par les représentants du RSS comme une première étape dans la remise en cause de l'existence d'un régime étudiant spécifique.

Fruit des politiques propres à chaque mutuelle, la carte des regroupements informatiques opérés s'étend au-delà du seul régime étudiant par le rapprochement entre LMDE et MGEN ; elle conforte par ailleurs la frontière entre la LMDE et les mutuelles régionales.

Les SI des délégataires du régime général sont audités chaque année par la CNAMTS.

³⁹ Paris, Tours et Vandoeuvre Lès Nancy.

⁴⁰ Peuvent être distingués au sein du budget versé par la LMDE à Chorégie en 2011 :

- ◆ 4,55 M€ pour les applications métiers (développement et exploitation) et l'infogérance ;
- ◆ 1,18 M€ pour la location du matériel (postes de travail, imprimantes...) ;
- ◆ 1,07 M€ au titre de la gestion des flux ;
- ◆ 1,6 M€ de frais de fonctionnement du GIE (support Chorégie).

2.5.3. Les synergies entre gestion du régime obligatoire et gestion de la part complémentaire des étudiants sont limitées en raison d'un taux de mutualisation réduit à 20 %

Les mutuelles étudiantes peuvent gérer le risque maladie de manière plus ou moins intégrée, à l'image des autres délégataires du régime général :

- ◆ gestion du RO seul (pour les étudiants qui ont choisi une mutuelle différente de celle gérant le RO, qui bénéficient de celle de leurs parents ou qui n'ont pas choisi de complémentaire santé) ;
- ◆ gestion intégrée du RO et du RC ;
- ◆ gestion du RC seul.

D'après une étude menée par la LMDE⁴¹, 69 % des étudiants déclarent être couverts par une complémentaire santé, 19 % n'en ont pas et 12 % ne savent pas s'ils sont couverts. Parmi les étudiants se déclarant couverts, 63 % des étudiants bénéficient de la couverture de leurs parents (en tant qu'ayant droit), 29 % disposent d'une complémentaire personnelle (27 % via une mutuelle étudiante, 1 % via leur employeur, 1 % via un autre acteur de la complémentaire) et 8 % ne connaissent pas le statut de leur régime complémentaire. Le taux de couverture global qui résulte de ces statistiques peut être estimé à 78 %. La MGEL estime pour sa part à 85 % la part de ses affiliés couverts par une complémentaire.

Le taux de mutualisation RO-RC des étudiants, défini comme étant la part des adhérents à un contrat RC proposé par la mutuelle qui gère leur régime de base, **s'établit en moyenne à 20 % en 2011**. Ce taux moyen masque un écart du simple au double entre les mutuelles régionales (13 %) et la LMDE (26 %). La LMDE bénéficie notamment d'un accord avec la MGEN qui lui apporte en gestion de contrat tous les enfants d'adhérents à une complémentaire de la MGEN⁴², ce qui représente 48 533 adhérents en 2013 (soit 20 % des mutualistes gérés par la LMDE).

Le **taux de mutualisation des affiliés étudiants est trois à quatre fois inférieur à celui observé pour les mutuelles de fonctionnaires** : à titre d'exemple, il s'élève à 82 % des assurés de la MGEN et à 68 % de ceux de la MNT d'après les données transmises à la mission.

Tableau 31 : Taux de mutualisation RO/RC des affiliés des mutuelles étudiantes

	Affiliés au RO	dont adhérents RO-RC	Taux de mutualisation RO-RC	Adhérents au RC seul	Total des adhérents RC
SMEBA	89 056	7 738	9 %	1 509	9 247
MGEL	98 665	9 469	10 %	2 532	12 001
UITSEM	161 798	12 083	7 %	5 164	17 247
MEP	77 824	12 461	16 %	1 661	14 122
VITTAVI	67 598	12 969	19 %	-	12 969
SMENO	120 905	14 127	12 %	17 890	32 017
SMEREP	173 319	37 313	22 %	7 893	45 206
LMDE	924 241	241 551	26 %	73 065	314 616*
Total	1 713 406	347 711	20 %	109 714	457 425

Source : emeVia, SMEREP et LMDE

* dont 35 000 adhérents à une surcomplémentaire sans gestion du RC

⁴¹ Enquête nationale 2011-2012 sur la santé et les conditions de vie des étudiants, réalisée auprès de 8 500 étudiants.

⁴² Le contrat complémentaire des adhérents à la MGEN prévoit une gestion de leurs enfants étudiants par la LMDE. Cette dernière reçoit de la MGEN 154 € par an et par bénéficiaire pour la gestion et les prestations du contrat, sur une base de 225 € appelée par la MGEN auprès des parents.

Dès lors, les mutuelles étudiantes ne peuvent exploiter de façon significative les synergies associées à la gestion commune du RO et du RC. Ces synergies sont notamment liées à l'unicité de la gestion des bénéficiaires et du processus de liquidation, aux économies en éditique et en affranchissement, ainsi qu'aux mutualisations d'une partie des fonctions support et des services et outils informatiques. **Elles ont été évaluées par la mission à 7 € par bénéficiaire** en comparant les tarifs pratiqués par des caisses de sécurité sociale pour la gestion du RC seul ou du RC accroché à la part obligatoire.

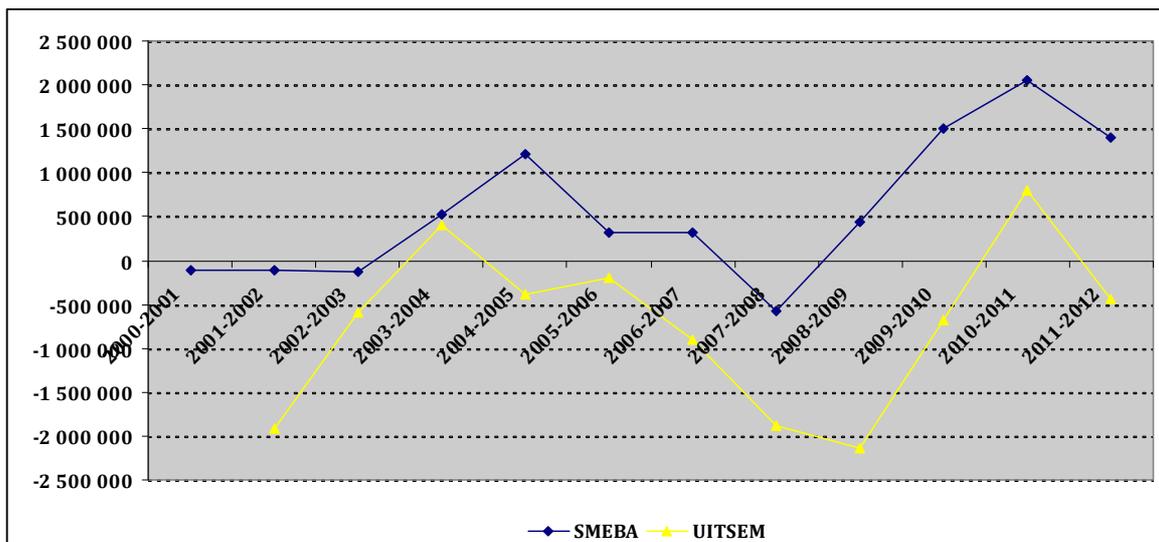
3. Les évolutions en cours ne permettent pas de mettre fin à la complexité et aux surcoûts liés à l'existence d'un régime étudiant spécifique

3.1. La santé financière des mutuelles étudiantes est inégale

La mission a analysé les comptes de résultats de trois mutuelles étudiantes : la LMDE, la SMEBA et l'UITSEM.

La SMEBA et l'UITSEM connaissent des situations financières opposées : la première n'a connu qu'un exercice déficitaire depuis 2004 (en 2007-2008), tandis que l'UITSEM n'a dégagé d'excédent qu'en 2010-2011.

Graphique 13 : Résultat comptable de la SMEBA et de l'UITSEM, toutes activités confondues



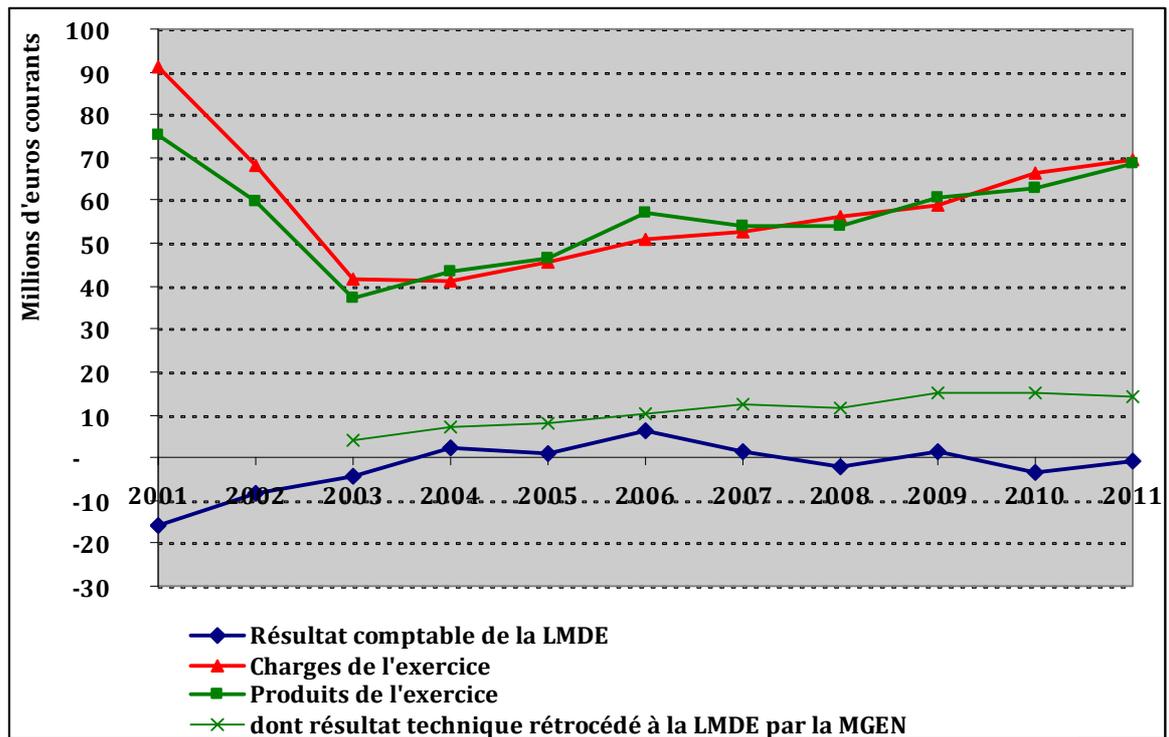
Source : SMEBA et UITSEM.

La LMDE a entre 2001 et fin 2011 accumulé 23,4 M€ de déficit, dont 16,0 M€ pour la seule année 2001, en dépit d'une rétrocession cumulée du résultat technique de la MGEN (mutuelle substitutive) qui s'est élevée à 97,5 M€ sur la période 2003-2011⁴³.

Les **charges de la LMDE ont augmenté de 68 % entre 2004 et 2011 (49,5 % après correction de l'inflation), contre une hausse des produits de 58 % (40,7 % après déduction de l'inflation) et une croissance du nombre de bénéficiaires gérés de 30 % sur la même période.**

⁴³ La LMDE bénéficie du résultat technique de la part RC sans devoir assumer les coûts associés aux règles prudentielles, des coûts assumés pour son compte par la MGEN.

Graphique 14 : Résultats comptables de la LMDE entre 2011 et 2011



Source : LMDE.

Les remises de gestion représentent 72 % des produits de la LMDE (mutuelle substituée), contre 57 % de ceux de la SMEBA et 40 % de ceux d'UITSEM (mutuelles non substituées). Le résultat technique annuel de la part RC contribue de façon significative au résultat des mutuelles étudiantes. **En 2011, il représente 45 € par adhérent de la LMDE, contre 80 € par mutualiste de la SMEBA.**

La comparaison des situations de la SMEBA et de la LMDE entre 2006 et 2011 illustre des tendances divergentes, au sein d'un même secteur et pour un montant unitaire de remise de gestion identique.

La SMEBA a connu un accroissement de ses produits (2,1 %) supérieur à la tendance de ses remises de gestion (-1,70 %), tout en réduisant significativement ses charges (-19,4 % en euros courants, **-28,5 % après correction de l'inflation**), tirant parti des gains liés à la dématérialisation (division par deux des coûts d'immatriculation, d'affiliation et de liquidation des prestations).

Sur la même période 2006-2011, les produits de la LMDE ont crû significativement (+20,0 %), à la faveur d'une augmentation des effectifs (+16 %) ayant entraîné celle des remises de gestion (+21,2 %) et grâce à une croissance du résultat technique (+39,2 %). Toutefois, les dépenses de la LMDE ont connu une hausse supérieure à celle des produits (+36,7 %, **+26,2 % après correction de l'inflation**), entraînant une forte dégradation de la santé financière de la mutuelle.

L'élasticité des charges de gestion par rapport au nombre d'affiliés a été estimée à 20 % par la SMEREP, pour laquelle les fonctions informatiques constituent un coût fixe. Pour la LMDE, dont les coûts informatiques sont variables en fonction du nombre d'affiliés (du fait du mode de financement du GIE Chorégie et du poids mineur que la LMDE y occupe), cette élasticité peut être estimée à 40 %⁴⁴.

⁴⁴ Ce qui revient à dire que le coût de gestion d'un affilié supplémentaire s'élève à 40 % du coût de gestion moyen.

Hors gains de productivité, **l'augmentation de 16 % du nombre de bénéficiaires gérés par la LMDE entre 2006 et 2011 aurait ainsi pu générer une hausse des charges d'environ 6,4 % en euros constants, contre un rythme constaté quatre fois supérieur (+26,2 %).**

En connaissant des gains de productivité de 20 %, inférieurs à ceux de la SMEBA, **la LMDE aurait même été en mesure de réduire ses dépenses de près de 12 % en euros constants, en lieu et place d'une augmentation de 26,2 %.**

Tableau 32 : Dépendance des résultats financiers de la SMEBA vis-à-vis des remises de gestion et du résultat technique du RC (données en k€ courants)

Exercice	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006-2011
Produits de l'exercice	8 362	8 140	7 471	7 942	8 423	8 539	2,10 %
<i>dont remises de gestion</i>	4 962	4 595	4 484	4 446	4 537	4 878	-1,70 %
<i>Part des remises de gestion dans les produits</i>	59,30 %	56,40 %	60,00 %	56,00 %	53,90 %	57,10 %	NS
Charges de l'exercice	8 038	7 825	8 052	7 499	6 928	6 483	-19,40 %
Résultat comptable	324	314	-581	443	1 495	2 057	535,50 %
<i>dont résultat technique RC</i>	ND	ND	ND	ND	ND	745	ND

Source : SMEBA et CNAMTS.

Tableau 33 : Dépendance des résultats financiers de la LMDE vis-à-vis des remises de gestion et du résultat technique du RC qui lui est rétrocédé par la MGEN (données en k€ courants)

Exercice	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006-2011
Produits de l'exercice	57 130	54 108	54 229	60 458	62 668	68 530	20,0 %
<i>dont remises de gestion</i>	40 803	39 555	40 112	42 026	45 274	49 444	21,2 %
<i>Part des remises de gestion dans les produits</i>	71,40 %	73,10 %	74,00 %	69,50 %	72,20 %	72,10 %	NS
Charges de l'exercice	50 742	52 665	56 404	59 096	66 242	69 363	36,7 %
Résultat comptable	6 388	1 444	-2 175	1 362	-3 574	-832	-113,0 %
<i>dont résultat technique rétrocédé à la LMDE par la MGEN</i>	10 055	12 531	11 760	15 170	15 014	13 999	39,2 %

Source : LMDE et CNAMTS.

3.2. Des regroupements d'ampleur se dessinent et écartent le scénario d'une caisse unique de gestion du RESS

La LMDE, seule mutuelle nationale, a fait connaître à la mission son intérêt pour la gestion du RESS sous forme de monopole.

Les représentants d'emeVia et de la SMEREP ont indiqué de leur côté que ce scénario était à la fois politiquement irréalisable et non souhaitable, arguant des bienfaits d'une mise en concurrence de deux opérateurs.

Les deux opérateurs du duopole, conscients de la nécessité de faire baisser leurs coûts de gestion pour supporter des baisses de remise de gestion futures associées aux gains de productivité des CPAM, s'orientent pour la LMDE vers une intégration du back-office à la MGEN et pour emeVia vers des mutualisations plus poussées entre ses membres.

3.2.1. Un projet d'absorption du back-office de la LMDE par la MGEN pourrait aboutir début 2014

3.2.1.1. La MGEN contribue au développement de la LMDE depuis sa création

Créée en 2000 sans fonds propres, la LMDE a, fin 2012, accumulé 24 M€ de dettes, malgré un soutien de la MGEN à plusieurs titres :

- ◆ la MGEN s'est substituée à la LMDE en 2003 pour l'activité de couverture complémentaire. La mutuelle étudiante conserve toutefois, de façon atypique, le bénéfice du résultat technique des contrats complémentaires, qui **s'élève à 106 M€ cumulés sur la décennie 2003-2012** (soit 10,6 M€ par an ou 22 % des produits de la LMDE sur cette période) et à 8,5 M€ en 2012 ;
- ◆ depuis 2009, la LMDE gère les contrats des étudiants qui sont enfants d'adhérents MGEN (selon une offre spécifique « jeunes LMDE/MGEN »), soit 48 533 bénéficiaires d'une couverture complémentaire en 2013 ;
- ◆ la MGEN encourage ses adhérents à orienter leurs enfants étudiants vers la LMDE à travers des publicités dans la revue qui leur est adressée (couverture et pages centrales de l'exemplaire du mois de septembre⁴⁵), des garanties supplémentaires (réseau de soins et assistance à l'étranger) et une gestion séparée des flux de ces affiliés par la LMDE. **82,7 % des étudiants antérieurement rattachés à la MGEN choisissent la LMDE plutôt qu'une des mutuelles régionales comme caisse d'affiliation (cf. encadré 2).** En janvier 2013, les bénéficiaires de « l'offre jeunes » issus de la MGEN sont au nombre de 89 537⁴⁶.

Au total, les bénéficiaires de l'offre jeunes affiliés à la LMDE (89 537) ou ayant droits de leurs parents (48 533) représentent 44 % des mutualistes de la LMDE.

Encadré 2 : 82,7 % des sorties de la MGEN vers le régime étudiant se font vers la LMDE

Parmi les caisses cédantes, la MGEN est surreprésentée à la LMDE par rapport à son poids dans l'ensemble de la population française, avec 10,97 % des mutations entrantes à la LMDE pour l'exercice 2011-2012, alors qu'elle ne représente que 4,4 % des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire.

Tableau 34 : Principaux régimes d'origine des affiliés de la LMDE pour l'exercice 2011-2012

Caisse cédante	Nombre de mutations vers la LMDE	Part des mutations entrantes
CPAM	170 065	63,26 %
SMER	29 480	10,97 %
MGEN	26 720	9,94 %
RAM	9 704	3,61 %
MFPS	9 667	3,60 %
MSA-GAMEX	7 700	2,86 %
MG	4 968	1,85 %
Sous-total (sept caisses susmentionnées)	258 304	96,09 %
Total (tous caisses cédantes confondues)	268 816	100,00 %

Source : LMDE.

⁴⁵ Seule la LMDE y est citée pour décrire le fonctionnement du régime étudiant de sécurité sociale, avec des formules d'incitation telles que : « Conseillez-lui de consulter le site internet de la LMDE : www.lmde.com ».

⁴⁶ Le nombre de ces bénéficiaires a connu un doublement entre 2001 (45 763) et 2011 (99 151), avant de connaître une légère baisse en 2012 (97 989).

Durant **l'année civile 2012**, les demandes de rattachement au RNIAM confirment la surreprésentation de la MGEN dans les mouvements entrants de la LMDE : **la part d'ex affiliés à la MGEN dans les mouvements externes entrants s'élève à 9,6 %**.

La situation est en revanche inversée pour les mutuelles étudiantes régionales, pour lesquelles le poids de la MGEN dans les mouvements entrants s'élève en moyenne à 1,7 %, un taux cinq fois inférieur à celui constaté à la LMDE. **82,7 % des sorties de la MGEN vers le régime étudiant se font vers la LMDE** (23 069 sur 27 437).

Tableau 35 : Poids des bénéficiaires quittant la MGEN dans les flux entrants d'assurés des CPAM et du RESS lors de l'année civile 2012

Caisse prenante	Total des mouvements entrants (1)	Primo affiliés (2)	Mouvements entrants internes (3)	Mouvements entrants issus de caisses extérieures (4)=(1)-(2)-(3)	Mutations entrantes issues de la MGEN (4)	Poids de la MGEN dans les mouvements entrants (5)/(4)
CPAM	3 268 003	913 424	1 393 660	960 919	37 871	3,9 %
LMDE	803 118	4 640	557 604	240 874	23 069	9,6 %
SMERRA	97 350	1 571	61 301	34 478	606	1,8 %
SMECO	24 561	142	14 347	10 072	171	1,7 %
SMEREP	146 930	1 616	98 293	47 021	865	1,8 %
SMEREB	30 913	206	17 963	12 744	167	1,3 %
SMEBA	61 452	1 361	25 608	34 483	471	1,4 %
VITTAVI	24 967	1 288	2 714	20 965	320	1,5 %
SMENO	117 051	1 529	75 290	40 232	666	1,7 %
MEP	72 880	1 212	43 507	28 161	453	1,6 %
MGEL	32 689	299	5 435	26 955	624	2,3 %
SMERAG	2 582	43	1 596	943	25	2,7 %

Source : RNIAM.

3.2.1.2. Un projet d'intégration du back-office de la LMDE à celui de la MGEN a été présenté à l'ACP

La réorganisation menée en 2011 a conduit la LMDE à ouvrir trois **centres de production à proximité de ceux de la MGEN**.

L'objectif de la LMDE consiste désormais à faire absorber son back-office par celui de la MGEN (y compris la direction financière, la direction des ressources humaines et les services généraux). La LMDE souhaite concentrer son activité sur des missions spécifiques au public étudiant (prévention, information, lien avec les établissements, conception des contrats) et escompte des gains d'efficacité suffisants du futur back-office pour assurer la pérennité du RESS en dépit des baisses de remise de gestion prévisibles.

Les modalités financières de la reprise des activités de back-office par la MGEN ne sont pas encore établies.

Le projet, présenté en février puis en mars 2013 à l'ACP, est construit sur l'hypothèse d'un **transfert des personnels au 1^{er} janvier 2014**.

Les dirigeants de la MGEN, rencontrés par la mission, ont indiqué qu'une condition sine qua none pour reprendre les activités de la LMDE résidait dans le **maintien des remises de gestion unitaires au niveau de celles consenties aux mutuelles étudiantes pour les affiliés qu'elle serait amenée à gérer**.

Le montant de remise de gestion devant être défini à partir des coûts de gestion réels, la mission considère que si un tel rapprochement devait aboutir, un **calcul de coût marginal de reprise des bénéficiaires étudiants par la MGEN devrait être mené**. En première approche, ce coût marginal par bénéficiaire étudiant peut être estimé à environ 40 % du coût moyen par bénéficiaire de la MGEN.

La mission considère que l'adossement de la LMDE à la MGEN constitue une réponse à court terme aux difficultés de gestion de la mutuelle étudiante, qui n'est qu'une solution de second rang. Elle ne réduit pas les volumes de mutations superfétatoires depuis et vers les CPAM à l'entrée et à la sortie du RESS. C'est la gestion du régime étudiant dans son intégralité qui demande à être simplifiée, dans l'optique d'une plus grande efficacité et d'une meilleure qualité de service.

3.2.2. Les mutuelles du réseau emeVia envisagent des rapprochements sans fusion

Lors du conseil d'administration d'avril 2013, emeVia a décidé d'accélérer le rythme des mutualisations entre mutuelles régionales et d'adopter en septembre 2013 un calendrier de ces rapprochements.

La réflexion sur ces sujets, engagée depuis plusieurs années, aurait tardé à se concrétiser, faute de visibilité des mutuelles quant à la pérennité de l'organisation du RESS délégué. La SMEREP aurait proposé en 2008 un rapprochement poussé des back-offices en conservant des entités locales autonomes, un projet rejeté par les autres mutuelles.

Les mutuelles régionales se montrent par ailleurs réservées quant aux possibilités de rapprochement avec un groupe qui ne serait pas dirigé par des représentants des étudiants.

3.3. L'ANI constitue une source de fragilisation potentielle de l'activité complémentaire des mutuelles étudiantes

Les principaux concurrents des mutuelles étudiantes pour **la gestion de la part complémentaire sont les couvertures des parents, en particulier celles des contrats collectifs** qui s'avèrent en moyenne plus complètes⁴⁷.

La généralisation de la couverture santé complémentaire pour l'ensemble des salariés, prévue par le premier article de l'ANI du 11 janvier 2013, pourrait par conséquent amoindrir le nombre d'adhérents aux contrats des mutuelles étudiantes et le taux de mutualisation RO/RC.

⁴⁷ « Les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés. À la fois les garanties offertes par les contrats collectifs les plus souscrits (dits contrats modaux) sont généralement plus élevées ; et leur coût relatif pour les personnes souscripteurs plus faible. L'exploitation des données de l'enquête sur les contrats modaux montre en effet qu'à niveau de garanties équivalent, la cotisation mensuelle moyenne d'un contrat collectif est inférieure de 7 € à celle d'un contrat individuel. Écart très significatif par rapport au montant de la prime mensuelle moyenne des contrats modaux des organismes complémentaires, puisque celui-ci s'élevait en 2009 à 40 € en moyenne mensuelle par bénéficiaire » (Source : « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », DREES, 27 mars 2013).

ANNEXE III

**Mutuelles de la fonction publique
(L. 712-6) et L. 211-4**

SOMMAIRE

1. LES SPECIFICITES DE LA GESTION DELEGUEE DES FONCTIONNAIRES	1
1.1. Le cadre légal et réglementaire et les conditions d'affiliation.....	1
1.2. Ces bénéficiaires sont peu spécifiques par rapport au régime général.....	2
1.3. Les bénéficiaires et les prestations servies	3
1.4. Les coûts de gestion des délégataires sont financés par les remises de gestion, dont les modalités de calcul pourraient être revues	3
1.4.1. <i>Les modalités de calcul des remises de gestion.....</i>	<i>3</i>
1.4.2. <i>Les modalités de calculs pourraient être révisées pour prendre en compte les limites avérées.....</i>	<i>4</i>
1.5. Les montants de remise de gestion n'ont cessé de décroître depuis 2005.....	5
2. L'ORGANISATION ACTUELLE GENERE DES SURCOUTS.....	6
2.1. Un paysage éclaté et en constante recomposition autour de deux grands pôles, MFPS et la MGEN	7
2.1.1. <i>Le paysage éclaté pour la gestion du RO et du RC.....</i>	<i>7</i>
2.1.2. <i>La majorité des bénéficiaires sont gérés pour leur régime obligatoire par deux grands gestionnaires, MFP services et la MGEN</i>	<i>9</i>
2.2. Des coûts de gestion supérieurs aux remises de gestion.....	10
2.2.1. <i>La comparaison des remises de gestion et des coûts identifiés montre un déséquilibre sur la partie gestion du RO.....</i>	<i>10</i>
2.2.2. <i>Les effectifs des mutuelles affectées à la gestion.....</i>	<i>11</i>
2.2.3. <i>Qualité de la gestion des prestations.....</i>	<i>12</i>
2.3. Différentes sources de coûts ou de surcoûts identifiées par la mission mériteraient d'être optimisées.....	14
2.3.1. <i>L'organisation des réseaux des mutuelles délégataires a connu de profondes restructurations depuis le milieu des années 2000 mais génère toujours des redondances</i>	<i>14</i>
2.3.2. <i>Un système d'information sur lequel les mutuelles continuent d'investir</i>	<i>15</i>
3. LA RECHERCHE D'EFFICIENCE DANS LA GESTION DU RO CONDUIT A UNE RECOMPOSITION DU PAYSAGE MAIS NE REGLE PAS TOUTES LES DIFFICULTES	18
3.1. Les mutuelles délégataires n'ont pas atteint le niveau de dématérialisation et de téléservices des CPAM.....	18
3.1.1. <i>Les projets de poursuite de la dématérialisation chez MFPS.....</i>	<i>18</i>
3.1.2. <i>La MGEN investit dans la dématérialisation et les téléservices sur des outils propres.....</i>	<i>19</i>
3.1.3. <i>L'implication inégale des mutuelles dans les téléservices et la gestion du risque.....</i>	<i>20</i>
3.2. Le projet d'union de gestion a des implications fortes sur le paysage des années à venir	20
4. CONCLUSION	21
ANNEXE 1.....	22
ANNEXE 2.....	23
ANNEXE 3 : LES APPLICATIFS UTILISES PAR MFPS EN 2013.....	24

Annexe III

1. Les spécificités de la gestion déléguée des fonctionnaires

1.1. Le cadre légal et réglementaire et les conditions d'affiliation

On distingue traditionnellement, au sein du régime général, 4 types de gestion :

- ◆ la gestion des salariés ;
- ◆ la gestion des fonctionnaires d'Etat ;
- ◆ la gestion des étudiants ;
- ◆ la gestion des mutualistes regroupés dans des mutuelles organisées en sections locales de plus de 100 adhérents, fonctionnaires territoriaux, mais pas seulement.

Encadré 1 : l'origine de la dévolution de la gestion des fonctionnaires à des mutuelles

L'ordonnance d'octobre 1945 créant la sécurité sociale ne visait que les salariés du commerce et de l'industrie. Les fonctionnaires bénéficiaient d'un régime particulier d'assurances sociales prévu par les lois organiques des 14 avril 1924 et 21 mars 1928. Leurs prestations étaient servies par leurs mutuelles de santé.

Un décret du 31 décembre 1946 institue un régime de sécurité sociale des fonctionnaires. Son article 3 dispose que « les fonctionnaires reçoivent les prestations en nature des assurances maladie, longue maladie, maternité et invalidité, par l'organe des caisses de sécurité sociale et dans les conditions prévues par les législations relatives à ces risques et charges ». Il précise toutefois que les caisses de sécurité sociale devaient obligatoirement faire appel, soit à titre de section locale soit à titre de correspondant, à des comités composés pour moitié de représentants des organisations syndicales de fonctionnaires ou sections de sociétés mutualistes. Les caisses de sécurité sociale pouvaient demander l'adjonction de fonctionnaires qu'elles désignaient aux conseils d'administration des sociétés ou sections de sociétés mutualistes.

La loi du 19 mars 1947 porte pour titre « loi n°47-460 du 19 mars 1947 tendant à modifier l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation administrative de la sécurité sociale, dans l'intérêt de la mutualité française ». Elle désignait ainsi explicitement le bénéficiaire de ces dispositions. Elle participait de la reconnaissance de la place de la mutualité dans le développement des assurances sociales et de la volonté de ne pas la déposséder brutalement de compétences qu'elle avait développées depuis la fin du XIX^e siècle. Ce titre souligne également le poids de la mutualité dans les structures politiques et administratives de l'époque.

Les aménagements apportés à la gestion du régime de sécurité sociale des fonctionnaires s'inscrivent dans le même esprit. La loi du 9 avril 1947 qui ratifie le décret précité qui institue ce régime réécrit son article 3. Elle supprime toute référence à la présence de fonctionnaires désignés dans les conseils d'administration et laisse donc la délivrance des prestations d'assurance maladie dans les seules mains des mutuelles.

Cette loi, connue sous l'appellation « loi Morice », renforce donc la place de la mutualité dans la gestion de l'assurance maladie des fonctionnaires, au-delà des dispositions du décret qu'elle ratifie. Elle reste le socle conceptuel de l'intervention des mutuelles dans la gestion du régime obligatoire nonobstant les bouleversements qu'a connus l'assurance maladie notamment en raison de l'automatisation des tâches et des approches nouvelles de la gestion du risque.

Source : Mission IGAS/IGF.

Annexe III

Les circonstances de la dévolution de la liquidation et du paiement des prestations maladie aux mutuelles de fonctionnaires expliquent ainsi que le législateur ait confié à l'époque cette fonction exclusivement aux mutuelles et qu'il ne s'agisse pas d'une délégation du régime général. Aux termes de la loi, le régime général n'est pas en mesure de refuser cette liquidation à une mutuelle qui remplit les conditions. Cette habilitation a donc un caractère légal, obligatoire et exclusif. L'article D 712-31 donne la possibilité pour les mutuelles ou les unions de créer des sections locales si elles regroupent plus de 1000 adhérents. Ce seuil va expliquer que certaines mutuelles peuvent dans un certain nombre de départements gérer au sein de leurs sections propres des adhérents en régime obligatoire, et dans d'autres (où le nombre d'adhérent n'atteint pas le seuil) confier cette gestion à une section locale interministérielle. Il en découle que les mutuelles ne peuvent servir à un fonctionnaire les prestations en nature du RO que si elles ont constitué une section locale dans la circonscription de CPAM à laquelle le fonctionnaire est rattaché. Le périmètre géographique de compétence de la section est donc défini par le périmètre de la circonscription de la CPAM.

L'assurance maladie est étendue aux étudiants par la loi du 23 septembre 1948. L'article L 318-9 du CSS dispose que pour le service des prestations il est fait appel à des sections ou correspondants locaux dont le rôle est assuré par des mutuelles. Seuls les étudiants travaillant plus de 120 heures par mois sont rattachés aux CPAM.

Alors que la CNAMTS est tenue de confier aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants le paiement des prestations dès lors que les conditions légales sont remplies, les CPAM ont une marge d'appréciation pour ce qui concerne les mutuelles dites de l'article L 211-4. Ces dernières ne sont pas obligées de gérer le régime obligatoire, mais elles ont passé des conventions avec les CPAM qui leur délèguent le droit de servir les prestations obligatoires. Elles bénéficient de remises de gestion spécifiques, dont le mode de calcul, régi par l'arrêté du 2 décembre 1994, diffère de celui des mutuelles des fonctionnaires de l'Etat. Les CPAM doivent accepter les mutuelles comme « correspondant » dès lors qu'elles remplissent la condition de regrouper 100 adhérents. En revanche, il dépend de la CPAM d'accepter que la mutuelle joue un rôle au-delà de celui de correspondant. Cette faculté aurait pu être utilisée pour amener les mutuelles à se restructurer mais ne l'a pas été. Le résultat est une extrême dispersion et un faible volume au plan national, des délégations données. Ces délégations peuvent à tout moment être remises en cause par l'organisme de sécurité sociale, ce qui fragilise considérablement cette gestion.

Le régime général connaît donc l'intervention des mutuelles à trois titres :

- ◆ Les mutuelles de fonctionnaire L 712-6 pour 5 276 655 bénéficiaires en 2011 ;
- ◆ Celui des mutuelles étudiantes L 381-3 pour 1 696 346 bénéficiaires en 2011 ;
- ◆ Celui de L 221-4 pour 733 827 bénéficiaires en 2011.

Ce sont donc au total environ 7,7 millions de bénéficiaires du régime général qui sont gérés en 2011 par des mutuelles, soit environ 14 % des personnes gérées par le régime général.

1.2. Ces bénéficiaires sont peu spécifiques par rapport au régime général

Cette gestion déléguée du régime général ne présente aucune spécificité par rapport au régime général dont ces bénéficiaires dépendent.

Il n'existe pas à proprement parler de concurrence sur l'AMO pour ces publics étant donné que la loi présentée *supra* interdit au régime général de refuser la liquidation des prestations d'AMO à une mutuelle qui remplit les conditions.

Annexe III

Ils ont la particularité d'être gérés à la fois pour le RO et pour le RC par les mêmes organismes et de ne pas avoir d'indemnités journalières¹.

1.3. Les bénéficiaires et les prestations servies

Les nombre de bénéficiaires actifs en RO a tendance à baisser mais de manière diverse selon les mutuelles, et ce pour les raisons suivantes :

- ♦ la réduction du recrutement dans la fonction publique, les modifications de statuts des agents publics ou les transferts entre ministères ;
- ♦ au sein de MFPS, la tendance baissière est confirmée pour la grande majorité des mutuelles (voir annexe 1).

Tableau 1 : Les bénéficiaires actifs fonctionnaires d'Etat de 2005 à 2011

Mutuelle de la fonction publique	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Taux de croissance 2005-2011
MFPS	1 490 669	1 474 169	1 473 461	1 465 212	1 447 117	1 429 448	1 415 048	-5,07 %
MGEN	2 652 728	2 682 598	2 716 710	2 734 196	2 779 225	2 791 649	2 856 260	7,67 %
MG	793 781	765 524	744 155	721 330	696 981	673 295	649 172	-18,22 %
MGP	204 929	199 579	192 758	164 176	159 131	157 068	158 064	-22,87 %
MNAM	85 423	85 846	82 649	81 124	79 612	78 297	77 706	-9,03 %
MAGE	5 589	4 794	5 370	5 643	5 911	6 254	5 793	3,65 %
SMPPN	25 476	26 817	29 161	31 785				
MMI	78 962	79 615	80 273	82 276				
INTERIALE			-	-	118 843	115 623	114 612	
MPN Alsace	4 091	3 890	2 523	2 620				
Total	5 341 648	5 322 832	5 327 060	5 288 362	5 286 820	5 251 634	5 276 655	-1,22 %

Source : CNAMTS.

Ces mutuelles ont donc la spécificité de gérer à la fois des bénéficiaires pour leur régime obligatoire et leur régime complémentaire et ce dans des proportions variées.

1.4. Les coûts de gestion des délégataires sont financés par les remises de gestion, dont les modalités de calcul pourraient être revues

1.4.1. Les modalités de calcul des remises de gestion

La rémunération des organismes conventionnés pour la gestion technique de l'assurance maladie obligatoire, liquidation des prestations et tenue à jour du fichier des assurés se fait par le biais de ce que l'on nomme les remises de gestion.

Selon l'article R. 712-1 du CSS : « Les modalités de calcul et de répartition des remises de gestion qui sont destinées à la couverture des frais de gestion administrative afférents au service des prestations légales aux fonctionnaires sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé du budget ».

¹ Sauf pour les contractuels qu'ils gèrent.

Annexe III

Le dernier arrêté relatif aux remises de gestion allouées aux mutuelles de fonctionnaire date du 18 décembre 2007. L'article 3 précise les modalités de calcul de ces remises :

« La fixation du montant annuel des remises de gestion est prévue par un contrat pluriannuel de gestion couvrant la période de chaque convention d'objectifs et de gestion. Le contrat correspondant à cette période est négocié entre les parties et est conforme à un contrat type approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale, en accord avec le ministre chargé du budget.

Dans ce contrat, le montant annuel des remises est déterminé par référence au coût de gestion moyen constaté dans les organismes d'assurance maladie, caisses primaires et centres de traitement informatique, à partir du nombre de bénéficiaires ayant perçu dans l'année des prestations d'assurance maladie ou maternité.

Un coefficient de réalisation fixé par voie conventionnelle au sein de ce contrat permet de tenir compte de la différence entre les charges de travail d'une mutuelle de fonctionnaires pour la gestion du régime général de sécurité sociale et celles d'une caisse primaire pour l'ensemble de ses activités ». [...] On peut noter à ce titre que les mutuelles de fonctionnaires ne règlent pas d'IJ, n'instruisent pas les demandes de CMU-C et d'ACS, etc.

Les modalités de calcul sont identiques pour les groupements mutualistes L. 211-4, comme le précise l'arrêté en date du 2 décembre 2008 relatif au mode de calcul des remises de gestion allouées aux groupements mutualistes visés à l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale.

Comme le précise l'article 4 du contrat pluriannuel entre la CNAMTS et les mutuelles de fonctionnaires d'État, « à compter du 1^{er} janvier 2011, la remise de gestion par bénéficiaire actif intègre les 4 éléments suivants :

- ◆ une remise de base correspondant à l'exécution des tâches définies dans le cahier des charges ;
- ◆ une majoration des remises ci-dessus, en fonction de la réalisation des performances identifiées à l'article 19 du présent contrat, dont le montant total ne peut excéder 5 % du montant de la remise de base ;
- ◆ une minoration des remises ci-dessus, dont le montant ne peut excéder 5 %, en cas de non respect des critères définis à l'article 20 ;
- ◆ une rémunération supplémentaire correspondant à la gestion des prestations en espèces destinées aux assurés non titulaires, conformément à l'article 14 de ce contrat ».

Les variations (de type bonus-malus) précisées ci-dessus tiennent compte :

- ◆ en majoration, de l'activité de contrôle interne, des actions de maîtrise médicalisée et de résultats en termes de qualité de service ;
- ◆ en minoration, du niveau insuffisant des activités de contrôle ou de la qualité de service, du non respect des échanges avec l'assurance maladie.

1.4.2. Les modalités de calculs pourraient être révisées pour prendre en compte les limites avérées

Le montant de la remise porte sur les effectifs gérés sans prendre en compte les économies d'échelle associées à la croissance de leur nombre. Les effectifs utilisés sont issus des requêtes CNAMTS sur le SNIIRAM.

Les mutuelles critiquent les références utilisées par la CNAMTS pour calculer les remises de gestion.

Annexe III

- ◆ Le calcul du « bénéficiaire actif moyen » (BAM) ne prend pas en compte l'ensemble des coûts informatiques et ceux de la superstructure CNAMTS qui contribuent à cette gestion. Toutefois, depuis 2010 un BAM intégrant 100 M€ au titre des coûts de développement informatique est utilisé.

Tableau 2 : Évolution du BAM des mutuelles de fonctionnaires entre 2000 et 2011

BAM 50					BAM 128 puis BAM 102						
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
62,73	62,20	63,92	66,04	66,11	77,12	74,21	73,16	73,07	75,15	73,08	73,23
										71,01*	71,18*

* BAM intégrant 100 M€ au titre des coûts de développement informatique

Source : MGEN – réponses au questionnaire de la mission.

- ◆ Le « taux de réalisation » permet de distinguer l'activité d'une CPAM de celle d'une mutuelle gestionnaire du RO. Le calcul de ce taux est toujours basé sur des données de comptabilité analytique des CPAM de 2004. De ce fait, il ne peut plus être considéré comme résultant d'une analyse objective des charges comparées. Les mutuelles regrettent par ailleurs que la non communication des bases de calcul rende toute négociation ou contestation impossible.
- ◆ Les mutuelles des fonctions publiques territoriales et hospitalières (L. 211-4) ne bénéficient pas du même taux de réalisation (respectivement 53,41 % et 52,35 %) que les mutuelles de la fonction publique d'Etat. Les remises leur sont versées, soit par la CNAMTS lorsqu'elles ont une vocation pluri-départementale, soit par les CPAM.

La réduction constante du taux de réalisation, passé de 77,82 % entre 2000-2003 à 59,83 % aujourd'hui est à mettre en rapport avec l'évolution de la structure d'activité des mutuelles, qui n'évolue pas aussi vite vers les nouvelles activités de la gestion du RO. On assiste en effet dans le référentiel des CPAM à une évolution nette des process entre 2006 et 2011 : la part de la gestion des prestations en nature a décru sensiblement (perte de 4,6 points en structure pour revenir à 16,6 %) et à l'inverse, celle relative aux actions de gestion du risque augmente (+1,2 points en structure pour atteindre 9,6 %). Or, si l'on considère la structure de coûts issus de la comptabilité analytique de la MGEN et de MFPS pour 2011, la part des opérations de liquidation est encore à plus de 20 % et celles de la régulation (contrôle et gestion du risque) ne dépasse pas 3,5 %, ce qui devrait se répercuter sur le taux de réalisation.

Outre ces éléments méthodologiques, les remises de gestion sont négociées au moment des CPG entre les mutuelles et la CNAMTS et peuvent être une variable d'ajustement importante : ainsi, en 2005, MFPS a financé son plan social grâce à un ralentissement de la décroissance de son coefficient de réalisation.

Ces différents éléments indiquent que les modalités de calcul des remises de gestion doivent être revues en vue du prochain contrat pluriannuel de gestion à partir de 2014. Des calculs réalisés par la CNAMTS à la demande de la mission donnent un taux de réalisation basé sur des données de comptabilité analytique des CPAM de 2009 de 54,61 % au lieu des 59,83 % actuels.

1.5. Les montants de remise de gestion n'ont cessé de décroître depuis 2005

Les montants des remises de gestion sont en baisse entre 2005 et 2011 et ce pour plusieurs raisons :

- ◆ L'enveloppe globale accordée à la CNAMTS par la COG est en diminution ;

Annexe III

- ◆ Pour les mutuelles L. 712-6 et 711-4, plusieurs facteurs se conjuguent : une baisse du nombre de bénéficiaires actifs, la baisse du coût du bénéficiaire actif moyen (BAM) dans les CPAM et la diminution du coefficient de réalisation.

Toutefois, le tableau ci-dessous n'est pas corrigé des effets de périmètre, notamment pour les mutuelles L. 211-4 qui sont progressivement intégrées à la CNAMTS et ne reçoivent donc plus de remises de gestion.

Tableau 3 : évolution des remises de gestion entre 2005 et 2011 en M€

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Taux de croissance 2005-2011
Mutuelles L. 712-6	274,5	269,8	265	258,7	257,1	244,8	242,5	-11,6 %
Mutuelles L. 211-4	43,6	41,5	38,2	32,1	29,9	30,1	29	-33,5 %
Mutuelles étudiantes	82,8	85,8	81,7	81	82,3	86,3	92,9	+12,2 %
TOTAL	400,9	397,1	384,9	371,8	369,3	361,2	364,3	-9,1 %

Source : CNAMTS.

A compter de 2011, la réduction de 18 points du taux de réalisation n'a pas eu de répercussion sur les remises car il s'est accompagné de la modification du mode de calcul du BAM assis non plus sur les 50 CPAM les plus efficaces mais sur la totalité des CPAM.

L'impact de la réduction des remises de gestion sur l'équilibre économique des mutuelles est différent selon qu'elles gèrent ou non des prestations complémentaires.

Le cas de MFPS est instructif de ce point de vue. MFPS n'est pas une mutuelle intervenant sur le marché des complémentaires mais un organisme gestionnaire. Ce sont ses mutuelles adhérentes qui opèrent sur le marché de l'assurance complémentaire, certaines ayant choisi de rémunérer MFPS pour la gestion des prestations complémentaires qu'elle réalise. En 2011, 68 % des recettes de MFPS sont issues des remises de gestion (67,5 M€) et contrairement aux autres mutuelles, MFPS ne peut pas compenser la baisse des remises de gestion par l'augmentation de ses recettes liées aux contrats complémentaires. Elle réfléchit à ce titre à mieux tarifier, au coût réel, les services qu'elle rend sur la liquidation des prestations complémentaires, y compris dans le cas d'un RC accroché au RO.

2. L'organisation actuelle génère des surcoûts

Il existe deux modalités d'exercice de la délégation de gestion : directe par des SLM propres à chaque mutuelle ou déléguée à des SLI.

Les relations entre la CNAMTS et les délégataires sont encadrées par des contrats pluriannuels de gestion dont le dernier a été signé le 7 décembre 2011 et couvre la période 2011-2013. Il permet de décliner les grands objectifs de l'assurance maladie et fixe la rémunération des délégataires.

2.1. Un paysage éclaté et en constante recomposition autour de deux grands pôles, MFPS et la MGEN

2.1.1. Le paysage éclaté pour la gestion du RO et du RC

2.1.1.1. Les délégataires du L. 712-6 se sont regroupés sous la pression du mécanisme de référencement

Depuis 2007, les mutuelles de fonctionnaires ont été recomposées à la suite de la modification du dispositif traditionnel de subvention, régi par l'article R. 523-2 du code de la mutualité, ce dispositif ayant été invalidé par une décision du conseil d'État du 26 septembre 2005, qui l'a jugé contraire au principe d'égalité. En effet, l'aide ne bénéficiait qu'aux seules mutuelles composées d'agents et d'anciens agents de l'État et elle était mise en cause par la Commission européenne comme aide d'État.

La loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007 et le décret n 2007-1373 du 19 septembre 2007 lui ont substitué un système de référencement. Il consiste pour chaque ministère qui souhaite continuer à contribuer à la protection sociale complémentaire de ses agents, à sélectionner, par mise en concurrence sur la base d'un cahier des charges un ou plusieurs organismes destinataires de leurs aides.

Depuis 2007, on assiste donc à un regroupement des mutuelles de fonctionnaires. A ce titre, la mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie (Mgefi) rassemble les 7 anciennes mutuelles (une par direction) qui couvraient les fonctionnaires de Bercy. Mutualisant et rationalisant les ressources, la Mgefi a remporté l'appel à concurrence pour les ministères financiers.

Des Unions mutualistes de groupe (UMG) sont également en train de voir le jour. Elles regroupent certaines de leurs ressources, combinent leurs comptes et créent des liens de solidarité financière en vue du prochain référencement en 2015. C'est par exemple le cas d'Istya, qui regroupe les mutuelles MGEN, MGEFI et MNT (mais a été quittée par la MNH qui refuse toute démarche d'intégration financière). Une autre union mutualiste de groupe devrait voir le jour, qui regroupera Intériale, la Mutuelle générale de la police et Unéo (défense). Un troisième pôle s'organiserait autour d'harmonie mutuelle et « Harmonie Fonction Publique » avec notamment de la MNAM et de la SMAR.

2.1.1.2. Les mutuelles relevant du L. 211-4 du code de la sécurité sociale sont progressivement reprises par la CNAMTS

Tableau 4 : Les mutuelles relevant du L. 211-4 et leur CPAM de référence en mai 2013

CPAM référente	Mutuelles L. 211-4 du code de la sécurité sociale
	Mutuelles territoriales
CNAMTS	MNT Mutuelle nationale territoriale
PARIS	MCVPAP Mutuelle complémentaire de la ville de paris, de l'assistance publique et des administrations annexes
Bas-Rhin	Mut'est fonctionnaires territoriaux et hospitaliers
Haut-Rhin	Mut'est fonctionnaires territoriaux et hospitaliers
Marseille	MUTAME Mutualité des agents territoriaux et membres extérieurs
Isère	Fraternelle des territoriaux-municipaux de Grenoble
Vienne	COVIMUT Communaux Vienne MUTuelle
	Mutuelles hospitalières
Vienne	MHV Mutuelle des hôpitaux de la Vienne
Rhône	HCL Mutuelle des hospices civils de Lyon

Annexe III

CPAM référente	Mutuelles L. 211-4 du code de la sécurité sociale
CNAMTS	MNH Mutuelle nationale des hospitaliers
	Mutuelles interprofessionnelles
Rhône	UMIGA Union des mutuelles interprofessionnelles du groupe APICIL

Source : CNAMTS.

Là encore, le paysage évolue rapidement puisqu'en 2012, la CNAMTS a repris la gestion de 5 d'entre elles : MNFCT (Mutuelle nationale des fonctionnaires des collectivités), MUTAME Rouen, MBTPSE (Mutuelle du bâtiment et des travaux publics du sud est), MUTRALYA (Mutuelle lyonnaise des transports et métiers annexes) et la Mutuelle Boissière du bâtiment.

D'ici fin 2013, elle devrait reprendre le RO des mutuelles des HCL et UMIGA (Union des mutuelles interprofessionnelles du groupe APICIL).

Tableau 5 : Les remises de gestion des L. 211-4 en 2011

Mutuelles L. 211-4 du code de la sécurité sociale	Nombre de bénéficiaires actifs en 2011	Montant des remises de gestion 2011
Mutuelles territoriales		
MNT Mutuelle nationale territoriale	109 168	5 232 740
MCV PAP Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'assistance publique et des administrations annexes	93 350	3 345 876
Mut'est fonctionnaires territoriaux et hospitaliers	23 853	1 058 218
Mut'est fonctionnaires territoriaux et hospitaliers	4 156	178 137
<i>MNFCT Mutuelle nationale des fonctionnaires des collectivités</i>	<i>17 215</i>	<i>772 678</i>
MUTAME Mutualité des agents territoriaux et membres extérieurs	15 690	776 407
<i>MUTAME Mutualité des agents territoriaux et membres extérieurs</i>	<i>4 707</i>	<i>165 586</i>
Fraternelle des territoriaux-municipaux de Grenoble	7 767	300 056
COVIMUT Communaux Vienne MUTuelle	5 872	171 771
Mutuelles hospitalières		
MHV Mutuelle des hôpitaux de la Vienne	5 906	173 867
HCL Mutuelle des hospices civils de Lyon	33 383	1 198 786
MNH Mutuelle nationale des hospitaliers	355 343	15 136 642
Mutuelles interprofessionnelles		
<i>MBTPSE Mutuelle du bâtiment et des travaux publics du sud est</i>	<i>8 580</i>	<i>295 784</i>
<i>MUTRALYA</i>		
<i>Mutuelle Boissière du bâtiment</i>	<i>6 559</i>	<i>265 879</i>
UMIGA Union des mutuelles interprofessionnelles du groupe	43 709	1 568 976
Total	735 258	30 641 403

Source : CNAMTS. Les lignes en italiques représentent les mutuelles reprises depuis 2011 par la CNAMTS.

Pour ce qui est des mutuelles relevant du L. 211-4 listées ci-dessus, seule la MNH est infogérée par la CNAMTS. Celles qui ne font pas le choix de l'intégration à la CNAMTS recourent de plus en plus à l'infogérance et le paysage devrait encore se modifier.

Annexe III

Toutefois, les entretiens menés par la mission n'ont pas permis de dessiner une stratégie de la part de la CNAMTS concernant les services fournis. Il n'existe pas de seuil identifié en dessous duquel la CNAMTS refuse de proposer de l'infogérance, alors même qu'elle chiffre le coût de mise en place de l'infogérance à 1 000 ou 1 100 jours/homme, quel que soit le nombre de bénéficiaires concernés.

2.1.2. La majorité des bénéficiaires sont gérés pour leur régime obligatoire par deux grands gestionnaires, MFP services et la MGEN

À eux deux, ces gestionnaires gèrent 4,27 millions de bénéficiaires (actifs) en 2011, soit 81 % des bénéficiaires actifs des mutuelles délégataires de la fonction publique d'Etat.

2.1.2.1. MFP est la structure politique commune à de nombreuses mutuelles de fonctionnaires

En 2005, une trentaine de mutuelles de fonctionnaires étaient regroupées au sein de la Mutualité Fonction Publique (MFP), elles sont 21 au 1^{er} janvier 2013. Il s'agit d'une structure politique de représentation des positions et intérêts de la mutualité auprès des pouvoirs publics. Elle dispose traditionnellement d'une forte capacité d'influence au sein de la FNMF.

La MFP exerce également, par le biais de structures dédiées, des activités d'assurance (MFPrévie et MFPrécaution) et de gestion déléguée (MFP services) pour le compte de 22 mutuelles. S'agissant du risque long (incapacité, invalidité, décès) son activité d'intermédiaire traditionnel de la CNP laisse progressivement place à une prise en charge directe, avec réassurance partielle (contrats Premuo, Muduo et Plurio).

En 2002, la constitution du GIM (groupe Initiatives mutuelles) témoigne d'une volonté de rapprochement de certaines mutuelles (MAI, MT, mutuelle des douanes et MMJ) qui proposent alors 3 offres communes mais chaque mutuelle conserve sa propre tarification. Les 4 mutuelles relèvent de MFP services pour leur gestion et n'ont pas à cette période intégré davantage leurs activités. Elles ont été rejointes en 2005 par trois autres mutuelles : MCF, MCDEF et MGAS. D'autres rapprochements ont eu lieu depuis.

2.1.2.2. MFPS assure la gestion du régime obligatoire pour le compte de 16 mutuelles, ce qui ne simplifie pas totalement le paysage

MFPS, qui constitue une union au sens du livre 1 du code de la mutualité, présente la particularité de gérer dans des sections locales interministérielles (SLI), pour le compte de certaines mutuelles de fonctionnaires, soit la totalité de leur portefeuille d'assurés, soit la part de ce portefeuille qu'elles ne peuvent gérer en section locale ministérielle (SLM) du fait qu'elles ne réunissent pas les 1 000 adhérents requis. Au sein de la gestion MFPS, 75 % des effectifs correspondent à ceux des mutuelles qui ont fait le choix de mutualiser la gestion du RO au sein d'une union. Le solde est constitué par les effectifs des mutuelles qui confient la gestion de leurs assurés à la SLI, à défaut d'atteindre le seuil requis du nombre d'adhérents par département mais qui maintiennent la gestion directe partout où elles sont en capacité de le faire (Interiale, MGP, MCF) (voir Annexe 2).

Outre la gestion du RO, certaines mutuelles gèrent leur RC en propre (MGP, Interiale, MNT, une partie de la MNAM et MCDEF (sur le collectif)).

Annexe III

Suite aux différents rapports de la Cour des comptes et de l'IGAS des années 2000, MFPS a produit en 2011 des travaux visant à produire une tarification de la gestion du RC qu'elle réalise pour le compte des mutuelles, y compris lorsqu'il s'agit de RC accroché. Les travaux présentés en 2012 pour une facturation en 2013 font état d'un coût du RC accroché de 23 € et d'un coût du RC seul de 30 € pour les complémentaires simples, auxquels s'ajoutent des coûts variables qui seront également tarifés de manière variable selon les mutuelles.

2.1.2.3. La MGEN occupe une place à part parmi les délégataires, en raison notamment de sa taille

En 2012, elle compte 2,3 millions de bénéficiaires actifs au titre du régime obligatoire, ce qui représente plus de 50 % des bénéficiaires actifs des mutuelles L. 712-6. Elle a versé en 2011 4,2 milliards de prestations dont un peu plus de 3 milliards au titre du régime obligatoire.

En plus de son poids historique, elle gère aujourd'hui ses évolutions de manière stratégique, d'une part autour de l'UMG Ystia dans laquelle elle fédère des mutuelles de fonctionnaires représentant 6,3 millions de personnes couvertes, d'autre part autour du projet d'union de gestion du régime obligatoire (voir *supra*).

2.2. Des coûts de gestion supérieurs aux remises de gestion

Les mutuelles de fonctionnaires et du L 221-4 gèrent le risque maladie de manière plus ou moins intégrée.

- ♦ gestion du RO seul (pour les fonctionnaires qui ont choisi une complémentaire qui n'est pas celle gérant le RO) ;
- ♦ gestion intégrée du RO et du RC ;
- ♦ gestion du RC seul (notamment pour les ayant-droit dont le RO est géré par une CPAM).

Les parts des effectifs gérés au titre du RO et/ou du RC sont très variables d'une mutuelle à l'autre. Il est à ce titre notable que MFPS gère très majoritairement du RO, contrairement à MGEN et que les deux organismes sont donc plus ou moins dépendants des remises de gestion versées par la CNAMTS.

Tableau 6 : Exemple de la répartition des assurés et bénéficiaires MGEN en 2011

	MGEN			MFPS		
	RO seul	RC seul	RO+RC	RO seul	RC seul	RO+RC
Nombre d'assurés	343 698	184 099	1 688 427			
Nombre de bénéficiaires	531 050	640 372	2 341 815	639 747	241 609	781 050
Nombre de bénéficiaires actifs	527 981	521 454	2 328 279			

Source : MGEN : questionnaire de la mission // MFPS : données de comptabilité analytique 2011

2.2.1. La comparaison des remises de gestion et des coûts identifiés montre un déséquilibre sur la partie gestion du RO

Les chiffres fournis à la mission montrent un écart pour 2011 entre le montant des remises de gestion et le coût par bénéficiaire affiché par ces mêmes mutuelles au regard des chiffres de la comptabilité analytique qu'elles remontent chaque année à la CNAMTS. Le coût de gestion du RO par les mutuelles apparaît donc en 2011 supérieur à celui de sa gestion par une CPAM.

Annexe III

Tableau 7 : Coûts de gestion (en €) par les délégataires et par bénéficiaire actif en 2011

	CNAMTS	MGEN	MFPS	MNH
Coût de gestion par bénéficiaire actif (en €)	43,67	51,54	63,79	54,20
Coût net de gestion (deduction faite des remises)		5,05	16,73	14,36

Source : CNAMTS et mutuelles

Les organismes gérant du régime obligatoire, mutuelles ou assurances (pour le RSI et la MSA) n'effectuent qu'une partie des tâches qu'assument les caisses d'assurance maladie. Les OC assurent essentiellement l'accueil des assurés, le suivi de leur dossier et le traitement de leurs demandes de remboursement. Les organismes d'assurance maladie traitent en outre les demandes d'exonération du ticket modérateur et demandes de pensions d'invalidité, les demandes d'entente préalable, le conventionnement. Ces différences sont prises en compte dans le calcul des remises de gestion par le biais du coefficient de réalisation (voir *supra*).

La mission souligne les difficultés rencontrées pour reconstituer un coût de gestion du RO qui soit comparable entre les différentes mutuelles. Comme toute comptabilité analytique, celle proposée par la CNAMTS présente des limites et le coût mesuré ne reflète pas nécessairement la réalité des coûts. MFPS s'est doté pour ses besoins propres d'une comptabilité analytique distincte de celle de la CNAMTS (notamment des clefs de répartition différente entre le RO et le RC) qui remonte des coûts de gestion des bénéficiaires différents et en l'occurrence moins élevés.

Les chiffres dont dispose la mission lui permettent néanmoins de souligner que le coût moyen du bénéficiaire actif est moins élevé à la CNAMTS que dans les mutuelles délégataires, malgré les efforts réalisées par celles-ci dans les dernières années.

2.2.2. Les effectifs des mutuelles affectées à la gestion

Les chiffres dont a pu disposer la mission sont des chiffres retraités, les mutuelles délégataires ne distinguant pas les gestionnaires affectés à la gestion du RO de ceux affectés à la gestion du RC. Aussi, les répartitions présentées ci-dessous sont-elles à prendre avec précaution.

Tableau 8 : Tableaux des effectifs de la MGEN affectés à la gestion du RO

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Evolu- -tion
Sections départementales	2455,7	2355,6	2219,4	1687,0	1577,6	1577,5	1586,2	-36 %
Centres de traitement	641,3	825,7	1068,5	1645,6	1640,1	1485,2	1475,2	+58 %
Centres de traitement activités RC (UGPS, Filia, Compta/RH, Cot) et SEM	281,7	272,9	284,5	328,6	325,8	498,2	498,2	+43 %
Centres d'appels	170,3	211,9	248,0	376,0	367,3	398,9	399,4	+59 %
TOTAL MGEN	3549,0	3666,1	3820,4	4037,2	3910,8	3959,8	3959,0	+11 %

Source : MGEN

La répartition des ETP par processus fait apparaître la répartition suivante :

- ◆ 39 % sur les fonctions d'accueil tous canaux ;
- ◆ 18 % sur la gestion du fichier ;
- ◆ 40,4 % sur la liquidation PN et PE ;
- ◆ 2,6 % sur les autres fonctions (dt gestion du risque).

Les retraitements opérés pour 2011 indiquent 2251,5 ETP pour la gestion du RO qui rapporté au nombre de bénéficiaires actifs donne un ratio de 1269 bénéficiaires par ETP, ce qui est peu par rapport à MFPS (1928).

Annexe III

Tableau 9 : Tableaux des effectifs chez MFPS en ETP depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	Evolution
Gestionnaires RO (*)	757	753	737	680	-10,17 %
Gestionnaires RC accroché (*)	150	130	133	122	-18,67 %
Total gestionnaires	907	883	870	802	-11,58 %
Siège et structures support	133	141	149	144	8,27 %
Total général	1040	1024	1019	946	-9,04 %

Source : MFPS

(*) Répartition selon clé analytique méthodologie MFPS

Chez MFPS, les effectifs salariés sont en forte diminution depuis 2005. En 2008, le plan de sauvegarde de l'emploi s'est traduit par la fermeture du back office de 34 sections sur les 94 que comptait MFPS et la suppression de 289 postes, dont 80 % environ dans les sections et 20 % sur des fonctions support. Les licenciements ont représenté 26 % des effectifs.

En 2012, la masse salariale s'élevait à 40,6 M€ soit 50 000 € / ETP en moyenne.

Pour l'année 2010, les effectifs sont principalement répartis de la façon suivante : 40 % des effectifs travaillent à la liquidation, 14 % sur les fonctions d'accueil et 13 % sur la gestion du fichier.

Le ratio de gestion (bénéficiaire RO par ETP) de MFPS apparaît très bon :

Tableau 10 : Évolution du ratio des bénéficiaires par ETP de gestion chez MFPS depuis 2009

	2009	2010	2011	2012
Bénéficiaires	1 454 303	1 436 415	1 420 797	1 414 340
ETP gestion RO	757	753	737	680
Ratio bénéficiaire /ETP	1921	1908	1928	2080

2.2.3. Qualité de la gestion des prestations

2.2.3.1. Qualité de service

La mission n'avait pas pour objet d'objectiver la qualité du service rendu. Ce travail est en cours de réalisation par la Cour des comptes, qui rendra ses conclusions dans le cadre du rapport annuel sur la sécurité sociale en septembre.

Néanmoins, quelques chiffres fournis à la mission permettent d'illustrer ce propos.

Tableau 11 : délais de mandatement assurés (RO et RO+RC), en jours calendaires à la MGEN

	2009	2010	2011	1er sem 2012
Délai moyen liquidation automatique	1,34	1,32	1,44	1,44
Délai moyen liquidation manuelle	11,71	12,02	9,5	11,15
Délai moyen LAD	5,85	5,85	5,82	4,88
Délai moyen tout type de liquidation (auto, manu, LAD)	4,1	3,96	3,21	3,44

Source : MGEN

Annexe III

Tableau 12 : délais de mandatement des professionnels de santé, en jours calendaires à la MGEN

	2009	2010	2011	2012 (1 ^{er} semestre)
Délai moyen des flux liquidés automatiquement	1.32	1.19	1.31	1.31
Délai moyen des flux liquidés manuellement	13.84	12.96	9.82	11.68
Délai moyen des flux LAD	3.61	4.29	3.03	4.86

Source : MGEN

Pour MFPS, en 2011, le délai moyen de la liquidation automatique représente 2,28 jours contre 2,22 en 2010. Le délai moyen de liquidation manuelle représente 9,13 jours. Le stock de réclamations a été stabilisé.

En janvier 2011, l'institut de sondage TNS Sofres a réalisé, pour la deuxième fois, une enquête auprès de 1 700 fonctionnaires afin de mesurer leur attachement et leur satisfaction à leur régime obligatoire d'assurance maladie. Il en ressort, et ces résultats sont stables par rapport au précédent sondage, que :

- ◆ 89 % des fonctionnaires interrogés se déclarent satisfaits ou très satisfaits de l'organisme qui gère leur assurance maladie ;
- ◆ 86 % se disent attachés à leur régime particulier d'assurance maladie et à sa gestion et 97 % affirment leur profond attachement au système de guichet unique.

2.2.3.2. La gestion combinée du RO et du RC présentent différents types d'avantages

Pour les assurés sociaux, cette gestion offre un accès en guichet unique pour l'ensemble des opérations de gestion des prestations des régimes obligatoires et complémentaires. Néanmoins, cette spécificité est moins réelle depuis que des flux dématérialisés (norme Moémie) transmettent les informations de liquidation aux complémentaires.

L'adhérent n'a qu'un seul relevé de prestations.

Les mutuelles sont également en mesure d'avoir une vision complète des consommations de soins de leurs adhérents et pourraient proposer une gestion du risque ou de la prévention mieux ciblée.

Pour certains gestionnaires comme la MGEN, tout le dossier « santé » est dans un seul outil qui facilite la relation client et réduit les temps de formation pour les salariés. Ces derniers n'ont qu'un seul référentiel « personne » à alimenter pour les deux types de prestations, ce qui offre sécurité et cohérence pour les mises à jour et une limitation des erreurs dues à des doubles saisies.

Le niveau de contrôle imposé par la CNAMTS sur le RO sécurise la gestion du RC par ricochet, puisque tout est dans un seul outil. Cela sécurise les montants de prestations à verser pour les parts RC et donc les finances des mutuelles.

En termes de coûts, les données éparses qu'a pu rassembler la mission montrent une gestion combinée du RO et du RC moins coûteuse que les gestions distinctes, ce qui corrobore l'intuition. Néanmoins, ces chiffres doivent être considérés avec prudence car ils sont le résultat des travaux des mutuelles sur la base de leurs comptabilité analytique, par nature non comparables.

- ◆ MFPS annonce en 2012 des coûts de gestion du RO (seul ou RO+RC) de 54,6 € et des coûts du RC seul de 30 € pour 23 € pour le RC accroché ;
- ◆ Des données produites par les délégataires de manière consolidée font apparaître un RO seul à 64 € en 2011 contre 38 € pour le RO combiné.

2.3. Différentes sources de coûts ou de surcoûts identifiées par la mission mériteraient d'être optimisées

2.3.1. L'organisation des réseaux des mutuelles délégataires a connu de profondes restructurations depuis le milieu des années 2000 mais génère toujours des redondances

2.3.1.1. L'organisation de la MGEN a été profondément revue depuis 2007

Jusqu'en novembre 2007, les activités de gestion de la MGEN étaient partagées de façon hétérogène entre sections et centres de traitement. Certaines sections s'étaient déjà concentrées uniquement sur des activités d'accueil tandis que d'autres avaient conservé l'essentiel de l'activité de gestion, n'effectuant que des transferts partiels, voire ponctuels d'activités. En 2008, cette organisation a connu une importante rationalisation, avec la création des 8 centres de traitement, pour répondre à une nécessaire amélioration du service, au déploiement de Sésam-vitale et à la maîtrise nécessaire des coûts de gestion.

La gestion s'appuie sur un réseau de centres de services :

- ◆ **101 sections départementales.** Elles sont notamment responsables de l'affiliation et de l'accueil physique des assurés ainsi que de l'accueil des professionnels de santé. Elles sont réparties sur tout le territoire à raison d'une section par département, dont certaines disposent de points d'accueil infra-départementaux.
- ◆ **9 centres de traitement** (dont la taille varie de 150 à 300 salariés), qui sont chargés de gérer les activités gestionnaires et administratives des sections. Ce sont des structures nationales au service des sections départementales qui gèrent les processus de liquidation, de mise à jour du fichier assurés, l'accueil téléphonique des professionnels de santé, notamment. Certains centres ont également des unités dédiées à des tâches à périmètre national : les centres de Lille et Rennes disposent d'unités dédiées pour la gestion administrative et comptable de la totalité des centres de services. La gestion du RNIAM ainsi que l'instruction et la liquidation du capital décès RO sont deux activités centralisées au centre de traitement de Montpellier.
- ◆ **4 centres d'appel** (Bordeaux, Lyon, Paris et Rennes) qui sont des structures nationales au service des sections départementales. Ils ont pour missions principales de répondre aux appels téléphoniques des assurés et aux courriels des assurés en 1^{er} niveau. Ils peuvent également être amenés à effectuer des tâches de gestion en relation avec leurs missions et ne nécessitant pas de spécialisation (mise à jour d'adresses lors du contact téléphonique, envoi de formulaires suite aux appels téléphoniques, etc.).

2.3.1.2. La réorganisation de MFPS a débuté en 2005 avec un plan social

MFPS a parachevé la restructuration conduite en 2005 (avec un plan social) en organisant ses activités sur 53 centres de gestion qui comptent de 4 à 130 salariés et 6 centres de contact.

Le début de l'année 2012 a été marqué par la fin du projet d'évolution structurelle de l'organisation (ESO) aboutissant à une nouvelle organisation du réseau :

- ◆ mise en place de 5 directions régionales ;
- ◆ déploiement de l'activité fichier sur les pôles concernés ;
- ◆ déploiement de l'activité prestations par filière sur les entités concernées ;
- ◆ déploiement de points d'entrée régionaux pour la gestion du courrier assurés (PRCA) et « professionnels de santé » (PEPS) ;

Annexe III

- ◆ déploiement des pôles régionaux « réclamations assurés », « ordres de reversements – réimputations comptables » et « contrôle a posteriori » ;
- ◆ déploiement des pôles nationaux « soins à l'étranger », « CMUC-C », « Recours » et « Cures thermales » ;
- ◆ la gestion des prestations en espèces, de l'optique et du dentaire, du RNIAM ou de la norme Noemie 303 reste centralisée au sein des différents pôles nationaux existants ;
- ◆ le dispositif d'accueil physique reste inchangé.

L'organisation actuelle s'articule autour de 61 agences qui sont, en fonction de leur activité :

- ◆ Les centres de gestion : 53, dont le rôle principal est d'assurer pour leur région, toute ou partie de la production (fichier et liquidation) et un accueil physique continue d'y être assuré.
- ◆ Le point d'accueil local : 33 points d'accueil locaux ont été fermés au cours de l'année 2012 pour n'en maintenir qu'un, qui n'exerce aucune activité de production, mais simplement des permanences d'accueil physique.
- ◆ Les centres de contact : la gestion de l'accueil téléphonique et des courriers électroniques est confiée à 6 centres de contacts.
- ◆ Le centre de relation client est implanté à Lyon. Il instruit les demandes de niveau 1 et répartit les demandes de niveau 2. Il assure également de l'accueil physique.

2.3.1.3. Les autres gestionnaires

La gestion est organisée au sein de plateforme de tailles variables, parfois rassemblées sur quelques sites (comme Intériale) et parfois encore dispersées sur les sites des SLM, notamment pour les mutuelles territoriales et hospitalières.

2.3.2. Un système d'information sur lequel les mutuelles continuent d'investir

Concernant la gestion du régime obligatoire, divers SI sont mobilisés :

- ◆ Des outils développés en propre par les mutuelles, à l'instar du logiciel ORION mis au point au sein du GIE choregie. Cet outil est utilisé également par la LMDE ;
- ◆ Des outils du marché, comme les produits Esquif ou Active de Cegedim ;
- ◆ Des outils de la CNAMTS, dans le cadre de l'infogérance notamment.

2.3.2.1. La majorité des délégataires utilisent aujourd'hui les outils du GIE Choregie, créé à cet effet en 2005 entre MFPS et le GIE Effigie (MGEN, LMDE)

Le GIE Choregie est un opérateur de services pour ses adhérents tout au long de la chaîne de production :

- ◆ la gestion des cartes vitales ;
- ◆ la gestion des cartes européennes ;
- ◆ la réception, liquidation automatique des flux de feuilles de soins électroniques et gestion de la liquidation manuelle des feuilles de soins papier ;
- ◆ la gestion des produits « aval » : retours à la cnamts, aux professionnels de santé...

Il propose également des services techniques tels que :

- ◆ la gestion des parcs informatiques ;
- ◆ l'éditique ;

Annexe III

- ◆ la lecture automatique des documents ;
- ◆ l'hébergement informatique.

Des conventions de service formalisées (80) sont établies avec les partenaires afin de préciser le périmètre des services délivrés et facturés. D'autres sont en cours d'élaboration avec de nouveaux partenaires notamment.

Cet opérateur dispose de 410 collaborateurs répartis sur 3 sites (Paris, Tours et Nancy).

Les investissements lourds du GIE ont été financés par ses adhérents et il facture ensuite le recours à ses services :

- ◆ Pour la MGEN, les coûts directs informatiques² ont représenté 67,8 M€ en 2010 (dont 65,7 M€ de facture de Choregie) et 69 M€ en 2011 (dont 67,2 M€ de facture de Choregie, la différence représentant des coûts de maintenance et de logiciels directement affectés à la MGEN).
- ◆ Pour MFPS, la mise en œuvre de Orion a coûté environ 50 M€. Ils représentent aujourd'hui 23 % de l'activité de Choregie et financent des frais informatiques RO à hauteur de 20,2 M€ en 2011.

2.3.2.2. La gestion de la transition informatique est longue et coûteuse

Le GIE Choregie a été constitué dans le but de mutualiser les systèmes d'information. Des investissements importants ont été réalisés pour construire un outil commun à l'ensemble des utilisateurs, cet outil ayant vocation à remplacer les systèmes antérieurs propres à chaque organisme.

Aujourd'hui, les principaux investissements ont été réalisés mais de multiples systèmes d'information demeurent qu'il faut désormais rationaliser (voir annexe 3).

L'outil ORION est le nouvel outil de liquidation manuelle et automatique développé par Choregie et utilisé notamment par MFP services et la MGEN (liquidation des feuilles de soins papier et électroniques au format B2). Il est une alternative à l'utilisation des outils que la CNAMTS propose désormais en infogérance.

Il intègre des fonctionnalités nouvelles telles que la valorisation en ligne. Cet outil permet de consulter toutes les factures traitées et permet de tracer toutes les actions effectuées sur une facture via la gestion d'un historique d'états (créé, validé, à contrôler, contrôlé, payé). Orion permet également de faire un suivi des rejets à traiter par les gestionnaires et éventuellement de les recycler manuellement par reprise de la facture initiale.

Son déploiement a commencé dans le réseau de MFPS à partir du 19 janvier 2012 avec un périmètre limité de prestations. A ce jour, 60 % de l'activité de liquidation est gérée dans ORION. Les prestations non encore intégrées (transports, cliniques privées...) restent liquidées dans OPTIMUT ou REFLET.

2.3.2.3. Avantages et inconvénients d'un système propre type Choregie

Les services proposés par la CNAMTS en termes d'infogérance sont récents et la création du GIE Choregie date de 2005.

Le choix de développer un outil propre était aussi une réponse à la volonté de la CNAMTS il y a une dizaine d'années d'absorber les délégataires.

² Données issues des comptes de classe 9.

Annexe III

Les investissements sont désormais engagés et les partenaires ne souhaitent pas les abandonner et cherchent dorénavant à les amortir sur une base la plus large possible.

La mission s'interrogeant sur l'opportunité de construire un SI propre sans utiliser les outils déjà existant a interrogé les délégataires sur l'opportunité qu'ils auraient eu à utiliser le SI de la MSA par exemple. Il a été indiqué à la mission que des discussions avec la MSA au niveau technique mais aussi politique ont eu lieu, mais que les mutuelles délégataires n'ont pas souhaité aller plus loin car elles sont dans le régime général et n'ont pas envie d'en sortir.

Par ailleurs, ils ont peu fait appel aux logiciels de marché car ils considèrent que pour un ensemble de leur taille, la cohérence ne peut être garantie que par un système propriétaire, ce qui reste à démontrer.

2.3.2.4. Les contrats d'infogérance de la CNAMTS ont remis en cause l'intérêt des solutions développées par Choregie

La CNAMTS propose différents degrés d'intégration des outils informatiques.

- ◆ Offre T1 : mise à disposition du système d'information ;
- ◆ Offre T2 : Infogérance (T1 + puissance informatique et exploitation) ;
- ◆ Offre T3 : gestion partagée (T2 + gestion partagée du RO avec une CPAM) ;
- ◆ Offre T4 : intégration au régime général ou transfert de gestion.

Les partenariats mis en place avec les mutuelles délégataires permettent de minorer les remises de gestion accordées, voire de les supprimer dès lors que la délégation de gestion est abandonnée. C'est uniquement le cas des mutuelles L. 211-4 dans la mesure où en l'état actuel des textes, les autres mutuelles de fonctionnaires ne peuvent se départir de la gestion du RO.

Tableau 13 : Tableau des partenariats avec les mutuelles de fonctionnaires et les L. 211-4

Type de partenariat	Mutuelles concernées
Intégration (T4)	KEOLIS, MUTAME, MBB, MBTPSE, MNFCT
Gestion partagée (T3)	
Infogérance (T2)	MNH Hospitaliers
Partage du SI (T1)	

Source : CNAMTS.

Certaines mutuelles de fonctionnaires utilisent d'ores et déjà les services de la CNAMTS :

- ◆ La CNAMTS a repris en gestion près de 200 000 bénéficiaires des SLM de la MGP comme opérateur de gestion. La MGP conserve les missions de front office et a confié sa gestion à la CPAM des Yvelines ;
- ◆ À compter du 1^{er} janvier 2014, Interiale sera gérée par la CPAM de Roubaix-Tourcoing.

La MNH qui a également migré sur les outils CNAMTS pour opérer en infogérance la gestion de la part RO pour les 353 000 bénéficiaires de ses SLM.

L'infogérance n'est pas directement facturée aux délégataires mais vient en déduction de leurs remises de gestion, pour un montant variable selon les organismes concernés et leurs exigences.

Ainsi, l'infogérance « standard » proposée par la CNAMTS comprend notamment l'édition et l'envoi des décomptes aux assurés à raison de deux envois par an. Pour les délégataires qui font réaliser l'infogérance avec deux envois par an, il a été convenu que l'effet serait impacté sur le BAM par l'exclusion des 100 M€ de frais informatiques qui y sont désormais inclus.

Annexe III

Dès lors que l'infogérance devient spécifique, la CNAMTS calcule le surcoût généré, par exemple par 6 envois par an des décomptes au prix du décompte et en impacte le BAM pour l'organisme considéré.

A titre d'exemple, il a été dit à la mission que la CNAMTS chiffre les économies réalisées par l'infogérance de MGP à 37,7 M€ pour les années 2009-2011 et attend un gain annuel de 700 k€ de l'infogérance de la MNH³.

En dehors de ces coûts récurrents, la CNAMTS a chiffré, pour la mission, le coût de la mise en place de l'infogérance à 2 100 k€ et un coût de suivi et de fonctionnement de 550 k€ pour l'ensemble des organismes infogérés en 2011. Elle considère que les coûts supportés sont essentiellement des coûts de projet (jour/homme) et ils sont ceux liés aux maîtrises d'ouvrage de la CNAMTS et des maîtrises d'œuvre (DDSI et CTI). Ces coûts n'étant pas dépendants du nombre de bénéficiaires repris, ils peuvent s'avérer prohibitifs pour la reprise de petits régimes. Le coût projet de l'intégration a été évalué entre 1 000 et 1 100 jours/homme et n'est jamais facturé aux organismes.

3. La recherche d'efficacité dans la gestion du RO conduit à une recomposition du paysage mais ne règle pas toutes les difficultés

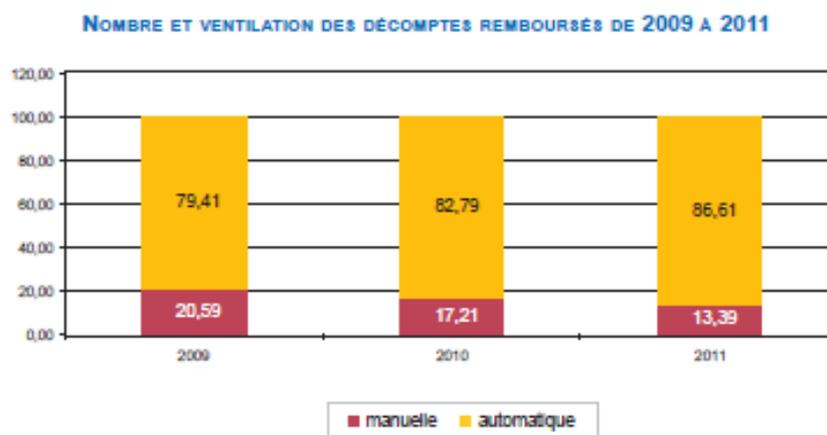
3.1. Les mutuelles délégataires n'ont pas atteint le niveau de dématérialisation et de téléservices des CPAM

3.1.1. Les projets de poursuite de la dématérialisation chez MFPS

3.1.1.1. Données générales sur la dématérialisation

Plus de 49,3 millions de décomptes RO ont été liquidés en 2011 et pour 86,61 % d'entre eux de manière automatique. Ce ratio atteint 91,58 % pour la liquidation quasi-automatique (y compris LAD). La liquidation manuelle a baissé de 33,7 % depuis 2009.

Graphique 1 : Ventilation des décomptes remboursés au sein de MFPS



Source : MFPS – rapport annuel 2011

³ Le nouveau BAM calculé pour prendre en compte l'infogérance exclut du calcul les dépenses informatiques des CTI et les coûts de développements pour la CNAMTS évalués à 100 M€. Ce BAM spécifique est inférieur d'environ 4 euros au BAM standard, soit pour la MNH une économie en remises de gestion d'environ 700 000 euros (le taux de réalisation de la MNH étant de 52,35 %).

Annexe III

3.1.1.2. Les projets en cours et à venir

Le projet ADO/ALIS permet une mise en cohérence des données partagées et de réduire le nombre des rejets de paiements. Ces outils ont un impact sur la gestion partagée des fichiers entre MFP services et les mutuelles.

Le projet GED a été initié en 2011. Il consiste à mettre en œuvre une numérisation de l'ensemble des documents papier reçus par les centres. Il s'agit d'une numérisation des documents et de leur vidéo-correction.

La gestion des devis et des demandes de prises en charge (91 % selon les chiffres du rapport annuel 2011) au bénéfice des adhérents des mutuelles est maintenant réalisée en ligne (plateforme de conventionnement) par les professionnels de santé.

3.1.1.3. Les téléservices à destination des assurés se développent

En 2011, le site internet totalise environ 342 343 inscrits, soit plus de 27 % des assurés. Le coût total de ce projet est de 0,4 M€ et conforme au budget voté. Les gains engendrés par les téléservices ont porté essentiellement sur l'affranchissement des décomptes (0,2 M€).

3.1.2. La MGEN investit dans la dématérialisation et les téléservices sur des outils propres

3.1.2.1. Une télétransmission qui pourrait encore progresser, générant des gains d'efficacité non négligeables

Tableau 14 : Tableau des partenariats avec les mutuelles de fonctionnaires et les L. 211-4

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre EDI*	7 549 171	7 292 994	6 995 569	5 805 489	6 204 836	6 576 064	6 409 332
Taux EDI (télétransmissions non sécurisées)	10,14 %	9,54 %	9,08 %	8,07 %	8,40 %	8,93 %	8,56 %
Nombre Vitale	48 444 175	50 908 792	53 333 735	49 840 726	52 874 044	54 626 738	57 787 779
Taux Vitale (télétransmissions sécurisées)	65,05 %	66,62 %	69,25 %	69,32 %	71,88 %	74,16 %	77,22 %
Nombre EDI + Vitale	55 993 346	58 201 786	60 329 304	55 646 215	59 078 880	61 202 802	64 197 111
Taux EDI + Vitale	75,19 %	76,16 %	78,34 %	77,39 %	80,32 %	83,08 %	85,78 %
Nombre LAD	0	0	119 623	3 095 740	5 526 840	5 024 442	4 019 087
Taux LAD	0,00 %	0,00 %	0,16 %	4,31 %	7,51 %	6,82 %	5,37 %
Nombre papier	18 474 437	18 309 187	16 562 532	13 157 458	8 949 246	7 437 332	6 621 698
Taux papier (liquidation manuelle)	24,81 %	23,93 %	21,51 %	18,30 %	12,17 %	10,10 %	8,85 %
Total	74 467 783	76 510 973	77 011 459	71 899 413	73 554 966	73 664 576	74 837 896

Source : MGEN

Annexe III

La MGEN atteint 86 % de télétransmission, ce qui demeure inférieur aux 91 % de la CNAMTS. Elle considère d'ailleurs qu'elle peut encore progresser en la matière, ce qui semble effectivement le cas si on compare les taux qu'elle obtient à ceux de la CNAMTS.

Elle dispose par ailleurs d'un portail professionnel, développé par Choregie. La mission s'inquiète que cela vienne contrarier les évolutions du programme 2.

3.1.2.2. La plateforme de conventionnement de la MGEN

Les plateformes de conventionnement sont encore pour quelques temps un outil de différenciation entre les mutuelles. Cela renchérit les coûts de gestion pour les organismes mais baisse le reste à charge de l'adhérent.

La MGEN a confié à la société equasante la gestion, le suivi et l'animation de son nouveau réseau d'opticien (Optistya) pour la période 2011-2014. Ces activités sont liées à l'offre complémentaire et sont gérées par 14 ETP.

3.1.3. L'implication inégale des mutuelles dans les téléservices et la gestion du risque

Les mutuelles ne devraient pas rester en retrait des évolutions proposées par le schéma directeur de la CNAMTS.

Les mutuelles ont d'ores et déjà investi dans les services proposés aux adhérents via les nouveaux médias. En ce qui concerne le portail des professionnels de santé, les mutuelles devront travailler avec la CNAMTS qui est en avance sur ce sujet.

Elles partagent les craintes exprimées par la FNMF relatives aux flux de données qui deviendraient contrôlés exclusivement par la CNAMTS.

Sur le champ de la gestion du risque, les mutuelles sont en retrait, même si elles évoquent toutes l'intérêt que représente leur caractère professionnel et la spécificité de leur gestion RO+RC dans le contexte d'un développement de politiques de gestion du risque spécifiques. Elles participent aux programmes de la CNAMTS et leurs remises de gestion peuvent être bonifiées à ce titre (voir *supra*).

3.2. Le projet d'union de gestion a des implications fortes sur le paysage des années à venir

Partant du constat qu'elles étaient faiblement coordonnées et qu'elles négociaient individuellement (sauf pour les adhérents à MFPS) un CPG avec la CNAMTS, les mutuelles ont engagé des réflexions visant à constituer une union de gestion du RO.

Le GIE MFGAM constitué en 1997 pour accompagner le dispositif Sésam-Vitale réunit toutes les mutuelles gestionnaires du RO et est un lieu d'échange et de coordination utile. Il examine aujourd'hui les projets d'échange d'informations ou de données avec la CNAMTS, les évolutions dans ce champ, et est un des rares lieux de concertation entre mutuelles gestionnaires. Mais son objet demeure limité à des questions essentiellement techniques.

L'union de gestion qui a été validée d'un point de vue politique à la fin du mois d'avril 2013 propose un premier niveau commun pour la gestion du RO qui impliquerait la négociation d'un seul CPG avec la CNAMTS.

Annexe III

Cette union de gestion souhaiterait se voir reconnaître une exclusivité d'affiliation pour tous les fonctionnaires d'Etat, ce qui interdirait le maintien et la création de SLM. Cette réforme aurait des conséquences organisationnelles puisqu'aujourd'hui, la MGEN par exemple, a une SLM par département, qu'il s'agirait de faire disparaître. Cette affiliation unique serait en outre une réponse à la mobilité des fonctionnaires au sein de la fonction publique.

Des réflexions sont menées en parallèle pour proposer une déclinaison opérationnelle de cette union concernant la gestion des prestations. Aucune décision n'a été prise pour l'instant mais les réflexions s'organisent autour de deux axes :

- ◆ La gestion du RO seul qui se ferait sur les outils CNAMTS en infogérance ;
- ◆ La gestion sous la forme d'une filière intégrée RO+RC sur les outils de Choregie.

4. Conclusion

Le périmètre de la délégation est centré sur les activités dont la productivité est en forte augmentation.

Le coût de gestion du bénéficiaire actif moyen est inférieur dans les CPAM que chez les délégataires. Or, étant donné la similitude des activités des différents réseaux, il n'y a aucun raison justifiant un écart de coût de gestion entre les mutuelles délégataires et les caisses du régime général.

La gestion combinée du RO et du RC paraît économiquement avantageuse mais ne devrait se réduire sous l'impact combiné de :

- ◆ La baisse de la mutualisation qui devrait encore s'accroître avec la mise en place de l'ANI ;
- ◆ L'externalisation la gestion du RO (infogérance CNAMTS) et la gestion du RC sur les solutions logicielles commerciales.

Annexe III

Annexe 1

Tableau 15 : Variation du nombre de bénéficiaires au sein des mutuelles de MFPS en 2011

Mutuelle	Evolution du nombre de bénéficiaires en 2011
MPN	5,27 %
SMAR	2,17 %
MMJ	0,53 %
MNH	-0,07 %
MAEE	-0,74 %
MGEFI	-0,93 %
MPCDC	-1,20 %
INTERIALE	-1,26 %
MCDEF	-1,62 %
MNAM	-2,05 %
MGP	-2,43 %
MGET	-2,69 %
MGAS	-2,94 %
MNT	-3,53 %
MFFOM	-7,62 %
MCA	-8,22 %
AUTRES	-0,96 %

Source : MFPS - rapport annuel 2011

Annexe III

Annexe 2

Tableau 1 : Les mutuelles gérées par MFPS à fin mars 2013

			RO/RC	RO	RC
1	MAEE	SLI	OUI	OUI	OUI
2	SMAR	SLI	OUI	OUI	OUI
3	MCDEF	SLI	OUI	OUI	OUI
4	MNH	SLI	OUI	OUI	OUI
5	MNAM	SLI	OUI	OUI	OUI
6	MPCDC	SLI	OUI	OUI	OUI
7	MGEFI	SLI	OUI	OUI	OUI
8	MCF	SLI	OUI	OUI	OUI
9	MGP	SLI		OUI	
10	MPN	SLI		OUI	
11	MFFOM	SLI	OUI	OUI	OUI
12	INTERIALE	SLI		OUI	
13	MMJ	SLI	OUI	OUI	OUI
14	MGAS	SLI	OUI	OUI	OUI
15	MNT	SLI		OUI	
16	MGET	SLI	OUI	OUI	OUI

Tableau 2 : Mutuelles en infogérance ayant un CPG direct avec la CNAMTS

			VITALE	LIQUIDATION RO ET RC
	LMG	SLM	OUI	
	MNAM	SLM	OUI	OUI
	MNT	SLM	OUI	

Tableau 3 : Mutuelles en infogérance intégrées dans le CPG de MFP services

			VITALE	LIQUIDATION RO ET RC
	MAEE	SLM	OUI	OUI
	MCF	SLM	OUI	OUI
	MFFOM	SLM	OUI	OUI

Source : MFPS.

Annexe 3 : les applicatifs utilisés par MFPS en 2013

La liste des applicatifs est la suivante. La majorité d'entre eux devrait être remplacée par ORION dans les années qui viennent :

◆ OSACA

L'application Web OSACA (Outil de Saisie des Actes et de la Codification Affinée) est un outil informatique de liquidation manuelle des feuilles de soins. Il permet de saisir via une IHM Web des formulaires papier envoyés par les professionnels de santé. L'application archive les données correspondantes à ces factures et chaque soir le traitement de génération B2 permet de générer des fichiers de sortie par norme dans un format de fichier B2 « enrichi ». Ces factures sont ensuite traitées par la chaîne de liquidation des flux b2.

◆ SIGALES

Sigales intègre la fonction de saisie et de contrôle qualité des feuilles de soins ainsi que celle de gestion des référentiels population. Il propose également un certain nombre d'outils pour faciliter la gestion au quotidien en section locale. Chaque soir, les feuilles de soins saisies font l'objet d'une génération dans un format interne MFPS (différent de la B2) et traitées par une chaîne de liquidation et de tarification différente de celle de la B2.

◆ LAD

La LAD est une solution de scannérisation des feuilles de soins complète qui part depuis l'acquisition numérique du document papier jusqu'à la génération en format B2. Elle permet également l'archivage dans une solution de GED en passant par l'indexation automatique du document, technique permettant des recherches rapides lors de la consultation. La dématérialisation permet également une consultation rapide des pièces d'un dossier à distance ou non. Une fois la facture B2 générée, elle est ensuite prise en charge par la plateforme de traitement de factures B2 à l'identique des factures reçues de l'extérieur telles que : SV ; IRIS, télécollecte...

◆ REFLET

Reflet est un outil à la fois de consultation et de traitement de factures B2 une fois les étapes de liquidation et de contrôle à priori effectuées. Il est alors possible de vérifier si la facture a bien été reçue d'une part et quel est son état d'autre part :

- Facture bonne à payer
- Facture à contrôler par le processus de contrôle à priori (SCALP)
- Facture rejetée

Il est à noter qu'il est possible de recycler une facture rejetée lorsqu'un référentiel n'est pas à jour. Une fois le référentiel à jour, la facture peut être recyclée de façon automatique sans saisie manuelle.

Annexe III

◆ OSCAR

Oscar est un outil de consultation multi critères des prestations payées (à la différence de Reflet) mais aussi des référentiels population tels que celui des bénéficiaires et des professionnels de santé. Il intègre également une fonction de consultation et de recyclage des factures rejetées par le circuit N301 ainsi qu'une fonction permettant la gestion interactive des prises en charge hospitalières dans le cadre du budget global hospitalier.

◆ ORICS

ORICS est un outil de saisie et de restitution des indicateurs du contrôle interne :

- La saisie des contrôles effectués
- La saisie des anomalies élémentaires rencontrées (par exemple : anomalies décomptes, anomalies bénéficiaires)
- Le suivi de chaque anomalie enregistré dans le système
- La restitution via des recherches multicritères des saisies effectuées
- La restitution via des recherches multicritères de statistiques et d'indicateurs de gestion

Il est alimenté par les contrôleurs de prestations. Les données saisies permettent aux sections locales MFP Services de compléter le questionnaire préalable à l'audit annuel de la section, prévu par la circulaire CNAMTS DFC 120/2004.

◆ SCALP

SCALP permet la définition des règles de sélection des factures à soumettre au contrôle à priori à partir de critères simples prédéfinis en passant par des phases de simulation en termes de volumes avant que les règles soient réellement opérationnelles. Il intègre également un tableau de bord permettant de piloter l'activité de contrôle au quotidien et être en mesure de respecter le délai de paiement.

◆ IRIS FINANCE

Ce logiciel comptable enregistre les opérations liées aux paiements des prestations et permet de suivre les indus. Ce progiciel du marché est exploité sur une plateforme technique de type AS400.

ANNEXE IV

Le Régime Agricole (MSA et GAMEX)

SOMMAIRE

1. LA POPULATION COUVERTE ET LES REGLES D’AFFILIATION	1
1.1. La MSA est une caisse multi-régimes qui assure également le recouvrement des cotisations	1
1.2. La MSA est la troisième caisse nationale par le nombre de ses affiliés, mais ceux-ci sont en baisse constante.....	1
1.3. Les exploitants agricoles n’ont pas accès à des prestations en espèces.....	1
1.4. Les règles d’affiliation	2
1.5. 9 % des non-salariés agricoles sont assurés par un autre assureur que la MSA	2
1.6. La MSA doit gérer chaque année un nombre important de mutations.....	3
1.7. La MSA assure la protection sociale de salariés « agricoles ».....	3
1.8. Le versement de la CMU-C par la MSA	3
2. LA RELATION AVEC LES REGIMES COMPLEMENTAIRES	4
3. L’ORGANISATION DE LA MSA	5
4. LES SYSTEMES D’INFORMATION DE LA MSA ET DU GAMEX	8
4.1. La MSA	8
4.1.1. Organisation	8
4.1.2. Fonctionnement	9
4.1.3. Le partage par la MSA de son logiciel AGORA.....	9
4.2. Le GAMEX	10
5. L’EFFICIENCE DE GESTION	10
5.1. Le financement de la gestion	10
5.2. Les outils de suivi : la COG et la COP.....	11
5.3. Les pouvoirs de la Caisse Centrale vis-à-vis du réseau	11
5.4. L’efficacité de la MSA	12
5.4.1. Les différents ratios de gestion.....	12
5.4.2. Les frais généraux et les fonctions supports.....	13
5.4.3. La réduction des effectifs fixée dans la COG ne correspond pas aux estimations faites par la Direction de la Sécurité Sociale	14
5.4.4. La productivité des caisses locales est très disparate.....	15
5.4.5. La spécialisation des caisses.....	16
5.4.6. La mutualisation.....	18
5.4.7. L’accueil téléphonique.....	19
5.5. L’efficacité du GAMEX	19
5.5.1. Le Contrat d’Objectifs et de Performance (COP) 2011-2015.....	19
5.5.2. Les différents ratios de gestion.....	19
5.5.3. Le financement du rôle de caisse pivot de la MSA.....	20
5.6. Comparaison de l’efficacité de gestion du GAMEX et de la MSA.....	20
5.6.1. Comparaison en coût moyen (coût par bénéficiaire)	20
5.6.2. Comparaison des coûts de traitement d’une FSP et d’une FSE.....	21

5.7. Comparaison de l'efficience de gestion de la CNAMTS et de la MSA.....	21
5.7.1. <i>Impact du versement des prestations en espèces</i>	21
5.7.2. <i>Impact de la gestion des mutations</i>	21
5.7.3. <i>Impact de l'âge des bénéficiaires</i>	22
5.8. La pyramide des âges de la MSA.....	22

1. La population couverte et les règles d'affiliation

1.1. La MSA est une caisse multi-régimes qui assure également le recouvrement des cotisations

La mutualité sociale agricole (MSA) assure la gestion des prestations sociales maladie, accidents du travail – maladies professionnelles, famille et vieillesse versées aux salariés agricoles et aux exploitants agricoles.

L'assurance obligatoire des salariés a été mise en place la loi du 5 avril 1928 (loi rendant obligatoire l'assujettissement de tous les salariés aux risques maladie, maternité, décès et vieillesse), modifiée par celle du 30 avril 1930. A partir de cette date, l'assurance obligatoire se met progressivement en place dans le milieu agricole, gérée par la MSA. L'ordonnance du 4 octobre 1945 permettra le maintien de la pluralité des régimes, et entre autres de la MSA.

L'assurance maladie obligatoire des non-salariés agricoles a, quant à elle, été mise en place plus tardivement par la loi du 25 janvier 1961.

La MSA est également chargée du recouvrement des cotisations dues par les ressortissants des régimes obligatoires de protection sociale agricole. Dans ce cadre elle récupère et traite les revenus professionnels des exploitants agricoles.

1.2. La MSA est la troisième caisse nationale par le nombre de ses affiliés, mais ceux-ci sont en baisse constante

La MSA couvre pour le risque maladie un effectif de 3,22 millions de personnes¹, réparti entre 1,48 millions de non-salariés et 1,74 millions de salariés.

L'âge moyen des non-salariés agricoles est de 62 ans, celui des salariés agricoles de 41,5 ans.

Les affiliés salariés sont en diminution lente (baisse de 5 % sur la période 2002-2011, relative stabilisation en 2013) tandis que les affiliés non-salariés sont en baisse importante de plus de 2 % par an (baisse de 22 % sur la même période, 3 % entre 2012 et 2013), en lien avec la baisse du nombre d'exploitations agricoles.

Les coûts de gestion de la MSA, pour rester stables par rapport au nombre de bénéficiaires, toutes choses égales par ailleurs, devraient donc baisser de l'ordre de 2,5 % par an.

1.3. Les exploitants agricoles n'ont pas accès à des prestations en espèces

Les prestations servies aux salariés agricoles sont alignées sur celles servies par le régime général. Il en est de même pour les exploitants agricoles, sauf pour les prestations en espèces, qu'ils ne perçoivent pas.

L'absence de cette activité pour 48 % des bénéficiaires devrait réduire les coûts de gestion de la branche maladie de la MSA, en comparaison des coûts de gestion de la CNAMTS.

¹ 3 225 825 bénéficiaires au 31/12/2011 (données RNIAM), 1 482 549 non-salariés et 1 743 276 salariés.

1.4. Les règles d'affiliation

Pour les salariés, les règles d'affiliation au régime maladie agricole sont identiques à celles du régime général. En cas de pluri-activité, le régime prioritaire est le régime non agricole, pour autant que les conditions d'ouverture des droits soient remplies (article R.172-8 du code de la sécurité sociale).

Les exploitants agricoles doivent, pour être affilié au régime agricole, gérer une superficie au minimum égale à la moitié de la Surface Minimum d'Installation (SMI) du département de résidence. S'il n'est pas possible de se référer à la superficie, c'est le temps de travail consacré à l'activité agricole qui est considéré : l'exploitant doit exercer son activité pendant un minimum de 1200 h/an.

En cas de pluri-activité, l'exploitant relève du régime dont dépend son activité principale (celle dont il tire le revenu professionnel le plus élevé) sauf si celle-ci est saisonnière et que l'autre activité est permanente (articles L. 171-3 et R. 171-3 du code de la sécurité sociale, article 122-12 du code rural)

Si une activité salariée est exercée simultanément avec l'activité principale d'exploitant et répond aux conditions pour l'ouverture de droit aux prestations en espèce, l'exploitant perçoit également des prestations en espèce auprès du régime dont il dépend en tant que salarié.

1.5. 9 % des non-salariés agricoles sont assurés par un autre assureur que la MSA

Les non-salariés agricoles sont assurés, à leur choix, soit par la MSA, soit par des organismes privés d'assurance, régis par le code des assurances ou par le code de la mutualité (article L731-30 du code rural).

Les organismes assureurs sont soumis à autorisation du ministère chargé de l'agriculture, et doivent déléguer² à un groupement constitué par eux toutes les opérations relatives au fonctionnement du régime, le GAMEX (Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants Agricoles).

Le GAMEX, qui regroupe 16 sociétés d'assurance, a confié la gestion de l'AMEXA (Assurance Maladie des Exploitants Agricoles) à un groupement de moyens, Apria RSA³, qui a la forme juridique d'une association loi 1901.

Apria RSA concentre et intègre l'ensemble des moyens (donc des charges) de personnels (soumis à la convention collective des personnels des sociétés d'assurance), d'immobilier (loyers, travaux,...), d'informatique et de réseaux, de fonctions support (Direction, Pilotage réseau et métiers, RH et moyens généraux, Finances et Contrôle).

² Art.L. 731-31 du code rural : Les organismes assureurs, en fonction de leur statut propre, devront se grouper par catégories, en vue de l'accomplissement de leurs obligations légales et réglementaires, notamment en ce qui concerne le respect des clauses des contrats, l'application des tarifs, l'exercice du contrôle médical et les opérations de compensation.

³ Il est à noter qu'Apria RSA gère aussi l'assurance maladie d'une partie des professionnels indépendants (pour le compte de la RAM, pendant du GAMEX), l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles d'une partie des Exploitants Agricoles (AAEXA) ainsi que des activités confiées à titre particulier par des assureurs (gestion opérationnelle d'une complémentaire santé ou gestion de la CMU-C confiée par plusieurs assureurs) ou par la profession pour laquelle Apria RSA assure la maîtrise d'œuvre et l'exploitation de solutions informatiques (Assurnet, Déclarassur, ...).

Annexe IV

Le GAMEX assure 0,15 million de non-salariés agricoles⁴. La baisse des effectifs est plus importante au GAMEX qu'à la MSA, de l'ordre de 5 à 6 % par an, les jeunes exploitants s'affiliant majoritairement à la MSA.

La MSA conserve un rôle pivot pour certaines missions : contrôle médical, gestion du risque, fixation de l'assiette des cotisations.

L'action sociale est gérée en commun par la MSA et le GAMEX au sein du FAMEXA.

1.6. La MSA doit gérer chaque année un nombre important de mutations

La MSA et le GAMEX ont géré en 2012 environ 410 000 mutations : 176536 mutations entrantes, en provenance majoritairement du régime général (69 %), 168222 mutations sortantes, en direction essentiellement du régime général (80 %), et 65225 mutations internes. Parmi ces mouvements, 27190 concernaient de nouveaux bénéficiaires.

Le régime maladie agricole doit donc gérer dans son ensemble, au regard du nombre des bénéficiaires des régimes, près de 50 % de plus de mutations que la CNAMTS.

Tableau 1 : Importance comparée des mutations au sein des différents régimes

	Régime général	MSA	RSI
Nombre de personnes protégées	50 497 134	3 225 825	3 869 193
Nombre de mutations internes	1 413 206	65 225	158 761
Nombre de mutations entrantes	1 891 582	176 536	455 714
Nombre de mutations sortantes	1 051 481	168 222	327 565
Nombre de nouveaux bénéficiaires	919 212	27 190	40 042
Ratio de mutations internes	2,8 %	2,0 %	4,1 %
Ratio de mutations entrantes	3,7 %	5,5 %	11,8 %
Ratio de mutations sortantes	2,1 %	5,2 %	8,5 %
Total	8,6 %	12,7 %	24,3 %
Ratio de nouveaux bénéficiaires	1,8 %	0,8 %	1,0 %

Source : RNIAM

1.7. La MSA assure la protection sociale de salariés « agricoles »

La MSA assure la protection sociale des salariés occupés dans les entreprises de travaux agricoles ou forestiers ou exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, dans des sociétés, coopératives, syndicats agricoles, groupement professionnel agricole divers.

Elle assure également la protection sociale des salariés des organismes de mutualité agricole ou des caisses de crédit agricole mutuel, dont le lien avec une activité agricole ou proche du milieu agricole ou rural apparaît plus ténue.

1.8. Le versement de la CMU-C par la MSA

Au 31 décembre 2011, 98385 personnes protégées à la MSA bénéficiaient de la CMU-C, pour un coût de gestion, de 7,9 M€, soit 81 € par bénéficiaire.

⁴ 151 052 assurés au 31/12/2011 – données RNIAM.

Annexe IV

Ce coût est plus élevé que le coût de gestion de 15/20 € par la MSA d'un RC accroché⁵ car il inclut l'étude de la situation personnelle (notamment la vérification du niveau de ressources) pour l'ouverture des droits, étude qui peut se traduire par des rejets qui ne sont pas pris en compte dans le calcul.

En outre, le montant de 7,9 M€ inclut également la charge liée à l'instruction des dossiers ACS. Le nombre d'attestations ACS délivrées en 2011 est de 25886, le nombre de rejets est ici encore non disponible.

Il n'en reste pas moins que le coût de gestion de la CMU-C par la MSA apparaît bien plus élevé qu'à la CNAMTS (46 € par bénéficiaire) ou que dans certains organismes complémentaires (55 € chez Harmonie Mutuelle, 33 € à la MCD, 36 € chez Interiale).

2. La relation avec les régimes complémentaires

Afin de compléter sa stratégie de guichet unique, et de générer des recettes supplémentaires pour amortir les réductions d'effectifs, la MSA a développé une offre de gestion des régimes complémentaires (appelé en interne Gestion Pour Compte De tiers –GPCD). Une direction spécifique a été mise en place au sein de la caisse centrale pour animer et développer cette activité.

Par ailleurs, les partenaires sociaux de la production agricole ont signé le 10 juin 2008 un accord national prévoyant une protection minimale en prévoyance et santé pour les salariés non cadres de la production agricole ayant un an d'ancienneté. L'adhésion à ce régime minimal a été rendue obligatoire dans toutes les entreprises n'ayant pas de régime de prévoyance supérieure au 1er janvier 2010 ou ne relevant pas d'un accord dérogatoire.

Les organismes complémentaires désignés par l'accord national pour assurer les garanties du régime (ANIPS, AGRI-PREVOYANCE et CRIA PREVOYANCE⁶) ont décidé de confier à la MSA la gestion de ce régime complémentaire.

La MSA gère donc des prestations d'assurance complémentaire dans le domaine santé pour les trois organismes précités ainsi que pour GROUPAMA et PACIFICA.

La population confiée en gestion à la MSA représente près de 550 000 cotisants et 2 millions d'assurés⁷ en 2011, dont près d'1 million couverts par un contrat collectif.

Elle est composée de ressortissants agricoles à 85 %, mais, en fonction des partenaires et des contrats, la proportion d'assurés dont le régime de base n'est pas la MSA varie de 43 % pour MUTUALIA à 8 % pour PACIFICA.

La gestion d'assurés non agricoles complexifie l'activité de la MSA (liens permanents avec les autres RO, affiliation directe en AC, tiers payant en complémentaire seule...)

Le développement des contrats collectifs rend également plus complexe la gestion des droits des individus (processus d'adhésion et affiliation à partir de l'entreprise, entrée et sorties plus fréquentes, dispenses d'affiliation, garanties portables en cas d'interruption du contrat de travail, mixité collectif individuel,...)

⁵ Voir 2. La relation avec les régimes complémentaires.

⁶ pour cette dernière uniquement l'appel et le recouvrement des cotisations.

⁷ Plus de 2,3 millions d'assurés si l'on ajoute les contrats prévoyance.

Annexe IV

L'activité GPCD santé (et prévoyance) a rapporté en 2011 43,4 M€ à la MSA⁸, pour des charges de 34,7 M€, soit un excédent de 8,7 M€. Elle occupe 325 ETP directs répartis sur les 35 MSA (qui font à la fois la liquidation de prestations RO et RC), et 24 ETP indirects situés à la CCMSA et au pôle de compétence de la caisse de Berry Touraine.

La comptabilisation des charges affectées à la GPCD s'effectue au prorata des décomptes RO et des décomptes RC. Pour les décomptes RO+RC, le nombre de décomptes affectés au RC est le nombre de décomptes communs pondéré par le nombre de bénéficiaires RC ayant des droits ouverts au RO rapporté au nombre total d'assurés RO.

La MSA entend élargir son offre de service, actuellement faite sur la base de son logiciel RO, inadapté à la gestion de formules plus complexes, à leurs évolutions plus fréquentes que celle du régime de base et à la prise en compte de réseaux de soins. Elle a donc décidé de se doter d'un logiciel du marché, qui s'appuiera sur une base unique d'assurés et une centralisation du paramétrage.

La tarification de son offre de services s'effectuera sur la base de 15/20 € par assuré ou ayant droit (selon qu'il s'agit d'un agricole ou non), ce qui représenterait une marge de l'ordre de 3 € par bénéficiaire.

La MSA se situe avec cette offre juste au-dessous de l'offre la moins chère dont la mission a eu connaissance (CEGEDIM - 22 €).

En terme de coût la MSA se situe également au meilleur niveau. Une mutuelle utilisant un outil connu pour être une référence du marché (SMIP, filiale de la MACIF) gère 344 000 assurés avec 122 ETP, soit un ratio de 2 820 assurés par ETP. Pour la MSA, le ratio est de 4 822, mais il faut pondérer ce chiffre, car la notion d'assuré n'est pas comparable entre les deux environnements, notamment du fait de l'identification préalable dans le RO, des agricoles et de leurs ayant droits. La pondération est évaluée à 0,60 par la direction de la MSA, ce qui ramène le ratio assurés/ETP à 2 893 en MSA, niveau comparable à celui de la SMIP.

3. L'organisation de la MSA

La MSA comprend les caisses interdépartementales et régionales de MSA, les associations régionales des caisses interdépartementales (AROMSA), la caisse centrale (CCMSA), l'association ARMONIA (maîtrise d'ouvrage informatique) et le GIE AGORA (maîtrise d'œuvre informatique), les centres de production et de service informatique SIGMAP et Sier@.

LA CCMSA est pilotée par les élus des caisses locales, à la différence d'une caisse nationale comme la CNAMTS.

Les usagers de la MSA élisent tous les cinq ans des délégués cantonaux. Ceux-ci élisent à leur tour les administrateurs des caisses interdépartementales ou régionales. L'assemblée générale de la caisse centrale est constituée de délégués élus par leurs pairs au sein des administrateurs des caisses locales. Le conseil d'administration de la caisse centrale est composé de membres élus en son sein par l'assemblée générale.

Les dernières élections ont eu lieu en janvier 2010 (taux de participation de près de 39 %), les prochaines auront lieu en 2015, à la fin de la COG actuelle.

Les effectifs de la MSA – sur le périmètre CCMSA, ARMONIA, AGORA et caisses locales - qui peuvent être affectés au risque maladie s'élèvent à 4332,1 ETP en 2011, répartis en 3331 ETP directs et 1001 ETP indirects.

⁸ Le montant de 54,6 M€ mentionné plus haut comprend les activités de recouvrement pour compte de tiers.

Annexe IV

Tableau 2 : Répartition des effectifs de la branche maladie de la MSA

Qualification des effectifs	Processus	ETP dédiés
Directs	Liquidations FSP	2169,8
	Liquidations FSE	
	IJ	
	GI	
	Accueil physique	247,3
	Accueil téléphonique	117,2
	Régulation (GDR-CM-Prévention-CI)	762,4
Indirects	Communication	35,2
	Fonctions supports	770,2
	Fonctionnement informatique	230,0

Source : MSA

1 ETP direct prend donc en charge environ 970 assurés (1000 à la CNAM).

Les caisses locales de MSA sont au nombre de 35. 9 caisses sont régionales (Alsace, Auvergne, Bourgogne, Corse, Franche-Comté, Ile-de-France, Limousin, Nord-Pas-de-Calais, Picardie), 2 caisses restent départementales (Gironde et Maine-et-Loire).

Les autres caisses sont interdépartementales et respectent les limites administratives régionales, sauf les deux caisses Mayenne-Orne-Sarthe et Marne-Ardenne-Meuse qui sont transrégionales. Pour couvrir l'ensemble d'une région administrative, elles se regroupent en AROMSA (Association Régionale des Organismes de MSA). Le directeur de l'AROMSA est le directeur de la MSA du chef-lieu de la région.

Les principes ayant conduit à ces regroupements depuis 2002 sont le regroupement régional et la limitation du nombre des caisses fusionnées à 4, afin de maintenir une représentation politique départementale pertinente et d'assurer la nécessaire capacité d'adaptation aux spécificités locales. Par ailleurs il a été recherché une meilleure homogénéité de la taille des caisses (rapport actuel des effectifs de 1 à 2,4 entre la plus petite et la plus grande des caisses, si l'on excepte les deux caisses de Corse et Sud-Champagne) autour d'une taille critique qui permette de réduire les coûts de fonctionnement.

La plus petite des caisses de MSA (hors Corse et Sud Champagne qui ont respectivement 113,7 et 203,4 ETP⁹) affiche un effectif de 276 ETP toutes branches confondues. La moyenne des effectifs est de 440 ETP. Par comparaison la moyenne des effectifs d'une CPAM est de 500 ETP, 21 caisses ayant moins de 200 ETP.

⁹ Données 2011, CDI et CDD.

Annexe IV

Graphique 1 : Carte des différentes caisses



Source : MSA.

Les 35 caisses locales de MSA disposent de 92 sites de production.

En ce qui concerne l'accueil des adhérents, celui-ci s'effectue dans 753 lieux : les sites de production (sauf à Amiens et en Corse), les agences MSA exclusives (180) ou multipartenaires (38) ou dans des lieux de permanences MSA exclusifs (290) ou multipartenaires. La moitié des caisses disposent aussi de visio-guichets, un tiers de bornes libre-service.

A noter que la MSA est signataire de l'accord « + de services au public » du 28 septembre 2010 entre l'Etat et 8 autres grands opérateurs nationaux¹⁰ qui prévoit notamment la multiplication des points d'accueil en zone rurale soit en créant de nouveaux points d'accueil soit en aménageant des sites déjà existants avec une diversification de l'offre de services.

¹⁰ La Poste, EDF, SNCF, GDF Suez, Pôle emploi, Assurance maladie, CNAF et CNAV.

4. Les systèmes d'information de la MSA et du GAMEX

4.1. La MSA

4.1.1. Organisation

Le développement et le fonctionnement de l'informatique de la MSA sont structurés autour de quatre entités distinctes, pour un total de 930,3 ETP : la maîtrise d'ouvrage ARMONIA, la Maîtrise d'oeuvre AGORA et la production dans les deux CITI SIGMAP et Sier@, dont les sièges sont situés à Avelin et à Montauban.

Ces quatre structures sont dirigées par des conseils d'administration comprenant les représentants de la caisse centrale et des caisses locales.

La Maîtrise d'Ouvrage ARMONIA est organisée en 9 pôles de compétences. Elle comprend un total de 211 ETP : 41,4 à la caisse centrale, 26,2 localisés au CITI de Montauban et 143,4 dans des pôles de compétence situés dans 8 caisses locales (le pôle référentiel est situé à la caisse centrale).

Tableau 3 : Répartition des 9 pôles de compétences dans les 5 domaines fonctionnels

Domaine fonctionnel	Pôles de compétences
Santé	Pôle Santé Pôle GPCD
Entreprises	Pôle Entreprises
Assurés	Pôle Assurés
Gestion Interne	Pôle Organisation, Pilotage, consolidation Pôle Gestion générale des entreprises Pôle outils transverses
AFPP ¹¹	Pôle Référentiels Pôle Poste de travail

Source : MSA

La Maîtrise d'oeuvre AGORA (393,5 ETP) est majoritairement basée au CITI à Montauban.

Les deux CITI SIGMAP (141,8) et Sier@ (184 ETP) sont organisés chacun autour de 3 sites spécialisés (respectivement Avelin/Ludres/Bagnolet et Montauban/Mordelles/L'isle d'Abeau), dont un site d'éditique. Sier@ gère l'exploitation pour 3 régions institutionnelles (Sud-Ouest, Sud-Est et Ouest) et SIGMAP pour la CCMSA et 2 régions institutionnelles (Est et Centre-Nord).

La DSI de la MSA considère qu'il y a 16,4 % des effectifs de ses structures informatiques, soit 152,6 ETP, qui travaillent pour la branche maladie. Ils sont renforcés par 61,4 ETP provenant de SSII.

A cette organisation s'ajoute les effectifs informatiques des différentes caisses pour l'administration et l'assistance, soit 263,7 ETP, dont 29,4 %¹², soit 77,5 ETP, peuvent être affectés à la branche maladie.

¹¹ Architecture Fonctionnelle et Projets Partagés.

¹² Rapport de l'ensemble des effectifs affectés à la branche maladie et à la GPCD par rapport au total des effectifs métiers.

Annexe IV

Au total les effectifs informatiques affectés à la branche maladie s'élèvent à un peu moins de 200 ETP (130 ETP internes et 61 ETP externes).

Les investissements informatiques de la MSA s'élèvent en 2011 à 3,3 M€, dont 1,4 M€ pour la branche maladie. Il s'agit de matériel.

La MSA mesure la rentabilité de ses projets de développement en comparant leur coût avec le nombre de suppression d'ETP permis sur la durée de vie d'un logiciel (hypothèse retenue : 5 ans).

Les charges de fonctionnement informatique pour le périmètre branche maladie représentent 32 M€.

4.1.2. Fonctionnement

La MSA utilise un logiciel interne, AGORA, développé dans les années 80, dont 20 % a plus de 20 ans d'ancienneté et 60 % plus de 10 ans.

La MSA a ainsi entamé une refonte du moteur de tarification (livraison prévue 2014), pour le mettre au niveau de l'état de l'art technologique, réduire le coût de maintenance et le rendre interopérable avec les autres processus et activable dans l'ensemble des modes d'invocation internes et externes.

Cependant le logiciel AGORA ne permet pas une réelle gestion en inter-régime et une réelle coopération inter-caisses, car il s'appuie sur autant de bases d'assurés que de caisses. L'accès d'une caisse à la base d'une autre caisse de façon régulière n'est possible que pour des volumétries limitées.

Le démarrage de la construction d'une base unique s'effectuera dans le cadre du projet de modification du logiciel GPCD.

4.1.3. Le partage par la MSA de son logiciel AGORA

AGORA est également utilisé par deux autres organismes de sécurité sociale : la CPR (Caisse de Prévoyance et de Retraite) de la SNCF et la CCAS (Caisse de Coordination aux Assurances Sociales) de la RATP. Dans le cas de la CCAS, la MSA gère également l'exploitation du système dans le cadre d'un contrat d'infogérance.

Les recettes de ces contrats s'élèvent annuellement à environ 1 M€ pour le contrat CCAS (maintenance+ infogérance) et 1,1 M€ pour le contrat SNCF (maintenance). Le coût des développements pour l'adaptation d'AGORA a été d'environ 4 M€ pour la CCAS RATP et d'environ 3,4 M€ pour la CPR SNCF.

Le coût de la maintenance n'est pas directement lié à la taille du régime mais plutôt au caractère spécifique ou non de la réglementation qu'il met en œuvre. De plus, il existe un coût plancher de prise en compte d'un partenaire, quelque soit sa taille. Ces deux éléments expliquent le coût proportionnellement plus élevé de la maintenance de la CCAS RATP par rapport à celui de la CPR SNCF.

Le coût de l'infogérance pour la RATP a été établi par rapport au coût supporté par une caisse de MSA de même taille que la RATP, en l'occurrence la MSA Ile de France.

Le partage par la MSA de son logiciel AGORA lui permet de répartir ses coûts de gestion informatique sur plus d'acteurs et ainsi de les diminuer.

4.2. Le GAMEX

Apria RSA utilise pour le GAMEX (comme pour la RAM) le logiciel de CEGEDIM, Esquif RO, en infogérance, depuis 1988.

Cet outil ancien tourne sur Gcos 7 et utilise un langage Cobol. Les coûts du Gcos 7 sont croissants et l'outil très lourd pour faire face aux évolutions régulièrement et plus rapidement demandées.

Apria RSA a donc pris la décision de le remplacer par une solution informatique du même éditeur, Activ RO, d'autant que CEGEDIM annonçait son abandon progressif.

Cette décision a cependant été prise uniquement pour la RAM. Le GAMEX a été écarté en raison du coût d'investissement supplémentaire qu'il aurait fallu ajouter. En effet, la solution Activ RO était développée par CEGEDIM pour les organismes conventionnés du RSI mais n'intégrait pas les fonctionnalités cotisations propres à l'AMEXA.

Apria RSA a pris contact au 1^{er} semestre 2011 avec la CCMSA pour examiner si le GAMEX et l'AAEXA qui utilisent deux SI différents (Esquif RO pour le GAMEX et AIA pour l'AAEXA) ne pouvaient faire appel à l'outil AGORA de la CCMSA. L'investissement a été estimé à 6 M€ - avec les interfaces avec le SI d'Apria, 1,2 M€ de moins sans les interfaces -, avec des coûts récurrents de 1,37 M€ pour la maintenance (coût basé sur celui appliqué à la RATP) et environ 650 k€ pour l'hébergement (coût basé sur celui appliqué à la RATP, et intégrant la prise en compte d'un périmètre plus large - recouvrement des cotisations). Ce coût a été jugé excessif par le GAMEX.

Le problème a donc été réglé par la poursuite du maintien d'Esquif RO avec CEGEDIM pour le GAMEX aussi loin que possible (31 décembre 2016) et à des conditions acceptables dans le cadre plus global de la négociation pour l'achat d'Activ RO.

Il est probable que les craintes du GAMEX sur le maintien de son autorisation de gestion ont justifié cette solution non pérenne.

5. L'efficacité de gestion

5.1. Le financement de la gestion

Les cotisations émises par les caisses de MSA sont composées de deux éléments : les cotisations techniques destinées au financement des prestations et les cotisations complémentaires pour le financement de la gestion, du contrôle médical et de l'action sanitaire et sociale.

Les cotisations complémentaires alimentent le fonds de financement institutionnel. Ces cotisations sont mutualisées puis reversées aux caisses sous forme de dotations de gestion. Celles-ci tiennent compte à la fois de la taille de la caisse, de ses particularités (nombre de département couverts...) et du niveau de son activité de « production ».

Cependant, à compter du 1^{er} janvier 2014, cette partition des cotisations en deux catégories sera supprimée (LFSS 2013). Variant comme le revenu professionnel des assurés, permettant la constitution de réserves financières au niveau local, elle ne permettait pas une fine maîtrise des dépenses de gestion. La couverture des dépenses de gestion administrative, de l'action sociale et du contrôle médical sera assurée par un prélèvement à due concurrence sur les recettes, dans le respect des montants fixés par la COG.

5.2. Les outils de suivi : la COG et la COP

Les ministères chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale concluent avec la caisse centrale de la mutualité sociale agricole une convention d'objectifs et de gestion (COG) pour une période quatre ans. Cette convention détermine les objectifs notamment liés à la gestion à l'amélioration du service aux usagers (article L723-12 du code rural). La convention est signée par le président du conseil d'administration et par le directeur de la caisse centrale.

La caisse centrale répercute ensuite le contenu de la COG sur les caisses locales, au moyen de CPOG.

La COG actuelle couvre la période 2011-2015. Elle s'articule autour de 4 objectifs :

- ◆ l'amélioration du service aux adhérents, par le maintien d'une offre personnalisée et de qualité homogène sur l'ensemble du territoire, le déploiement des services en ligne qui doivent permettre de simplifier les démarches des assurés et des entreprises, et la mise en place de plateformes de service téléphonique ;
- ◆ la participation à la mise en place des politiques nationales de santé ;
- ◆ la maîtrise des risques et la lutte contre la fraude ;
- ◆ la performance de la gestion.

Ce dernier objectif se décline en cinq axes principaux :

- ◆ tirer profit de la réduction du nombre de caisses pour optimiser les organisations et les processus de travail ;
- ◆ adapter les compétences au regard des nouveaux métiers et des nouvelles organisations ;
- ◆ mobiliser les ressources du système d'information, notamment sous l'angle de la dématérialisation pour gagner en productivité et réorganiser les services informatiques pour augmenter leur efficacité ;
- ◆ déployer le contrôle de gestion et en faire un outil majeur de la maîtrise des dépenses ;
- ◆ réduire le coût des achats.

Deux indicateurs de suivi portent spécifiquement sur la performance de gestion : le taux de productivité et le taux de dispersion des coûts de gestion des caisses.

Le GAMEX, par l'intermédiaire d'Apria RSA, conclut avec le Ministère de l'Agriculture un contrat d'objectifs et de performance (COP). Il est à noter que les ministères en charge des Affaires Sociales et des Comptes Publics ne sont pas signataires.

Le COP actuel couvre la période 2011-2015, comme la COG de la MSA. Il s'articule notamment autour d'un axe optimisation de la performance de gestion et d'un axe qualité de service.

5.3. Les pouvoirs de la Caisse Centrale vis-à-vis du réseau

La caisse centrale approuve les budgets des caisses interdépartementales ou régionales. Elle veille à ce que le total des dépenses de fonctionnement des organismes de mutualité sociale agricole soit contenu dans la limite des crédits fixés par la COG (article L.723-12-2 du code rural).

Elle dispose du pouvoir, via son conseil d'administration, de prescrire aux caisses interdépartementales ou régionales « toutes mesures tendant à la limitation de leurs dépenses budgétaires ou à une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative » (article L723-12-3 du code rural). Si elle n'est pas suivie, une commission issue du conseil d'administration de la caisse centrale peut se substituer au conseil d'administration de la caisse locale pour mettre en œuvre les mesures de redressement nécessaires.

Annexe IV

La caisse centrale, via son assemblée générale, peut décider la fusion de deux ou plusieurs caisses locales et, via son conseil d'administration, prendre toutes les mesures nécessaires à la mise en place de la nouvelle caisse.

5.4. L'efficience de la MSA

5.4.1. Les différents ratios de gestion¹³

Les coûts de gestion de la MSA s'élèvent en 2011 à 534 M€¹⁴ pour la branche maladie, répartis en 275 M€ pour les salariés et 259 M€ pour les non-salariés.

La répartition des coûts de gestion totaux de la MSA (1,2 Md€) sur la branche maladie, puis au sein de la branche maladie, entre les salariés et les non-salariés, s'effectue soit directement lorsque c'est possible, soit, lorsqu'ils ne peuvent pas s'imputer directement, au moyen de clés de répartition basées sur les Unités d'Activité (UA)¹⁵.

Tableau 4 : Clés de répartition des coûts de gestion de la MSA entre publics affiliés et entre risques

Public affilié	Risque	Taux 2011	Taux 2012
Salariés	Maladie	22,11 %	22,60 %
	AT	2,83 %	2,92 %
	Famille	12,09 %	12,63 %
	Vieillesse	16,89 %	17,65 %
Non-Salariés	Maladie	18,68 %	18,60 %
	AT	1,57 %	0,75 %
	Famille	8,36 %	8,59 %
	Vieillesse	16,43 %	15,72 %
	RC	1,04 %	0,54 %
Tous	Total	100,00 %	100,00 %

Source : MSA

Le total des prestations servies s'élève en 2011 à 11 Mds€ (4,1 Mds€ pour les salariés et 6,9 Mds€ pour les non-salariés). Les charges de gestion rapportées au montant des prestations servies s'élèvent donc en moyenne à 4,9 %, soit 6,7 % pour les salariés et 3,8 % pour les non-salariés.

Le montant de 534 M€ comprend les cotisations de gestion émises par le GAMEX (15,8 M€), le coût de gestion de la GPCD (54,6 M€), les charges liées aux cotisations - affiliations des entreprises, émissions de cotisations, recouvrement ... - (105,4 M€).

Les coûts de gestion de la MSA purement dédiés au régime maladie obligatoire s'élèvent donc à 358,2 M€, soit 111 € par bénéficiaire.

¹³ Pour la première fois, les comptes de la MSA au titre de l'exercice 2011 ont été certifiés.

¹⁴ Source DSS, Commission des Comptes de la Sécurité Sociale.

¹⁵ Les UA maladie sont composées des indicateurs suivants :

- Nombre d'actes maladie pondérés ;
- Le nombre de personnes identifiées au RNIAM vivantes ;
- Le nombre de bénéficiaires CMU de base + CMU-C ;
- Le nombre de paiements IJ pondérés ;
- Le nombre de paiements de pensions d'invalidité pondérés ;
- Le nombre de patients - tous assureurs ;
- Le nombre de lits dans les établissements de santé ;
- Le nombre de médecins libéraux.

Annexe IV

Ces 111 € se décomposent, selon les mêmes méthodes de retraitement¹⁶ et de calcul, en 112 € pour les salariés et 110 € pour les non-salariés.

Le coût de gestion de la MSA pour les salariés est supérieur de 15 % à celui de la CNAM, ce qui représente une économie potentielle de 29 M€.

L'écart en pourcentage se réduit légèrement (12,5 %) si nous pondérons le coût de gestion par l'âge des personnes protégées, qui sont un peu plus âgées à la MSA.

Tableau 5 : Répartition des bénéficiaires selon leur âge

Bénéficiaires	CNAMTS	MSA Salariés
Moins de 20 ans	24,6 %	23,6 %
20-49 ans	41,3 %	38,5 %
50-64 ans	18,7 %	19,7 %
65 ans et +	15,4 %	18,2 %

Source : CNAMTS et MSA

5.4.2. Les frais généraux et les fonctions supports

Le montant des frais généraux affectés à la branche maladie s'élève à 79,8 M€.

Tableau 6 : Ventilation par poste des frais généraux de la branche maladie de la MSA

Poste de dépense	Coûts affectés au risque maladie(en M€)
Direction	19
Ressources Humaines	7,6
Agence Comptable	11,2
Communication	7
Organisation, méthode, pilotage	7
Services Généraux	28,1
Total	79,9

Source : MSA

Les effectifs des fonctions supports (les fonctions listées ci-dessus auxquelles s'ajoutent la direction informatique pour la partie CCMSA, CITI, AGORA et ARMONIA) s'élèvent à 1001,1 ETP.

Les fonctions supports de la MSA pèsent plus lourdement dans les effectifs qu'au RSI et à la CNAM, il y a donc un potentiel d'économie.

Tableau 7 : Ventilation par poste des frais généraux de la branche maladie de la MSA

	CNAM	MSA	RSI+OC ¹⁷
Effectifs fonctions support y compris informatique	10 882,80	1000,2	953,5
Nombre de personnes protégées	50 497 134	3 225 835	3 477 875
Ratio Effectifs Indirects/ 10000 Personnes protégées	2,2	3,1	2,7

Source : Réponses des organismes au questionnaire adressé par la mission, RNIAM pour le nombre de bénéficiaires

¹⁶ Les frais de recouvrement se répartissent en 52 M€ pour les salariés et 53,4 M€ en non salariés (répartition aux poids des unités d'activités liées à l'émission et au recouvrement). Les coûts de la GPCD peuvent se répartir à part égale sur les salariés et les non-salariés.

¹⁷ Pour le RSI, en ce qui concerne les OC et en l'absence de données agrégées sur les mutuelles, la mission les a évalué à partir des effectifs de la RAM en les pondérant de la part de marché de celle-ci (56,5 %).

Annexe IV

Les effectifs supports de la MSA devraient dans un premier temps être alignés proportionnellement sur ceux du RSI (qui est désavantagé dans l'exercice du fait de la coexistence de ses fonctions supports avec celles de ses délégataires), soit un gain potentiel de 129 ETP, et dans un deuxième temps sur ceux de la CNAM, soit un gain potentiel supplémentaire 176 ETP.

L'effet taille de la CNAMTS l'avantage dans cette comparaison, mais la mission pense que cet effet peut être contrebalancé par le caractère multibranches de la MSA.

5.4.3. La réduction des effectifs fixée dans la COG ne correspond pas aux estimations faites par la Direction de la Sécurité Sociale

L'estimation faite par la Direction de la Sécurité Sociale et la Direction du Budget de gains de productivité potentiels pour la négociation de la COG 2011-2015 était de 1812 ETP pour 2200 départs en retraite estimés. Cette estimation n'était pas partagée par la MSA. L'arbitrage s'est arrêté à 1250 ETP en moins sur les 5 ans de la COG.

L'exécution de la COG montre que l'arbitrage aurait pu être plus ambitieux car à fin 2012 la MSA est en avance de 190 ETP sur ses rendus de postes¹⁸.

Tableau 8 : Propositions initiales de réduction d'ETP dans le cadre de la négociation de la COG 2011-2015

Poste examiné	MSA	Commentaires CCMSA	DSS	Commentaires DSS
Gains de productivité				
Perspectives démographiques du régime	497	Baisse d'activité de 5,25 % au regard des UA (hypothèse haute, l'estimation initiale s'élevant à 3,60 % soit 3,50 ETP	523	Baisse d'activité de 5,5 % (constatée sur 2005-2010) appliquée aux effectifs de production et d'accueil et hors fonctions support
Dématérialisation des FS	206	taux de télétransmission à 90 % (contre 82 % en 2009) et recours à la LAD à hauteur de 5 %	206	OK hypothèse MSA
Développement de téléservices	150	Développement de l'usage des téléservices, intégration des données transmises par dématérialisation (DUE, TESA)	150	Ne sont valorisés que les développements de téléservices sur le recouvrement des cotisations. En l'absence de transmission de données complémentaires MSA, reprise des hypothèses de chiffrage MSA
Fusion des caisses "Optimisation structuration du management"	92		130	ok hypothèse MSA (structuration management seulement) + 38 ADD (alignement sur le taux d'ADD au RG)
Optimisation fonctions support	197		197	OK hypothèse MSA
Mutualisations	0	"non significatif"	105	35 ETP sur la première vague de mutualisation (1 ETP par caisse) et 70 ETP seconde vague (volumétrie plus importante)
Optimisation des processus : GEIDE et réorganisation des processus	302		302	OK hypothèse MSA
Retour à la durée légale du travail	119	Non chiffré MSA	119	Ok hypothèse MSA

¹⁸ L'évolution des effectifs de la MSA, correspondant à l'engagement COG, est une baisse des effectifs de -245 CDI en 2012, faisant suite à -297 en 2011, soit -542 en cumulé, pour un engagement de -183 en 2012, et -352 en cumulé 2011-2012.

Annexe IV

Poste examiné	MSA	Commentaires CCMSA	DSS	Commentaires DSS
Diminution des effectifs informatiques	28	CITI seulement	65	à appliquer aussi aux informaticiens au sein des caisses (10 % des 366 en 2009)
ASS	0	Non chiffré MSA	100	Baisse de la population couverte de 9,8 % affectée à 1700 effectifs ASS (sur les seuls effectifs administratifs)
Total des gains de productivité (1)	1591		1897	
Charges nouvelles				
Gestion crises agricoles, réforme des retraites dont droit à l'information et FIDES	106	Distingo crises agricoles, retraites, FIDES	15	Sur les minimis (aides agricoles)
Accompagnement des professionnels de santé sur la démat feuilles de soins	17		0	
Développement de plateforme extranettes	50	dans le cadre de développement de téléservices	0	
Renforcement moyens en contrôle de gestion / audit interne, lutte contre la fraude / pilotage immobilier	124	Détail à préciser par la MSA	70	2 ETP par caisse (fraude)
Déploiement et animation démarche optimisation processus	39		0	
Total des charges nouvelles (2)	336		85	
Diminution nette (1) - (2)	1255		1812	

Source : DSS

5.4.4. La productivité des caisses locales est très disparate

La productivité des caisses est mesurée par le ratio nombre d'UA/ETP.

La COG fixe à la direction générale de la MSA l'objectif de réduire les écarts de productivité entre les caisses. Afin de demander des efforts importants à l'ensemble des caisses et d'accroître ainsi les gains de productivité, il aurait semblé plus pertinent de retenir comme indicateurs d'une part la progression de la productivité de la caisse la plus productive et d'autre part, l'alignement de l'ensemble des caisses sur la plus productive d'entre elles.

Le simple fait de demander à l'ensemble des caisses de rejoindre le niveau de productivité moyen actuel des 5 meilleures caisses permettrait de fixer un objectif de réduction des effectifs de 258 postes pour la branche maladie¹⁹, portant sur les effectifs directs de production, soit une réduction de 13 % des effectifs considérés.

¹⁹ Soit une économie de 16 M€ (les frais de fonctionnement sont évalués à 26,64 % des frais de personnels-source MSA, le salaire moyen est pris égal à 50 k€).

Annexe IV

Tableau 9 : Classement des caisses locales selon la productivité de leur activité maladie

MSA	Productivité Maladie 2011	Rang 2011
MSA de la région CORSE	1066,2	1
MSA BOURGOGNE	902,9	2
MSA du Languedoc	890,3	3
MSA d'ARMORIQUE	881,2	4
MSA du Grand Sud	872,7	5
MSA LORRAINE	854,8	6
MSA Midi Pyrénées Sud	835,5	7
MSA SUD AQUITAINE	829,9	8
MSA ALSACE	818,5	9
MSA SEVRES-VIENNE	816,6	10
MSA ALPES VAUCLUSE	807,8	11
MSA BEAUCE CŒUR DE LOIRE	803,4	12
MSA MARNE ARDENNES MEUSE	798,3	13
MSA des CHARENTES	787,9	14
MSA MIDI PYRENEES NORD	784,8	15
MSA du LIMOUSIN	776,3	16
MSA de Franche Comté	775,6	17
MSA Provence-Azur	774,8	18
MSA LOIRE ATLANTIQUE - VENDEE	762,2	19
MSA de MAINE-et-LOIRE	755,1	20
MSA ARDECHE DROME LOIRE	746,9	21
MSA des ALPES DU NORD	740,8	22
MSA de Haute Normandie	740,6	23
MSA MAYENNE-ORNE-SARTHE	734,8	24
MSA AIN-RHONE	732,9	25
MSA de GIRONDE	730,3	26
MSA Sud-Champagne	729,5	27
MSA Auvergne	728,5	28
MSA des Portes de BRETAGNE	716,6	29
MSA BERRY - TOURAINE	713,2	30
MSA de PICARDIE	701,1	31
MSA Côtes-Normandes	692,3	32
MSA du NORD - PAS DE CALAIS	684,4	33
MSA DORDOGNE LOT et GARONNE	670,9	34
MSA d'ILE-de-FRANCE	666,8	35
TOTAL	770,1	

Source : MSA

5.4.5. La spécialisation des caisses

Les données ci-après sont issues de l'enquête sur les organisations lancée annuellement depuis 2011 par la caisse centrale, en réponse à l'un des engagements de la COG. Cette enquête porte sur l'ensemble des branches et des activités d'une caisse.

Le regroupement de chacune des activités d'une caisse sur un nombre réduit de sites, de préférence un seul, accompagné d'une spécialisation des agents, représente, avec la dématérialisation et l'industrialisation des processus de production, le moyen principal pour augmenter la productivité. Il est à noter que cela s'inscrit dans un contexte où le regroupement de toutes les activités sur un seul et même site est inaccessible compte tenu de l'engagement pris envers les partenaires sociaux de ne pas avoir recours à la mobilité forcée.

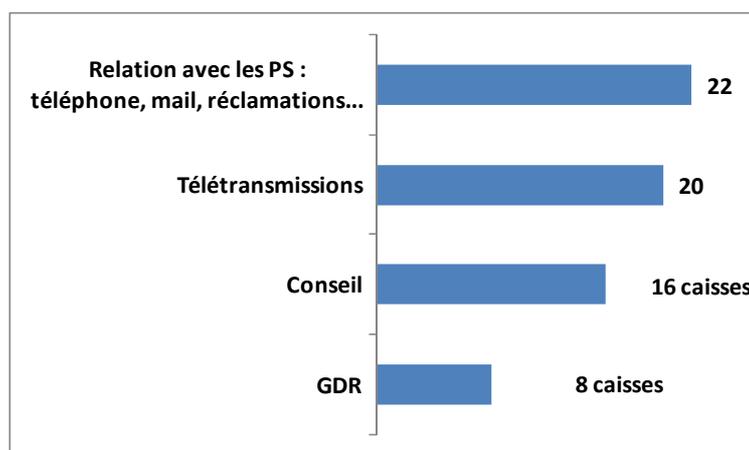
Annexe IV

Toutes les caisses sauf deux (Sud Aquitaine et Midi-Pyrénées Nord) ont adopté pour la branche maladie ce mode d'organisation par sites spécialisés, mais seules deux caisses, Alsace et Marne Ardennes Meuse, ont regroupé sur un seul site les prestations maladie de manière globale.

Si l'on prend séparément les différents sous-ensembles du domaine Prestations Maladie tels que les IJ, les FSE, la CMU-C et la gestion pour compte de tiers de la complémentaire santé, les regroupements sur un seul site sont nettement plus nombreux.

Deux tiers des caisses ont mis en place une structure « Professionnels de Santé », mais avec un périmètre qui varie selon les caisses.

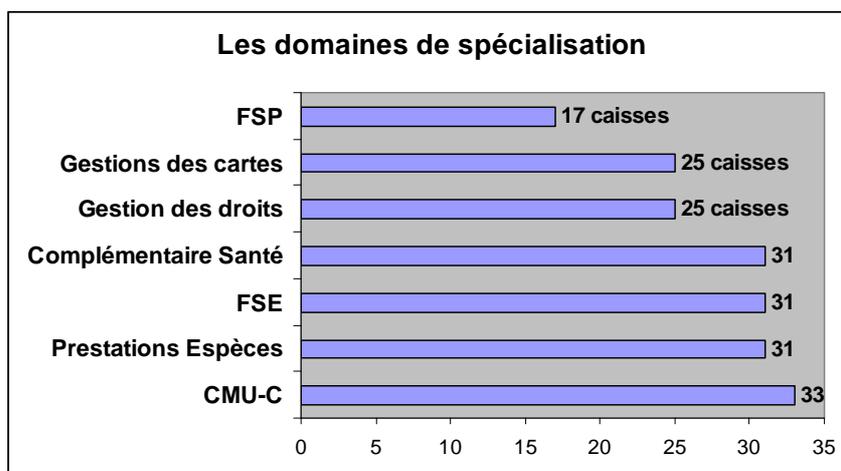
Graphique 2 : Les différentes activités des structures « Professionnels de Santé » selon les caisses



Source : MSA - Observatoire des organisations 2012

Les agents de la branche maladie sont très majoritairement spécialisés dans un ou plusieurs domaines. La spécialisation la plus fréquente est la CMU-C, que l'on retrouve dans 33 caisses. A l'inverse le traitement des Feuilles de Soins Papiers n'est confié à des agents spécialisés que dans 17 caisses. Ce domaine constitue souvent une variable d'ajustement de la charge de travail de l'agent. 6 caisses n'utilisent pas la LAD²⁰.

Graphique 3 : Caisses de la MSA ayant procédé à la spécialisation par domaine des agents de la branche maladie



Source : MSA - Observatoire des organisations 2012

²⁰ Lecture Automatique de Document.

Annexe IV

En ce qui concerne la gestion du fichier (considéré en interbranche), 24 des 35 caisses ont mis en place une cellule spécialisée, mais pour aucune de ces caisses, cette cellule ne couvre la totalité de la gestion (immatriculation, état civil et adresse, comptes bancaires, avantages, périodes d'activité et d'inactivité).

Le regroupement de l'activité des services support (comptabilité, courrier, formation, paie et gestion administrative du personnel, ...) est également hétérogène.

Graphique 4 : Niveau de regroupement des fonctions support des caisses de MSA



Source : MSA - Observatoire des organisations 2012

L'accueil des adhérents est effectué par des agents dédiés (sauf dans la caisse de Midi-Pyrénées Nord). La plupart de ces agents réalisent cependant des actes de gestion (dans 29 caisses) et dans 8 caisses également des actes de production.

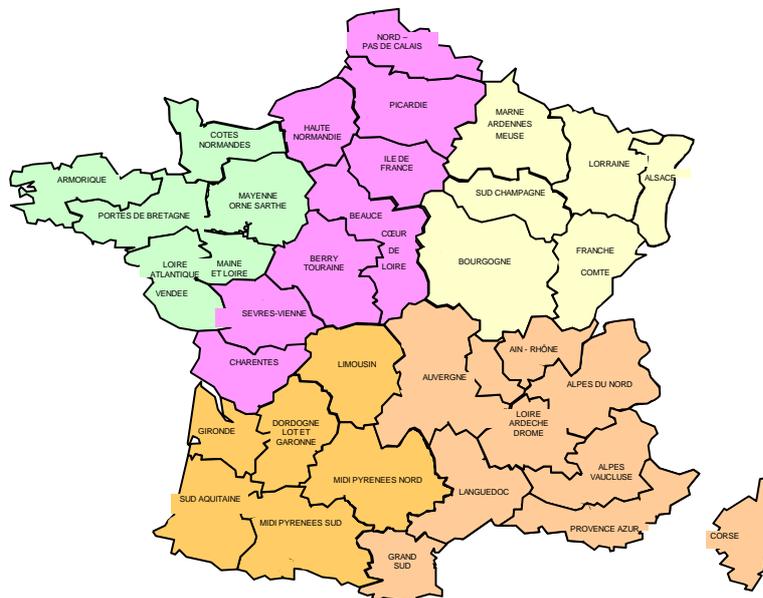
21 caisses ont mis en place une plateforme d'accueil téléphonique, 8 caisses n'utilisent pas le mail pour communiquer avec leurs adhérents.

5.4.6. La mutualisation

Les 35 caisses de MSA sont regroupées en cinq régions institutionnelles, au sein desquelles elles mutualisent certaines de leurs activités. Par exemple, au sein de la région Centre-Nord, la caisse des Charentes gère la plateforme téléphonique pour les extranauts, celle de Haute-Normandie les Recours contre Tiers.

Annexe IV

Graphique 5 : Carte des cinq régions institutionnelles



Source : MSA

5.4.7. L'accueil téléphonique

Le courtier Gras Savoye a indiqué à la mission qu'un agent de leur plate-forme téléphonique prend 8 à 9 appels entrants à l'heure, et que leur objectif était d'atteindre 13 à 14 appels entrants pour 90 % des appels, en dotant les agents de scripts écrits.

Le ratio de la MSA²¹, 11,1 appels entrants à l'heure, est conforme à ce standard, et supérieur à celui de la CNAMTS (7,4 appels entrants à l'heure).

5.5. L'efficience du GAMEX

5.5.1. Le Contrat d'Objectifs et de Performance (COP) 2011-2015

Le COP prévoit une baisse des ressources propres du GAMEX de 10 % entre 2011 et 2013. L'indicateur de suivi de la maîtrise des dépenses de gestion inscrit dans le COP est le coût total de gestion rapporté au nombre d'assurés. A l'issue d'une évaluation à mi-parcours du COP, cet indicateur pourra devenir un indicateur cible pour les années 2014 et 2015.

5.5.2. Les différents ratios de gestion

Apria RSA emploie pour le compte du GAMEX environ 159 ETP, 134 en effectif direct et 25 en indirect (données 2011). Ses charges de gestion s'élèvent à environ 18,57²² M€ hors recouvrement, en baisse de 2,2 % par rapport à 2010.

²¹ Le ratio par agent est de 17809 appels à l'année, soit 11,1 appels entrants à l'heure.

Annexe IV

Le total des prestations servies s'élève à 331 M€, les charges de gestion comparées au montant des prestations servies s'élèvent donc à 5,6 %.

Le Gamex compte fin 2011 151052 bénéficiaires. Le coût de gestion par bénéficiaire s'élève à 123 €.

Les réserves financières du GAMEX s'élèvent à 17 M€ à fin 2011.

5.5.3. Le financement du rôle de caisse pivot de la MSA

Le GAMEX reverse à la MSA un pourcentage forfaitaire des cotisations complémentaires qu'il perçoit. Ce pourcentage est fixé à 15,85 %, ce qui représente un montant de 2,3 M€.

Ces taux sont en référence à l'arrêté du 26/04/90 modifié par l'arrêté du 14/03/2008, et se décompose en : 4,5 % affecté à la CCMSA, 8 % pour le contrôle médical et 3,35 % au titre du FAMEXA.

Ce système de financement va disparaître avec la suppression des cotisations complémentaires à compter du 1^{er} janvier 2014.

5.6. Comparaison de l'efficacité de gestion du GAMEX et de la MSA

5.6.1. Comparaison en coût moyen (coût par bénéficiaire)

Le coût de gestion par bénéficiaire est inférieur de 10 % à la MSA par rapport au GAMEX (110 € versus 122 €).

Ce constat doit cependant tenir compte d'une population plus âgée au GAMEX, population dont les statistiques montrent d'elle consomme plus que la moyenne et génère donc plus de remboursements.

Tableau 10 : Répartition des bénéficiaires selon leur âge

Bénéficiaires	GAMEX ²³	MSA Exploitants
Moins de 20 ans	8 %	10,7 %
20-49 ans	10 %	15,5 %
50-64 ans	16 %	18,2 %
65 ans et +	66 %	55,6 %

Source : Régimes

La mission a appliqué la pondération par l'âge adoptée par la CNAM pour le calcul de son BCP (bénéficiaire consommant pondéré). Une fois prise en compte cette pondération, un écart demeure même s'il est moindre.

Il convient par ailleurs de noter que les effectifs des fonctions supports représentent 16 % des effectifs totaux au GAMEX et 23 % à la MSA.

²² Retraitées des dépréciations et des provisions pour risques et charges relatives à la gestion des activités techniques, qui représentent un montant de 1 244 k€, et retraitées des charges de recouvrement (2649 k€).

²³ Pour le GAMEX les moins de 20 ans sont en fait les moins de 25 ans.

5.6.2. Comparaison des coûts de traitement d'une FSP et d'une FSE

Cette comparaison n'est pas possible, la MSA ne disposant pas d'une comptabilité analytique lui permettant de séparer l'activité gestion du fichier de l'activité remboursement des feuilles de soins.

En revanche il est possible de comparer la productivité marginale de la CNAMTS et du GAMEX.

Les coûts de traitement de la CNAMTS sont bien inférieurs : 33 % de moins pour une FSE, 50 % pour une FSP.

Tableau 11 : Coût marginal du traitement des feuilles de soins selon les régimes

	GAMEX	CNAM
Nombre de FSE	4 584 869	1 055 492 900
ETP affectés aux FSE	16,4	3460
Coûts directs de traitement	1138400	173337135
Nb FSE/ETP/jour	1271	1387
Coût/FSE	0,25	0,16
Nombre de FSP	679713	121553910
ETP affectés aux FSP	36,9	4466
Coûts directs de traitement	2560400	223756315
Nb FSP/ETP/jour	84	124
Coût/FSP	3,77	1,84

Source : Régimes

5.7. Comparaison de l'efficacité de gestion de la CNAMTS et de la MSA

Le coût de gestion par bénéficiaire de la MSA (111 €) apparaît sensiblement plus élevé que celui de la CNAMTS (98 €).

La comparaison n'est cependant pas aussi directe, car plusieurs facteurs influent différemment sur les coûts de gestion des deux régimes et peuvent expliquer une partie des écarts, notamment l'âge des bénéficiaires. Les personnes âgées sont beaucoup plus.

5.7.1. Impact du versement des prestations en espèces

Les exploitants agricoles, qui représentent 48 % des bénéficiaires des prestations maladie de la MSA, ne perçoivent pas de prestations en espèces.

Pour la CNAMTS, le coût direct de gestion des prestations en espèces représente 40 % de ses coûts directs de liquidation de prestations et 4,8 % de ses coûts totaux de gestion.

Les coûts de gestion de la MSA, toutes choses égales par ailleurs, devraient être inférieurs de 2,3 % à ceux de la CNAMTS.

5.7.2. Impact de la gestion des mutations

Le processus de mutation et d'affiliation est un processus coûteux. La gestion des fichiers, sur laquelle ce processus a une grande incidence, représente à la CNAM près des deux tiers des coûts de liquidation et 8 % des coûts de gestion totaux.

Annexe IV

Il y a, proportionnellement au nombre de bénéficiaires, 50 % de plus de mutations à la MSA qu'à la CNAM²⁴.

Les coûts de gestion de la MSA, toutes choses égales par ailleurs, devraient être supérieurs de 4 % à ceux de la CNAMTS.

5.7.3. Impact de l'âge des bénéficiaires

Si l'on applique la méthode de pondération par l'âge utilisée par la CNAM pour le calcul de son BCP à la MSA et à la CNAM, les coûts de gestion de la MSA deviennent moindres que ceux de la CNAM, compte tenu de la très forte proportion d'assurés exploitants agricoles de plus de 65 ans. Les personnes âgées de plus de 65 ans ont une consommation de soins trois fois supérieure à la classe d'âge 20-49 ans (source CNAM) et émettent donc plus de feuilles de soins.

Tableau 12 : Répartition des bénéficiaires selon leur âge

Bénéficiaires	CNAM	MSA
Moins de 20 ans	24,6 %	17,7 %
20-49 ans	41,3 %	27,9 %
50-64 ans	18,7 %	19,0 %
65 ans et +	15,4 %	35,4 %

Source : Régimes

5.8. La pyramide des âges de la MSA

La pyramide ci-dessous montre une réduction sensible du nombre d'agents par classe d'âge à partir de la génération 1962.

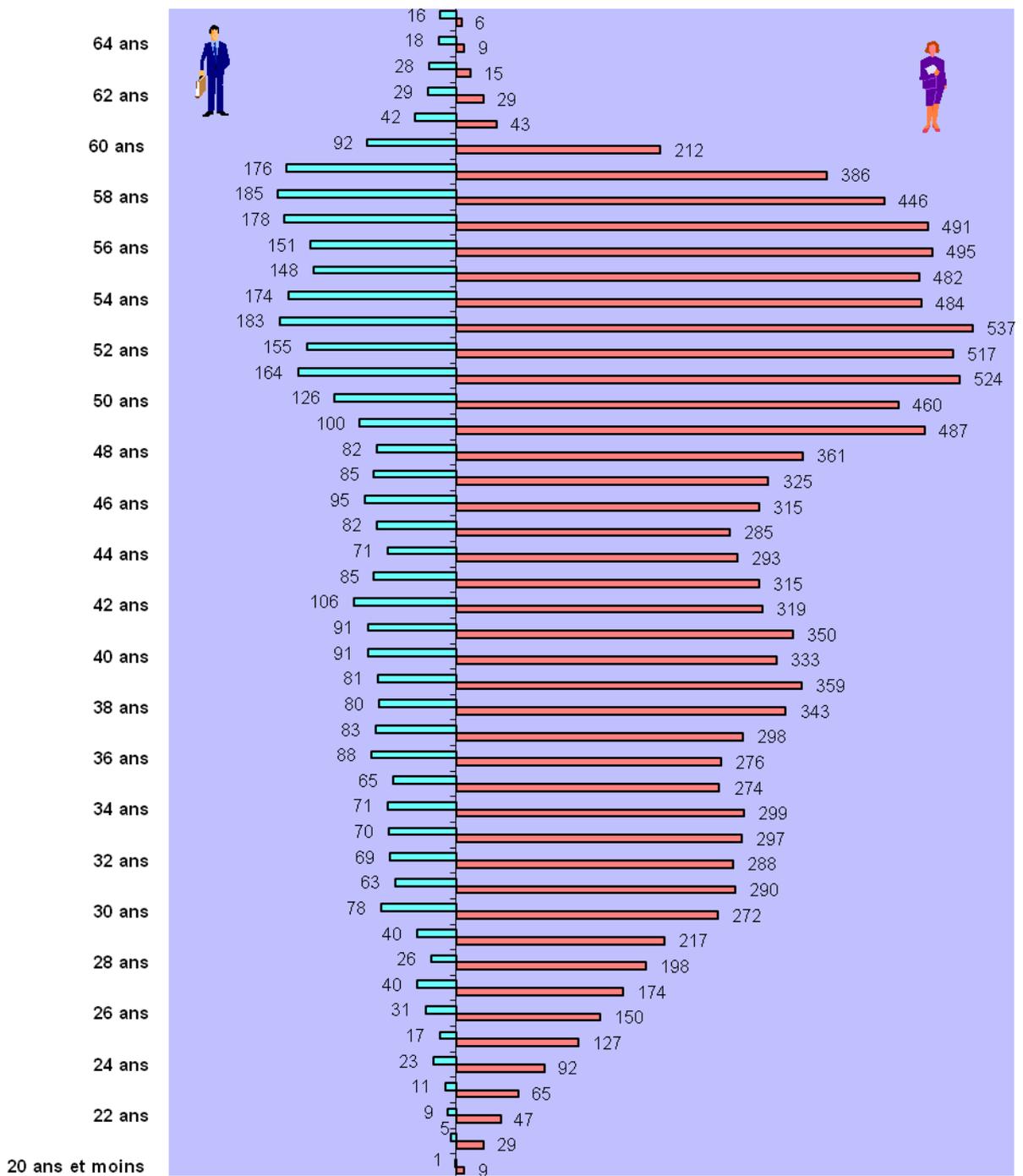
Sur les deux prochaines COG (2016-2020 et 2021-2025), ce sont respectivement près de 43 % des effectifs des caisses, soit 7000 agents environ, qui auront atteint l'âge pour partir à la retraite. Ensuite les départs possibles seront nettement moins nombreux, de l'ordre de 2000 sur la durée d'une COG.

Les 10 ans à venir offrent donc une opportunité unique pour effectuer la majeure partie des gains de productivité possibles et souhaités.

²⁴ Voir 1.6.

Annexe IV

Graphique 6 : Pyramide des âges au 31 décembre 2012 des 35 caisses de la MSA



Source : MSA

ANNEXE V

Régime social des indépendants – branche maladie

SOMMAIRE

1. LE REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS (RSI), REGIME MULTI-BRANCHES, A VU LE JOUR EN 2006 DANS DES CONDITIONS DIFFICILES	1
1.1. Le RSI a été constitué à partir de 2006	1
1.2. La constitution de l'Interlocuteur Social Unique (ISU) a causé d'importants dysfonctionnements jusqu'à présent.....	1
2. LE REGIME D'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE DES INDEPENDANTS NE DIFFERE DU REGIME GENERAL QUE S'AGISSANT DES PRESTATIONS EN ESPECES	2
2.1. L'affiliation repose essentiellement sur des critères professionnels	2
2.1.1. <i>Tous les indépendants et leurs conjoints participant à l'activité de l'entreprise relèvent du RSI.....</i>	<i>2</i>
2.1.2. <i>Les CFE prennent en charge les inscriptions au RSI.....</i>	<i>2</i>
2.1.3. <i>Les principaux ayants-droit à l'assurance-maladie du RSI sont classiquement les conjoints et les enfants des indépendants</i>	<i>3</i>
2.2. La branche maladie du RSI assure des prestations en nature et en espèces.....	3
2.3. Avec le développement du statut d'auto-entrepreneur, les effectifs du RSI ont très fortement augmenté, la hausse tendant toutefois à se réduire à partir de 2012.....	4
2.4. Le RSI n'est pas un régime « permanent » ce qui conduit à de nombreuses mutations entrantes et sortantes, essentiellement avec le régime général.....	5
3. LA BRANCHE « ASSURANCE MALADIE » DU RSI EST ORGANISEE SELON LE PRINCIPE DE LA DELEGATION DE GESTION	6
3.1. Le RSI est présent sur l'ensemble du territoire français au travers d'un réseau de 30 caisses locales.....	6
3.2. La gestion du régime d'assurance maladie est partagée entre le RSI et des organismes conventionnés	7
3.3. Les OC se sont très fortement restructurés depuis 2008, la RAM confirmant nettement son statut de premier OC du RSI en termes de part de marché	8
3.4. La gestion du RSI est encadrée par une COG signée avec l'Etat, les relations avec les OC pour la maladie étant elles aussi encadrées par des CNOM.....	10
3.4.1. <i>Le RSI met en œuvre sa deuxième COG avec l'Etat depuis sa création</i>	<i>10</i>
3.4.2. <i>Les relations entre le RSI et les OC sont régies par des CNOM qui fixent notamment le montant des remises de gestion</i>	<i>10</i>
3.5. Les remises de gestion ont progressé en suivant, en partie, la croissance du nombre de personnes protégées	11
3.6. Malgré la hausse des remises de gestion, les OC présentent des résultats d'exploitation contrastés sur le champ de la délégation « maladie »	12
3.7. Les systèmes d'information du RSI connaissent des évolutions importantes.....	13

4. LES COÛTS DE GESTION DU RSI APPARAISSENT ELEVES MEME SI LA PRODUCTIVITE S'EST AMELIOREE A LA FAVEUR DE LA FORTE HAUSSE DES EFFECTIFS AFFILIES DEPUIS 2010.....	14
4.1. La commission nationale des comptes de la Sécurité sociale (CNCSS) a été jusqu'à présent la principale source de connaissance des coûts de gestion	14
4.1.1. <i>La méthodologie retenue par la CNCSS est sommaire mais robuste.....</i>	14
4.1.2. <i>Le RSI commence seulement à disposer d'une comptabilité analytique aboutie.....</i>	14
4.2. Les coûts de gestion du RSI ont progressé selon la CNCSS mais moins vite que les effectifs affiliés à ce régime	16
4.2.1. <i>L'approche en « bénéficiaires par ETP » confirme l'amélioration de la productivité des OC sur la période récente.....</i>	17
4.3. Les coûts de gestion du RSI apparaissent plus élevés que ceux du régime général	18
5. PLUSIEURS FACTEURS INDUISANT DES SURCOÛTS EN GESTION ET UNE COMPLEXITE ACCRUE, ONT ETE IDENTIFIES PAR LA MISSION	18
5.1. Certaines dispositions légales ou réglementaires pèsent lourdement sur les coûts de gestion du régime des indépendants.....	18
5.1.1. <i>Le traitement des poly-actifs est lourd et complexe.....</i>	18
5.1.2. <i>Les situations de maintien de droit alourdissent également la gestion du fichier des bénéficiaires.....</i>	20
5.1.3. <i>La vérification de l'exactitude des cotisations payées pèse sur le processus de gestion des PE au RSI.....</i>	20
5.2. La dématérialisation du processus PN apparaît légèrement en retard au RSI par rapport au régime général.....	20
5.3. Des différences notables d'efficacité existent entre les OC du RSI et au sein du réseau du RSI	22
5.3.1. <i>Les performances de gestion varient très nettement entre les OC du RSI.....</i>	22
5.3.2. <i>La Caisse nationale du RSI entend s'appliquer à réduire la dispersion des performances de gestion au sein du réseau du RSI, ce qui recouvre un enjeu important.....</i>	23
5.3.2.1. <i>La CNRSI s'est dotée des outils nécessaires à un pilotage renforcé.....</i>	23
5.3.2.2. <i>L'enjeu d'une convergence des performances s'avère important</i>	24

1. Le Régime Social des Indépendants (RSI), régime multi-branches, a vu le jour en 2006 dans des conditions difficiles

1.1. Le RSI a été constitué à partir de 2006

La protection sociale des indépendants s'est organisée progressivement dans notre pays, de manière autonome par rapport au régime général des salariés : création de caisses de retraites autonomes à compter de 1948 puis, en 1966, structuration d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

En 2005, à la veille de la constitution du régime social des indépendants (RSI), il existait déjà une caisse nationale d'assurance-maladie des non-salariés (CANAM) couvrant les artisans, les commerçants et les professions libérales, et déléguant déjà une large part de la gestion de l'assurance-maladie à des organismes conventionnés (OC) dont certains préexistaient à la structuration du régime en 1966.

En revanche, le champ de la retraite était particulièrement éclaté et dominé par deux organismes principaux : la caisse autonome de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (CANCAVA) et l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC).

Les ordonnances du 8 décembre 2005 ont opéré une réorganisation profonde de la protection sociale des indépendants :

- ◆ Elles ont institué le RSI, à compter du 1^{er} janvier 2006, par le regroupement des organismes en charge de l'assurance-maladie et de l'invalidité pour les commerçants, artisans et professions libérales, ainsi que ceux en charge du risque « vieillesse » pour les seuls artisans et commerçants¹. Le RSI constitue ainsi une caisse « multi-risques » (maladie, vieillesse, invalidité et décès), à l'instar de la Mutualité Sociale Agricole ou d'autres régimes spéciaux tels que la sécurité sociale des Mines, l'ENIM, etc.
- ◆ Le RSI a été consacré comme interlocuteur social unique (ISU) des travailleurs non salariés non agricoles, avec concomitamment un transfert aux unions de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale (URSSAF), au plus tard au 1^{er} janvier 2008, de l'encaissement des cotisations des indépendants pour les risques pris en charge par le RSI, à l'exception des cotisations maladie des professions libérales.

1.2. La constitution de l'Interlocuteur Social Unique (ISU) a causé d'importants dysfonctionnements jusqu'à présent

Dès la mise en œuvre de l'ISU, de graves difficultés techniques ont affecté non seulement la perception des cotisations par les URSSAF (montants erronés, omission de certains contribuables, etc.) mais aussi les « flux retour » vers le RSI, le régime des indépendants ayant la particularité de conditionner étroitement l'effectivité de certains droits (retraite, indemnités journalières) à la perception complète des cotisations dues.

D'une manière certes décroissante, ces difficultés ont perduré sans réaction adaptée jusqu'en 2011. Depuis lors et jusqu'à ce jour, le retour à un fonctionnement normal est la priorité absolue des dirigeants du RSI mais ne semble pas encore avoir été atteint.

¹ Les professions libérales ont conservé des caisses de retraite autonomes.

2. Le régime d'assurance-maladie obligatoire des indépendants ne diffère du régime général que s'agissant des prestations en espèces

2.1. L'affiliation repose essentiellement sur des critères professionnels

2.1.1. Tous les indépendants et leurs conjoints participant à l'activité de l'entreprise relèvent du RSI

Sont automatiquement affiliés au RSI :

- ◆ **Artisans** inscrits au répertoire des **métiers**, alimentation, bois et ameublement, textiles, cuir, habillement ou qui exercent une activité rattachée par décret aux professions artisanales ;
- ◆ **Industriels et commerçants** inscrits au registre du commerce ou **assujettis** comme commerçants à la **taxe professionnelle** ou exerçant une activité rattachée par décret aux professions **industrielles** et commerciales ;
- ◆ **Associés ou dirigeants de société ;**
- ◆ **Professionnels libéraux ;**
- ◆ **Conjoints participant à l'activité de l'entreprise** : depuis la loi n°2005-588 du 2 août 2005, tout conjoint participant régulièrement à l'activité de l'entreprise a l'obligation de choisir un statut : conjoint associé², conjoint collaborateur³ ou conjoint salarié. Si le conjoint choisi le statut d'associé ou de collaborateur, il est affilié au RSI et bénéficie d'une couverture sociale.

Enfin, au-delà de ces critères d'application automatique, il existe également des possibilités d'affiliation volontaire au RSI dans les cas suivants :

- ◆ **anciens assurés « obligatoires »** n'exerçant aucune activité susceptible d'entraîner leur immatriculation à un régime de sécurité sociale ;
- ◆ **personnes qui participent à l'exercice de l'activité commerciale ou industrielle du chef d'entreprise** sans être rémunérées et sans relever d'un régime obligatoire de sécurité sociale, par exemple un conjoint non marié ou toute autre personne de la famille participant à l'exploitation de l'entreprise ;
- ◆ **ressortissants Français ou d'un autre pays de l'EEE exerçant une activité non salariée artisanale**, industrielle ou commerciale à l'étranger.

2.1.2. Les CFE prennent en charge les inscriptions au RSI

Après **inscription** au Centre de Formalités des Entreprises (CFE), le RSI procède **automatiquement** à l'affiliation et affecte le travailleur indépendant à la caisse locale du RSI compétente en fonction de l'adresse de son domicile. Cette inscription est effective à compter du **début** de l'activité professionnelle.

² Dès lors que le **conjoint détient des parts sociales** dans la société et qu'il exerce une activité professionnelle régulière, le **conjoint** est considéré comme un **conjoint associé** qu'il soit rémunéré ou non.

³ Le **chef d'entreprise** doit **exercer** son **activité** en **entreprise individuelle** ou être le gérant majoritaire d'une SARL, EURL ou SELARL de moins de 20 salariés. Le conjoint doit **exercer** une **activité régulière** dans l'entreprise familiale, sans être rémunéré, ni avoir la qualité d'associé. Le **chef d'entreprise** et son **conjoint** doivent être **mariés** ou **liés** par un PACS.

En outre, à l'occasion de cette inscription, l'indépendant choisit l'organisme conventionné par le RSI opérant dans la région où il habite (cf. point 3. ci-dessous) et qui sera son interlocuteur dans la gestion des prestations d'assurance-maladie.

2.1.3. Les principaux ayants-droit à l'assurance-maladie du RSI sont classiquement les conjoints et les enfants des indépendants

Les ayants-droit appartiennent à quatre catégories :

- ◆ les **conjoints** (même séparés) et les personnes vivant **maritalement** avec un assuré ou liées à ce dernier par un **pacte civil de solidarité** et se trouvant à sa **charge** effective, totale et permanente ;
- ◆ les **personnes** vivant avec l'assuré depuis **12 mois consécutifs** qui se trouvent à sa **charge** effective, totale et permanente ;
- ◆ les **enfants** légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, recueillis, pupilles de la nation dont l'assuré est le **tuteur** :
 - les enfants de **moins** de 16 ans ;
 - les enfants de moins de 20 ans, poursuivant leurs **études** ;
 - les enfants de moins de 20 ans **infirmes** ou atteints d'une **maladie** chronique les mettant dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié ;
 - l'enfant de plus de 20 ans ayant interrompu ses études pour cause de maladie conserve sa **qualité** d'ayant droit jusqu'à la fin de **l'année scolaire** au cours de laquelle il atteint son 21ème anniversaire.
- ◆ Un membre de la famille d'un affilié s'il vit sous son toit et se consacre uniquement aux travaux ménagers et à **l'éducation** d'au moins deux enfants de moins de **14 ans**, à la charge de l'assuré.

2.2. La branche maladie du RSI assure des prestations en nature et en espèces

Le RSI, au titre de la maladie, sert classiquement deux grands types de prestations :

- ◆ **Remboursement de prestations en nature** sur une base identique (depuis le 1^{er} janvier 2001) à celle du régime des salariés pour les artisans, commerçants et professions libérales. L'assuré a systématiquement droit, pour lui même et pour les membres de sa famille, aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité. Toutefois le non paiement des cotisations, lorsqu'il est le fait de la mauvaise foi de l'assuré, peut conduire à la suspension du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, cette sanction n'affectant pas cependant les ayants droit ;
- ◆ **Des prestations en espèces sous la forme d'indemnités journalières**, pour les seuls artisans et commerçants à titre principal et en activité⁴ et sous plusieurs conditions strictes :
 - **être affilié depuis un an au RSI** au titre de l'assurance maladie et relever du RSI au titre de l'assurance vieillesse des artisans ou des industriels et commerçants ;

⁴ Les professions libérales ne bénéficient pas d'indemnités journalières mais peuvent avoir droit, en revanche, comme les artisans et commerçants à une « allocation maternité » en cas de grossesse ou d'adoption et à condition d'être à jour des cotisations échues au 1^{er} octobre précédent l'arrêt.

Annexe V

- **être à jour de l'ensemble des cotisations** d'assurance maladie (cotisations de base et cotisations supplémentaires pour les indemnités journalières) et des majorations de retard éventuellement dues, à la date du constat médical de l'**incapacité** de travail ;
- présenter une **prescription d'arrêt de travail** à temps complet.

Tableau 1 : prestations versées au titre des prestations en nature et en espèces par le RSI

Montants en €	2010	2011	2012
Prestations en nature (y compris maternité)	3 770 710 993	3 917 438 415	4 121 551 386
Prestations en espèces (y compris maternité)	300 222 677	323 568 603	344 461 812
Total	4 070 933 670	4 241 007 018	4 466 013 198

Source : rapports d'activité de la ROCA et d'AROCMUT

Le RSI a servi en 2012 près de 4,5 milliards d'euros de prestations aux bénéficiaires de ce régime. Les montants des remboursements de prestations en nature excèdent très largement ceux versés au titre des indemnités journalières (IJ). Certes, les IJ représentent au RSI des montants, en proportion, deux fois plus importants qu'à la CNAMTS ou à la MSA (8 % des PN contre 4 %), mais il s'agit, avant tout du résultat de prestations en nature moyennes par bénéficiaire très nettement inférieures au RSI, par rapport à la CNAMTS.

2.3. Avec le développement du statut d'auto-entrepreneur, les effectifs du RSI ont très fortement augmenté, la hausse tendant toutefois à se réduire à partir de 2012

Sur la période récente, le RSI a connu une hausse forte et constante de ses effectifs, due notamment à la création du statut d'auto-entrepreneur⁵ : depuis 2007, les effectifs couverts au RSI ont augmenté de 26,5 %, soit 863 393 personnes protégées supplémentaires.

L'essentiel de la hausse est imputable à l'apparition des auto-entrepreneurs à partir de 2009, mais surtout en 2010 et 2011 (+16,5 % en deux ans). Au total, sur les 863 393 nouveaux affiliés depuis 2007, les auto-entrepreneurs représentent 805 628 individus.

Les effectifs se sont accrus en moyenne annuelle de près de 5 % par an depuis 2007. Cela étant, l'évolution tend à se ralentir : elle n'était plus que de 2,1 % en 2012.

Tableau 2 : Effectifs des personnes protégées au RSI depuis 2007

	Fin 2007	Fin 2008	Fin 2009	Fin 2010	Fin 2011	Fin 2012	Variation depuis 2007	Variation depuis 2007 en %
Total	3 263 309	3 376 982	3 454 899	3 876 158	4 041 061	4 126 702	863 393	26,46 %
<i>Dont auto-entrepreneurs</i>				483 343	683 500	805 628		

Source : rapports d'activité des CNOM

Les restrictions récentes apportées au régime des auto-entrepreneurs pourraient, toutefois, peser sur la dynamique de développement de ce statut et, par voie de conséquence, sur la progression à venir des effectifs du RSI.

Dans le détail, 70 % des personnes protégées sont des « ouvrants droits » et 30 % des ayants droits, cette proportion étant stable dans le temps.

⁵ L'auto-entrepreneur a été créé par la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie avec comme date d'application le 1er janvier 2009.

Annexe V

Tableau 3 : ventilation des personnes protégées entre « ouvrant droits » et « ayants droits »

	2010	2011	2012
Assurés prestataires	2 728 468	2 836 566	2 881 592
Ayants droits	1 147 690	1 204 495	1 245 110
Total des personnes protégées	3 876 158	4 041 061	4 126 702

Source : rapports d'activité des OC

2.4. Le RSI n'est pas un régime « permanent » ce qui conduit à de nombreuses mutations entrantes et sortantes, essentiellement avec le régime général

A la différence de certains régimes marqués par une grande stabilité des bénéficiaires (exploitants agricoles, SNCF, RATP, etc.), les mouvements sur les effectifs du RSI reflètent les mouvements professionnels qui touchent eux-mêmes les indépendants.

Tableau 4 : mouvements affectant la CNAMTS, le régime agricole (MSA et Gamex confondus) et le RSI en 2012

Nom du régime	CNAMTS	Régime Agricole	RSI	Ensemble de l'AMO
Nombre de bénéficiaires	50 922 451	3 184 454	4 069 258	68 592 649
Nombre de mutations internes aux caisses	1 393 660	63 870	154 725	2 698 701
Nombre de mutations sortantes vers d'autres régimes	1 031 803	165 804	323 254	2 308 906
Nombre de mutations entrantes issues d'autres régimes	960 919	145 647	487 734	2 308 906
Nombre de nouveaux affiliés	913 424	26 930	39 500	1 067 949
Nombre total de mouvements	4 299 806	402 251	1 005 213	8 384 462
Dans le total :				
Part des bénéficiaires	74 %	5 %	6 %	100 %
Part des mouvements	51 %	5 %	12 %	100 %
Part des mutations sortantes	45 %	7 %	14 %	100 %
Part des nouveaux affiliés	86 %	3 %	4 %	100 %
Part des mouv. internes	52 %	2 %	6 %	100 %
Part des mutations entrantes	42 %	6 %	21 %	100 %
Taux de nouveaux affiliés	2 %	1 %	1 %	2 %
Taux de mutation interne	3 %	2 %	4 %	4 %
Taux de sortie du régime	2 %	5 %	8 %	3 %
Taux d'entrée dans le régime	2 %	5 %	12 %	3 %
Taux de mouvements	8 %	13 %	25 %	12 %

Source : RNIAM au 1^{er} janvier 2013 - CNAV

Le RSI présente des niveaux de mutations entrantes et sortantes avec les autres régimes particulièrement élevés : 8 % du fichier sont sortis du RSI vers d'autres régimes en 2012 et 12 % sont entrés en provenance d'autres régimes obligatoires, contre une moyenne de 3 % dans les deux cas sur l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Sans atteindre les niveaux observés dans le régime des étudiants (qui connaît une rotation annuelle du tiers de ses bénéficiaires), ce phénomène singularise le RSI par rapport aux autres « grands » régimes que sont le régime général et le régime agricole.

Annexe V

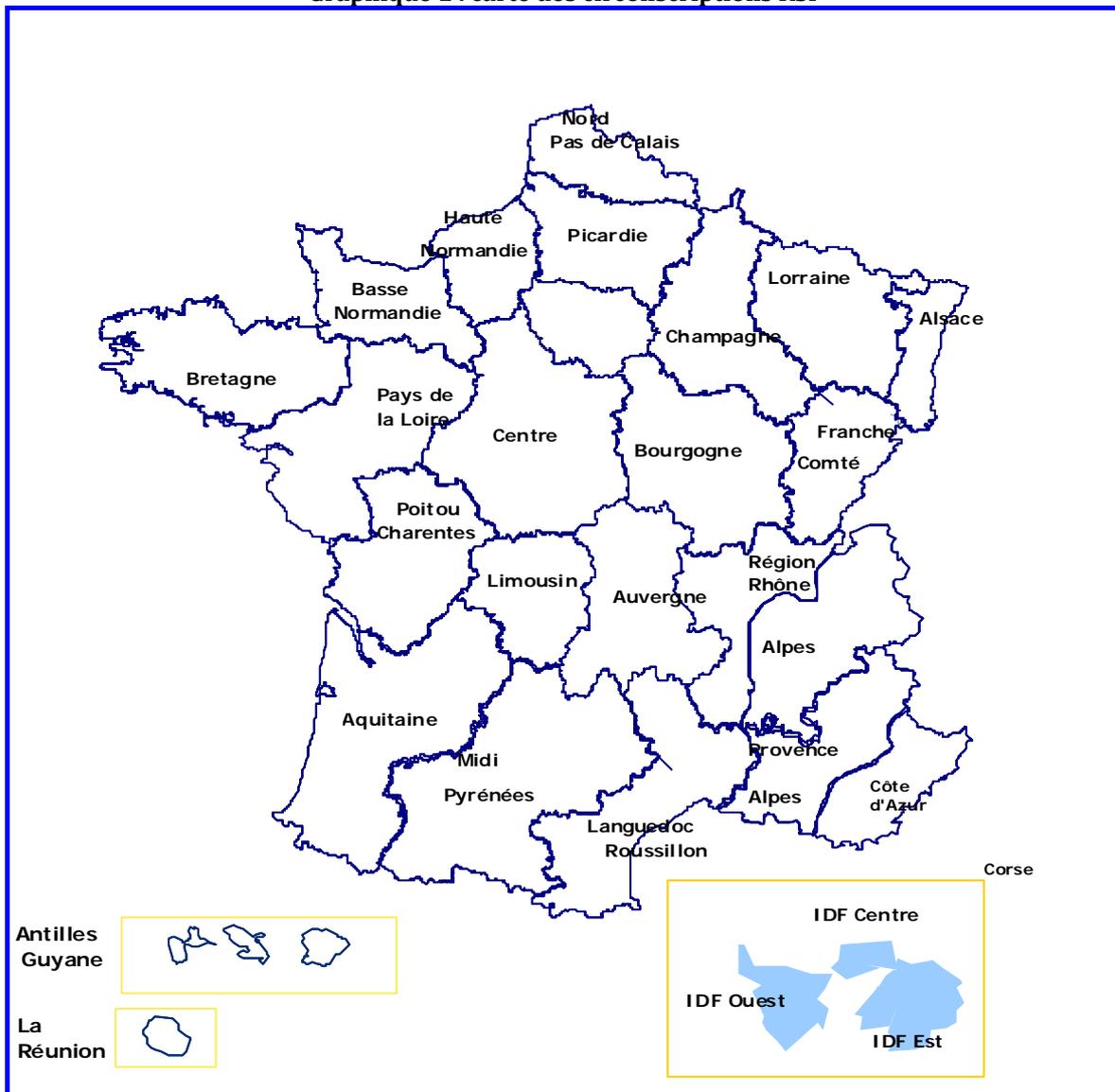
L'essentiel de ces échanges s'effectue avec le régime général : sur les 323 254 sorties du RSI en 2012, 281 058 se sont effectuées vers les RG, soit 87 % des mutations sortantes. Et 92 % des mutations entrantes, soit 449 085, provenaient du régime général.

3. La branche « assurance maladie » du RSI est organisée selon le principe de la délégation de gestion

3.1. Le RSI est présent sur l'ensemble du territoire français au travers d'un réseau de 30 caisses locales

La Caisse nationale du RSI est dirigée par un directeur général, nommé par le Gouvernement, après avis d'un Conseil d'administration composé de 50 membres élus pour 6 ans et bénévoles. L'actuel directeur général est M. Stéphane SEILLIER depuis juillet 2011. M. Gérard QUEVILLON est l'actuel Président de la Caisse nationale du RSI, depuis la fin de l'année 2012.

Graphique 1 : carte des circonscriptions RSI



Source : RSI

Annexe V

Le territoire métropolitain est couvert par 25 caisses, Rhône-Alpes et PACA étant l'une et l'autre dédoublées et l'Île-de-France étant fractionnée en trois entités. S'y ajoutent la Corse, la caisse « Antilles-Guyane » et celle de la Réunion. Enfin, les professions libérales disposent de deux caisses spécifiques, pour Paris et pour la Province.

Chaque caisse est autonome et dispose d'instances de direction qui lui sont propres. Ainsi, chaque caisse est présidée par un représentant élu des artisans, commerçants et industriels, lui-même issu d'un conseil d'administration comprenant de 24 à 36 membres élus, selon la taille de la caisse concernée.

3.2. La gestion du régime d'assurance maladie est partagée entre le RSI et des organismes conventionnés

L'organisation du RSI est l'héritière de l'organisation retenue autrefois pour la CANAM, créée en 1969, alors qu'existaient déjà des organismes d'assurance maladie, non obligatoires à l'époque, dédiés aux indépendants.

Elle consiste dans la délégation d'une très large part de la gestion des ressortissants et de leurs prestations à des organismes dénommés « organismes conventionnés » (OC).

Ainsi, les caisses locales du RSI conservent les missions suivantes :

- ◆ l'affiliation des assurés ;
- ◆ le contrôle des OC ;
- ◆ la gestion du risque ;
- ◆ les missions dévolues au service médical notamment les avis sur actes médicaux et les admissions en ALD.

De leur côté, en vertu de l'article L611-20 du code de la Sécurité sociale, les OC sont en charge, « pour le compte des caisses de base du RSI » des missions suivantes :

- ◆ liquidation des prestations en nature ;
- ◆ liquidation des prestations en espèce ;
- ◆ gestion du fichier des personnes protégées ;
- ◆ recouvrement des cotisations des professions libérales.

C'est la caisse nationale du RSI qui conclut des conventions de délégation précisant le champ géographique d'intervention des OC dès lors qu'ils respectent les conditions suivantes :

- ◆ appartenir à une des catégories énumérées par l'article R611-79 du code de la Sécurité sociale, soit : organismes mutualistes, sociétés d'assurance, groupement de sociétés d'assurance ou organismes relevant du Code de la Sécurité sociale⁶ ;
- ◆ présenter les garanties de leur aptitude à remplir les obligations de gestion du régime ;
- ◆ disposer d'une comptabilité analytique permettant d'identifier les dépenses afférentes à la gestion du régime d'assurance maladie du RSI ;
- ◆ disposer de garanties financières ;
- ◆ disposer d'une structure d'accueil dans chacune des circonscriptions où l'OC est autorisé à opérer.

⁶ Cette disposition permettrait à une CPAM de solliciter un conventionnement auprès de la Caisse Nationale du RSI. Depuis son introduction en 2007, elle n'a jamais été utilisée. La coordination des codes de la Sécurité sociale et du Code rural semblerait également permettre à une caisse de la MSA de solliciter un conventionnement identique.

Annexe V

En outre, l'article R611-83 du code de la Sécurité sociale donne la possibilité à la caisse nationale ainsi qu'aux caisses de base du RSI, de résilier le conventionnement passé avec les OC dès lors que les conditions ci-dessus ne sont plus remplies, en cas de mauvaise gestion ou d'obstruction au contrôle du RSI, ou bien si l'effectif géré par l'OC n'a pas atteint 23 000 personnes protégées pendant une durée de deux années consécutives.

3.3. Les OC se sont très fortement restructurés depuis 2008, la RAM confirmant nettement son statut de premier OC du RSI en termes de part de marché

Partant de plus d'une centaine d'OC à l'origine, en passant par 63 en 2008, il demeurait 25 OC actifs au 31 décembre 2012 :

- ◆ 1 OC assureur comprenant 30 délégations régionales sur l'ensemble du territoire : la réunion des assureurs maladie (RAM), représentée dans les relations avec le RSI par la réunion des organismes conventionnés assureurs (ROCA) ;
- ◆ 24 OC organismes conventionnés mutualistes comprenant 108 délégations régionales. Dans les relations avec le RSI, ils sont représentés par l'association de représentation des organismes conventionnés mutualistes (AROCMUT).

Tableau 5 : Liste des OC au 31 décembre 2012

Catégorie	OC au 31/12/2012	Part de marché
AROCMUT	Mutuelle SMIP	0,55 %
	UTIM LR-MP	0,70 %
	Mutuelle Santé	0,74 %
	Mutuelle Santé des Indépendants	0,75 %
	Mutest	0,83 %
	Mutuelle de France Plus	0,84 %
	Avenir Santé Mutuelle	0,91 %
	Groupe Mutualiste de l'Est	0,94 %
	UMCAPI	0,95 %
	Mutuelle ViaSanté	0,97 %
	UTIM Centre	1,04 %
	Santevie	1,21 %
	MBA Radiance	1,37 %
	Agir Mutuelles	1,42 %
	Mutuelle Existence	1,75 %
	EOVI Mutuelle	1,95 %
	Oreade Previfrance	1,99 %
	Union MTNS Sud-Ouest	2,07 %
	Les Mutuelles du Soleil	2,15 %
	Mutuelle Bleue	2,71 %
	ADREA	3,30 %
	Harmonie Mutualité	3,33 %
	Radiance MPI	3,84 %
	Prevadies	6,45 %
ROCA	Réunion des assureurs maladie (RAM)	57,24 %
Total		100,00 %

Source : RSI

Annexe V

Au début de l'année 2013, le nombre des OC s'est encore réduit à 21 OC avec la fusion de Prévadies, d'Harmonie Mutualité et de la Mutuelle Existence pour constituer « Harmonie Mutuelle »⁷, soit le premier OC mutualiste avec une part de marché approchant 12 % environ et une présence dans 26 des 30 circonscription du RSI.

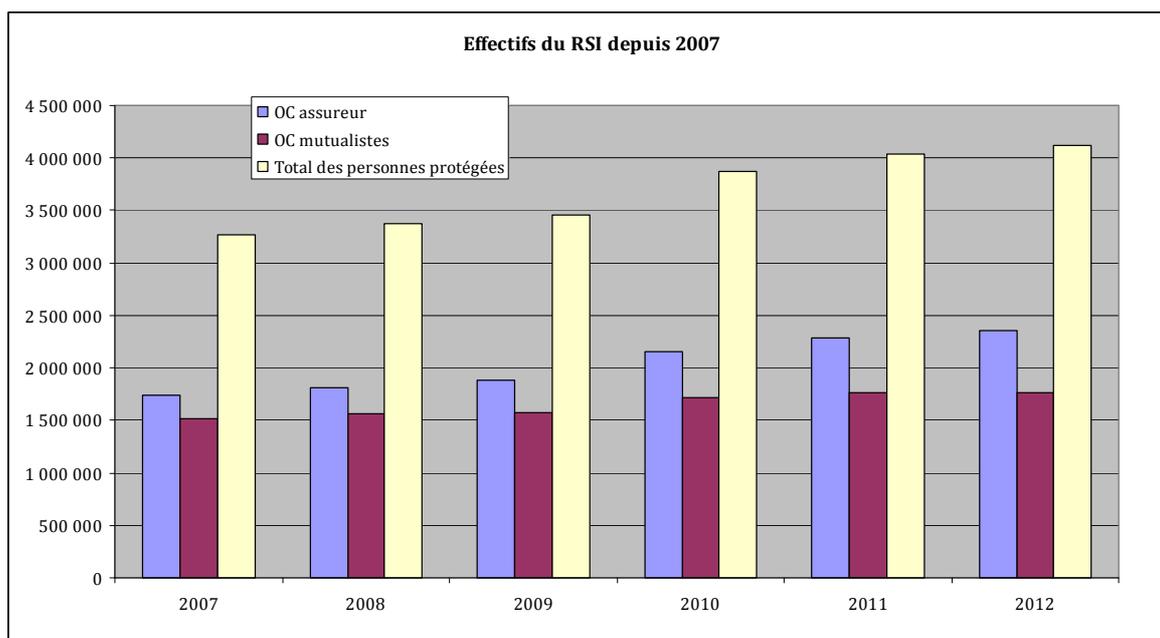
Tableau 6 : parts de marché de la RAM et des OC mutualistes depuis 2007

	Fin 2007	Part	Fin 2010	Part	Fin 2011	Part	Fin 2012	Part
OC assureur	1 744 028	53,4 %	2 153 404	55,56 %	2 281 752	56,46 %	2 362 176	57,24 %
OC mutualistes	1 519 281	46,6 %	1 722 754	44,44 %	1 759 309	43,54 %	1 764 526	42,76 %
Total	3 263 309	100,0 %	3 876 158	100,0 %	4 041 061	100,0 %	4 126 702	100,0 %
<i>Dont auto-entrepreneurs</i>								
OC assureur	-		308 394	63,80 %	436 367	63,84 %	511 593	63,50 %
OC mutualistes	-		174 949	36,20 %	247 133	36,16 %	294 035	36,50 %
Total	-		483 343	100,0 %	683 500	100,0 %	805 628	

Source : rapports d'activité des CNOM

Déjà majoritaire à la constitution du RSI, il apparait clairement que la part de marché de la RAM progresse, de près de 4 points depuis 2007, celle-ci bénéficiant à plein du phénomène des auto-entrepreneurs pour lesquels elle dispose d'une part de marché plus importante encore.

Graphique 2 : évolution des effectifs gérés par le RSI et les catégories d'OC depuis 2007



Source : rapports d'activité des CNOM

⁷ En outre, l'Union Santé Vie (1,21 % des ressortissants du RSI) a été autorisée à transférer ses activités de gestion RO vers Harmonie Mutuelle à compter du 1^{er} janvier 2013.

3.4. La gestion du RSI est encadrée par une COG signée avec l'Etat, les relations avec les OC pour la maladie étant elles aussi encadrées par des CNOM

3.4.1. Le RSI met en œuvre sa deuxième COG avec l'Etat depuis sa création

Le RSI conclut avec l'Etat des conventions d'objectifs et de gestion (COG) quadriennales : la première s'est déroulée sur la période 2008-2011, la deuxième est actuellement en cours sur 2012-2015.

Cette dernière a prévu notamment une quasi stabilisation en valeur des dépenses de personnel (347,4 M€ en 2007 contre 346,7 M€ à l'horizon 2015) mais opère une réduction globale du budget national de gestion du RSI de 3,2 % en valeur : d'une référence à 800,2 M€ en 2011 à 774,9 M€ en 2015.

Parmi les 16 objectifs majeurs identifiés par la COG, un seul (n°15 « *rechercher une meilleure efficacité des fonctions de pilotage et de production* ») a trait à la gestion, les autres concernant les missions du RSI ou ses principales fonctions support (RH et SI).

Cet objectif principal se décline en cinq engagements pour le RSI :

- ◆ piloter les activités et la production ;
- ◆ déployer une dynamique de mutualisation des activités et des compétences ;
- ◆ développer les outils dédiés au pilotage des processus de production majeurs ;
- ◆ poursuivre l'optimisation des procédures d'achat ;
- ◆ inscrire le réseau dans les impératifs de développement durable, notamment en matière immobilière.

En outre, la COG prévoit le suivi de trois indicateurs de pilotage (réduction des écarts de performance sur les processus majeurs entre les caisses RSI / ration moyen de 12 m² de surface utile nette par personne / réduction de la consommation d'énergie) et de deux indicateurs de résultats : le taux de dispersion des coûts de gestion entre caisses (dont les modalités ont été définies fin 2012 et début 2013) et le pourcentage des activités « support » au sein du régime qui doit passer de 26,2 % en 2012 à 24,4 % en 2015.

3.4.2. Les relations entre le RSI et les OC sont régies par des CNOM qui fixent notamment le montant des remises de gestion

Le régime contractualise avec les deux organes nationaux représentant les OC, respectivement la ROCA et l'AROCMUT par l'intermédiaire de conventions nationales d'objectifs et de moyens (CNOM), quadriennales et sur la même période que les COG : 2008-2011, 2012-2015.

La CNOM 2012-2015 rappelle les objectifs de la délégation de gestion. Elle assigne, par ailleurs, aux OC d'autres objectifs en termes de qualité de service et de productivité, dont les délégataires doivent rendre compte sur la base d'un jeu d'indicateurs prédéfinis. Enfin, ces CNOM déterminent les sommes à verser aux OC pour l'accomplissement de leurs obligations et qui sont dénommées « remises de gestion ».

Les remises de gestion versées par la caisse nationale du RSI à la ROCA et à l'AROCMUT se composent :

- ◆ d'une part fixe, répartie entre les deux têtes de réseau par l'application d'un coefficient de répartition extrêmement complexe, à la base annuelle de référence des remises de gestion, elle-même figée dans la COG comme indiqué dans le tableau ci-dessous ;

Annexe V

- ◆ d'une part variable, calculée à partir de quatorze indicateurs de qualité du service rendu. Elle représente 10 % de la rémunération des OC. Sur la CNOM précédente, elle représentait une proportion croissante de 5 à 10 %.

Tableau 7 : bases annuelles de référence des remises de gestion (CNOM 2012-2015)

Remises de gestion	Base en euros courants et constants				
	2011 (rappel)	2012	2013	2014	2015
Part Fixe	188 586 900	187 643 000	186 702 000	184 816 000	181 987 000
Part Variable	20 954 100	20 850 000	20 744 000	20 535 000	20 220 000
Total en euros courants	209 541 000	208 493 000	207 446 000	205 351 000	202 207 000
Evolution annuelle (€ courants)	-	-0,50 %	-0,50 %	-1,00 %	-1,50 %
Inflation annuelle (réalisée pour 2011 et 2012, estimée au-delà)	2,1 %	2,0 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Total en euros constants de 2011	209 541 000	204 204 701	199 195 329	193 887 564	187 727 703
Evolution annuelle (€ constants)	-	-2,5 %	-2,5 %	-2,7 %	-3,2 %

Source : CNOM 2012-2015

A la différence de la CNOM précédente, l'actuelle convention décline la décroissance des remises de gestion actée dans la COG 2012-2015 : à hauteur de -0,5 % en 2012 et en 2013, puis de 1 % en 2014 et 1,5 % en 2015, soit une économie de 7,3 millions d'euros (3,5 %) par rapport la période précédente. Toutefois, la base annuelle de référence de 2011 retenue dans l'actuelle CNOM a repris le montant 2011 des remises de gestion, revalorisé de 2 %.

Les bases annuelles des remises de gestion sont calculées, par ailleurs, sur la base d'une hypothèse d'inflation (1,75 % en 2012 et 1,7 % entre 2013 et 2015) et d'une hypothèse de croissance des effectifs du régime (+3,5 % par an). Si la croissance retenue pour les effectifs semble très supérieure au scénario le plus probable d'évolution des effectifs d'auto-entrepreneurs, la cible d'inflation a apparemment été dépassée en 2012, ouvrant la voie à une demande d'indemnisation spécifique des OC ainsi que la COG l'a prévu.

La CNOM prévoit également une « réserve nationale informatique », d'un montant annuel voisin de 2 millions d'euros, destinée à soutenir les investissements informatiques des OC ou à les accompagner face à des dépenses de fonctionnement exceptionnelles. Sur la CNOM précédente, un seul versement est intervenu sur la base de la réserve : en 2010 pour un montant de 515 935 euros.

Enfin, pour la ROCA uniquement (seule présente dans les DOM), la CNOM prévoit une rémunération décroissante, de 644 000 euros en 2012 à 624 000 euros en 2015. Cette rémunération s'effectue hors base annuelle de référence. Ainsi, pour 2012, c'est ce montant (644 000), versé effectivement à la ROCA qui explique l'écart entre le total des remises versées (209 137 000 euros) par rapport à la base annuelle de référence figurant au tableau 8 ci-dessous pour l'année 2012, soit 208 493 000 euros.

3.5. Les remises de gestion ont progressé en suivant, en partie, la croissance du nombre de personnes protégées

Tableau 8 : remises de gestion totales versées aux OC depuis 2008

Remises de gestion	2008	2009	2010	2011	2012
Remise de gestion - part fixe	97 817 700	99 602 300	100 297 700	103 519 060	106 787 302
Remise de gestion - part variable	6 194 300	7 438 700	8 654 301	11 438 700	11 865 698
Total ROCA	104 012 000	107 041 000	108 952 001	114 957 760	119 297 000

Annexe V

Remises de gestion	2008	2009	2010	2011	2012
Remise de gestion - part fixe	79 885 900	80 762 100	80 531 300	82 010 700	80 855 698
Remise de gestion - part variable	5 099 100	6 078 900	7 002 700	9 112 300	8 984 302
Total AROCMUT	84 985 000	86 841 000	87 534 000	91 123 000	89 840 000
Total des remises de gestion (hors lissage et réserve)	188 997 000	193 882 000	196 486 001	206 080 760	209 137 000
Dotation exceptionnelle de lissage	22 000 000	10 600 000			
<i>Dont part ROCA</i>	<i>10 000 000</i>	<i>5 600 000</i>			
<i>Dont part AROCMUT</i>	<i>12 000 000</i>	<i>5 000 000</i>			
Réserve nationale informatique			515 935		
Total versé aux OC	210 997 000	204 482 000	197 001 936	206 080 760	209 137 000

Source : CNRSI

Hors dotation exceptionnelle dite de « lissage » versée à la suite de la fusion du RSI et de la mise en place de l'ISU et hors mobilisation exceptionnelle de la réserve informatique, les remises de gestion versées aux OC ont cru de 11 % entre 2008 et 2012 (contre une inflation cumulée de 5,8 %), sur une période où les effectifs des personnes protégées ont eux-mêmes progressé de 22 %.

On constate que c'est la RAM qui profite le plus nettement de cette augmentation (+ 14,7 % depuis 2008) quand les remises de gestion aux OC mutualistes n'augmentent que de 5,7 % sur la même période.

Les remises de gestion incluent une remise de gestion particulière correspondant à l'activité de prélèvement des cotisations d'assurance-maladie auprès des professions libérales, qui n'a pas été transférée aux URSSAF comme pour les autres indépendants.

Tableau 9 : remises de gestion « maladie » et « cotisations PL »

Remises de gestion "Cotisations PL"	2008	2009	2010	2011	2012
ROCA	12 111 000	12 597 000	12 698 000	13 187 000	13 500 000
AROCMUT	3 273 000	3 365 000	3 391 000	3 470 000	3 277 840
Total	15 384 000	15 962 000	16 089 000	16 657 000	16 777 840

Source : CNRSI

Cette activité de prélèvement des cotisations des professionnels libéraux se concentre chez un petit nombre d'acteurs : trois OC mutualistes (Mut. Est, Mutuelles du Soleil et Prévadies) et la RAM qui en détient le plus grand nombre, d'où la part prépondérante des remises de gestion afférentes qui lui revient (80 % en 2012).

3.6. Malgré la hausse des remises de gestion, les OC présentent des résultats d'exploitation contrastés sur le champ de la délégation « maladie »

Tableau 10 : résultats d'exploitation des OC

		2010	2011	2012
ROCA	Produits d'exploitation	138 032 684	140 606 341	142 976 631
	Charges d'exploitation	132 941 755	136 252 172	136 341 449
	Résultat	5 090 929	4 354 169	6 635 182
AROCMUT	Produits d'exploitation	89 889 811	94 395 184	96 786 201

Annexe V

		2010	2011	2012
	Charges d'exploitation	100 363 820	100 989 979	103 890 953
	Résultat	-10 474 009	-6 594 795	-7 104 752

Source : rapports d'activités des OC

Alors que la RAM dégage des résultats positifs de manière récurrente, les OC mutualistes ont affiché des pertes importantes au cours des trois derniers exercices. En 2012, la perte représente encore plus de 7 % des produits.

La mission n'a pas été en mesure de vérifier les imputations comptables opérées par la vingtaine d'OC mutualistes regroupées dans l'AROCMUT.

Certains de ces organismes disposent d'activités dans le domaine de la couverture complémentaire. Or comme la mission l'a constaté chez les mutuelles étudiantes, par exemple, certains principes de répartition comptable de charges communes aux parts obligatoire et complémentaire peuvent conduire à une surestimation du coût de l'activité RO.

Cela étant, les restructurations massives et rapides observées au sein des OC mutualistes au cours des dernières années inclinent à considérer que les résultats de ces opérateurs sont aujourd'hui généralement négatifs ou faibles dans le meilleur des cas.

3.7. Les systèmes d'information du RSI connaissent des évolutions importantes

Un premier schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) du RSI a été mis en œuvre de 2007 à 2011. Le deuxième SDSI se déroule actuellement (2012-2015), en articulation avec la COG et les CNOM qui courent sur la même période.

Même si la fiabilisation de l'ISU constitue de loin la priorité du RSI en matière de SI, les SDSI comportent néanmoins des objectifs clairs de rationalisation des SI en matière de santé.

A cet égard, le volet « santé » du dernier SDSI prévoit notamment la refonte du traitement des IJ et des interfaces RSI/OC y afférentes mais aussi la mise à disposition des bénéficiaires du régime, sur le portail du RSI, d'informations individuelles en matière de prestations « santé », sur le modèle de ce dont disposent les salariés avec le compte « ameli ».

Pour ce qui touche aux applications utilisées par les OC, la totalité d'entre eux a désormais fait le choix de l'infogérance :

- ◆ Apria RSA a retenu à la fin de 2012 la solution de Cégédim (Activ RO) en infogérance, pour le remplacement, à l'horizon 2016, du progiciel Esquif RO qu'Apria RSA utilisait depuis 20 ans⁸ ;
- ◆ L'ensemble des OC mutualistes utilisent aujourd'hui, soit la solution myStarweb développée par CIMUT, soit la solution Activ RO (Cégédim) proposé par le GIE SIROCO.

Sous l'impulsion de la Caisse nationale du RSI, qui a inscrit cet objectif dans la dernière CNOM 2012-2015, les OC mutualistes ont également été amenés à rationaliser leur organisation informatique. Initialement répartis sur 4 centres informatiques, les OC affiliés à l'AROCMUT sont à présent organisés autour de deux centres informatiques de taille voisine :

- ◆ CIMUT à Quimper proposant les services du logiciel myStarweb ;
- ◆ SIROCO à Nîmes, exploitant le logiciel Activ-RO (Cégédim).

⁸ La mise en concurrence avait abouti à sélectionner la MSA, jugée trop chère par Apria RSA, Oracle qui souhaitait s'implanter sur le marché français avec un applicatif importé des Pays-Bas et Cégédim.

4. Les coûts de gestion du RSI apparaissent élevés même si la productivité s'est améliorée à la faveur de la forte hausse des effectifs affiliés depuis 2010

4.1. La commission nationale des comptes de la Sécurité sociale (CNCSS) a été jusqu'à présent la principale source de connaissance des coûts de gestion

4.1.1. La méthodologie retenue par la CNCSS est sommaire mais robuste

Les coûts de gestion du RSI sont examinés chaque année par la Commission nationale des Comptes de la Sécurité Sociale (CNSS), comme tous les organismes publics concourant à la protection sociale.

Dans ce cadre, les charges de gestion courante de la branche maladie du RSI résultent de l'application d'une clé de répartition annuelle arrêtée par la CNSS (48,3 % pour la maladie et les IJ en 2011⁹) à un montant global de charges administratives pour le RSI (toutes branches et toutes activités).

Ainsi, ce dernier montant s'élève pour 2011 à 781 millions d'euros, lui-même issu d'un total de charges brutes de 855 millions d'euros figurant au budget national de gestion administrative (BNGA), dont sont retranchés 73 millions d'euros de produits de gestion.

L'application du coefficient de répartition conduit à une part « maladie » de l'ordre de 370 millions d'euros à laquelle est ajoutée la part « maladie » du budget de médecine préventive également géré par le RSI.

Tableau 11 : modalités de calcul du coût de gestion du RSI pour 2011

	2011
Total des charges brutes de gestion administrative	854 592 404
Total des produits de gestion administrative	72 769 928
Total des charges nettes de gestion administrative	781 822 476
Part « Maladie » par application du coefficient de répartition	377 898 194
Part « Maladie » du budget de médecine préventive	11 960 000
Total des charges de gestion « Maladie » pour le RSI	389 844 126

Source : CNRSI

4.1.2. Le RSI commence seulement à disposer d'une comptabilité analytique aboutie

Le RSI a engagé une démarche progressive de déploiement d'une comptabilité analytique à compter de 2010. Elle a permis d'aboutir à une ventilation des coûts selon 22 fonctions de base (cf. tableau ci-dessous) dont les montants et les ETP sont ultérieurement ventilés entre les différents risques gérés par le RSI.

⁹ La maladie est ainsi la première activité du RSI, devant le régime de base vieillesse (36 %), la complémentaire vieillesse (13,6 %), l'invalidité-décès (0,7 %), etc.

Annexe V

Tableau 12 : comptabilité analytique 2012 du RSI - branche « Maladie »

Processus fonctionnels	Maladie (hors-IJ)	Nb ETP réseau Maladie (hors-IJ)	IJ	Nb ETP réseau IJ	Invalidité	Nb ETP réseau Inval.	Total maladie	Total ETP Maladie
A1. Affilier (Affilier-Modifier-Radier)	8 890 474	90,1	1 543 082	15,6	4 213 679	42,7	14 647 236	148,4
B1. Conseiller et informer	532 955	4,5	535 207	4,5	1 460 682	12,4	2 528 844	21,4
B2. Accueillir	2 118 925	23,0	1 424 050	15,5	3 885 199	42,2	7 428 174	80,7
C1. Collecter les revenus	954 242	4,7	232 581	1,1	634 828	3,1	1 821 651	8,9
C2. Appeler les cotisations des PL	6 301 040	2,5	0	0,0	0	0,0	6 301 040	2,5
C3. Traiter une demande de rachat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
D1. Liquider la pension d'invalidité	0	0,0	0	0,0	15 177 586	71,6	15 177 586	71,6
D2. Liquider la pension de retraite	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
D3. Liquider la pension de réversion	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
D4. Attribuer un capital décès	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
E1. Traiter une demande d'ASS	1 081 160	9,4	485 071	4,2	1 323 154	11,5	2 889 384	25,1
E2. Attribuer la CMU-CS	12 573 729	114,1	0	0,0	0	0,0	12 573 729	114,1
E3. Traiter une demande d'IDD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
F1. Recouvrer les cotisations	21 768 596	185,1	2 318 911	19,7	3 422 465	29,1	27 509 972	234,0
F2. Recourir contre un tiers	7 550 125	52,4	1 173 662	8,2	689 425	4,8	9 413 212	65,4
F3. Recouvrir les indus	92 316	0,6	214 471	1,4	599 357	3,9	906 145	5,9
G1. Donner un avis médical	17 860 327	121,1	16 926 876	114,8	472 661	3,2	35 259 864	239,1
G2. Conduire une action de prévention	12 925 931	72,6	0	0,0	0	0,0	12 925 931	72,6
G3. Conduire une action de gestion du risque	1 931 343	12,2	0	0,0	451 238	2,8	2 382 582	15,0
H1. Maîtriser les missions confiées aux OC	217 213 539	55,2	0	0,0	0	0,0	217 213 539	55,2
J1. Traiter un recours amiable	878 644	5,8	239 447	1,6	653 260	4,3	1 771 350	11,8
J2. Intervenir en juridiction	3 001 903	15,2	1 397 353	7,1	686 642	3,5	5 085 898	25,7
Total	315 675 250	768,52	26 490 710	193,68	33 670 175	235,11	375 836 135	1 197,31

Source : CNRSI

Cette comptabilité analytique ne boucle, toutefois, pas encore complètement avec la comptabilité générale du RSI. Les charges reprises de manière analytique ne représentent à ce jour que 97 % du total des charges constatées par le régime.

En outre, la mission a pu constater que certains retraitements mériteraient encore d'être stabilisés et harmonisés. Ainsi, alors que le RSI retient dans le total des coûts de la branche « maladie » (375,8 M€) une fraction de la fonction d'accueil (B2 ci-dessus), la caisse nationale ne retient pas les 80,7 ETP identifiés sur cette fonction dans le calcul de l'effectif affecté au risque « maladie ».

Annexe V

Toutefois, l'ordre de grandeur des coûts imputables au risque maladie selon les retraitements analytiques du RSI (375,8 M€ en 2012) apparaît cohérent avec le résultat des travaux de la CNCSS : plus de 400 M€ en 2012.

4.2. Les coûts de gestion du RSI ont progressé selon la CNCSS mais moins vite que les effectifs affiliés à ce régime

Les coûts de gestion du RSI ont augmenté de 18,9 % depuis 2006, pour dépasser 416 M€ (chiffre prévisionnel 2013) selon la CNCSS. Cependant, dans le même temps, les bénéficiaires du régime ont augmenté de 34 %.

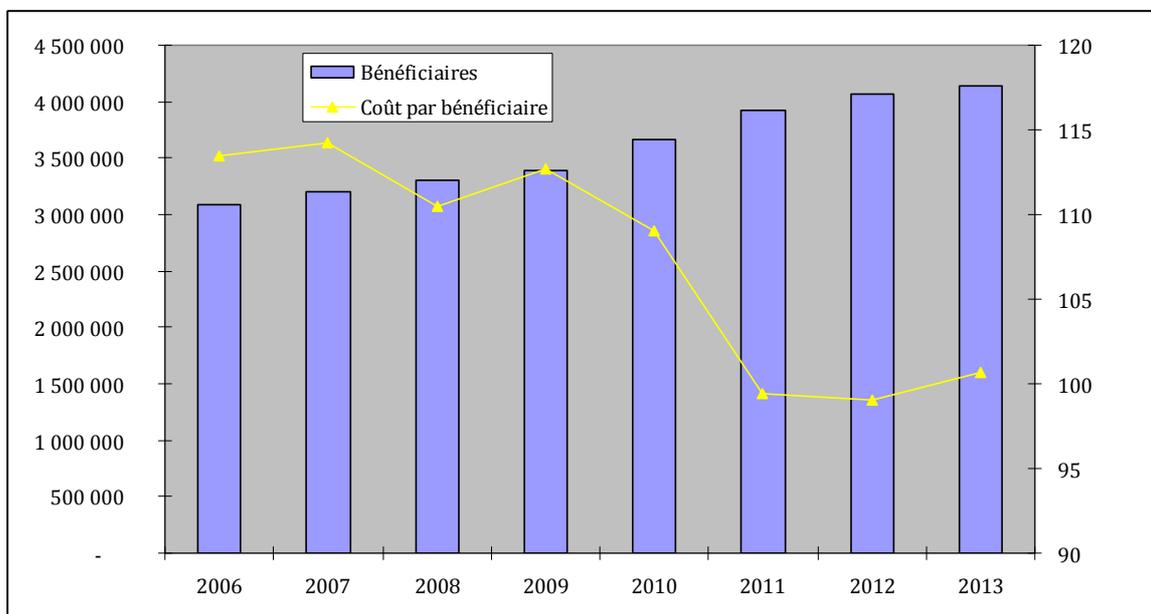
Tableau 13 : coûts de gestion selon la Commission des Comptes de la Sécurité sociale

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Charges de gestion courante (en M€)	350,4	365,1	365,3	381,5	398,9	389,6	402,7	416,7
Bénéficiaires	3 087 976	3 195 476	3 307 476	3 385 000	3 658 416	3 917 224	4 065 028	4 140 458
Coût par bénéficiaire (en €)	113	114	110	113	109	99	99	101

Source : rapports de la CCSS

Ainsi que l'indique clairement le graphique ci-dessous, la forte hausse du nombre des bénéficiaires sur les années 2010 et 2011 (+16,5 %) s'est traduite par une amélioration concomitante du coût par bénéficiaire qui baisse alors de 12 % en deux ans, pour se stabiliser de nouveau depuis lors.

Graphique 3 : évolutions comparées du nombre des bénéficiaires du RSI et des coûts de gestion



Source : CNSS

Annexe V

Il semble que l'amélioration du ratio de gestion « coûts par bénéficiaire » depuis 2008, inhérente à la hausse forte en 2010 et 2011 du nombre de bénéficiaires auto-entrepreneurs, soit surtout sensible dans les services du RSI (-10,7 %) et pour la RAM (-11,8 %). En revanche, le coût par bénéficiaire des OC mutualistes a plus légèrement baissé sur la période : -3,1 %.

Tableau 14 : coût de gestion par bénéficiaire des OC et des services du RSI

	2008	2009	2010	2011	2012	Evol.
Total Remises de gestion aux OC	188 997 000	193 882 000	196 486 001	206 080 760	209 137 000	10,7 %
Dont ROCA	104 012 000	107 041 000	114 957 760	114 957 760	119 297 000	14,7 %
Personnes protégées ROCA	1 815 503	1 882 463	2 153 404	2 281 752	2 362 176	30,1 %
Coût par bénéficiaire ROCA	57,3	56,9	53,4	50,4	50,5	-11,8 %
Dont AROCMUT	84 985 000	86 841 000	87 534 000	91 123 000	89 840 000	5,7 %
Personnes protégées AROCMUT	1 561 479	1 572 436	1 722 754	1 759 309	1 702 852	9,1 %
Coût par bénéficiaire AROCMUT	54,4	55,2	50,8	51,8	52,8	-3,1 %
Coûts de gestion - part RSI	176 303 000	187 618 000	202 413 999	183 519 240	193 563 000	9,8 %
Part RSI par bénéficiaire	53,3	55,4	55,3	46,8	47,6	-10,7 %

Source : CNRSI et calculs de la mission

4.2.1. L'approche en « bénéficiaires par ETP » confirme l'amélioration de la productivité des OC sur la période récente

Tableau 15 : Ratio « bénéficiaires par ETP » pour les OC

		2010	2011	2012
ROCA	Effectifs (en ETP)	1 290	1 316	1 387
	Personnes protégées	2 153 404	2 281 752	2 362 176
	Nombre de bénéficiaires par ETP	1 669	1 734	1 703
AROCMUT	Effectifs (en ETP)	1 314	1 308	1 251
	Personnes protégées	1 722 754	1 759 309	1 702 852
	Nombre de bénéficiaires par ETP	1 311	1 345	1 361

Source : rapports d'activité des OC et questionnaire IGF-IGAS

Sur la période récente, le ratio des bénéficiaires par ETP s'améliore de 2 % pour la RAM et de 3,8 % pour les OC mutualistes. La donnée relative aux ETP affectés au risque « maladie » au RSI n'étant disponible que pour l'année 2012 (1 485 ETP), il n'a pas été possible d'analyser son évolution.

Pour 2012, le ratio bénéficiaires par ETP du régime dans son ensemble (RSI + OC) s'établit à 986 bénéficiaires par ETP.

4.3. Les coûts de gestion du RSI apparaissent plus élevés que ceux du régime général

Les comparaisons établies sur la base des travaux de la CNCSS aboutissent à positionner le RSI-maladie comme plus cher ou moins efficient que la moyenne des régimes de base, que la comparaison se fonde sur les coûts de gestion par bénéficiaires (99,5 contre 96 et même 91 pour le régime général) ou plus encore sur les coûts de gestion rapportés aux prestations servies dans la mesure où la dépense de santé des bénéficiaires du RSI est très inférieure à celle des bénéficiaires gérés par la CNAMTS : 5,2 % contre une moyenne à 3,7 %.

Tableau 16 : Charges de gestion, dépenses en prestations (en M€) et effectifs de bénéficiaires des régimes de base d'assurance maladie en 2011

Régime	Charges de gestion courante en M€ (1)	Prestations sociales en M€ (3)	Bénéficiaires (maladie et AT) en milliers (4)	Ratio frais de gestions sur prestations (1)/(3)	Charges de gestion par bénéficiaire en € (1)/(4)
Régime général	5 298*	150 760	58 291**	3,5 %	90,9
RSI	390	7 466	3 917	5,2 %	99,5
Salariés agricoles	275	4 271	1 825	6,4 %	150,4
Exploitants agricoles	259	7 131	1 626	3,6 %	159,3
CNMSS	78	1 623	878	4,8 %	88,3
SNCF	54	1 825	542	2,9 %	98,9
RATP	20	284	105	6,9 %	187,5
CANSSM	69	1 299	169	5,3 %	410,2
ENIM (marine)	22	321	107	6,7 %	202,5
CRPCEN (clercs de notaires)	17	325	114	5,3 %	152,0
CAVIMAC (cultes)	8	166	43,4	4,8 %	185,2
CCIP	1	19	8,25	5,8 %	131,5
Port autonome de Bordeaux	0	1	0,74	33,0 %	345,1
Total	6 489	175 491	67 627	3,7 %	96,0
<i>Part du régime général</i>	<i>81,6 %</i>	<i>85,9 %</i>	<i>86,2 %</i>	<i>NA</i>	<i>NA</i>

Source : DSS/bureau 6A, calculs de la mission IGAS/IGF.

* Ont été retranchés des 5 914 M€ qui figurent dans les comptes de la sécurité sociale 616 M€ qui correspondent au versement effectué par la CNAMTS au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS et de l'UCANSS.

**donnée RNIAM

Cela étant, selon ces mêmes indicateurs, le RSI se compare avantageusement avec la quasi-totalité des régimes spéciaux, voire l'autre grand régime de base qu'est la MSA.

5. Plusieurs facteurs induisant des surcoûts en gestion et une complexité accrue, ont été identifiés par la mission

5.1. Certaines dispositions légales ou réglementaires pèsent lourdement sur les coûts de gestion du régime des indépendants

5.1.1. Le traitement des poly-actifs est lourd et complexe

La gestion actuelle des droits à l'assurance maladie des assurés dits « poly-actifs » (activité salariée et activité indépendante concomitante) place souvent les personnes concernées dans des situations difficiles.

Annexe V

Or avec le développement du statut d'auto-entrepreneur, ces situations ont tendance à devenir plus fréquentes. Le nombre des poly-actifs identifiés au RSI s'élevait à 398 211 personnes en 2012, soit 9,6 % des personnes protégées.

A ce jour, s'agissant de l'assurance maladie, le rattachement soit à la CNAMTS, soit au RSI est fonction de l'importance relative des revenus dégagés par l'activité salariée et par l'activité indépendante. Le rapport entre ces deux catégories de revenus est déterminé au début de la première année ayant vu apparaître la situation de poly-activité¹⁰. Il est réexaminé tous les trois ans ultérieurement.

Certes l'article L 613-4 prévoit que le rattachement s'effectue au choix de l'assuré. Cependant, les décrets d'application de cette disposition n'ont jamais été pris et c'est le dispositif réglementaire qui s'applique *contra legem*.

En l'état, ce dispositif est difficile à gérer pour les OC. La recherche des éléments permettant de définir le revenu principal est souvent longue et le suivi triennal constitue une charge de travail importante.

Le dispositif est mal compris des assurés. En effet, lors des transferts éventuels, il arrive qu'il cause des ruptures d'accès aux prestations et que les assurés perdent le bénéfice de la carte Vitale.

Le changement de régime éventuel intervient parfois après plusieurs années de poly-activité, donc avec un grand décalage qui ne le rend pas facilement compréhensible. Les assurés ne comprennent pas ces changements d'interlocuteurs et de guichets souvent difficiles qui ne tiennent pas compte de leur volonté.

Deux options principales de simplification existent alors :

- ◆ Les changements de régimes n'interviendraient qu'à la demande des assurés, ce qui rendrait le dispositif cohérent avec la loi. Les assurés supporteraient naturellement les cotisations de l'assurance maladie des deux côtés, sans adaptation ou restriction, notamment pour éviter les comportements d'optimisation. L'accès aux indemnités journalières, sous réserve de modifications des textes, pourrait s'envisager de manière cumulative à la fois auprès du RG et auprès du RSI. **Cette option, qui a la faveur de la mission, permettrait de supprimer l'examen périodique par le RSI des revenus des assurés, tout en responsabilisant davantage ces derniers.**
- ◆ La personne devenant travailleur indépendant avec un statut de poly-actif resterait pendant les trois premières années d'activité, affiliée à son régime d'origine, le régime général dans la grande majorité des cas. A l'issue de la troisième année d'activité indépendante, il serait procédé par le RSI à une détermination de son activité principale selon les règles actuelles d'analyse. Au vu de cette analyse, il est procédé soit à l'affiliation de cette personne au RSI (si l'activité indépendante est majoritaire) soit à son maintien dans le régime d'origine. Au bout d'une année, toutefois, elle pourrait demander à changer de régime. Là encore, les assurés supporteraient les cotisations de l'assurance maladie des deux côtés et l'accès aux indemnités journalières serait également envisagé de façon cumulative.

Cette option maintient un examen des revenus, mais décalé dans le temps, ce qui a pour effet d'éviter d'examiner la situation de poly-actifs brièvement inscrits au RSI et dont l'activité, par exemple d'auto-entrepreneur, n'a été que très temporaire.

¹⁰ La jurisprudence (Cour de Cassation 12 mai 2011) semble s'orienter vers une interprétation des textes qui conduit à déterminer le rattachement en partant des revenus dégagés lors de la deuxième année de poly-activité, plutôt que sur la base des revenus de la première année qui ne sont pas toujours représentatifs.

5.1.2. Les situations de maintien de droit alourdissent également la gestion du fichier des bénéficiaires

En l'absence de cotisations sur une période de deux ans, le RSI procède à la radiation de l'affilié. Toutefois, en l'absence de réponse de l'assuré quant au régime auquel il serait rattaché à défaut, le RSI est amené à octroyer des maintiens de droits (MD), année par année, à un nombre croissant d'assurés.

Le maintien des droits (MD) aux prestations maladie concerne plus de 468.000 assurés du RSI à fin décembre 2012. Cette population est en croissance de 26 % sur un an (contre +7 % en 2011), ce qui semble être le contrecoup de la vague d'auto-entrepreneur des années 2009 et 2010 dont une fraction significative n'a jamais exercé d'activité.

Pour 193 000 d'entre eux, ils le sont depuis moins d'un an (à la date du 31/12/2012), en progression de 43 % sur l'année. Ils sont en maintien des droits depuis plus d'un an pour 275 000 (+17 % en un an). Parmi ces derniers, 104.000 étaient en maintien des droits depuis plus de 8 ans.

Même si la consommation des MD les plus anciens semble extrêmement faible, la gestion de ces assurés génère un travail administratif lourd et largement inutile. Les faibles consommations enregistrées pour ces assurés inclinent en effet à considérer qu'ils sont couverts par ailleurs.

L'interrogation du RNIAM pour le stock des MD serait théoriquement envisageable, mais elle susciterait un travail considérable.

La mission considère qu'il pourrait être proposé de procéder à des **mutations automatiques vers le régime général à l'échéance d'un an après la radiation prononcée par le RSI**. Cette mesure consiste à faire du régime général le régime par défaut. Certes, cette disposition pourrait aboutir à certaines doubles affiliations mais il s'agirait, dans l'immense majorité des cas, de régulariser une situation de fait et de libérer le fichier du RSI d'un assuré inactif. Pour mémoire, 87 % des mutations sortantes du RSI vont vers le régime général.

5.1.3. La vérification de l'exactitude des cotisations payées pèse sur le processus de gestion des PE au RSI

Le droit des prestations en espèces au RSI présente une particularité forte (cf. point 2.2 ci-dessus). Pour être éligible à ces prestations, l'assuré doit **être à jour de l'ensemble des cotisations** d'assurance maladie (cotisations de base et cotisations supplémentaires pour les indemnités journalières et des majorations de retard éventuellement dues), à la date du constat médical de l'**incapacité** de travail.

C'est au RSI qu'il incombe de procéder à cette vérification à la réception de l'avis d'arrêt de travail, avant calcul des sommes dues puis liquidation des indemnités journalières par l'OC. Il s'agit d'un travail lourd et fastidieux.

A titre de simplification, la mission considère que la réglementation pourrait être adaptée pour n'imposer le contrôle de l'actualisation des droits qu'à réception de l'arrêt de travail initial, ce qui permettrait d'éviter un tel contrôle dans tous les cas de prolongation d'un arrêt de travail.

5.2. La dématérialisation du processus PN apparaît légèrement en retard au RSI par rapport au régime général

La mission a examiné le niveau de dématérialisation du processus des prestations en nature au sein des OC du RSI.

Annexe V

Tableau 17 : évolution de la dématérialisation des feuilles de soin

		2010	Prop.	2011	Prop.	2012	Prop.
ROCA	Nombre de décomptes issus de FSP	5 739 763	17 %	5 750 204	15 %	5 052 565	13 %
	Nombre de décomptes issus de flux externes non sécurisés	2 948 733	9 %	3 402 623	9 %	4 235 462	11 %
	Nombre de décomptes issus de FSE (Sésame Vitale)	25 300 649	74 %	27 956 241	75 %	30 173 582	76 %
	Total	33 989 145	100 %	37 109 068	100 %	39 461 609	100 %
AROCMUT	Nombre de décomptes issus de FSP	5 836 105	18 %	4 907 531	14 %	3 976 409	12 %
	Nombre de décomptes issus de flux externes non sécurisés	3 304 232	10 %	3 521 399	10 %	3 707 666	11 %
	Nombre de décomptes issus de FSE (Sésame Vitale)	23 928 058	72 %	25 970 476	75 %	25 896 151	77 %
	Total	33 068 395	100 %	34 399 406	100 %	33 580 226	100 %
Total RSI	Nombre de décomptes issus de FSP	11 575 868	17 %	10 657 735	15 %	9 028 974	12 %
	Nombre de décomptes issus de flux externes non sécurisés	6 252 965	9 %	6 924 022	10 %	7 943 128	11 %
	Nombre de décomptes issus de FSE (Sésame Vitale)	49 228 707	73 %	53 926 717	75 %	56 069 733	77 %
	Total	67 057 540	100 %	71 508 474	100 %	73 041 835	100 %

Source : rapports d'activité et calculs de la mission

Malgré une nette amélioration enregistrée en 2012 (-3 points), il subsiste une proportion de feuilles de soin papier (FSP) très supérieure chez les OC du RSI à ce qu'elle est désormais au sein du régime général : 12 % en 2012 au RSI contre 10 % pour le régime général. En outre, la proportion de feuilles de soin électroniques (FSE) est elle aussi légèrement inférieure (77 % contre 78 % en 2012), la part des flux dégradés étant plus importante. Ces derniers constituent certes un progrès dans l'automatisation des traitements mais supposent des retraitements plus fréquents que les FSE.

Annexe V

Il est peu probable que les professionnels de santé fréquentés par les ressortissants du RSI soient significativement différents de ceux consultés par les affiliés au régime général. Par conséquent, l'hypothèse la plus probable pour expliquer un taux de FSP supérieur tiendrait plutôt au comportement de certains artisans, commerçants et libéraux. Soit ils ne disposeraient pas de leur carte Vitale pour des raisons qui leurs sont extérieure, soit ils se montreraient négligents quant à la présentation de leur carte.

Le processus PE reste également peu automatisé. Toutefois, les actuelles CNOM actent le principe de la mise en œuvre d'une nouvelle application informatique visant à refondre totalement la liquidation des indemnités journalières et les échanges qu'elle implique entre les OC et les caisses du RSI.

5.3. Des différences notables d'efficience existent entre les OC du RSI et au sein du réseau du RSI

5.3.1. Les performances de gestion varient très nettement entre les OC du RSI

Sur la base d'un questionnaire analytique, la mission a interrogé la RAM et les 6 OC mutualistes détenant les parts de marché les plus importantes.

Malgré la très grande hétérogénéité des données obtenues¹¹, la mission est parvenue à approcher les coûts par bénéficiaires des principaux délégataires du RSI.

Tableau 18 : coûts de gestion comparés entre OC du RSI

OC	RAM	ADREA	Harmonie Mutuelle	MTNS Sud Ouest	Mutuelle Bleue	Mutuelles du Soleil	Radiance MPI
Millésime	2011	2012	2012	2012	2012	2012	2011
Nombre d'assurés	1 581 167	94 827	320 643	63 986	77 603	64 287	
Nombre de bénéficiaires	2 281 752	135 447	444 150	90 955	111 647	88 724	145 779
Total des dépenses (yc recouvrement)	110 387 885					4 362 381	
Total des dépenses (hors recouvrement)	96 230 502	6 933 250	22 362 313	4 714 691	6 567 292	4 076 221	7 940 756
Cout par bénéficiaire (yc recouvrement)	48,4	-	-	-	-	49,2	-
Cout par bénéficiaire (hors recouvrement)	42,2	51,2	50,3	51,8	58,8	45,9	54,5

Source : questionnaire et calculs de la mission

Le coût par bénéficiaire moyen (pondéré par les nombres de bénéficiaires) s'élève à 45,1 € hors recouvrement des cotisations des PL, résultat tiré vers le bas par la RAM qui se trouve être la seule en-dessous de cette valeur. On note, toutefois, de fortes variations entre les OC mutualistes eux-mêmes dont le coût varie de 45,9 € par bénéficiaire (Mutuelles du Soleil) à 58,8 € (Mutuelle Bleue).

¹¹ Certains questionnaires (MTNS Sud Ouest) ne comportent par exemple qu'un seul chiffre global pour les coûts de gestion de l'AMO.

Annexe V

Ce coût s'élève à 48,4 pour ceux assumant un recouvrement de cotisations des PL : RAM, Harmonie Mutuelle (mais qui a rempli le questionnaire « hors recouvrement) et les Mutuelles du Soleil.

5.3.2. La Caisse nationale du RSI entend s'appliquer à réduire la dispersion des performances de gestion au sein du réseau du RSI, ce qui recouvre un enjeu important

5.3.2.1. La CNRSI s'est dotée des outils nécessaires à un pilotage renforcé

En application de l'actuelle COG, la Caisse nationale du RSI travaille actuellement à la définition d'indicateurs permettant d'appréhender la dispersion des performances de gestion entre caisses régionales du RSI.

Les caisses ont été réparties en cinq groupes :

- ◆ Les trois premiers groupes reposent sur des volumes d'activité croissants (mesurés en « points d'activité ») et rassemblent la totalité des 25 caisses de métropole¹² ;
- ◆ Les 4^{ème} et 5^{ème} rassemblent les caisses des DOM, de Corse, d'une part, et les caisses spécialisées sur les « professions libérales », d'autre part.

Deux indicateurs ont été définis et sont utilisés dans les relations avec le réseau :

- ◆ Coûts de gestion par point d'activité (cf. tableau n°17) ;
- ◆ Coûts de gestion par ressortissant (cf. tableau n°18).

Tableau 19 : dispersion du coût de gestion (en €) par point d'activité en 2012

	MINI	MAXI	MEDIANE	MOYENNE	ECART TYPE
GROUPE 1	22,89	33,21	26,18	26,64	3,12
GROUPE 2	22,17	30,02	24,89	25,69	2,47
GROUPE 3	20,47	23,84	22,6	22,22	1,47
Caisses Hors PL, DOM et CORSE	20,47	33,21	24,89	24,89	3,21
GROUPE 4	26,45	45,89	28,13	30,69	8,8
GROUPE 5	0	0	0	0	0
Toutes caisses	20,47	45,89	26,01	25,12	4,83

Source : CNRSI

Ces données confirment, en premier lieu, d'existence d'une dispersion importante des performances de gestion au sein de groupes homogènes (groupes 1 et 2) et dans une moindre mesure au sein des plus grosses caisses du groupe 3.

En second lieu, il apparaît clairement un effet « taille » : les groupes où les caisses sont les plus petites présentent des coûts de gestion supérieurs aux groupes où les caisses sont plus importantes.

¹² Groupe 1 : Alsace, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Limousin, Lorraine, Picardie, Poitou-Charentes. Groupe 2 : Alpes, Bretagne, Centre, Ile-de-France Centre, Ile-de-France Est, Ile-de-France Ouest, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays De Loire. Groupe 3 : Aquitaine, Cote D'azur, Languedoc-Roussillon, Provence Alpes, Rhône.

Annexe V

Tableau 20 : dispersion du coût de gestion (en €) par bénéficiaire en 2012

	MINI	MAXI	MEDIANE	MOYENNE	ECART TYPE
GROUPE 1	55,34	73,92	59,79	61,44	5,71
GROUPE 2	53,17	77,91	58,56	61,47	9,14
GROUPE 3	52,22	59,82	56,91	55,98	2,78
Caisses Hors PL, DOM et CORSE	52,22	77,91	58,71	59,89	7,22
GROUPE 4	79,75	119,89	84,69	89,22	17,87
GROUPE 5	11,75	16,15	13,95	13,13	2,2
Toutes caisses	11,75	119,89	58,96	53,85	18,37

Source : CN RSI

Il existerait donc des gains importants en gestion à viser un alignement des caisses sur les meilleures au sein de chacun des trois groupes des caisses métropolitaines, puis à faire converger les performances de gestion de ces groupes eux-mêmes.

5.3.2.2. L'enjeu d'une convergence des performances s'avère important

La mission a procédé à une simulation consistant à aligner les effectifs santé des caisses régionales du RSI (tels que communiqués par la Caisse Nationale) sur la performance du meilleur quartile des trois groupes de caisses identifiés par la Caisse Nationale sur le territoire métropolitain (hors caisses dédiées aux professions libérales).

Tableau 21 : alignement de la productivité des caisses sur la productivité du meilleur quartile de chaque groupe

Caisses	Total ETP Santé	Personnes protégés	Productivité	Meilleur quartile	Gain potentiel (en ETP)
Picardie	27,0	79 972	2 957	2 766	-
Lorraine	32,6	88 749	2 722		-
Haute-Normandie	32,2	84 188	2 618		-
Bourgogne	35,3	89 547	2 537		2,9
Alsace	25,6	63 461	2 477		2,7
Poitou-Charentes	44,9	111 313	2 479		4,7
Basse-Normandie	35,2	81 531	2 319		5,7
Auvergne	37,5	83 953	2 237		7,2
Franche-Comté	29,3	56 182	1 915		9,0
Champagne-Ardenne	32,9	59 271	1 800		11,5
Limousin	27,2	44 250	1 626		11,2
Groupe 1					54,8
IDF Est	36,4	143 055	3 933	3 631	-
IDF Ouest	40,8	135 823	3 330		-
Pays de la Loire	64,0	188 317	2 942		12,2
Centre	44,7	128 014	2 867		9,4
Alpes	61,6	174 803	2 836		13,5
Bretagne	66,5	185 981	2 798		15,2
Midi-Pyrénées	64,3	181 036	2 815		14,4
Nord Pas-de-Calais	58,9	153 569	2 606		16,6
IDF Centre	107,0	150 932	1 410		65,4
Groupe 2					146,8
Aquitaine	71,3	215 404	3 023	3 023	-
Languedoc Roussillon	62,1	185 036	2 981		0,9
Rhône	66,7	186 939	2 801		4,9
Provence Alpes	63,7	165 813	2 605		8,8
Côte d'Azur	72,4	176 509	2 438		14,0
Groupe 3					28,5

Annexe V

Caisses	Total ETP Santé	Personnes protégés	Productivité	Meilleur quartile	Gain potentiel (en ETP)
La Réunion	22,7	47 092	2 073	Non applicable	
Antilles-Guyane	26,9	72 407	2 694		
Corse	17,7	23 011	1 299		
PL IDF	70,5	229 632	3 255		
PL Provinces	107,1	540 912	5 053		
Total	1 485,0	4 126 702			230,2

Source : CNRSI et calculs de la mission

Il en résulterait un gain potentiel de 230 ETP sur le seul risque maladie du RSI. Valorisé au coût moyen d'un ETP direct (50 000 €), l'économie annuelle à réaliser pourrait s'élever à 11,5 M€.

Dans le cas d'espèce, il conviendrait, toutefois, de vérifier la réalité des effectifs attribués au risque « santé » pour chaque caisse. Dans les données fournies par la Caisse Nationale du RSI, il résulte d'un calcul analytique. Or pour certaines caisses (IDF Centre, Limousin, Champagne-Ardenne), ce calcul aboutit à des ratios de productivité particulièrement faibles qui mériteraient vérification préalable.

ANNEXE VI

Les coûts de gestion de la branche maladie des régimes spéciaux de sécurité sociale

SOMMAIRE

1. LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DES REGIMES SPECIAUX.....	1
1.1. Les régimes spéciaux sont porteurs de droits particuliers, le plus souvent supérieurs au droit commun et recouvrent des champs différents.....	1
1.2. Ils appliquent des règles spécifiques tant en matière d'assiette de cotisations que de couverture maladie.....	2
1.3. Les régimes spéciaux sont diversement organisés en réseau	4
2. LES COUTS DE GESTION DES REGIMES SPECIAUX	5
2.1. Les coûts de gestion issus des comptes de la sécurité sociale : une vision « brute » de la hiérarchie des coûts entre régimes.	5
2.2. Les données issues de l'enquête menée auprès des différents régimes	6
2.3. La performance relative des différents régimes pose question en matière de méthodologie de comparaison	7
2.4. En matière de système d'information, un recours quasi généralisé à l'infogérance mais de façon multiforme	9
2.4.1. <i>Les gains de productivité potentiels.....</i>	<i>12</i>

Annexe VI

Dans le cadre de cette annexe seront examinés les 11 régimes spéciaux qui assurent la couverture maladie obligatoire en matière d'assurance maladie de certaines professions spécifiques.

Les régimes spéciaux de sécurité sociale sont définis par des dispositions propres du code de la sécurité sociale. Ils peuvent prendre en charge un ou plusieurs des risques couverts par la protection sociale (maladie-maternité, accidents du travail-maladies professionnelles, vieillesse) et sont le produit d'une histoire souvent longue et de la volonté d'une profession d'organiser sa protection sociale selon des règles propres.

La présente annexe ne portera ni sur la MSA et le RSI, qui compte tenu de leur taille sont traités par ailleurs, ni sur le régime d'Alsace-Moselle.

Elle examine les coûts de gestion de ces régimes hors toute considération de pertinence ou de légitimité portant sur l'existence même de ces régimes.

1. Les principales caractéristiques des régimes spéciaux

1.1. Les régimes spéciaux sont porteurs de droits particuliers, le plus souvent supérieurs au droit commun et recouvrent des champs différents.

L'histoire de ces régimes est, pour beaucoup d'entre eux, très ancienne. A titre d'exemple, en 1673, a été instituée une pension en cas de blessure empêchant les marins de continuer leur activité. Cette décision a fondé les bases du régime de protection sociale des marins, aujourd'hui géré par l'ENIM. Le régime de protection sociale des mines date quant à lui de 1894. D'autres régimes sont contemporains du régime général (CNMSS, CRPCEN), d'autres de création récente : c'est le cas de la CAMIEG qui succède il est vrai à une gestion déléguée à l'employeur de l'assurance maladie des électriciens et gaziers.

Lors de la création du régime général de sécurité sociale en 1945, il a été choisi de conserver les régimes existants précédemment couvrant des populations présentant des risques particuliers, en fonction de leur profession. C'est ainsi que l'ordonnance du 4 octobre 1945 a posé le principe du maintien d'un certain nombre de régimes spéciaux listé dans le décret du 8 juin 1945 (articles L 771-1 et R 711-1 du Code de la sécurité sociale).

En dehors des régimes des marins et de la SNCF qui couvrent les 3 branches : maladie, accident du travail-maladie professionnelle et vieillesse, les 9 autres régimes ne couvrent que certains risques. Cela diminue leur intérêt vis-à-vis des bénéficiaires de ces régimes.

Cette diversité des champs couverts constitue en tant que telle une difficulté tant pour la comparaison de ces régimes entre eux et vis-à-vis du régime général que pour la définition des scénarios d'évolution. A cela s'ajoutent des différences importantes dans le droit applicable.

Tableau 1 : Régimes spéciaux en matière d'assurance maladie

Régime	Organisme	Sigle	Risques couverts	COG
Régime des militaires	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale	CNMSS	Maladie AT-MP	2011 2014
Régime de la SNCF	Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF	CPRPSNCF	Maladie AT-MP Vieillesse	2010 2013
Régime des Clercs et Employés de Notaires	Caisse de retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires	CRPCEN	Maladie Vieillesse	2012 2015

Annexe VI

Régime	Organisme	Sigle	Risques couverts	COG
Régime de la RATP	Unité Protection et Prestations Sociales de la RATP	PEPS RATP	Maladie AT/MP	
Régime des Marins	Etablissement National des Invalides de la Marine	ENIM	Maladie AT/MP Vieillesse	2012 2015
Régime des Industries Electriques et Gazières	Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières	CAMIEG	Maladie	2012 2015
Régime des Cultes	Caisse d'Assurance Vieilles et Maladie des cultes	CAVIMAC	Maladie Vieillesse	20092012
Régime du Sénat	Caisse Autonome de Sécurité Sociale du Sénat	CASS Sénat	Maladie Vieillesse	
Régime des Mines	Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines	CANSSM	Maladie AT/MP	2012 2013
Régime de l'Assemblée Nationale	Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale	FSS Assemblée Nationale	Maladie	
Régime du Port autonome de Bordeaux	Caisse de prévoyance du Personnel Titulaire du Port autonome de Bordeaux		Maladie	

Source : Mission IGAS/IGF.

Chacun des régimes fait l'objet d'une COG hormis 4 d'entre eux (CASS RATP, CASS Sénat, FSS Assemblée Nationale, Port autonome de Bordeaux).

1.2. Ils appliquent des règles spécifiques tant en matière d'assiette de cotisations que de couverture maladie

Les régimes spéciaux comportent le plus souvent des règles différentes du droit commun en matière de calcul de cotisations, de prestations, de champ couvert.

La présente mission n'a pas pour objet d'étudier la pertinence des régimes spéciaux. C'est pourquoi, ne sont donnés ci-après que des exemples illustrant la complexité du champ couverts par les régimes spéciaux, régimes qui n'ont pas plus de points communs entre eux qu'avec le régime général :

- ◆ La CNMSS offre des garanties similaires au régime général et en particulier aux délégataires de la fonction publique : en matière de prestations en nature, les droits sont alignés avec le régime général. En revanche, la caisse ne verse pas d'indemnités journalières. Elle est en cela très comparable aux mutuelles gérant des délégations de la fonction publique sous la réserve qu'elle ne gère pas d'assurance maladie complémentaire, même si elle entretient des relations étroites avec les structures gérant la complémentaire santé et la prévoyance.
La caisse gère pour le compte de l'Etat des prestations spécifiques en matière de soins médicaux gratuits et d'affections présumées imputables au service (APIAS).
- ◆ Les régimes offrant des garanties calculées sur les mêmes bases que le régime général mais avec des taux de prise en charge plus favorables :
 - **CASS RATP :** les règles de calcul des prestations sont alignées sur le régime général. En revanche, les taux de prise en charge sont plus favorables (100 % en matière de prestations en nature – en matière d'indemnités journalières, maintien du salaire sans jour de carence) ;

Annexe VI

- **CPRSNCF** : plus de 90 % des dépenses maladie de ce régime sont prises en charge par le régime général, les 10 % restant étant financés par le régime ;
- **CRPCEN** : pour ce régime également, les bases de calcul sont les mêmes que le régime général mais les taux de prise en charge sont plus favorables ;
- **CANSSM** : si les bases de calcul sont les mêmes que le régime général, le régime des mines fonctionne sur le principe du remboursement de l'assuré sur la base de 100 % du tarif sécurité sociale. Pour cette raison, les franchises n'ont pu être mises en œuvre dans ce régime ;
- **CAMIEG** : elle est organisée en gestion comme un ensemble assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire qui gère des prestations en grande partie similaire à celles du régime de base avec des taux de prise en charge plus favorables, ainsi que des prestations supplémentaires n'existant pas dans le droit commun, en matière par exemple d'optique ou de prime de naissance. Les ayant droits des assurés de ce régime peuvent, s'ils relèvent d'un autre RO, bénéficier des prestations de la CAMIEG pour la seule part « complémentaire » de ce régime ;

Cela n'a pas pour conséquence une simplification du dispositif pour l'assuré : un assuré relevant de la CAMIEG est en contact pour la seule branche maladie avec la CAMIEG pour l'affiliation base et complémentaire, la sur-complémentaire obligatoire de branche (MUTIEG obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2011), l'employeur pour les prestations en espèces, la CPAM du lieu d'habitation pour le service médical.

- ◆ L'ENIM est le régime comportant de fortes spécificités en matière de calcul de cotisations et de droits :

Si les prestations en nature sont similaires à celles du régime général, le calcul de l'assiette des cotisations comme celui des prestations en espèces répond à des règles très spécifiques et complexes : salaire forfaitaire calculé en fonction d'une grille de postes, prise en charge par l'armateur du premier mois d'arrêt maladie en fonction de la taille du bateau, de l'embarquement ou non de l'armateur ainsi que de la situation de concurrence dans laquelle se trouve le navire.

L'ENIM est ainsi le régime spécial pour lequel les règles de prise en charge sont moins favorables que celles du régime général. Cela a également pour conséquence une minoration des cotisations sociales, liée au mode de calcul du forfait. Compte tenu de la durée moyenne courte d'affiliation dans le régime (7 ans), cet équilibre semble satisfaire la profession, les marins, pour la plupart de moins de 30 ans, ayant une préférence pour le revenu direct.

Ces spécificités et leur impact économique sur les métiers de la mer doivent être intégrés dans toute réflexion sur le devenir de ce régime.

- ◆ Les régimes spéciaux présentent des niveaux d'intégration très divers avec la protection sociale complémentaire

Même lorsque les taux de prise en charge sont significativement plus favorables, l'existence d'un régime spécial ne permet pas l'économie d'une assurance maladie complémentaire (ou sur complémentaire) dans le secteur professionnel concerné. Celle-ci peut être obligatoire (CAMIEG) ou facultative. En matière de gestion, les relations entre les régimes spéciaux et les assurances complémentaires sont variables. Le spectre est large et va d'une absence forte de mutualisation liée à des choix de gouvernance divergents -jusque récemment- (CAMIEG/MUTIEG) jusqu'à une gestion intégrée de la mutuelle sans facturation (CRPCEN) avec des situations intermédiaires de collaborations fortes (CNMSSM).

Il semble possible de déterminer en la matière des principes communs à l'ensemble de ces régimes visant à encourager ou non la gestion pour compte de tiers et à en préciser les modalités de tarification.

1.3. Les régimes spéciaux sont diversement organisés en réseau

La CRPCEN, l'ENIM et la RATP n'ont pas de réseau (même si l'ENIM est implanté sur 3 sites géographiques). Ces régimes spéciaux semblent fonctionner sans antenne sans que cela leur soit préjudiciable.

Néanmoins, ce choix n'est pas partagé : les autres régimes spéciaux ont choisi de se doter d'antennes (SNCF, CNMSS, CANSSM, CAMIEG).

Pour la plupart d'entre eux, ces réseaux sont un héritage de l'histoire des régimes et leur maillage géographique dépend de la répartition sur le territoire des adhérents des régimes : bassins miniers pour la CANSSM, implantations militaires pour la CNSSM, par exemple.

La CAMIEG vient quant elle de constituer son réseau et son conseil d'administration fait de celui-ci un élément fort de l'identité de la caisse. Néanmoins, au regard de l'activité effective de ce réseau en matière d'accueil (en moyenne deux bénéficiaires par demi-journées), la plus value apportée par ce réseau pose question, même en tenant compte des activités de prévention qu'effectuent par ailleurs ces antennes.

De façon générale, ces réseaux ne peuvent, compte tenu de la taille des régimes concernés, disposer d'un maillage suffisant pour offrir une véritable proximité. Ils n'ont pour la même raison globalement pas une activité en matière d'accueil suffisante. La CPR SNCF remédie à ce problème en confiant à son réseau une part importante de la liquidation des feuilles de soins papier dématérialisée. Néanmoins, cette tâche étant amenée à progressivement disparaître ou du moins diminuer fortement, cette solution n'est pas pérenne.

Une stratégie inter-régimes et interbranches en matière de points d'accueil serait tout à fait pertinente pour répondre aux besoins de proximité des bénéficiaires des régimes spéciaux tout en permettant des économies en matière de coûts de gestion. Les régimes ont besoin de visibilité et de temps pour organiser la conduite du changement sur ce sujet. La question du devenir de ces réseaux d'accueil physique devrait être examinée dans les futures COG.

Tableau 2 : Organisation en réseau de chacun des régimes

Régime	Caractéristiques du réseau
Régime des militaires	La CNMSS compte 5 antennes médicaux-administratives à Brest, Metz, Bordeaux, Lyon et Paris. Chaque antenne comprend 2 médecins et 5 administratifs (10 pour l'antenne de Paris)
Régime de la SNCF	14 antennes sur l'ensemble des missions de la caisse. En matière d'assurance maladie, les agents effectuent outre l'accueil physique des tâches de production (traitement des feuilles de soins papier dématérialisées).
Régime des Clercs et Employés de Notaires	La CRPCEN effectue l'ensemble de son activité sur un seul site et ne comporte pas d'antennes.
Régime des Marins	L'ENIM est un établissement implanté désormais sur 3 sites (La Rochelle, Saint Malo et Paimpol) mais ne comporte pas d'antenne en charge de l'accueil du public en dehors de ces sites. Cette mission est en partie assurée par les délégations à la mer.
Régime des Industries Electriques et Gazières	La CAMIEG compte 17 antennes de 5 à 10 personnes comprenant un responsable, des agents d'accueil et des chargés de projet prévention. Elles ont une activité très faible en matière d'accueil (en moyenne 2 bénéficiaires par demi-journée). Les permanences organisées dans les entreprises par les antennes sont plus fréquentées (10 personnes par demi-journée en moyenne).

Annexe VI

Régime	Caractéristiques du réseau
Régime des Mines	Le réseau, structuré autour des différents bassins miniers, comporte 17 sites qui emploient de 1 personne à 44 personnes. Un centre peut recevoir 5 à 6 personnes par jour : les bénéficiaires du régime sont une population âgée qui se déplace peu et se renseigne surtout par téléphone ou mail. Par ailleurs, il y a peu de motifs de recours à l'accueil : il y a peu de mutations, pas de naissance.

Source : Mission IGAS/IGF.

2. Les coûts de gestion des régimes spéciaux

2.1. Les coûts de gestion issus des comptes de la sécurité sociale : une vision « brute » de la hiérarchie des coûts entre régimes.

◆ Chiffres globaux :

En matière d'assurance maladie obligatoire, avec un total de 2,4 millions de bénéficiaires, les 11 régimes spéciaux représentent 3,7 % de l'ensemble des bénéficiaires en matière d'assurance maladie.

Leurs coûts de gestion représentent quand à eux 3,78 % de l'ensemble des coûts de gestion des régimes obligatoires soit 266,4 millions d'euros de charges de gestion courante toujours hors CAMIEG (pour un total de 7,10 millions d'euros de charges de gestion courante pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie). Ils versent 3,34 % des prestations d'assurance maladie, selon les chiffres publiés par la commission des comptes de la sécurité sociale en 2011.

Leur taille est extrêmement variable : de 1 600 bénéficiaires pour le plus petit d'entre eux (Port autonome de Bordeaux) jusqu'à 900 000 bénéficiaires pour la CNMSS.

◆ Les données, issues des comptes de la sécurité, sont à interpréter avec précaution pour les raisons suivantes :

- pour les régimes multi-branches, les coûts indirects font l'objet d'une répartition en partie conventionnelle ;
- certains régimes bénéficient de recettes en échange de prestations spécifiques (c'est par exemple le cas pour la CNMSS lorsqu'elle agit pour le compte du ministère de la défense mais aussi de la CPR SNCF) ;
- en matière d'assurance maladie, ces régimes ont des périmètres et des modes d'intervention différents entre eux et vis-à-vis du régime général ;
- la CAMIEG bien qu'étant un régime spécial ne fait pas l'objet d'une annexe spécifique dans les comptes de la sécurité sociale, les dépenses de gestion de la partie obligatoire de régime étant intégrées dans les comptes du régime général qui en assure l'essentiel de la gestion. (cf. infra).

◆ Elles constituent néanmoins une première approche de la productivité relative des régimes :

Dans le cadre de la mission, l'indicateur principalement retenu pour comparer la productivité des régimes entre eux est le ratio « charges par bénéficiaire ». Celui-ci n'est en effet pas sensible à l'inflation du coût des biens et services de santé contrairement au ratio charges de gestion/prestations. Néanmoins, le recours aux soins des bénéficiaires de chacun des régimes étant significativement différent, d'autres indicateurs seront également utilisés (nombre de feuilles de soins par bénéficiaire notamment).

2.2. Les données issues de l'enquête menée auprès des différents régimes

La mission a adressé un questionnaire aux principaux régimes obligatoires d'assurance maladie. S'agissant des régimes spéciaux, ce questionnaire a été adressé aux régimes ayant plus de 40 000 adhérents c'est-à-dire CNMSS, CPR SNCF, CAMIEG, CANSSM, CRPCEN, ENIM, RATP et CAVIMAC. Les données issues de ce questionnaire varient pour certains régimes très sensiblement de celles issues des comptes de la sécurité sociale.

Le coût de gestion par bénéficiaire de la CNAMTS, issu des comptes de la sécurité sociale, est de 97 €. Les coûts de gestion des régimes spéciaux varient de 86 à 410 € par bénéficiaire, toujours selon les comptes de la sécurité sociale.

L'évaluation des coûts de gestion des régimes spéciaux peut être impactée par les choix faits en matière de répartition des coûts entre les différentes branches, pour les régimes multi-branches (cette répartition fait l'objet de délibération des conseils d'administration), ou, le cas échéant, les différentes activités des régimes : par exemple, s'agissant du régime des mines, une part importante de son activité est consacrée à la gestion des établissements sanitaires et sociaux de la caisse.

Les données issues du questionnaire et celles issues des comptes de la sécurité sociale sont globalement similaires. Il y a, néanmoins, des écarts notables pour certains régimes, écarts qui impactent de façon significative le coût de gestion par bénéficiaire : celui-ci passe de 149 à 89 euros pour la CRPCEN et de 410 à 132 euros pour la CANSSM. Ces écarts s'expliquent par les choix opérés par ces régimes en matière d'imputation des dépenses : la CRPCEN indique prendre en compte les charges de gestion administrative au sens strict soit 19,8 millions d'euros pour l'ensemble des activités du régime et écarte les dépenses consacrées à la gestion du patrimoine immobilier (3,88 M€), les charges de gestion des fonds communs de placement (3,55 M€) ainsi que les charges d'amortissement des résidences de vacances (1,45 M€). Elle répartit ensuite les 19,8 M€ de charges de gestion entre les activités de recouvrement, retraite et maladie, ce qui a pour conséquence un coût total de gestion de l'activité maladie de la CRPCEN de 10 M€.

En matière de bénéficiaires, il n'y a pas d'écart significatif sauf en ce qui concerne la CAMIEG (513 000 bénéficiaires source questionnaire). Cet écart avec les données comptes de la sécurité sociale peut être expliqué par le fait que la CAMIEG compte des bénéficiaires pour la seule part dite « complémentaire » des prestations offertes par le régime (conjointes et enfants n'étant plus ayant droits de leurs parents).

Tableau 3 : Coûts de gestion des régimes spéciaux

Régime	Charges de gestion courante (M€) (1)	Total coûts de gestion de l'assurance maladie (en M€) (2)	Prestations sociales nettes "maladie ou maladie maternité" (M€) (3)	Bénéficiaires (maladie et AT) (4)	Ratio charges /prestations légales	Ratio charges / bénéficiaires (en €) (1/4)	Ratio charges /bénéficiaires (en €) (2/4)
Autres régimes spéciaux			17,4	8 983			
CAVIMAC	8		166,4	4 3379	4,8 %	184,42	184,42
RATP	19,7	16,5	284,4	104 061	6,9 %	189,31	158,77
ENIM	21,6	22,1	316,2	105 845	6,8 %	204,07	208,50
CRPCEN	17	9,4	274	114 419	6,2 %	148,58	81,83
CANSSM	69,1	22	1 284,3	168 504	5,4 %	410,08	132,46
CNMSS	77,6	72,3	1 524,3	895 950	5,1 %	86,61	80,71

Annexe VI

Régime	Charges de gestion courante (M€) (1)	Total coûts de gestion de l'assurance maladie (en M€) (2)	Prestations sociales nettes "maladie ou maladie maternité" (M€) (3)	Bénéficiaires (maladie et AT) (4)	Ratio charges /prestations légales	Ratio charges / bénéficiaires (en €) (1/4)	Ratio charges /bénéficiaires (en €) (2/4)
CPRSNCF	53,6	46,0	1 821,1	542 131	2,9 %	98,87	84,83
CAMIEG		24,2	223	458 000			52,93

Sources : Comptes de la sécurité sociale (1,3 et 4) – Questionnaire élaboré par la mission (2)

♦ Les indicateurs figurant dans les COG ne permettent pas une comparabilité entre régimes

Les conventions d'objectif et de gestion (COG) des régimes spéciaux comportent de nombreux objectifs en matière de performance de gestion. Néanmoins, ces indicateurs ont évolué en fonction des différentes générations de COG. De plus, l'étalement dans le temps des négociations des COG des différents régimes amène ceux-ci à avoir des objectifs peu comparables entre eux.

Sur les 23 indicateurs d'efficience¹ de gestion figurant dans les différentes COG, seuls deux d'entre eux, le délai moyen de traitement des feuilles de soins papier et des feuilles de soins électroniques figurent dans cinq des six COG. Le taux de flux externe figure dans 3 COG. Néanmoins, ceux-ci ne sont pas fixés selon le même mode de calcul : à titre d'exemple, l'objectif fixé à la CAMIEG dans sa COG datant de 2012 est de 90 % des FSE payées en 7 jours et celui fixé à l'ENIM dans sa COG signée en 2013 est d'un délai moyen de traitement de 6 jours.

Les indicateurs élaborés dans le cadre du groupe benchmark permettent de disposer d'indicateurs permettant une comparabilité de la performance entre régimes. Ils ne sont pas disponibles pour tous les régimes. La mission recommande l'intégration de façon systématique dans chacune des COG d'un nombre réduit d'indicateurs de gestion calculés selon les mêmes unités d'œuvre, afin de tirer le meilleur parti des travaux faits en la matière ces dix dernières années. La taille et la démographie des régimes ont un impact majeur sur les coûts de gestion.

2.3. La performance relative des différents régimes pose question en matière de méthodologie de comparaison

La taille des régimes a un impact direct sur leur productivité : les deux régimes (CNMSS et CPR SNCF) qui ont les coûts de gestion les plus bas sont ceux qui sont le plus proche de ce qui est considéré par le régime général, de façon empirique, comme la taille critique idéale d'une CPAM c'est-à-dire 750 000 bénéficiaires.

¹ Coût de gestion par bénéficiaire consommant, ratio global d'assurance maladie (ensemble des charges de gestion administratives/ensemble des prestations servies au titre de l'AM), délai moyen de traitement des FSE et FSP, délai moyen de paiement des indemnités journalières, délai de traitement des ALD, taux de flux externe, nombre d'abonnés en ligne ...

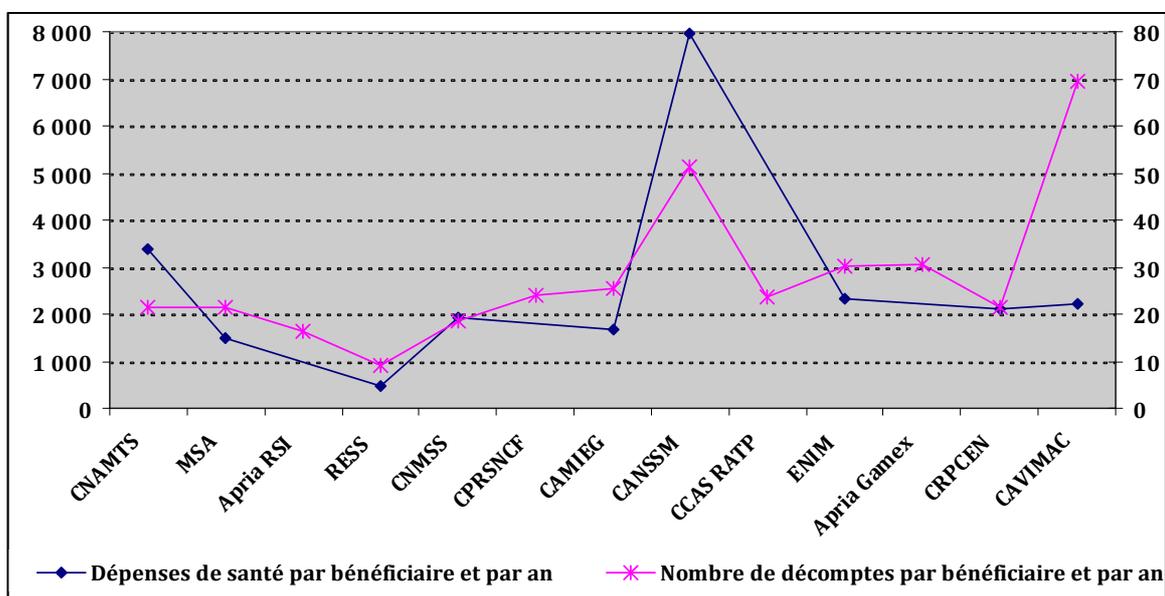
Annexe VI

Il est extrêmement difficile pour les régimes ayant une démographie défavorable de demeurer « compétitifs » par rapport aux autres régimes. Ainsi, la CANSSM perd environ 10 000 bénéficiaires par an (soit un impact de 7 % par an sur ses frais de gestion). Si on ajoute à cela l'obsolescence de son informatique du fait d'une absence d'investissement informatique depuis 2007, la capacité de ce régime à maintenir son niveau d'efficacité actuel voire d'atteindre un niveau d'efficacité comparable à celui du régime général, apparaît fortement compromis.

La COG de l'ENIM prévoit une diminution de 12 % des dépenses à caractère limitatif sur la période de la COG (2013-2015). Néanmoins, la diminution du coût du bénéficiaire actif sur la même période est limitée à 6 %, du fait de la baisse attendue du nombre de bénéficiaires.

Les écarts en matière de coûts de gestion peuvent également en partie s'expliquer par les écarts en matière de consommation de soins entre les bénéficiaires de certains régimes. Cet écart est particulièrement sensible pour la CANSSM et la CAVIMAC.

Graphique 1 : Consommation de soins des publics des régimes obligatoires en 2012



Source : Questionnaires de la mission IGAS/IGF.

La complexité du droit applicable par certains régimes est également à prendre en compte. Ainsi, Les coûts de gestion de l'ENIM peuvent en partie être expliqués par la complexité et la spécificité du droit applicable ainsi que par une démographie défavorable. Par ailleurs, certains choix de gestion, notamment en matière d'implantation géographique, se sont avérés peu compatibles avec une gestion efficace.

Enfin et surtout, les disparités dans le périmètre pris en charge par les différents régimes doivent nécessairement être prises en compte. Les coûts de gestion sont significativement impactés : d'une part, selon que le régime gère ou non les prestations en espèces et, d'autre part, du fait de l'existence d'un employeur unique qui facilite l'affiliation. C'est le cas pour la CNMSS ou la CPR SNCF. Pour évaluer la performance de gestion des régimes spéciaux, la mission propose donc de retenir les points de référence suivants en matière de coût par bénéficiaire :

- le régime général (soit 100 € par bénéficiaire) pour l'ENIM, la CANMSS, la CRPCEN, la CAVIMAC ;
- le montant versé aux délégataires (soit 46 € par bénéficiaire pour un périmètre comparable) pour la CNMSS, la RATP et la CPR SNCF ;

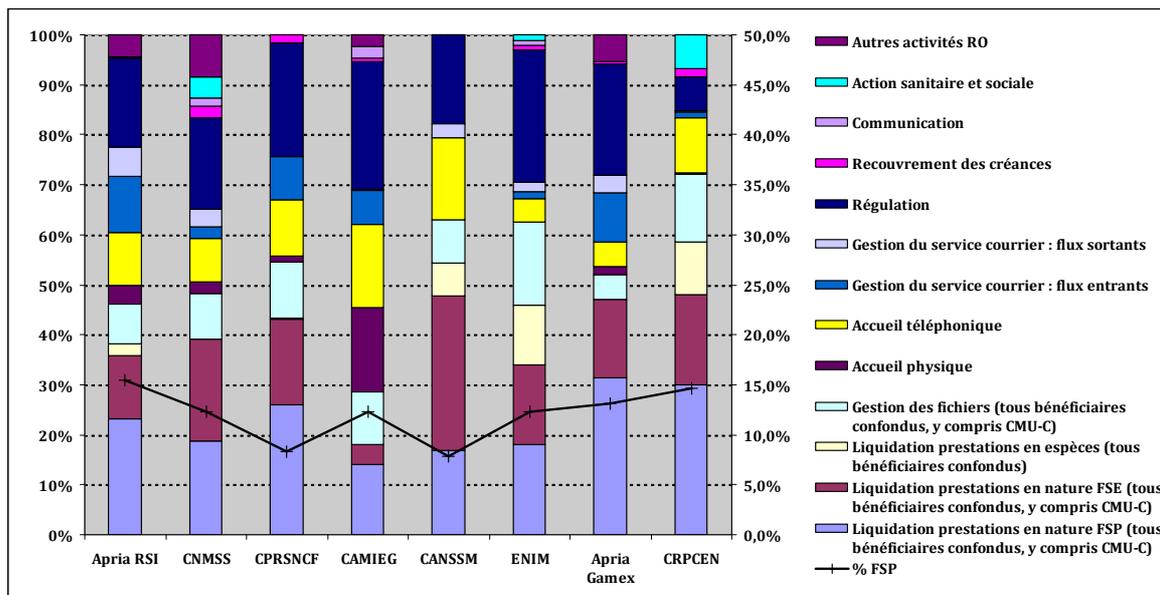
Annexe VI

- une fraction du coût de gestion de la CNAMTS correspondant essentiellement au coût du processus gestion des bénéficiaires pour la CAMIEG.

◆ Les coûts par processus des différents régimes

En matière de coûts par processus, il apparaît des différences entre les régimes. Ces données sont néanmoins à interpréter avec prudence compte tenu des écarts de périmètre et de l'absence d'une comptabilité analytique harmonisée entre les différents régimes. La mission a procédé à la ventilation des coûts non répartis en fonction du poids des différents processus en ETP. Il est à noter que cette méthode présente l'inconvénient de surpondérer les processus consommateurs en main d'œuvre, comme le traitement des feuilles de soins papier.

Tableau 4 : Coûts par processus des différents régimes



Source : enquête IGAS-IGF auprès des régimes -printemps 2013

Les écarts observés sur la liquidation des feuilles de soins papier semblent le reflet de la maturité de ce processus au sein de chacun des régimes : par exemple, le poids relatif important des feuilles de soins papier à la CRPCEN peut, peut-être, être expliqué par le déploiement tardif, par le régime général de l'outil permettant la dématérialisation de l'ensemble des feuilles de soins papier.

Le poids relatif du processus d'affiliation est différent dans les régimes mono-employeurs (CAMIEG, CNMSS, CPRSNCF) et les autres régimes (CRPCEN, ENIM).

2.4. En matière de système d'information, un recours quasi généralisé à l'infogérance mais de façon multiforme

Les principales motivations pour le recours à l'infogérance sont la complexité des évolutions règlementaires et les coûts de maintenance qu'ils entraînent et la difficulté pour les régimes spéciaux de « suivre » l'amélioration de l'offre de service organisée par le régime général (développement des téléservices sur ameli.fr).

Annexe VI

Si elle est essentiellement pratiquée par le régime général², la mutualité sociale agricole assure l'infogérance de la RATP et de la SNCF. Dans tous les cas, l'infogérance est insensible pour le bénéficiaire du régime.

5 régimes utilisent le système d'information du régime général selon 3 niveaux d'infogérance (du moins intégré au plus intégré) :

- le partage du système d'information : CNMSS,
- l'infogérance (partage du système d'information, hébergement et exploitation par le régime hébergeur) : ENIM, CAVIMAC, CRPCEN,
- la gestion partagée (infogérance et liquidation des prestations par le régime hébergeur) : CAMIEG.

◆ Les modalités de tarification de l'infogérance par le régime général :

L'infogérance est de façon globale tarifée sur la base du coût d'utilisation par bénéficiaire du régime général. Les coûts d'investissements ne sont donc pas refacturés aux régimes. L'infogérance constitue un des éléments majeurs limitant la redondance des coûts de gestion.

Elle permet également aux régimes spéciaux de proposer les mêmes services en ligne que le régime général ce qui serait en pratique très difficile.

Les régimes utilisant l'infogérance de la CNAMTS font état d'un bon rapport qualité/prix, tout en indiquant qu'il est néanmoins très difficile d'obtenir des adaptations spécifiques et ainsi que la prise en compte de leur besoins spécifiques. La CNAMTS reconnaît d'ailleurs cette difficulté.

Tableau 5 : Montant facturé par la CNAMTS en matière d'infogérance

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2007-2012	Coût infogérance par bénéficiaire
CAVIMAC	602 188	546 444	623 955	459 133	479 590	480 000	79,71 %	11,1
ENIM	424 089	1 242 845	1 373 768	1 242 845	1 091 401	1 100 000	259,38 %	10,4
CRPCEN	500 116	422 494	984 223	821 409	759 954	760 000	151,96 %	6,6
CANSSM	282 414	211 925		194 074	200 000	180 000	63,74 %	1,1
CNMSS	158 092	162 032	170 733	154 447	175 844	176 000	111,33 %	0,2
Total	1 966 899	2 585 740	3 152 679	2 871 908	2 706 789	2 696 000	137,07 %	2

Source : CNAMTS.

Le régime général n'a pas communiqué le montant et les modalités de facturation de l'infogérance à la CAMIEG selon les mêmes modalités : la CAMIEG est traitée dans les documents CNAMTS comme une mutuelle et non comme un régime spécial. La CNAMTS indique que le coût global de gestion de la CAMIEG par la CPAM des Hauts de Seine s'élève à 6 millions d'euros. La CNAMTS évalue le montant qui aurait du être dépensé par la CAMIEG sans infogérance à près de 19 millions d'euros, soit un écart de près de 13 millions d'euros.

Au regard des données communiquées par la CNAMTS, le coût de l'infogérance rapporté varie dans un rapport de 1 à 50 entre les différents régimes spéciaux. Les modalités de calcul des coûts indiqués par la CNAMTS sont en effet théoriquement essentiellement basées sur le volume d'actes :

² Il est à noter que les régimes spéciaux rémunèrent également le régime général pour la collecte des ordonnances tout en indiquant avoir un accès plus complexe et plus tardif à ces documents. Les montants perçus à ce titre sont beaucoup plus faibles (au total moins de 150 000 euros en 2012).

Annexe VI

- l'accès et la mise à disposition des applications sont facturés sur la base du coût de fonctionnement de la DDSI de la CNAMTS x par le poids relatif des bénéficiaires du régime concerné par rapport aux bénéficiaires du régime général ;
- les prestations de production dépendent du nombre des « cellules actes » du régime/nombre de « cellules actes » du régime général ;
- les prestations spécifiques sont facturées au regard du nombre de jours homme qu'elles ont nécessité.

Le coût élevé de l'infogérance pour la l'ENIM et la CAVIMAC s'explique par les adaptations nécessaires du fait du caractère multi-branches de ces régimes. Il est à noter que, pour ces régimes, le coût de l'infogérance CNAMTS est du même ordre de grandeur que celui facturé par le GIE Chorégie aux mutuelles délégataires de la fonction publique.

Le coût très faible de l'infogérance pour la CNMSS s'explique par le mode de calcul de celle-ci : essentiellement basé sur les coûts d'hébergement et d'exploitation, services auxquels la CNMSS ne fait pas appel. Ceci conduit néanmoins la CNMSS à n'acquitter qu'un montant symbolique en matière de système d'information, tout en conservant des moyens informatiques propres en matière d'hébergement et d'exploitation.

La CPRSNCF et la CASS RATP utilisent le système d'information de la MSA pour des montants respectif de 1,1 et 1M d'euros (soit 2,1 et 9,6 euros par bénéficiaire). Les utilisateurs de l'infogérance de la MSA se disent particulièrement satisfaits de la capacité de cette dernière à tenir compte de leurs besoins spécifiques et à les associer aux évolutions.

De façon globale, si la pertinence de l'infogérance n'est remise en cause par aucun des acteurs, elle s'est développée au fil de l'eau, au fur et à mesure des besoins des régimes et du développement des capacités de la CNAMTS et de la MSA à assumer cette infogérance. Dans les dernières négociations de COG, la DSS a fortement encouragé le recours à l'infogérance des régimes spéciaux auprès de la CNAMTS (ENIM, CNMSS). La question de l'organisation à venir de cette dernière dépend notamment de l'architecture cible en matière de régimes qui sera retenue.

Les choix en matière de systèmes d'information des autres régimes spéciaux : quelques régimes spéciaux utilisent un autre système d'information (ESQUIF développé par CEGEDIM) : FNS Assemblée Nationale, CASS du Sénat et port autonome de Bordeaux.

En matière d'informatique, la CANSSM est dans une situation particulièrement préoccupante. En effet, il a été décidé en 2007 de geler les investissements en matière de système d'information dans l'attente de décisions sur le devenir du régime. Aujourd'hui, le système d'information est obsolète et nécessite, selon les gestionnaires du régime, qu'une décision soit rapidement prise, soit de reprise des investissements, dans des conditions d'amortissement difficiles à garantir, soit de recours à l'infogérance. Il est à noter que les gestionnaires du régime comme la direction de la sécurité sociale sont très réservés envers toute solution ne réglant pas l'ensemble de la problématique du régime des Mines.

- ◆ Le recours à l'infogérance doit être renforcé :

Le recours à l'infogérance est devenu la règle pour la quasi-totalité des régimes spéciaux. Néanmoins, les modalités en sont variables comme le choix de la structure support. Pour que cette infogérance puisse se développer plus avant, cela nécessiterait d'aller plus loin que la proposition actuelle du régime général d'une offre « d'un bon rapport qualité prix » mais peu adaptable, le régime général considérant qu'« il n'est pas une société de service informatique ». C'est pourquoi il est proposé :

Annexe VI

- d'harmoniser les différentes modalités de recours à l'infogérance en faisant de l'hébergement et de l'exploitation pour le compte de tiers la règle. En effet, les régimes spéciaux peinent à maintenir et à exploiter leur systèmes d'information en donnant les garanties exigées en matière de continuité de l'activité (redondance des salles serveurs, fonctionnement 24/24 et 7 jours sur 7), alors que le coût du transfert de cette fonction au régime général est marginal. Outre les plus petits régimes dont la question du devenir est posée (cf. rapport), cette mesure concernerait en premier lieu la CNMSS et le régime des Mines. Compte tenu du fait que la CNMSS utilise aujourd'hui le système d'information du régime général, et que ces deux régimes sont monobranches, le renforcement de leur infogérance doit logiquement s'effectuer auprès du régime général ;
- d'inscrire cette infogérance dans un cadre stratégique commun précisant le rôle du ou des régimes hébergeurs, ainsi que les engagements de chacune des parties, et intégrer les besoins des régimes « partenaires » en amont des projets : les régimes indiquent avoir des difficultés à obtenir du régime général des adaptations en matière de système d'information, ce qui peut s'expliquer en partie par les contraintes que gère par ailleurs la DSI de celui-ci. Les régimes spéciaux font également état de délais parfois importants pour bénéficier des avancées en la matière. Ces difficultés sont l'argument essentiellement avancé, avec une contrainte de confidentialité, par la CNMSS pour ne pas renforcer son recours à l'infogérance. Ce point potentiellement bloquant doit pouvoir être levé mais nécessite des actions volontaristes de conduite du changement au sein de chacun des régimes ;
- La pratique des retours d'expérience pourrait être sinon systématisée du moins plus fréquente ;
- Les modalités de tarification doivent également faire l'objet d'une plus grande transparence ;
- L'organisation de l'infogérance doit être cohérente avec l'organisation cible en matière de gestion de l'assurance maladie obligatoire : CNAMTS/MSA.

2.4.1. Les gains de productivité potentiels

Le développement de ces mutualisations facilitera de façon importante la poursuite des gains de productivité par les régimes spéciaux.

Si globalement les contraintes s'imposant aux services de l'Etat (moins 10 % sur les fonctions support en trois ans, non remplacement d'un départ à la retraite sur deux) ont été transposées dans les COG, le niveau de contrainte de chacun des régimes semble parfois différent pour des raisons s'expliquant en partie par leur situation relative en matière de productivité.

- ◆ Il est nécessaire de doter ces régimes d'outils permettant une comparaison de leur efficacité relative sur la base d'une cible définie au préalable :
 - les tutelles devraient définir des règles communes en matière de comptabilité analytique à l'ensemble des structures gérant un régime obligatoire d'assurance maladie ;
 - les principaux indicateurs retenus dans les COG devraient être harmonisés ainsi que le calendrier des différentes COG ;
 - des objectifs en matière d'efficacité devraient être fixés sur la base des indicateurs socles (coût par bénéficiaire, part des coûts de gestion/dépenses d'assurance maladie notamment) afin que les régimes puissent définir le chemin critique permettant de les atteindre ;

Annexe VI

- ces objectifs doivent être déterminés au regard de la productivité attendue du régime général à l'issue du même délai.
- ◆ Même avec des contraintes de gestion très fortes, il sera très difficile pour certains régimes spéciaux d'atteindre la productivité du régime général :
 - Le régime des mines : compte tenu de son retard relatif très important, des surcoûts liés à des choix de gestion passés (réseau, convention collective très favorable), de la diminution de ses effectifs de bénéficiaires (moins 10 000 bénéficiaires par an environ, de l'obsolescence de son système d'information, il n'est pas raisonnable d'attendre, quel que soit les niveaux de contraintes, une amélioration significative de la productivité de ce régime sans une mutualisation très poussée.
 - C'est pourquoi la délégation complète de la gestion du risque maladie de ce régime au régime général, délégation s'accompagnant d'un transfert des personnels et de la masse salariale, apparaît sur la question des coûts de gestion du risque maladie comme incontournable.
 - Cette délégation serait transparente pour les assurés tant en matière de droits que d'identité visuelle du régime (décomptes, internet). Elle permettrait d'améliorer les services en ligne qui leur sont proposés.
 - Elle semble recueillir l'adhésion des gestionnaires du régime et ré-ouvrirait des perspectives d'évolution professionnelle pour les agents concernés.
 - L'ENIM : ce régime a signé sa nouvelle COG fin 2012. Celle-ci comporte des contraintes très fortes notamment en matière d'emploi puisque la baisse prévue du plafond d'emploi est supérieure à l'impact du non remplacement de l'ensemble des départs à la retraite prévus sur la période. Malgré cet effort important, il va être très difficile au régime de compenser la diminution du nombre de ses bénéficiaires si celle-ci se poursuit au rythme des années précédentes. La remise en cause assez rapide de choix d'implantation constituant une contrainte de gestion majeure ainsi que le renforcement des mutualisations avec le régime général, sont des conditions fortes de l'amélioration de la productivité de ce régime.
- ◆ Il apparaît soutenable de fixer à la CNMSS et la CPR SNCF des objectifs en matière de productivité équivalent à ceux du régime général.
 - Compte tenu des caractéristiques de ces régimes (mono-employeur, absence de gestion des indemnités journalières), il semble légitime de calculer leur coût de gestion sur la base du coût de gestion des CPAM (et non de l'ensemble du régime général) et en intégrant un taux de réalisation, similaire à celui calculé pour les mutuelles de la fonction publique. Ceci conduit à un coût cible de l'ordre 50 euros par bénéficiaire.
 - Sous réserve de mises en œuvre des mutualisations, ce coût semble atteignable à moyen terme pour la CPR SNCF. Il l'est beaucoup moins pour la CCAS RATP dont le niveau élevé des coûts de gestion pose question.

En conclusion, la mission souligne que la seule poursuite et le renforcement des contraintes budgétaires ne peuvent, aussi légitimes soient-ils, constituer la seule perspective de moyen terme pour ces régimes spéciaux, globalement de petites tailles et subissant des évolutions démographiques défavorables. En effet, celles-ci ne seront possibles que si elles sont accompagnées par des décisions structurelles (réseaux, implantations géographiques, organisation de la production, mise en commun du contrôle médical...) qui les rendent soutenables.

ANNEXE VII

Les organismes complémentaires

SOMMAIRE

1. LES ACTEURS DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE	1
1.1. Les sociétés d'assurance	1
1.2. Les institutions de prévoyance et les Groupes Paritaires de Protection Sociale	2
1.2.1. <i>Les institutions de prévoyance</i>	<i>2</i>
1.2.2. <i>Les Groupes Paritaires de Protection Sociale.....</i>	<i>2</i>
1.3. Les mutuelles	3
2. LE REGROUPEMENT DES ACTEURS.....	4
3. LES PARTS DE MARCHÉ.....	5
3.1. La population couverte.....	5
3.2. Les parts de marché relatives	5
3.3. Les types de contrats	5
4. LES FRAIS DE GESTION.....	6
5. LES COUTS POUR LES FINANCES PUBLIQUES	8
5.1. Les contrats solidaires et responsables	8
5.2. Les avantages fiscaux et sociaux.....	8
5.3. L'assurance complémentaire des fonctionnaires	9
6. LES LIENS INFORMATIQUES ENTRE LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES ET LES CAISSES DU REGIME DE BASE	10
7. L'EFFICIENCE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES	13
7.1.1. <i>Les références du marché en termes d'efficience.....</i>	<i>13</i>
7.1.2. <i>Les regroupements en cours ralentissent les gains d'efficience.....</i>	<i>13</i>
7.1.3. <i>Les coûts informatiques peuvent représenter une part importante des coûts de gestion.....</i>	<i>14</i>
7.1.4. <i>Les organismes complémentaires mènent des actions analogues à celles de la CNAMTS et de la MSA.....</i>	<i>14</i>

1. Les acteurs de l'assurance maladie complémentaire

Il existe trois types d'assureurs complémentaires : les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance et les mutuelles, régis chacun par un code différent : le code des assurances, le code de la sécurité sociale, le code de la mutualité.

Les règles de gestion, qui consistent en la constitution de réserves financières suffisantes pour faire face à la réalisation effective des risques couverts, sont en revanche identiques pour les trois types d'organismes (règles européennes solvabilité II).

L'activité des sociétés d'assurance sur le marché de la complémentaire santé est soit une activité directe soit une activité indirecte qui consiste en la réassurance d'une partie des risques d'organismes trop petits pour faire face sur leurs seuls fonds propres à la couverture des risques qu'ils assurent.

1.1. Les sociétés d'assurance

Bien que toutes régies par le Code des Assurances, les sociétés d'assurance ne sont pas homogènes dans leur forme, car la législation française en distingue deux grands types, qui ont des règles de fonctionnement bien différentes :

- ◆ les sociétés anonymes d'assurances ;
- ◆ les sociétés d'assurances mutuelles (SAM) ou les sociétés mutuelles d'assurances (SMA).

Une société anonyme d'assurance se caractérise notamment par le fait qu'il s'agit d'une société commerciale ayant pour vocation de réaliser des bénéfices et de les distribuer à ses actionnaires. Les dirigeants des sociétés d'assurance sont désignés par les actionnaires et rémunérés pour l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

Les SAM et les SMA sont des sociétés à but non lucratif et n'ont pas d'actionnaires à rémunérer. En outre, leurs assurés ont la qualité de sociétaires, ce qui fait que les membres d'une mutuelle d'assurance ont à la fois le statut d'assureur et d'assuré. En leur qualité d'assureurs, les membres d'une SAM ou d'une SMA sont invités, selon l'organisation de la société, à assister aux Assemblées générales ou bien à se faire représenter par les délégués qu'ils ont élus, afin de participer aux décisions de gestion de l'entreprise. Enfin, les sociétés d'assurances mutuelles (SAM) et les sociétés mutuelles d'assurances (SMA) sont gérées par des administrateurs bénévoles (non rémunérés), élus soit directement par les sociétaires, soit par des délégués eux-mêmes élus par les sociétaires.

Les SMA ne peuvent avoir recours à des intermédiaires pour distribuer leurs contrats d'assurance : c'est pour cette raison qu'on les appelle souvent également des Mutuelles Sans Intermédiaires (MSI).

Les SAM sont regroupées au sein de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances).

Les SMA sont fédérées au sein du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles D'assurance).

Annexe VII

Les sociétés d'assurance sont autorisées à vendre aussi bien des assurances de biens et de responsabilité que des assurances de personnes. Les sociétés anonymes d'assurance sont en outre autorisées à opérer dans toutes les branches de l'assurance énumérées à l'article R 321-1 du Code des Assurances. Toutefois, les sociétés commercialisant à la fois des assurances Non-Vie (dont l'assurance maladie) et des assurances Vie, sont tenues de dissocier et confier l'Assurance Vie à une société distincte (sauf pour les sociétés mutuelles d'assurances (SMA) auxquelles la réglementation interdit la pratique de l'activité "Vie").

Contrairement aux mutuelles, les sociétés d'assurance gèrent le risque et les tarifs en les personnalisant, grâce aux réponses à un questionnaire qui doit souvent être rempli par le candidat à la souscription à un contrat d'assurance. Cependant, dans le cadre des contrats solidaires, elles n'ont pas le droit¹, à la différence d'autres risques, d'utiliser un questionnaire soumis au candidat à la souscription d'un contrat d'assurance.

Les deux principales sociétés d'assurance qui proposent des contrats complémentaires santé sont AXA (1 Md€ en activité directe et 1,5 Mds€ en réassurance), Swisslife (1,1 Mds€).

1.2. Les institutions de prévoyance et les Groupes Paritaires de Protection Sociale

1.2.1. Les institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance sont des sociétés de droit privé à but non lucratif, régies par le code de la sécurité sociale, qui gèrent exclusivement des contrats d'assurance collectifs (elles n'ont donc pas le droit de sélectionner les risques) couvrant les risques de maladie, incapacité de travail et invalidité, dépendance, décès. Elles sont créées par les partenaires sociaux d'une entreprise, d'une branche ou entre plusieurs branches d'activité et gérées par un Conseil d'administration constitué à parts égales de représentants des salariés et de représentants des entreprises.

Les institutions de prévoyance peuvent assurer le risque maladie de personnes individuelles, il s'agit alors de personnes qui ont quitté leur entreprise et sont soit inscrites à Pôle Emploi soit retraitées (application de la loi Evin du 31 décembre 1989 ou de l'ANI du 11 janvier 2008).

1.2.2. Les Groupes Paritaires de Protection Sociale

Les institutions de prévoyance peuvent se regrouper avec des mutuelles ou des sociétés d'assurance au sein de Groupes de Protection Sociale (GPS). Les GPS contiennent également obligatoirement une institution de retraite complémentaire ARRCO et une institution de retraite AGIRC et sont gérés par une association sommitale dont le Conseil d'administration regroupe à parité les représentants des employeurs et ceux des salariés.

Les deux GPS dont l'activité santé est la plus importante sont Malakoff Médéric (CA santé : 1,55 Mds€, 3,5 M de bénéficiaires couverts en collectif, 1,2 en individuel) et Pro BTP (3 M de bénéficiaires).

¹ Ces contrats, introduits par la loi de financement de la sécurité sociale de 2006, bénéficient d'incitations fiscales, notamment par le biais d'un taux réduit de TSCA (taxe spéciale sur les contrats d'assurance) – 7 % au lieu de 9 %.

1.3. Les mutuelles

Les mutuelles sont des sociétés de droit privé à but non lucratif, régies par le code de la mutualité. Elles partagent avec les SAM ou les SMA les règles de fonctionnement démocratique et la non-lucrativité mais elles s'en distinguent par le fait que leurs cotisations sont indépendantes du risque individuel de l'adhérent : il n'existe pas de sélection selon l'état de santé de l'adhérent (le questionnaire médical est interdit). Cependant, le risque est parfois partiellement maîtrisé par la catégorisation pour les mutuelles (mutuelles d'enseignants, de cadres, d'étudiants, etc.).

Les mutuelles peuvent aussi gérer des réalisations sanitaires et sociales. Elles sont alors dites de livre III, du nom du livre du Code de la Mutualité régissant leur fonctionnement.

Les mutuelles peuvent être des mutuelles d'entreprises, de fonctionnaires ou interprofessionnelles.

Les deux mutuelles les plus importantes sont Harmonie Mutuelle (CA 2,2 Mds€, 4,5 M de bénéficiaires), née récemment de la fusion de 5 mutuelles interprofessionnelles et régionales, et la MGEN (3 M de bénéficiaires).

2. Le regroupement des acteurs

L'application des règles de solvabilité, conjuguée au renchérissement de l'activité du fait notamment des désengagements de la sécurité sociale, a accéléré le mouvement de regroupement des différents organismes afin d'accroître les marges par effet de taille et d'avoir la capacité technique de mettre en œuvre la réglementation. La nécessité d'avoir une dimension nationale et une force commerciale importante pour répondre aux différents appels d'offre notamment dans le cadre du dernier ANI est un autre moteur du regroupement.

Le nombre d'organismes d'assurance a ainsi été réduit de plus d'un tiers entre 2007 et 2012, avec une diminution particulièrement forte pour les mutuelles du livre II. Sur le seul champ de la complémentaire santé², le nombre d'organismes complémentaires est passé sur la même période de 994 (99 sociétés d'assurance, 46 institutions de prévoyance, 849 mutuelles) à 682 (93 sociétés d'assurance, 29 institutions de prévoyance, 560 mutuelles).

Tableau 1 : Nombre d'organismes complémentaires au 31 décembre de chaque année

Nature des organismes contrôlés par l'ACP	2006	2009	2010	2011
Sociétés d'assurance vie et mixte	115	103	102	103
Sociétés d'assurance non-vie	263	244	235	229
Sociétés de réassurance	29	21	20	19
Code des assurances	407	368	357	351
Institutions de prévoyance	66	56	53	51
Code de la Sécurité sociale	66	56	53	51
Mutuelles livre II pratiquant des opérations d'assurance	1158	844	719	672
<i>dont mutuelles substituées*</i>	<i>484</i>	<i>318</i>	<i>233</i>	<i>219</i>
Code de la mutualité	1158	844	719	672
Total des organismes d'assurance contrôlés par l'ACP	1631	1268	1129	1074

Source : ACP.

*mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre opérateur

Le monde des mutuelles reste très morcelé. Sur les 521 mutuelles enregistrées au fonds CMU à fin 2011, les 100 premières mutuelles en terme de chiffre d'affaires santé représentaient 87 % de l'assiette du fonds CMU. En comparaison, seulement 7 % des institutions de prévoyance et 10 % des sociétés d'assurance ont un chiffre d'affaires inférieur à 10 M€.

² Sources : rapports du Fonds CMU.

3. Les parts de marché

3.1. La population couverte

96 % de la population française serait couverte par une assurance complémentaire, dont 5 % dans le cadre de la CMU-C. Le chiffre de 96 % comprend également les 2,2 millions de français couverts par le régime d'Alsace-Moselle.

3.2. Les parts de marché relatives

Les mutuelles occupent une place prépondérante : elles représentent en 2011 56 % du marché de la complémentaire santé.

Leur part de marché s'érode cependant progressivement au profit des sociétés d'assurance, dont la part de marché est passée d'environ 19 % en 2001 à 27 % en 2011. Les institutions de prévoyance ont, comme les mutuelles, perdu 4 points de part de marché en 10 ans : celle-ci s'élève à 17 % en 2011.³

3.3. Les types de contrats

Il y a deux types de contrats d'assurance complémentaire : le contrat d'assurance individuel et le contrat collectif, à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative. Près de 58 % des personnes couvertes le sont à titre individuel.⁴

Les mutuelles et les sociétés d'assurance non-vie sont majoritairement sur le marché de l'assurance santé individuelle, qui représente plus de 70 % de leurs contrats. A l'inverse, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance mixte sont surtout présentes sur le marché des contrats collectifs, qui compte pour 80-90 % de leur activité.

Les contrats collectifs présentent une marge très faible voire négative. Cela peut s'expliquer par le processus de sélection par les entreprises ou les branches, qui met en concurrence les différents organismes et comparent les prix et les garanties. La rentabilité des contrats collectifs provient en fait de la partie prévoyance.

**Tableau 2 : Résultat technique de l'activité santé en 2011, en M€
(hors taxes et contribution CMU)**

Catégorie d'organisme	Résultat technique sur les contrats individuels	Résultat technique sur les contrats collectifs	Résultat technique total
SA	185	-117	68
dont SA mixte	28	- 118	- 90
dont SA non-vie	156	2	158
IP	29	-245	- 216
Mutuelles	524	-210	314

Source : Rapport DREES 2012, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

³ Source Fonds CMU.

⁴ Source Cour des Comptes (RALFSS 2011).

4. Les frais de gestion

Les frais de gestion des organismes complémentaires représentent un montant équivalent à celui des frais de gestion des régimes de base, de l'ordre de 6 Mds€. Par bénéficiaire cela représente un coût de gestion de 104 €.

Tableau 3 : Charges de gestion, primes et charges de gestion en % des primes en 2011 (hors taxe et hors contribution)

Catégorie d'organisme	Charges de gestion	Dont frais de gestion des sinistres	Dont frais d'acquisition	Dont frais d'administration*	Primes de l'exercice en M€
Mutuelles	17,5 %	4,1 %	5,2 %	8,2 %	17 420
Assurances	23,2 %	4,9 %	12,8 %	5,5 %	9 454
Institutions de prévoyance	14,4 %	4,9 %	5,2 %	4,3 %	5 346
Total	18,7 %	4,5 %	7,4 %	6,8 %	32 220

Source : ACP, calculs DREES, données redressées pour tenir compte pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance du taux de non-réponse à l'état E4 et pour les mutuelles du taux de non-réponse à l'état C1 et à l'état E4. Ce tableau est extrait du tableau 11 du rapport 2012 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, page 23

** et autres charges techniques nettes*

Note : le champ couvre l'ensemble des organismes contrôlés par l'ACP et versant une taxe au fonds CMU.

Les taux de frais de gestion moyens varient fortement, selon le type d'organisme complémentaire. Il n'y a pas de corrélation entre le taux de frais de gestion et la taille de l'organisme.⁵

Les frais de gestion se décomposent en trois parties :

- ◆ les frais d'administration, qui recouvrent le processus d'adhésion, l'encaissement des cotisations et la gestion des contrats ;
- ◆ les frais de gestion des sinistres qui correspondent au coût du processus de prise en charge et de remboursement ;
- ◆ les frais d'acquisition qui contiennent les frais de commercialisation (y compris les commissions d'apport d'intermédiaires comme les courtiers ou les agents d'assurance et certains coûts informatiques) et les dépenses de publicité.

Les taux de frais de gestion des sinistres sont à peu près homogènes selon le type d'organisme (4,5 % en moyenne), correspondant à un modèle d'organisation industrielle des liquidations qui tend à se généraliser.

Les taux de frais d'administration sont à peu près équivalents aux taux de frais de gestion des sinistres dans les institutions de prévoyance, dont la quasi-totalité⁶ des contrats sont des contrats collectifs. Ils sont plus élevés dans les sociétés d'assurance et surtout dans les mutuelles.

⁵ Source : rapport DREES 2012 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, graphiques p 30.

⁶ Conformément au code de la sécurité sociale. Les seuls contrats individuels concernent les anciens salariés dans le cadre de la loi Evin du 31 décembre 1989.

Annexe VII

Les contrats individuels représentent en effet 58 % des contrats pour les sociétés d'assurance, pour lesquelles figurent dans ces taux les commissions de gestion des courtiers (qui sont de l'ordre de 6 à 10 %) et des agents généraux, et 73 % pour les mutuelles. Selon les sociétés d'assurance, les frais d'administration (adhésion, gestion du contrat) et les frais d'acquisition sont entre 2 à 3 fois supérieurs en individuel. La mise en concurrence organisée par les entreprises, ainsi qu'un turn-over moins important des assurés⁷, expliquent le niveau inférieur des frais d'administration pour les contrats collectifs.

Les frais d'acquisition représentent un tiers des primes pour les mutuelles et les institutions de prévoyance, mais plus de la moitié pour les sociétés d'assurance. Pour ces dernières, si l'on considère les seuls contrats individuels, les frais d'acquisition représentent même 60 % des frais de gestion. Le marché de l'assurance complémentaire, à la différence de l'assurance obligatoire, est un marché concurrentiel, dans lequel les sociétés d'assurance cherchent à développer leur part de marché, et y consacrent des actions importantes.

Celles-ci peuvent prendre la forme de dépenses marketing ou de déploiement d'un réseau d'agents (salariés, agents généraux, courtiers) importantes. L'ajout d'intermédiaires non-salariés est d'autant plus coûteux que leurs commissions d'apport sont intégrées aux frais d'acquisition. La commission d'apport d'un courtier est de l'ordre de 5 %.

⁷ Rapport HCAAM sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé : La durée moyenne de souscription des contrats collectifs et individuels serait de 10 ans pour les premiers et de 7 ans pour les seconds, selon certaines sources. Le changement d'organisme complémentaire concernerait tous les ans entre 9 et 15 % des assurés, le taux d'attrition étant plus important pour les complémentaires santé individuelles.

5. Les coûts pour les finances publiques

5.1. Les contrats solidaires et responsables

Est appelé contrat solidaire⁸ un contrat de complémentaire santé qui présente les caractéristiques suivantes :

- ◆ L'organisme assureur ne doit recueillir aucune information médicale auprès de l'assuré. En conséquence, le questionnaire médical permettant de sélectionner l'assuré à l'entrée ne doit plus être utilisé. C'était le cas pour les compagnies d'assurance, les mutuelles n'étaient pas concernées car ce dispositif de sélection est interdit par le code de la mutualité.
- ◆ Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré. Les cotisations pour les contrats individuels sont souvent calculées en fonction de l'âge et du lieu d'habitation. Pour les contrats collectifs, la cotisation peut être proportionnelle au salaire et à la composition familiale.

Est appelé contrat responsable⁹ un contrat de complémentaire santé qui présente les caractéristiques suivantes :

- ◆ L'assureur doit respecter l'esprit du parcours de soin. Les franchises, la part du ticket modérateur majoré ou les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soin ne devront pas être remboursés.
- ◆ Le contrat doit intégrer certains remboursements minimum tels que le ticket modérateur sur les consultations, la pharmacie, les actes techniques ou le forfait hospitalier.
- ◆ Il doit prendre en charge deux actes de prévention¹⁰ parmi une liste fixée par arrêté.

Ces contrats représentent aujourd'hui plus de 90 % des contrats d'assurance complémentaire.

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est conditionnée au choix d'un contrat responsable.

5.2. Les avantages fiscaux et sociaux

Les contrats responsables et solidaires bénéficient d'un taux réduit de TCA¹¹ (7 % au lieu de 9 %) et d'une exonération de C3S¹².

⁸ Art.1001 du code général des impôts.

⁹ Art L.871-1, R.871-1 et 2 du code de la sécurité sociale.

¹⁰ Ces 2 actes de prévention sont sélectionnés par la complémentaire et ne sont pas au choix du consommateur. Ils ne sont pas inscrits dans les garanties du contrat.

¹¹ Taxe sur les Conventions d'Assurance.

¹² Contribution Sociale de Solidarité à la charge des Sociétés.

Annexe VII

Dans le cadre de contrats collectifs obligatoires, la part financée par l'assuré est déductible de son revenu imposable¹³ et la part financée par l'entreprise n'est pas considérée comme un avantage en nature du point de vue fiscal et social¹⁴. Les cotisations des travailleurs indépendants sont également déductibles de leur revenu imposable¹⁵.

Tableau 4 : Aides publiques directes et indirectes accordées aux contrats d'assurance complémentaire santé

Coût pour les finances publiques	M€
Exemption de cotisations sociales pour les contrats collectifs responsables	1900
Réduction du taux de TCA pour les contrats solidaires et responsables	570
Exonération d'Impôt sur le Revenu des cotisations versées en application des contrats collectifs obligatoires responsables et solidaires	575
Dispositif Madelin	215
Exonération de C3S	50
Total	3310

Source : rapport HCAAM La généralisation de la couverture complémentaire en santé

5.3. L'assurance complémentaire des fonctionnaires

L'Etat ou la collectivité employeur versent directement à l'assuré en déduction de la cotisation ou via les opérateurs référencés une aide qui est variable.

En ce qui concerne les fonctionnaires d'Etat, le montant global des aides est estimé autour de 50 M€, soit un montant d'aide d'environ 15 € par an par agent couvert (actifs et retraités)¹⁶.

¹³ Les cotisations salariales et patronales sont exonérées dans la limite de 7 % du PASS – Plafond Annuel de la Sécurité Sociale + 3 % du salaire annuel brut, cette limite étant plafonnée à 3 % de 8 PASS.

¹⁴ Les cotisations patronales sont exonérées dans la limite de 6 % du PASS + 1,5 % du salaire annuel brut, cette limite étant plafonnée à 12 % du PASS.

¹⁵ Dans la limite de 7 % du PASS + 3,75 % du bénéfice imposable, dans la limite de 3 % de 8 PASS.

¹⁶ Source : rapport HCAAM La généralisation de la couverture complémentaire en santé.

6. Les liens informatiques entre les organismes complémentaires et les caisses du régime de base

Les organismes complémentaires sondés présentent des taux de flux papier entrants plus variables que ceux de l'AMO : de 2,5 % (UNEO) à 62 % (SMEREP) des décomptes pour l'activité complémentaire seule. Ces variations s'expliquent par le nombre de conventions Noemie mises en œuvre avec les caisses d'assurance maladie obligatoire et par le taux de « noémisation » des adhérents qui en découle.

Les CPAM tarifient les flux Noemie selon un modèle de coût variable, à hauteur de 0,09 € par décompte en 2012, pour un total de recettes de 77 M€. En théorie, la tarification s'effectue au niveau du coût de revient pour l'AMO, ce que la mission n'a pas été en mesure de vérifier. Dans les faits, le tarif fait l'objet d'une revalorisation indexée sur l'indice SYNTEC¹⁷.

Des barrières tarifaires demeurent dans d'autres organismes et en particulier dans certaines caisses de MSA, qui empêchent la généralisation de la liaison Noemie 1 à l'ensemble des décomptes traités par l'AMO : les OC, en particulier les plus petits, refusent la signature de conventions qu'ils jugent défavorables économiquement.

Ainsi, certaines caisses de MSA facturent-elles des coûts fixes, à hauteur de 1 000 € par an et par mutuelle, pour mettre en œuvre une liaison Noemie 1. Certaines mutuelles ont indiqué à la mission que de tels coûts fixes les amenaient à renoncer à signer des conventions d'échanges Noémie 1 avec les caisses de MSA qui les pratiquent. En effet, lorsque quelques centaines ou milliers d'adhérents seulement d'une mutuelle sont affiliés à la MSA, le coût de revient de la liaison s'élève potentiellement à plusieurs euros par adhérent et par an, un niveau dissuasif.

Par ailleurs, le coût variable facturé en sus de l'éventuel forfait fixe varie entre 0,08 € et 1,38 € par décompte parmi les caisses de la MSA. Ce dernier niveau aurait été défini par des caisses de la MSA en vue de promouvoir le développement de flux « Noemie 3 » (liquidation par le RO pour le compte du RC) en lieu et place des simples flux « Noemie 1 » (transfert des informations du RO au RC)¹⁸.

La CCMSA a pour objectif d'harmoniser les pratiques des caisses, sans avoir abouti à ce stade.

Ces barrières limitent l'efficacité du processus de remboursement vu dans sa globalité puisqu'elles supposent un envoi des décomptes AMO à une fréquence élevée aux assurés, puis un renvoi par l'affilié à sa mutuelle et un traitement coûteux du décompte par cette dernière (incluant une nouvelle saisie des informations).

¹⁷ Les tarifs de facturation des échanges Noemie fixés à l'origine sont revalorisés annuellement. Une partie du tarif est fixe (12,5 %), l'autre est variable (87,5 %) et revalorisée selon l'indice SYNTEC de référence.

Pour l'année 2013, les tarifs, après revalorisation de la part variable du tarif, sont fixés comme suit :

« Noémie 1 » : 0,09 € HT (soit l'arrondi de 0,08785 €) soit un tarif inchangé par rapport à 2012

« Noémie 3 » : 0,17 € HT (soit l'arrondi de 0,16594 €) soit une augmentation de 0,01 € par rapport à 2012.

¹⁸ La facturation « Noemie 1 » de 12 décomptes par an (consommation moyenne en part complémentaire) à 1,38 € par décompte revient à 16,56 € par an. Ce niveau est proche de celui pratiqué par les caisses de la MSA pour une liquidation pour compte de tiers « Noemie 3 » (facturation de frais à hauteur de 5 % des 300 € à 400 € de prestations complémentaires annuelles liquidées, soit 15 à 20 €).

Annexe VII

Tableau 5 : Exemple de coût de gestion d'une FSP et d'un décompte électronique par une complémentaire santé en 2012

Processus géré par l'AMC	Masse salariale directe	Coût de gestion global
Coût de traitement d'une FSP	4,29 €	9,52 €
Coût de traitement d'un décompte électronique	0,02 €	0,27 €

Source : Mission IGAS/IGF.

Note : en 2012, la majorité des décomptes simples ont déjà fait l'objet d'une dématérialisation, la part résiduelle des flux papier étant constituée principalement des actes non remboursables et des remboursements complexes impliquant l'examen de devis ou l'analyse de plafonds de dépenses.

Par rapport à la situation 100 % papier qui prévalait avant l'entrée des complémentaires dans le système Vitale, la noémisation de l'intégralité des flux de décomptes entre AMO et AMC est associée à un allègement du coût global de traitement des remboursements d'un montant estimé par la mission à 3 Mds€¹⁹, répartis entre les différents acteurs :

- ◆ 1,5 Md€ pour le RC (en retenant un différentiel moyen de coût de traitement de 1,5 € pour un décompte électronique par rapport à un décompte papier, différentiel qui tient compte de 0,09 € versés à l'AMO) ;
- ◆ 0,2 Md€ pour le RO en économies d'édition et d'affranchissement (réduction du rythme d'envoi des relevés papier à un par trimestre au lieu d'un par mois, à raison de 46 millions d'assurés et de 0,51 € de coût de revient par envoi de relevé) et 0,1 Md€ au titre des recettes perçues ;
- ◆ 1,2 Md€ pour les assurés (en retenant des frais d'édition et d'affranchissement de 0,75 € et en valorisant 10 minutes de temps au SMIC horaire, avec un envoi effectué par mois à l'organisme complémentaire).

La mission retient comme hypothèse de moyenne de « noémisation » la part des bénéficiaires des CPAM effectivement couverts par un flux Noemie, soit 75,7 %. La part des bénéficiaires devant faire parvenir à leur complémentaire des relevés de remboursement de l'AMO est estimée à 12 % (cf. encadré 1). Il s'agit d'une sous-estimation du taux moyen national, les échanges avec d'autres régimes s'avérant plus coûteux ou plus complexes à mettre en œuvre que ceux qui lient le RC aux CPAM²⁰.

¹⁹ Hypothèses de volumétrie retenues :

- ◆ 1,5Md de flux de décomptes AMO ;
- ◆ 94 % de couverture RC des personnes ;
- ◆ 75 % de décomptes AMO de bénéficiaires d'une complémentaire faisant l'objet d'un remboursement au titre de la part complémentaire (hypothèse liée au retour des questionnaires de la mission).

Ceci amène à 1Md de décomptes AMO traités ensuite par l'AMC, sous forme papier ou électronique.

²⁰ Pour un organisme complémentaire, l'intérêt théorique de nouer des partenariats avec l'ensemble du secteur de l'AMO est limité par la multiplicité des interlocuteurs du RO, par l'hétérogénéité des règles tarifaires (exemple des caisses de la MSA), par la faible durée de séjour des assurés dans certaines caisses (régime étudiant) et par le tarif unitaire jugé parfois prohibitif de l'échange de données. L'intérêt est d'autant plus réduit que l'OC compte peu d'adhérents affiliés aux régimes obligatoires de taille modeste.

A titre d'illustration, pour les mutuelles étudiantes, la part des affiliés devant transmettre des relevés de prestations AMO papier à leur complémentaire a été estimée par la mission entre 19 % (MEP) et 38 % (VITTAVI, MGEL, UITSEM), contre 12 % des affiliés des CPAM.

Par exemple, 35,8 % des affiliés à la MGEL seulement bénéficient d'échanges dématérialisés entre le RO et leur complémentaire, alors que le taux de couverture des affiliés par une complémentaire est estimé à 85 % par la mutuelle. A ces 35,8 % s'ajoutent 9,6 % d'affiliés ayant souscrit un contrat RC à la MGEL et 1,9 % de bénéficiaires de la CMU-C pris en charge par la mutuelle. Au total, 47,3 % des étudiants bénéficient d'échanges électroniques entre RO et RC (soit 55,6 % de ceux ayant une complémentaire). 37,7 % des étudiants affiliés envoient des relevés de prestations papier à leur complémentaire, contre 12 % des affiliés des CPAM.

Parmi les régimes interrogés, la MSA fait figure d'exception : le taux global de noémisation des bénéficiaires est supérieur à celui de la CNAMTS et s'élève à 89,9 % (en incluant les bénéficiaires de la CMU-C pris en charge par la MSA), se répartissant comme suit en 37,7 % d'échanges « Noémie 1 » et 52,2 % de flux « Noémie 3 ». En supposant

Annexe VII

Dans cette hypothèse, l'infrastructure Vitale et les échanges Noemie d'une part, la gestion par l'AMO de la CMU-C d'autre part, ont fait économiser 2,6Mds€ par rapport à un système qui reposerait uniquement sur des échanges papier.

La noémisation de l'intégralité des 12 % de bénéficiaires non couverts pourrait générer 153 M€ d'économies supplémentaires pour les usagers et 191 M€ pour l'AMC. Les gains pour l'AMO seraient faibles, essentiellement liés aux recettes issues de la tarification Noemie²¹ (12 M€ environ). En effet, des chantiers connexes de réduction de la fréquence des envois de relevés touchent l'ensemble des assurés et ne permettent pas d'escompter des gains supplémentaires en économies d'affranchissement du seul fait de l'extension de la couverture Noemie.

Encadré 1 : Etat des échanges Noemie 1 entre les CPAM et le RC en 2011

3 236 organismes complémentaires différents ont signé les conventions type d'échange Noémie avec l'assurance maladie.

Sur 55 248 697 bénéficiaires gérés par les CPAM, 42 737 474 sont couverts par un échange Noémie entre l'AMC et l'AMO (soit 77,4 %).

Parmi les bénéficiaires couverts, 902 492 ne sont pas actifs pour des problèmes contractuels dits de « chevauchement » de contrats entre plusieurs OC, soit 2,1 % des personnes couvertes et 1,6 % des bénéficiaires des CPAM. Un chevauchement se produit lorsque la CPAM reçoit une demande d'échanges d'un OC alors qu'un autre contrat valide est déjà actif pour le même bénéficiaire. Dans ce cas et dans le cadre du régime de responsabilité de l'AMO, il est prévu de suspendre tout envoi et de demander aux OC la mise à jour de leurs fichiers respectifs d'adhérents avant la reprise du service Noémie.

La part de bénéficiaires effectivement couverts par un flux électronique AMO-AMC s'élève ainsi à 75,7 %.

En retenant un taux de couverture complémentaire de 94 %, les 22,6 % de bénéficiaires non couverts par un échange Noemie se répartissent en :

- ◆ 6,0 % de bénéficiaires non couverts par une complémentaire ;
- ◆ 6,3 % de bénéficiaires de la CMU-C (3 496 959 en 2012) pris en charge par le régime général, pour lesquels aucun échange d'informations entre RO et RC n'est requis ;
- ◆ 10,3 % de bénéficiaires pour lesquels il n'existe pas de liaison Noemie entre AMO et AMC : soit la mutuelle n'a pas signé de convention d'échange avec l'AMO, soit elle n'a pas intégré l'adhérent au fichier des clients couverts par la convention.

Au total, 11,9 % des bénéficiaires du régime obligatoire gérés par les CPAM se voient contraints d'avoir recours à l'envoi de décomptes papier du RO pour obtenir le remboursement de la part complémentaire (10,3 % non couverts par une convention Noemie et 1,6 % victimes d'un chevauchement de contrats).

Source : CNAMTS

que le taux de couverture complémentaire s'établit à 94 %, seuls 4,1 % des affiliés doivent transmettre des décomptes papier à leur OC.

²¹ En toute rigueur, le gain net doit être nul pour l'AMO : la tarification Noémie est en théorie effectuée au niveau du coût réel pour le régime obligatoire des échanges entre AMO et AMC.

7. L'efficacité des organismes complémentaires

Compte tenu du contexte concurrentiel et des marges réduites, l'ensemble des organismes complémentaires recherche des gains d'efficacité.

Les contrats collectifs sont par ailleurs appelés à se développer dans le cadre de l'ANI, ce qui va à la fois mécaniquement abaisser les coûts de gestion, par exemple en ce qui concerne l'affiliation qui pourra être déléguée aux entreprises, mais également contribuer à exercer une pression supplémentaire à la baisse du fait de la mise en concurrence.

7.1.1. Les références du marché en termes d'efficacité

Le standard de gestion qui a été communiqué à la mission par plusieurs intervenants (dont la direction générale de la MSA dans le cadre de son activité de gestion pour compte de tiers) dans le domaine de l'assurance complémentaire est 1 ETP pour gérer 3000 bénéficiaires. Ce taux est bien supérieur à celui des régimes de base²², mais il ne peut être comparé, les organismes complémentaires bénéficiant du traitement des FSP et des opérations de contrôle effectués par les régimes de base.

En termes de taux de frais de gestion, le niveau le plus bas signalé à la mission se situe à 8,5 % du montant des primes, atteint par l'institution de prévoyance ProBTP. Il s'expliquerait par :

- ◆ des frais d'acquisition quasi nuls, ProBTP ne commercialisant ses produits qu'au sein de la branche BTP où elle fait l'objet d'une clause de désignation pour la prévoyance et la retraite complémentaire et bénéficie d'un choix « naturel » pour la santé ;
- ◆ un logiciel permettant une gestion imbriquée de l'ensemble des risques couverts ;
- ◆ un logiciel dont le développement est amorti et qui en outre partagée au sein de l'association AMICAP²³ avec des GPS couvrant le risque santé d'autres branches professionnelles²⁴ ;
- ◆ une organisation stabilisée, ProBTP n'étant pas engagé dans un projet de regroupement ;
- ◆ un réseau de distribution propre, s'appuyant sur des salariés non commissionnés.

7.1.2. Les regroupements en cours ralentissent les gains d'efficacité

Le secteur de l'assurance santé complémentaire en ce qui concerne les institutions de prévoyance et les mutuelles est en cours de regroupement, à un rythme accéléré. Les organismes concernés privilégient les sujets d'organisation, pour lesquels ils recherchent des décisions les plus consensuelles possibles, et le développement des connexions entre les différents systèmes d'information, voire le développement d'un nouveau logiciel. La question de l'efficacité est traitée dans un second temps, les effectifs s'ajustant au gré des départs volontaires ou à la retraite.

Les gains d'efficacité liés aux regroupements ou aux réorganisations internes sont probablement présents et apparaîtront donc au fil de l'eau.

²² Environ 1 000 pour la CNAM et la MSA, sans que la mission puisse garantir que les modes de calcul soient strictement identiques.

²³ Association des moyens informatiques des caisses professionnelles.

²⁴ IRP AUTO (branche réparation automobile), LOURMEL (industries graphiques), AUDIENS (médias/spectacle), B2V (assurance), AGRICA.

7.1.3. Les coûts informatiques peuvent représenter une part importante des coûts de gestion

Les organismes complémentaires ne veulent dépendre pour leurs logiciels informatiques ni de la CNAMTS ni des éditeurs de logiciels. Les relations sont mauvaises dans ce domaine depuis que la CNAMTS a privilégié le développement de son programme 2 au détriment de la collaboration au sein du GIE SESAM-VITALE et les refus successifs de partager des données du SNIIRAM suffisamment détaillées. Utiliser un logiciel du marché est également contraignant lorsqu'il s'agit de faire des adaptations pour mettre en œuvre sa stratégie en termes de tarifications ou de garanties.

La plupart des organismes complémentaires développent donc leur propre système, quitte à le partager avec d'autres groupes, comme ProBTP.

Les coûts informatiques peuvent donc atteindre de l'ordre 2 à 3 % du montant des primes, soit entre 10 et 15 % des coûts de gestion.

7.1.4. Les organismes complémentaires mènent des actions analogues à celles de la CNAMTS et de la MSA

Entre 90 et 95 % des paiements sont effectués sans intervention humaine. Les traitements papiers²⁵ restant concernent les personnes non noémisées, le remboursement des soins hospitaliers²⁶, les soins hors nomenclature, les demandes de devis²⁷.

Des projets en cours vont permettre d'améliorer encore ce taux. Ainsi les flux de remboursement de frais d'optique sont aujourd'hui quasiment automatisés.

Les centres de gestion, centres informatiques et centres d'éditique ont été regroupés dans le cas des organismes les plus performants. Les bases de données sont uniques, à la différence de la CNAMTS et de la MSA.

Dans certains cas, une partie des processus (le tiers-payant par exemple) peut être soustraitée à des sociétés spécialisées, ce qui présente l'inconvénient d'augmenter les frais de gestion, les marges de ces sociétés y étant intégrées. Afin d'amortir les coûts par un traitement de masse, il serait plus économique à la fois pour les organismes et les assurés de développer une mutualisation entre organismes complémentaires. ProBTP accueille ainsi dans ses centres une partie de l'éditique de Malakoff Médéric.

²⁵ 100 % des dossiers sont scannés chez ProBTP et Swisslife.

²⁶ Le projet ROC mené avec le ministère de la Santé portent sur la dématérialisation des demandes de remboursements pour les soins hospitaliers devrait être mis en place progressivement à partir de 2015.

²⁷ Les réponses peuvent être automatisées dans le cadre des réseaux de soins développés conjointement par plusieurs organismes.

ANNEXE VIII

Liste des personnes rencontrées par la mission

Annexe VIII

Apria	M. Jean-Marie PAULOT	Directeur général
Axa Vie	M. Hervé FRANCK	Direction d'Activité Santé Collective
Cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé	Mme Agathe DENECHERE	Conseiller du ministre
Cabinet du ministre du budget	M. Pierre PRIBILE	Conseiller du ministre
Cabinet du ministre du budget	M. Yann-Gaël AMGHAR	Conseiller technique chargé des comptes sociaux au cabinet du ministre délégué au Budget
CAMIEG	M. Bruno NEGRONI	Directeur
CC MSA	M. Laurent COLIN	Directeur des services informatiques
CC MSA	M. Michel BRAULT	Directeur général
CCAS RATP	M. Pierre MONGIN	Président
CCAS RATP	Mme Christine MERCKAERT	Responsable financier du régime spécial
CCAS RATP	M. Jacques MARTINA	Directeur
CEGEDIM	M. Philippe SIMON	Vice président, chargé du pôle assurance, monétique et santé
CEGEDIM	M. Pierre-Henri COMBLE	Directeur marketing et prospective
Chorégie	M. Gérard RUSSEIL	Directeur
CNAMTS	M. Christophe VAN DER LINDEN	Responsable de la mission accompagnement des régimes partenaires d'assurance maladie obligatoire (MARP)
CNAMTS	M. Frédéric VAN ROEKEGHEM	Directeur général
CNAMTS	M. Michel REGEREAU	Président
CNAMTS	M. Olivier de CADEVILLE	Directeur délégué aux opérations
CNAMTS	M. Pierre PEIX	Responsable de la direction de la contractualisation et des moyens
CNAMTS	M. Yves BUEY	Directeur délégué des systèmes d'information
CNAMTS	Mme Anika DINIS	Responsable du "programme 2"

Annexe VIII

CNAMTS	Mme Sophie MARTINON	Directrice du cabinet du directeur général
Comité de normalisation des données sociales déclaratives et de leurs échanges	M. Jean-Louis BUHL	Président
CPAM de Nanterre	M. Alain BOUREZ	Directeur
CPAM de Rennes	M. Alain PITON	Directeur
CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe	M. Hugues BARDOUX	Directeur adjoint
CPRPSNCF	M. Frédéric BUFFIN	Directeur
CPRPSNCF	M. Philippe GEORGES	Président
CRPCEN	M. Jean-Luc IZARD	Directeur
CTIP	M. Jean Louis FAURE	Délégué général
Direction du Budget	M. Gauthier BAILLY	Responsable de la 6ème sous-direction (santé, retraite)
DREES	M. Franck VAN LENNEP	Directeur
DREES	M. Romain ROUSSEL	Adjoint à la Sous-directrice des Synthèses des Etudes Economiques et de l'Evaluation
DREES	Mme Catherine ZAIDMAN	Sous-directrice des Synthèses des Etudes Economiques et de l'Evaluation
DSS	M. Laurent GALLET	Sous-Directeur à la sous-direction de la gestion et des systèmes d'information
DSS	M. Thomas FATOME	Directeur
DSS	Mme Marine PARDESSUS	Chef de bureau régimes spéciaux
emeVia	M. Benjamin CHKROUN	Délégué général
emeVia	M. Cédric CHEVALIER	Président
ENIM	M. Philippe ILLIONET	Directeur
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)	M. Jean-Martin COHEN SOLAL	Directeur général
FFSA	M. Jean-François LEQUOY	Délégué général

Annexe VIII

Fonds CMU	M. Jean-François CHADELAT	Président d'honneur
Fonds CMU	Mme. Raphaëlle VERNIOLLE	Directeur par intérim du Fonds CMU
GIE SESAM-Vitale	M. Jacques de VARAX	Directeur général
Harmonie Mutuelle	M. François VENTURINI	Directeur général
Harmonie Mutuelle	M. Jean-Pierre KEROMEN	Directeur des systèmes d'information
Harmonie Mutuelle	M. Pascal MORANDINI	Directeur gestion régime complémentaire et prévoyance
Harmonie Mutuelle	Mme Isabelle DRENO	Directeur maîtrise des risques et de la performance
Harmonie Mutuelle	Mme Marine MAO	Directeur gestion régime obligatoire
JALMA	M. Jean-Marc AUBERT	Associé
LMDE	M. Christian HERBERE	Directeur général
LMDE	Mme Vanessa FAVARO	Présidente
Malakoff Médéric	M. Guillaume SARKOZY	Délégué général
MFP	M. Alain ARNAUD	Président
MFP	M. Marc TRANCHAT	Secrétaire général
MFP	Mme Dominique COMBE	Trésorière générale
MFP	Mme Christine HELARY-OLIVIER	Directrice de cabinet
MFP services	M. Jean-Marie MAURENT	Directeur général
MFP services	M. Jérôme SENNELIER	Directeur général adjoint
MGEN	M. Jean-Louis DAVET	Directeur
MGEN	M. Thierry BAUDET	Président
Ministère de l'agriculture	M. Eric TISON	Sous-directeur du travail et de la protection sociale
Ministère des affaires sociales et de la santé	M. Philippe BURNEL	Délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé
MSA	M. Denis NUNEZ	Directeur de la protection sociale à la CCMSA
MSA	M. Gérard PELHATE	Président
MSA Nord-Pas-de-Calais	Mme Lysiane LENICE	Directrice générale

Annexe VIII

MGEFI	M. Alain CATINCHI	Directeur général
ProBTP	M. Paul GRASSET	Directeur général
RSI	M. Stéphane SELLIER	Directeur
RSI	Mme Stéphanie DESCHAUME	Directrice de cabinet
RSI - Caisse de Champagne-Ardenne	M. Patrick HARTER	Directeur
Secrétariat général du ministère des affaires sociales et de la santé	Mme Valérie SAINTOYANT	Mission Appui Ressources Stratégies ARS
SMEREP	M. Grégoire DARRICAU	Président et directrice générale
SMEREP	Mme Annie COUTAREL	Directrice générale
Swiss Life	M. Pierre FRANCOIS	Directeur général de Swiss Life Prévoyance et Santé
UCANSS	M. Didier MALRIC	Directeur général
La mutuelle générale	Mme Marianne DE CIDRAC	Directrice de la gestion
La mutuelle générale	M. Stanislas BRESSANGE	Directeur délégué aux opérations
UNOCAM	M. Eric BADONNEL	Secrétaire général administratif
UNOCAM	M. Fabrice HENRY	Président