

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

– Audition, ouverte à la presse, de M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé, de Mme Virginie Cayré, adjointe au sous-directeur de la gestion et des systèmes d'information, et de Mme Agathe Denéchère, sous-directrice des retraites et des institutions de la protection complémentaire, sur « la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles » (*M. Jean-Pierre Door, rapporteur*)..... 2

Mercredi
15 juillet 2015
Séance de 14 heures

Compte rendu n° 15

SESSION EXTRAORDINAIRE 2014-2015

**Présidence de
M. Pierre Morange,
*coprésident***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE
DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Mercredi 15 juillet 2015

La séance est ouverte à quatorze heures cinq.

(Présidence de M. Pierre Morange, coprésident de la mission)

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède à l'audition, ouverte à la presse, sur « la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles » de M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé, de Mme Virginie Cayré, adjointe au sous-directeur de la gestion et des systèmes d'information, et de Mme Agathe Denéchère, sous-directrice des retraites et des institutions de la protection complémentaire.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Merci d'avoir répondu à l'invitation de la MECSS sur la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles.

Mes premières questions seront plutôt générales, et constitueront une entrée en matière. En premier lieu, quel est le rôle la direction de la sécurité sociale dans le contrôle et dans le suivi des relations qu'entretient la Caisse nationale d'assurance maladie et les mutuelles qui gèrent un régime d'assurance maladie obligatoire ? Quelles seraient les évolutions nécessaires, si le système actuel des mutuelles qui gèrent l'assurance maladie obligatoire était maintenu ?

M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de la santé. Monsieur le président, monsieur le rapporteur, mesdames et messieurs les députés, la direction de la sécurité sociale intervient de deux – ou trois – façons.

Elle le fait d'abord au travers de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) que nous signons avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), et où sont fixés à la fois les moyens dont disposent la CNAM et ses délégataires pour assurer la gestion du régime obligatoire, et les objectifs assignés à cette gestion. C'est principalement ainsi que nous pouvons encadrer les montants, notamment ceux des remises de gestion qui figurent dans le Fonds national de gestion administrative de la CNAM, qui est le cadre financier dans lequel cette délégation intervient.

Dans ce cadre, notre rôle est double : signer la COG et superviser la qualité de service rendu par ces mutuelles. En effet, de même que pour l'ensemble des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de sécurité sociale, nous sommes très attentifs aux conditions de gestion, à la qualité du service rendu par ces mutuelles comme par les autres gestionnaires de la sécurité sociale, que ce soit la maladie ou les autres branches. Nous vérifions donc régulièrement, au travers des bilans annuels de la COG, que les indicateurs de gestion fixés par cette convention sont bien atteints.

Ces dernières années, la contrainte économique s'est renforcée. La COG actuelle et les deux précédentes ont été marquées par une diminution importante des coûts de gestion de l'assurance maladie et par un nombre significatif de suppressions d'emplois. Une contrainte

plus forte s'est exercée sur les remises de gestion qui, dans la COG actuelle, baissent de l'ordre de 15 % sur la période 2014-2017.

Ensuite, dans le cadre de notre rôle de préparation des textes législatifs et réglementaires, nous sommes à même d'être sollicités si des évolutions étaient envisagées dans les textes, et donc dans les conditions de cette délégation. Ce vecteur n'a pas été utilisé dans la période récente. Il l'a malgré tout été dans le cadre du régime agricole. En effet, dans la loi de financement pour 2014, nous avons légèrement fait évoluer les conditions de gestion du côté de la MSA – mais pas du côté du régime général.

Enfin, nous intervenons à la frontière entre le régime obligatoire et le régime complémentaire, à travers le dialogue que nous entretenons avec l'ACPR, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, notamment sur des sujets d'actualité comme celui des mutuelles étudiantes. Ainsi, nous nous intéressons au rôle de la LMDE (La mutuelle des étudiants) en tant qu'organisme complémentaire, et à la supervision qu'exerce sur elle l'ACPR à ce titre.

Voilà comment on peut résumer très rapidement le rôle de la direction de la sécurité sociale. J'ajoute que nous sommes également en responsabilité sur tout ce qui tourne autour de la régulation des complémentaires santé, et donc sur la mise en œuvre de l'accord national interprofessionnel (ANI) et ses éventuelles conséquences sur la couverture complémentaire des fonctionnaires. Bien évidemment, nous intervenons sur ces dossiers avec la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).

M. le rapporteur. Nous pouvons maintenant entrer dans le vif du sujet. Comment peut-on rationaliser le système ? Quelles pistes pourriez-vous proposer pour diminuer les coûts de gestion des mutuelles ? Comment améliorer la productivité de ces dernières ? Cela nous amène au sujet difficile des mutuelles étudiantes et, notamment, de la LMDE.

M. Thomas Fatome. Au moment de la négociation de la COG, nous sommes partis de cette idée simple : si l'assurance maladie doit faire des économies de gestion, les mutuelles délégataires doivent supporter une part de cet effort, et donc une diminution des remises de gestion. Toute la question porte alors sur les conditions dans lesquelles les mutuelles peuvent absorber cette diminution des remises de gestion, et notamment les conditions dans lesquelles les coûts peuvent être partagés entre l'assurance maladie et ces mutuelles délégataires. On voit bien que lorsque les efforts de maîtrise des coûts de gestion ne sont pas faits, la contrainte qui s'exerce sur les remises rend la situation difficile. C'est ce qui peut, en partie, expliquer les difficultés rencontrées par la LMDE.

C'est dans ce cadre que nous travaillons. De mon point de vue, les choses vont plutôt dans le bon sens. Nous faisons les économies de gestion que nous devons faire. Les remises de gestion diminueront de 15 % sur la période 2014-2017. Par ailleurs, les coûts seront mieux partagés entre les différents acteurs dans la mesure où le mouvement d'infogérance, et donc de partage des coûts de systèmes d'information, s'accélère de façon assez importante. Pour nous, c'est une des clés du succès. En effet, le coût des systèmes d'information est très important, et il convient d'éviter que les différentes mutuelles ne développent et ne gèrent plusieurs systèmes d'information différents.

M. Jean-Pierre Door. Comment fonctionne le système de l'infogérance ?

M. Thomas Fatome. Le principe en est que l'assurance maladie « ré-internalise » une partie de ses coûts informatiques et les facture aux mutuelles – pour rentabiliser, sur une base plus large, ses coûts de gestion informatique – au lieu d'avoir recours à des plateformes informatiques mises en place à côté ou en dehors d'elle.

Aujourd'hui, du côté des fonctionnaires, deux principaux pôles se sont développés : un pôle infogéré avec l'assurance maladie, et le pôle « Chorégie » de la MGEN, celle-ci conservant un système d'information autonome.

Cela dit, nous pouvons constater que sur les cinq ou six dernières années, la rationalisation fait son chemin. D'une certaine manière, c'est un accord gagnant-gagnant, dans le sens où nous diminuons les coûts de gestion, nous mutualisons le *back office*, et nous maintenons un *front office* avec les mutuelles délégataires – *front office* auquel elles sont évidemment très attachées.

Telle est la ligne de conduite que nous nous sommes fixée, et qui va continuer à se déployer sur toute la période de la COG actuelle.

M. le coprésident Pierre Morange. Est-ce que vous confirmez les chiffres qui ont été cités lors de précédentes auditions, selon lesquels un demi-millier de salariés seraient repris par l'assurance maladie dans le cadre de ses délégations de gestion ?

Il avait été dit que le *back office* pourrait être géré par l'assurance maladie et que les services « vitrine » pourraient être conservés par les mutuelles, étudiantes ou fonctionnaires. Les personnels affectés à la gestion des mutuelles avaient été évalués à 400 ou 500 salariés dans les mutuelles étudiantes. Cela correspondait, pour les mutuelles de fonctionnaires – si l'on appliquait le principe du parallélisme des formes – à 4 000 ou 5 000 salariés.

Pouvez-vous nous en donner confirmation ? Quelle en serait l'incidence financière ? Comment serait envisagée cette internalisation de nouvelles ressources humaines, étant donné que celle-ci doit s'accompagner d'une évolution de leur propre métier, afin d'améliorer les prestations de l'ensemble du régime ?

M. Thomas Fatome. S'agissant de la LMDE, je confirme vos chiffres. Les conditions précises de l'adossement à la CNAM sont en cours de définition avec les organisations concernées.

L'objectif est évidemment de reprendre les personnels concernés dans les ratios que vous avez indiqués, ce qui permettra à la fois d'éviter toute casse sociale et de faire des économies. En effet, le différentiel entre ces remises de gestion et les coûts de personnels concernés est substantiel. J'ajoute que tout cela s'intègre à la trajectoire d'effectifs de l'assurance maladie sur la période de la COG.

S'agissant des mutuelles de fonctionnaires, nous ne sommes pas dans la même orientation d'action. Il n'est pas prévu de reprendre ces fonctionnaires au sein du régime général. Ces mutuelles s'intègrent au mouvement d'absorption des remises de gestion qui les pousse à la fois à se regrouper et à partager leurs coûts avec la CNAM en matière d'infogérance.

M. le coprésident Pierre Morange. Monsieur le directeur, si je ne m'abuse, les coûts de gestion de ces mutuelles de fonctionnaires peuvent aller du simple au double.

M. Thomas Fatome. Il y a en effet une dispersion non négligeable.

Ces mutuelles doivent s'inscrire dans un cadre qui fait l'objet de discussions avec la CNAM en vue de la déclinaison du cadre fixé par la COGE. La contrainte qui s'impose à elle consiste à savoir comment elles vont absorber la diminution des remises de gestion, laquelle est programmée de façon pluriannuelle : en se regroupant ou en partageant des coûts de production ? Mais nous ne sommes pas dans la même logique de reprise d'activité.

M. coprésident Pierre Morange. Pouvez-vous nous préciser l'objectif et le délai qui leur ont été fixés ?

M. Thomas Fatome. Le cadre général qui a été fixé est celui que j'ai déjà évoqué : moins 15 %. Cette évolution du coût des remises de gestion est assez proche de celle qui est fixée dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion passés avec l'ensemble des opérateurs publics, du côté de l'État ou de la sécurité sociale.

Ensuite, ce cadre général se décline dans des négociations qui ont lieu entre la CNAM et les mutuelles concernées. Ce n'est donc pas de la responsabilité de la sécurité sociale, mais de la CNAM. Cette dernière a un mandat, un budget global et il lui est demandé de négocier avec les mutuelles concernées des évolutions qui sont compatibles avec ce cadre général. C'est ce qu'elle est en train de faire depuis la signature de la COG, il y a un peu moins d'un an.

M. le rapporteur. Que pensez-vous du regroupement proposé au sein des mutuelles, et de ce projet d'union des mutuelles de fonctionnaires ? Vous avez dit qu'il fallait réduire les coûts de gestion. Mais ce regroupement est-il indispensable ? Compte tenu de la diversité de ces mutuelles, est-ce que cela constituerait un progrès ?

M. Thomas Fatome. J'ai cru comprendre de ce projet qu'il avait deux finalités.

La première est de pouvoir négocier les conditions de la négociation entre la CNAM et les mutuelles de fonctionnaires en ayant un interlocuteur unique. De ce point de vue, et même si nous sommes extérieurs à cette négociation directe, cela va dans le bon sens. Mais je ne suis pas totalement certain que cela puisse aboutir dans des délais compatibles avec la négociation qui est en cours.

La deuxième finalité pourrait viser à étendre le champ de la délégation de gestion à d'autres publics, y compris des contractuels de la fonction publique. Du côté de la direction de la sécurité sociale, nous avons indiqué aux promoteurs de cette union que cela ne nous semblait pas pertinent et que l'heure n'était pas à l'extension du champ, mais au contraire à sa rationalisation. J'ai eu le sentiment d'avoir été écouté, mais je n'ai pas d'éléments récents sur la mise en place de cette union.

Tout ce qui peut simplifier la discussion et rationaliser les coûts, oui. Tout ce qui tendrait à une extension de la délégation de gestion ne va pas dans le sens de la rationalisation des coûts que nous évoquions en introduction.

M. le coprésident Morange. Dans la convention en cours de discussion, il est question de réduire de 15 % les coûts de gestion. J'observe tout de même que si on prend en compte les coûts moyens de gestion du secteur mutualiste, si une réduction de 15 % constitue une amélioration notable, elle serait cependant insuffisante au regard de l'objectif de

rationalisation poursuivi par l'exécutif. Cela resterait loin du coût moyen de gestion de l'assurance maladie.

M. Thomas Fatome. Malgré les efforts déjà engagés au titre de la précédente COG, le niveau des remises de gestion unitaires continue à différer entre les mutuelles étudiantes et les mutuelles de fonctionnaires. Cet objectif de 15 % est un cadre global, qui se décline ensuite au niveau de l'assurance maladie. L'adossement de la LMDE au régime général, par les économies qu'il permettra de réaliser, devrait nettement contribuer à cet objectif.

Nous devons tenir compte de la réalité des organisations actuelles et de leur capacité à absorber, dans des délais relativement serrés, des baisses substantielles de leurs recettes ; il ne faut pas les déstabiliser complètement. Nous restons attentifs à la qualité de la gestion et du service rendu aux assurés. Voilà pourquoi nous ne serons pas forcément, à la fin de la COG, à un niveau comparable à celui du coût de gestion des CPAM. D'ailleurs il faut veiller à comparer des éléments comparables. Ni les missions, ni les prestations versées ne sont strictement comparables.

M. le coprésident Morange. Qu'entendez-vous par « ne sont pas strictement comparables » ? Quant à la qualité de la prestation, elle a été l'objet de critiques assez sévères de la part des magistrats de la Cour des comptes.

M. Thomas Fatome. Je confirme que nous allons nous rapprocher d'un coût moyen.

M. le coprésident Morange. Pouvez-vous nous donner un chiffre ?

M. Thomas Fatome. Je ne l'ai pas ici, mais nous devons pouvoir vous le communiquer.

Comme vous le savez, les CPAM versent des prestations en espèces que ne versent pas les mutuelles délégataires. Par ailleurs, il faudrait étudier l'imputation des systèmes d'information. Cela dit, on doit pouvoir procéder à un rapprochement entre le coût pondéré par bénéficiaire, et le coût de la remise de gestion.

M. le rapporteur. En procédant à cette procédure de mutualisation inter régimes, allez-vous améliorer les conditions d'affiliation des étudiants ? Que deviendront ceux-ci, dès l'instant où l'on aura rapproché leur mutuelle d'une caisse d'assurance maladie ?

M. Thomas Fatome. Nous accompagnons les discussions entre la CNAM, les mutuelles étudiantes et les universités.

D'abord, il s'agit d'assurer la reprise en gestion, à la fois des fichiers et des conditions de gestion par la CNAM des actuels bénéficiaires assurés de la LMDE. Ce travail a déjà commencé depuis plusieurs semaines. Je ne doute pas que cette reprise en gestion se fasse dans de très bonnes conditions.

Ensuite, en lien avec les universités, nous travaillons à la mise en place, d'ici à la rentrée 2016, d'un téléservice d'inscription des étudiants à la sécurité sociale qui pourra être intégré aux outils d'inscription à l'université. Cela permettra de simplifier la vie des étudiants et des universités dans la gestion de ce processus d'affiliation.

Cela s'inscrit dans un travail que nous avons engagé ces dernières semaines avec l'assurance maladie, dans la continuité des annonces que la ministre chargée de la santé,

Mme Marisol Touraine, avait faites, au moment du soixante-dixième anniversaire de la sécurité sociale, en faveur d'une plus grande continuité des droits à l'assurance maladie de base. Il convient en effet d'éviter des ruptures dans la gestion des assurés lorsqu'ils changent d'activité professionnelle ou de lieu d'activité. En vue du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous travaillons d'ailleurs à des mesures permettant de simplifier l'impact du changement de vie des assurés dans leur rattachement aux caisses d'assurance maladie.

M. le rapporteur. Monsieur le directeur, vous avez lu les rapports de la Cour des comptes et de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) sur les mutuelles étudiantes. Ceux-ci montraient que des dossiers traînaient sur les tables pendant des mois, pendant que les étudiants attendaient que l'on réponde à leur problème médical ou qu'on les rembourse. Peut-on leur certifier que la situation s'améliorera, peut-être dès la prochaine rentrée universitaire ? À un moment ou à un autre, il faudra bien que ces étudiants, dans le cadre de l'assurance maladie à travers leurs parents ou dans le cadre de ces mutuelles, soient pris en charge avec une bonne qualité de service rendu. C'est ce qu'ils attendent, et c'est ce que l'on attend.

M. Thomas Fatome. À partir du moment où les assurés de la LMDE seront repris en gestion par la CNAM, il n'y a aucune raison que le service qui leur sera rendu soit de moindre qualité que celui qui est rendu aujourd'hui à n'importe quel bénéficiaire d'une CPAM. J'ai donc de bonnes raisons de penser que l'accueil téléphonique, la délivrance de la carte Vitale et les délais de remboursement se trouveront nettement améliorés.

Je souligne tout de même que l'existence même du régime étudiant implique la mise en œuvre de processus de mutation. Quelle que soit la qualité intrinsèque de la gestion qui sera propre demain à la LMDE, ces processus de mutation devront être améliorés. Les services d'inscription des étudiants, que j'évoquais à l'instant, doivent en effet répondre aux attentes des étudiants. Quoi qu'il en soit, le service de base de la vie d'un étudiant assuré au régime étudiant, devrait pouvoir s'améliorer à la rentrée 2015. C'est bien notre objectif.

M. le coprésident Morange. Une autre hypothèse de travail, différente de celle que vous nous avez présentée, consisterait à rattacher les étudiants au régime de protection maladie leurs parents. Qu'en pense la sécurité sociale ?

M. Thomas Fatome. Je ne pense pas que la solution soit de maintenir les étudiants en tant qu'ayants droit de leurs parents. Notre objectif est d'assurer aux étudiants une qualité de gestion qui est celle de n'importe quel assuré du régime général. En outre, il convient de privilégier ce qui va dans le sens de la responsabilisation et de l'autonomisation des étudiants. Ceux-ci ont tout de même plus de dix-huit ans, et ne vont pas rester ayants droit de leurs parents jusqu'à vingt-deux ou vingt-cinq ans.

M. le coprésident Morange. Si l'on s'en tient à la qualité de la prestation du service assurantiel, il n'est pas illogique d'imaginer que les étudiants continuent à être rattachés à la sécurité sociale de leurs parents. Ce n'est pas une démonstration de perte d'autonomie, et ce n'est pas contradictoire avec le fait que l'étudiant doit être invité à prendre son indépendance.

M. Thomas Fatome. Aujourd'hui, l'étudiant salarié est bien géré par une CPAM, et il s'en porte bien. Ce n'est pas parce que certaines mutuelles étudiantes ont connu des difficultés de gestion qu'il faut répondre à ces difficultés en maintenant les étudiants en ayants droit de leurs parents.

M. le coprésident Morange. Laissons de côté le débat philosophique. A-t-on fait le bilan des avantages et des inconvénients de ces deux formules, sur un plan purement comptable et financier ? Dispose-t-on d'un comparatif ?

M. Thomas Fatome. Un comparatif strict, non.

M. le coprésident Morange. Mon propos n'est pas de « condamner à mort » les mutuelles étudiantes, mais il est clair qu'à partir du moment où des étudiants restent sur le régime de leurs parents, la situation de ces mutuelles se trouve fragilisée. Après, c'est une question de convictions. Celles des uns et des autres sont tout à fait estimables. Reste que le souci de la MECSS a toujours été de s'en tenir à un strict rapport coût/efficacité, en dehors même de ces convictions.

M. Thomas Fatome. Je pourrais vous répondre que le Gouvernement a rappelé son attachement au régime étudiant, et qu'il souhaite en améliorer les conditions de gestion. Mais surtout, je considère que ce serait une certaine forme de retour en arrière de considérer que les étudiants doivent rester ayants droit de leurs parents.

J'ajoute que sur toute une série de sujets touchant, par exemple, à la contraception des mineurs, nous sommes appelés à mettre en œuvre des dispositifs qui garantissent la confidentialité du remboursement de ce type de prise en charge. Plus nous maintiendrions une logique d'ayants droit dans la vie des étudiants et des étudiantes, plus cette confidentialité serait difficile à préserver. Nous avons tendance à considérer qu'à compter de dix-huit ans, les assurés de la sécurité sociale ont vocation à être des ouvriers autonomes, gérant leurs remboursements, leur santé, leur prise en charge – même dans un environnement familial, comme c'est le cas de nombreux étudiants.

Mme Isabelle Le Callennec. Monsieur le directeur général, je souhaite vous interroger sur quatre points.

Premièrement, toutes les mutuelles étudiantes n'ont pas rencontré les mêmes difficultés de gestion. On parle de la LMDE, mais il me semble que d'autres mutuelles étaient probablement mieux gérées. Il serait d'ailleurs intéressant de savoir en quoi celles-ci étaient mieux gérées.

Comment peut-on donc mieux soigner les étudiants, à un coût acceptable, avec une qualité de service qui soit digne d'un grand pays comme le nôtre ? En effet, si j'ai bien compris, la santé des jeunes est plutôt en train de se dégrader – et je ne parle même pas de l'augmentation de la consommation de tabac chez nos jeunes.

Deuxièmement, j'imagine que la diminution des coûts de gestion et des remises de gestion aura des conséquences sur les mutuelles, notamment en matière d'emploi. Vous nous avez dit ce qui allait se passer pour les salariés des mutuelles étudiantes. Est-ce que ce sera à emplois constants ? Envisage-t-on, pour faire baisser les coûts, des suppressions d'emploi, voire des non-remplacements de départs à la retraite ? Est-ce que la question a été soulevée ?

Troisièmement, la complémentaire santé sera généralisée dans quasiment six mois. Comment cela se passe-t-il ? Nous en avons discuté au moment de la mise en œuvre du dispositif. Les petites mutuelles étaient très inquiètes de leur devenir, considérant que seules les grandes mutuelles allaient pouvoir continuer à exercer. En outre, elles estimaient que les personnes les plus démunies et les plus en difficulté ne bénéficieraient plus du même service qu'elles-mêmes sont en mesure d'apporter aujourd'hui à ces publics.

Quatrièmement, vous avez dit dans votre propos préliminaire que vous étiez sollicités à propos des évolutions législatives ou réglementaires. Avez-vous été entendus sur la généralisation du tiers payant ?

M. Thomas Fatome. En effet, les performances des mutuelles étudiantes étaient hétérogènes. C'est la conjonction de ces difficultés en matière de qualité de service et de ces difficultés financières qui ont amené d'abord à la mise sous administration provisoire de la LMDE, puis à son rapprochement avec la CNAM. Maintenant, tout l'enjeu pour cette entité – qui va demeurer tout en étant adossée à la CNAM – et pour les autres mutuelles étudiantes est d'absorber ces baisses de remises de gestion en maintenant, pour certaines, et en améliorant, pour d'autres, la qualité du service rendu. D'où la problématique de partage des systèmes d'information que j'évoquais tout à l'heure.

Toutes ces mutuelles partageaient les mêmes niveaux de remises de gestion. D'où la nécessité commune, pour elles, d'absorber la baisse des remises.

S'agissant de l'emploi dans les mutuelles délégataires, il faut d'abord souligner que les mutuelles de fonctionnaires s'étaient d'ores et déjà engagées dans des plans d'économie importants – notamment MFP Services. Des restructurations lourdes, ayant eu des impacts forts en termes d'emplois, ont déjà été réalisées.

Maintenant, je n'ai pas de visibilité sur l'impact qu'aura sur l'emploi la baisse globale de 15 % que j'évoquais tout à l'heure. Cela relève de la responsabilité des gestionnaires. Mais plus les coûts – notamment les coûts informatiques – seront partagés, moins la contrainte sur les effectifs sera forte. Celle-ci s'inscrit actuellement, comme pour les CPAM, dans une trajectoire de non-renouvellement d'une partie des départs à la retraite. Mais c'est ce qui se passe dans l'ensemble des champs de l'assurance maladie obligatoire, quels que soient les modes de gestion et les régimes.

M. le coprésident Pierre Morange. Connaissez-vous la typologie des systèmes informatiques des mutuelles ?

M. Thomas Fatome. Comme je l'ai dit tout à l'heure, on s'oriente vers deux plateformes : Chorégie, du côté de la MGEN et des mutuelles qui vont vouloir rejoindre ce pôle de gestion ; infogérance, avec les outils de la CNAM. C'est cette concentration qui est en train de s'opérer, d'ailleurs assez rapidement.

M. le coprésident Pierre Morange. Les mutuelles n'étaient-elles pas prisonnières de vieux systèmes informatiques, du type *Mainframe*, comme ce fut le cas la branche famille ? Je rappelle que sur les demandes instantes de la MECSS, la branche famille a fini par économiser 20 millions d'euros par an sur cette ligne de dépenses.

M. Thomas Fatome. Ainsi que je vous l'ai indiqué, la convergence est en train de s'opérer, et des économies de gestion vont se réaliser. Je n'ai pas la même visibilité sur les outils de chacune des mutuelles. Mais c'est bien autour des deux pôles précités que les regroupements vont se faire.

Ensuite, la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a modifié l'accord national interprofessionnel (ANI) et institué, entre autres, la généralisation des mutuelles complémentaires santé, qui est le troisième point que vous avez abordé, Mme Le Callennec.

Il est clair que le marché de la protection complémentaire va se déplacer de l'individuel vers le collectif. Un certain nombre de personnes couvertes au titre de l'individuel vont le devenir au titre du collectif, et le mouvement de concentration du secteur mutualiste va se poursuivre. Il suffit d'observer les mouvements en cours, par exemple entre Harmonie Mutuelle et la MGEN.

C'est précisément l'impact sur ces contrats individuels qui nous a amenés à faire évoluer le dispositif de l'aide à la complémentaire santé pour en améliorer l'efficacité et le rapport coût/garantie. C'est le sens des annonces que le Président de la République a faites lors du Congrès de la Mutualité française de Nantes. Il est certain que l'impact de l'accord interprofessionnel va se faire ressentir dans les prochaines années et implique un accompagnement des populations qui bénéficient de contrats individuels, notamment les retraités.

M. le coprésident Pierre Morange. S'agissant de cet accompagnement, pouvez-vous être un peu plus précis ?

La généralisation des complémentaires santé, dont le coût est supérieur à celui de l'assurance maladie, n'entraînera-t-elle pas une majoration qui devra être supportée par la collectivité – soit au titre de l'employeur, soit au titre de la participation du salarié, soit par une participation complémentaire ? J'observe d'ailleurs que Mme la ministre a évoqué des tarifs particuliers en faveur des populations socialement défavorisées, avec des remises non négligeables – 40 %, dit-on.

Comment faire face à cette majoration ? Par une contractualisation, une aide financière de la part de l'État ou de l'assurance maladie ? Par une vertueuse incitation à une amélioration des coûts de gestion ? Ce ne serait pas absurde, quand on connaît les efforts que, de son côté, l'assurance maladie a su faire.

M. Thomas Fatome. La comparaison entre les coûts de gestion des organismes obligatoires et des organismes complémentaires doit être bien mesurée et nuancée. En effet, le marché complémentaire étant concurrentiel, les acteurs supportent un certain nombre de coûts.

M. le coprésident Pierre Morange. Fondamentalement, ceux qui les supportent sont les assurés, c'est-à-dire ceux qui paient leur cotisation de mutuelle en tant qu'employeurs, que salariés ou que retraités.

M. Thomas Fatome. Ce que je veux dire, c'est qu'à partir du moment où il y a un monopole, il n'y a pas de coût d'administration, ni de marketing ni de promotion. Ces coûts existent dans le domaine complémentaire. Il faut tenir compte du fait qu'au regard du marché, la situation n'est pas la même.

Ensuite, nous souhaitons accompagner les populations qui pourraient se voir privées de couverture complémentaire et pour lesquelles l'accès à cette couverture complémentaire est très important. C'est le sens de la mise en concurrence que nous avons réalisée sur l'aide à la complémentaire santé, qui a permis de faire baisser le coût des contrats entre 15 % et 30 % selon le type de contrat. Nous travaillons à la mise en œuvre des engagements présentés par le Président de la République au Congrès de la Mutualité française notamment, sur la sortie du contrat Évin ou sur d'autres pistes autour du contrat responsable.

Nous avons également mis en œuvre les dispositifs de transparence des coûts de gestion. Depuis 2014 en effet, les organismes complémentaires doivent faire figurer sur leurs contrats ou leurs avis d'échéance les coûts de gestion que les assurés ou les cocontractants supportent.

C'est dans ce sens-là que nous travaillons. Nous sommes très satisfaits des résultats, s'agissant de l'aide à la complémentaire santé. Mais il est certain que nous ne sommes qu'au début d'une transformation assez puissante du marché, qu'il conviendra d'apprécier dans les années à venir.

Le dernier point abordé par Mme Le Callennec était celui de la généralisation du tiers payant, inscrite à l'article 18 du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Nous avons instruit les différentes étapes du dispositif. Celles-ci vont permettre d'assurer une montée en charge du tiers payant qui soit compatible avec les attentes des professionnels de santé et l'exigence de simplicité du mode de gestion.

L'assurance maladie a d'ores et déjà commencé à travailler avec les organismes complémentaires, et un rapport devrait vous être présenté le 31 octobre prochain – date qui a été fixée par le Parlement.

M. le coprésident Pierre Morange. Pour les forfaits, boîtes de médicaments et autres consultations...

M. François Fatome. L'article 18 prévoit un mécanisme de prélèvement sur compte bancaire, pour assurer la récupération des franchises ou participations forfaitaires.

M. le rapporteur. Pour le salarié qui part à la retraite, comment se passera le transfert de sa complémentaire santé ? On ne sait pas s'il gardera la même complémentaire ou s'il sera obligé de rentrer dans un système individuel.

Mme Joëlle Huillier. Selon la loi, les mutuelles qui faisaient partie de l'ANI, dans le cadre d'une mutuelle globalisée et collective, doivent proposer aux retraités de poursuivre leur contrat... mais sans doute pas au même tarif.

M. Thomas Fatome. Je confirme vos propos. Depuis la loi Évin, les organismes qui couvrent de façon collective les salariés sont obligés de proposer au retraité un contrat dont l'augmentation ne doit pas dépasser 50 % du coût du contrat global. Mais il faut savoir que celui-ci doit également prendre en charge la partie employeur qui était auparavant à la charge de son entreprise.

Un peu plus de 40 % des retraités qui le peuvent font ce choix. Un certain nombre décident de changer, soit d'assureur, soit de contrat. Il faut reconnaître que les contrats qui sont proposés à titre collectif en entreprise ne correspondent pas forcément à ce que les retraités recherchent.

Enfin, le Président de la République, au congrès de la Mutualité française de Nantes, s'est exprimé sur la nécessité d'améliorer l'attractivité de l'offre de contrats de sortie pour les retraités. Nous sommes en train de travailler pour rendre cette offre plus attractive et augmenter la part des retraités qui utilisent cette disposition.

M. le rapporteur. C'est un sujet difficile. Avant l'ANI, de nombreuses personnes en longue maladie – ALD (affections de longue durée) – ne prenaient plus de mutuelle

complémentaire puisqu'ils étaient remboursés à 100 %. Mais un jour ou l'autre, s'ils doivent sortir du système des ALD, ils vont se retrouver sans mutuelle !

Par ailleurs, les salariés retraités seront obligés d'assurer le paiement de la part de l'employeur. L'augmentation de tarif les dissuadera peut-être de continuer à prendre une complémentaire santé. Cela m'inquiète.

M. le coprésident Pierre Morange. Où en est-on de la déclaration sociale nominative, ou DSN ? Est-ce que sa mise en place avance ? Quand serez-vous opérationnels ? Allez-vous respecter l'agenda qui avait été prédéfini ?

Ensuite, l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) teste la valorisation foncière des systèmes assurantiels, notamment complémentaires. Or un certain nombre de rapports évoquent le fait que le patrimoine sur lequel ils sont assis – en valeurs diverses et variées, en placements financiers – pour assumer leur fonction assurantielle serait le double de ce qui est nécessaire. Le confirmez-vous ? Si oui, cela s'applique-t-il à l'ensemble du secteur mutualiste, mais aussi, de façon plus concrète et précise, au secteur étudiant ou au secteur des fonctionnaires ?

Enfin, a-t-on une connaissance plus fine du bilan patrimonial du secteur mutualiste ?

Mme Joëlle Huillier. Je remarque que l'ANI n'a rien à voir avec l'ALD. Et remarque surtout que ce n'est pas parce que l'on a l'ALD qu'il ne faut pas prendre de mutuelle. Si vous en bénéficiiez en raison d'une insuffisance respiratoire, vous n'êtes pris en charge à 100 % que pour cette insuffisance respiratoire, mais pas pour d'autres problèmes de santé – par exemple, si vous vous cassez une jambe.

M. le rapporteur. Je faisais seulement un parallèle, pour mettre en avant le fait que de nombreuses personnes, qui pensent être à 100 %, ne prennent plus de mutuelle.

Mme Joëlle Huillier. Il faut vraiment les en dissuader.

M. le coprésident Pierre Morange. En effet, de nombreux patients en ALD estiment à tort qu'ils sont couverts à 100 % pour toutes les affections, et qu'ils n'ont plus de reste à charge à payer.

M. Thomas Fatome. S'agissant de la déclaration sociale nominative, je vous confirme que cela avance bien. Je n'ai pas les derniers chiffres, mais plusieurs dizaines de milliers d'entreprises se sont engagées dans l'étape 2...

M. le coprésident Pierre Morange. En pratique, quand le système sera-t-il opérationnel ?

M. Thomas Fatome. Le dispositif monte en charge, et la prochaine étape démarrera le 1^{er} janvier 2016. Nous menons à bien, pas à pas, ce projet avec la maîtrise d'ouvrage et le GIP (groupement d'intérêt public) – MDS (modernisation des déclarations sociales).

M. le coprésident Pierre Morange. Vous pensez que ce sera prêt pour la fin 2016 ?

M. Thomas Fatome. C'est notre objectif. Mais nous sommes attentifs à ce que chacune des étapes de « *go-no go* », comme disent les informaticiens, soit respectée. Nous

avons réalisé différents audits de sécurisation avec la direction des systèmes d'information de l'État.

M. le coprésident Pierre Morange. Si je posais la question, c'est que dans le texte sur les retraites, les dispositions relatives au compte pénibilité impliquent que la déclaration sociale nominative soit opérationnelle.

À propos du compte pénibilité, j'ai constaté avec satisfaction qu'à la suite de mes observations, le texte avait été quelque peu modifié. Il faut dire qu'il n'était pas raisonnable de faire gérer ce compte pénibilité par la Caisse des dépôts et consignations, et qu'il fallait le rapatrier vers l'assurance vieillesse, qui est la seule à disposer, et du fichier, et du savoir-faire.

Donc, le système serait opérationnel à la fin de 2016 ?

M. Thomas Fatome. Dans tous les cas, nous avançons étape par étape.

M. le coprésident Pierre Morange. Mieux vaut avancer lentement, mais de façon efficace et méthodique.

M. Thomas Fatome. S'agissant de l'ACPR et du patrimoine foncier des mutuelles, je n'ai pas d'information spécifique. Tout ce que je peux répondre, c'est que ces mutuelles, comme les autres organismes complémentaires, sont soumises aux exigences prudentielles dites de Solvabilité II, qui a justifié récemment un important travail de transposition en droit français.

M. le coprésident Pierre Morange. Justement, nous savons que la réforme Solvabilité II, issue de Bâle II, définit un certain nombre de critères. Pourriez-vous faire quelques recherches sur le sujet, afin de confirmer ou infirmer les chiffres qui nous ont été cités ? Est-ce que le secteur assurantiel – et donc mutualiste – possède effectivement un patrimoine double du nécessaire, ou n'est-ce qu'une légende qu'il importe de dénoncer ?

M. Thomas Fatome. Nous allons le vérifier.

M. le coprésident Pierre Morange. Je vous remercie.

La séance est levée à quinze heures.