

## ANNEXES AU RAPPORT

### TRAVAUX DE LA COMMISSION

1. Lettre de la Garde des Sceaux en date du 2 septembre 1998 au Président Laurent Fabius relative à la proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la MNEF..... 139
2. Lettre de la Garde des Sceaux en date du 2 avril 1999 au Président de la Commission d'enquête, en réponse à sa demande, sur le nombre de procédures judiciaires en cours ..... 141
3. Liste des documents communiqués aux membres de la Commission d'enquête à la demande du Président de la Commission d'enquête ..... 144
4. Courrier adressé au Président de la Commission d'enquête par les membres de la commission appartenant à l'opposition..... 148

Lettre de la Garde des Sceaux en date du 2 septembre 1998 au Président Laurent Fabius relative à la proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la MNEF

— 140 —

*Le Gardien des Sceaux*  
*Ministre de la Justice*

Paris, le **22 SEP. 1998**

CAR98054C

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu, par lettre du 13 juillet 1998, m'informer du dépôt par Monsieur Claude Goezguen et plusieurs de ses collègues, d'une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la "Mutuelle nationale des étudiants de France".

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que le procureur général près la cour des comptes a, le 31 juillet 1998, sur le fondement de l'article 51 du décret 85-199 du 11 février 1985, adressé à la Chancellerie une communication portant sur des faits constatés lors du contrôle de la gestion de cette mutuelle.

Je puis vous indiquer que ces éléments et les pièces y afférentes ont été transmis par la Chancellerie le 4 août 1998 au procureur général près la cour d'appel de Paris.

Ce dernier vient de m'informer que le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Paris a décidé d'ouvrir une information judiciaire contre personne non dénommée des chefs de faux, usage de faux, abus de confiance, recel et conservation illégale d'intérêts sur une partie des faits dénoncés par la cour des comptes, et d'ordonner sur une autre partie de ces faits une enquête préliminaire.

Je ne puis que vous laisser le soin d'apprécier si ces procédures ne sont pas de nature à faire obstacle à la création d'une telle commission d'enquête parlementaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

*Elsabet Guigou*

Elsabet GUIGOU

Monsieur Laurent FABIUS  
Président de l'Assemblée Nationale  
Palais Bourbon  
116, rue de l'Université  
75013 PARIS 07 SP

Lettre de la Garde des Sceaux en date du 2 avril 1999 au Président de la Commission d'enquête, en réponse à sa demande, sur le nombre de procédures judiciaires en cours

— 142 —

*Le Garde des Sceaux*  
*Ministre de la Justice*

Paris, le 2 AVR. 1999

CAR:057L

Monsieur le Député,

La commission d'enquête parlementaire créée le 4 mars 1999 a pour objet le régime étudiant de sécurité sociale. A cet égard, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance que deux procédures judiciaires sont en cours concernant la gestion de la mutuelle nationale des étudiants de France (MNEF).

Le Procureur général près la Cour des Comptes a, en effet, sur le fondement de l'article 51 du décret 85-139 du 11 février 1985, adressé le 31 juillet 1998 à la Chancellerie un rapport relatif à des anomalies constatées à l'occasion du contrôle de la MNEF.

Le 1er septembre 1998, le Parquet de Paris a requis l'ouverture d'une information judiciaire des chefs d'abus de confiance, faux et usage, prise et conservation illégale d'intérêts.

Cette procédure, confiée à Madame Neher et Monsieur Riberolles, concerne notamment des détournements qui auraient été commis au préjudice de la mutuelle étudiante en faveur des entreprises Spin, Policite, Transim et de la société Efic.

Le même jour, des réquisitions d'enquête préliminaire ont été prises pour ce qui concerne le second volet de la procédure, à savoir les relations entre la MNEF et certaines de ses filiales.

Le 12 janvier 1999, une seconde information judiciaire a été ouverte sur ces faits par le Procureur de la République de Paris au cabinet de Madame Siméoni des chefs d'abus de confiance, abus de biens sociaux, escroqueries, recel et complicité.

N'agissant de ces procédures, je ne puis toutefois, compte tenu notamment des dispositions de l'article 11 du code de procédure pénale relatives au secret de l'enquête et de l'instruction, vous communiquer des renseignements plus précis.

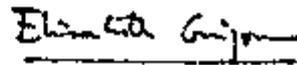
Ainsi que vous le savez, l'article 6 de l'ordonnance 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires dispose que qu'il "ne peut être créé de commission d'enquête lorsque les faits ont donné lieu à des poursuites judiciaires et aussi longtemps que les poursuites sont en cours. Si une commission a déjà été créée, sa mission prend fin dès l'ouverture d'une information judiciaire relative aux faits qui ont motivé sa création".

Monsieur Alain TOURET  
Député du Calvados  
Assemblée Nationale  
Palais Bourbon  
120, rue de l'Université  
75335 PARIS

Dans ces conditions, si le Gardes des Sceaux peut donner à la commission d'enquête, parmi les renseignements concernant les informations judiciaires dont il a connaissance, ceux qui sont strictement nécessaires à la détermination par cette commission des limites de ses investigations, il ne peut communiquer de plus amples éléments, notamment à caractère nominatif, sans préjudicier au secret de l'instruction.

Ces mêmes considérations me paraissent faire obstacle à la transmission d'un état de la procédure ou des rapports établis par les parquets.

Je vous prie de croire, Monsieur le Député, à mes sentiments les meilleurs.



Elisabeth GUIGOU

Liste des documents communiqués aux membres de la Commission d'enquête à la demande du Président de la Commission d'enquête



- ◆ Revue de presse complète et tenue à jour.
- ◆ Lettre de la Garde des Sceaux du 2 septembre 1998 au Président Laurent Fabius relative à la proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la MNEF.
- ◆ Lettre de la Garde des Sceaux du 2 avril 1999 à M. Alain Tourret, en réponse à sa demande, sur le nombre de procédures judiciaires en cours.
- ◆ Rapports :
  - rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale – septembre 1998 ;
  - relevé de constatations provisoires de la Cour des comptes sur la gestion de la MNEF – exercices 1992 à 1996 ;
  - rapport de l'IGAS à la demande de la Commission de contrôle des mutuelles sur la MNEF – janvier 1994
  - rapport sur les remises de gestion des mutuelles d'étudiants – IGAS – avril 1996 ;
  - rapport d'enquête sur les remises de gestion allouées aux mutuelles d'étudiants – IGAS/IGF – février 1999, et observations de la MNEF (24 mars 1999) ;
  - audit des sections locales mutualistes d'étudiants (20 septembre 1993) réalisé par la CNAM ;
  - rapports annuels : 1993, 1994, 1995 de la Commission de contrôle des mutuelles.
- ◆ Lettre du directeur de la CNAM à M. Raoul Briet du 21 mai 1999.
- ◆ Lettre ministérielle du 14 novembre 1989 relative au contrôle des placements des mutuelles et des caisses autonomes mutualistes.
- ◆ Règlement intérieur de la Commission de contrôle des mutuelles (8 juin 1993).
- ◆ Arrêté du 14 septembre 1992 relatif à la déconcentration du contrôle des mutuelles.
- ◆ Circulaire du 17 novembre 1992 relative à la déconcentration du contrôle des mutuelles.
- ◆ Note des services de l'Assemblée nationale relative à l'application des directives communautaires assurance-vie et assurance-non-vie, au secteur mutualiste français.

- ◆ Rapport de M. Michel Rocard « Mission, mutualité et droit communautaire » – mai 1999.
- ◆ Note sur le contrôle des mutuelles remise par M. Christian Rollet, chef de l'IGAS.
- ◆ Liste des mutuelles étudiantes.
- ◆ Tableau des effectifs affiliés depuis 1992.
- ◆ Pour chaque mutuelle d'étudiants :
  - statuts ;
  - règlement intérieur ;
  - composition du conseil d'administration et du bureau ;
  - organigramme des dirigeants (depuis 1994) ;
  - liste des filiales ;
  - résultats des exercices financiers au cours des dernières années ;
  - comptes rendus des réunions des conseils d'administration sur l'adoption des budgets et la clôture des exercices ;
  - rapports d'enquête des DRASS ou de la commission de contrôle lorsqu'il y en a ;
  - rapport de l'IGAS sur le contrôle de l'UITSEM – mars 1992 ;
  - composition du conseil d'administration de la MNEF de 1991 à 1996 ;
  - tableau des cadres dirigeants de la MNEF depuis 1989 ;
  - documents relatifs à l'association les Amis de la MNEF ;
  - documents relatifs au comité consultatif de la MNEF ;
  - procès verbaux de la Commission de contrôle des élections de la MNEF (janvier–mars 1999) ;
  - divers documents sur les changements annoncés à la MNEF ;
  - documents des services de la Médecine préventive universitaire sur le « mal être étudiant » ;
  - note de M. Michel Zorman, médecin directeur du centre de santé inter-universitaire de Grenoble ;
  - actes des Etats généraux étudiants de la Santé (19 mars 1999) ;
  - diverses propositions des mutuelles de l'USEM sur le régime étudiant de sécurité sociale ;
  - conventions signées entre les mutuelles et les CROUS.

Courrier adressé au Président de la Commission d'enquête par les membres de la commission appartenant à l'opposition



JO/YO/199907280

Paris, le 24 juin 1999

Monsieur le Président,

La Commission d'enquête sur le régime étudiant de sécurité sociale doit prochainement remettre son rapport.

Pour notre part, nous souhaitons vous apporter les précisions suivantes.

D'une part, nous vous rappelons que l'opposition n'a obtenu ni le poste de président ni celui de rapporteur qu'elle avait sollicité. Dans ces conditions, nous avons décliné toute participation au Bureau de la Commission.

Par conséquent, nous considérons que les propositions qui seront faites seront celles du Président et du rapporteur, à titre personnel. Nous y serons très attentifs.

Quelle que puisse être la teneur de vos conclusions, nous tenons à exprimer notre attachement au maintien de la spécificité du régime étudiant de sécurité sociale ainsi qu'à sa pluralité d'organisation.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Groupe RPR : MM. Bernard ACCOYER  
André ANGOT  
Bruno BOURG-BROC  
Richard CAZÉNAVE  
Jean-Michel DUBERNARD  
Pierre LASBÈRES  
Robert PANDRAUD.

Au nom du Groupe RPR : Bruno BOURG-BROC

Groupe UDF : MM. Jean-Pierre FOUCHER  
Gérmain GENESYVEN  
Hubert GRIMAUD  
Christian KERT.

Au nom du Groupe UDF : Jean-Pierre FOUCHER

Groupe DL : MM. Claude GOSQUEN  
Yves NICOLIN.

Au nom du Groupe DL : Claude GOSQUEN

Monsieur Alain TOURET  
Député du Calvados  
ASSEMBLÉE NATIONALE

## **ANNEXES AU RAPPORT**

### **REMISES DE GESTION**

1. Audit de la CNAM (extraits) sur les sections locales mutualistes d'étudiants – 1993..... 150
2. Rapport d'enquête IGAS/IGF (extraits) sur les remises de gestion allouées aux mutuelles d'étudiants – février 1999..... 166
3. Propositions de différents modes d'évaluation des remises de gestion aux mutuelles étudiantes faites par l'USEM ..... 178

## Audit de la CNAM (extraits) sur les sections locales mutualistes d'étudiants - 1993

CNAMTS  
AC-OGES

— 153 —

20.09.93

### AUDIT DES SECTIONS LOCALES MUTUALISTES D'ETUDIANTS

#### SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations émises dans le cadre de cet audit doivent permettre de revenir à une situation plus saine et de réduire les dysfonctionnements observés. Certaines d'entre elles justifient des prises de décisions tant au niveau de la tutelle que de la CNAMTS, et une collaboration organismes de sécurité sociale, partenaires extérieurs. Ces recommandations s'organisent autour de cinq grands axes :

##### 1.- Repréciser le rôle des caisses primaires dans la gestion du régime étudiant

Il est souhaitable d'élaborer, à l'intention de toutes les caisses primaires, une circulaire qui :

- rappelle les textes concernant le régime étudiant, l'habilitation des sections locales mutualistes ainsi que la représentation des caisses primaires dans les conseils d'administration de ces sections locales,
- précise le rôle des CPAM quant à l'immatriculation et l'affiliation des étudiants,
- formalise les liaisons CPAM / section locales mutualistes afin que celles-ci soient informées - le plus tôt possible - de la validation ou du rejet de l'affiliation, de l'immatriculation, cela permettra aux sections locales mutualistes d'édifier des C.A.S. avec des droits réels et non simplement supposés comme c'est le cas actuellement.
- précise le rôle des CPAM quant à l'information - formation des responsables d'établissement d'enseignement supérieur,
- propose des modalités de collaboration CPAM / mutuelles en vue d'optimiser (sur le plan du coût et de la qualité) l'information des étudiants,
- formalise des liaisons CPAM / URSSAF pour que les CPAM soient informées des cotisations réellement versées afin, d'une part qu'elles vérifient le dénombrement des étudiants établi à partir des imprimés "1205" et "1206", et, d'autre part, qu'elles puissent prononcer des rejets d'affiliation à l'encontre des étudiants qui n'auraient pas versé leur cotisation,
- définisse très précisément les modalités de dénombrement des étudiants par les caisses primaires.

Par ailleurs, au plan national, un groupe de réflexion est chargé de redéfinir les modalités de contrôle, par les CPAM, des sections locales mutualistes, et, d'envisager leur mise en oeuvre.

**2.- Elaborer, en accord avec les représentants de l'enseignement supérieur, des normes quant aux produits de sortie de leurs programmes informatiques d'inscription**

Dans la perspective de la mise en oeuvre d'un fichier national, il serait souhaitable de prévoir des procédures permettant d'intégrer automatiquement les étudiants dans le fichier des assurés. Un travail d'harmonisation est à entreprendre avec l'Education Nationale, sous l'égide de la CNAMTS et en collaboration avec les mutuelles pour que les fichiers magnétiques des établissements puissent être (tout au moins pour les plus importants) intégrables automatiquement sans ressaisie dans les fichiers des Caisses Primaires.

**3.- Améliorer les échanges d'informations entre la Caisse Nationale et les Mutuelles d'Etudiants.**

Les difficultés rencontrées par les auditeurs et d'ailleurs surmontées, ainsi que les obligations résultant de la gestion du risque pour obtenir des statistiques fiables et homogènes nécessitent :

- la définition dans un cahier des charges des contenus des fichiers à transmettre au CENTI d'Evreux,
- la mise en oeuvre de nouvelles modalités de transmission et de contrôles de qualité de ces fichiers

**4.- Elaborer un contrat d'objectif pluriannuel CNAMTS / Mutuelles - dans l'esprit du décret de 92 - afin de préciser :**

**4.1.- la nature du service rendu par les sections locales mutualistes :**

Recensement exhaustif et définition précise et détaillée des tâches que doivent assumer les sections locales mutualistes des étudiants.

**4.2.- les conditions de réalisation et le niveau de qualité du service rendu :**

Séparation des rôles liquidateur / contrôleur, taux de contrôle (le contrôle a posteriori de la CPAM ne devant pas se substituer au contrôle à effectuer par les sections locales), taux d'anomalie admis, niveau de qualification des agents, modalités d'édition de la C.A.S., modalités de versement des prestations, etc.....

**4.3.- les modalités de remboursement des prestations versées par les C.P.A.M.**

La mise en oeuvre du dispositif suivant permettra d'assainir la situation actuelle :

- . pour le paiement de leurs prestations, les mutuelles ouvrent un compte de "passage" dans les agences bancaires des CPAM dont elles dépendent,
- . chaque jour, les mutuelles alimentent ce compte du montant du virement qu'elles ordonnent en faveur de leurs assurés (Sécurité Sociale + mutuelle),
- . les instructions de virement transmises par les mutuelles comportent pour chaque catégorie de prestations un "code émetteur" qui permet d'identifier les prestations imputables à la CPAM et celles imputables à la mutuelle (les programmes informatiques des mutuelles, qui intègrent déjà ces caractéristiques, seront simplement mis à jour),
- . une procédure "feu vert" permet à l'agent comptable de valider, au vu des pièces justificatives, les montants de prestations "sécurité sociale" à prélever sur le compte de la CPAM,
- . un accord CPAM / mutuelle / banque permet à l'établissement bancaire de procéder après "feu vert" de l'agent comptable de la CPAM à un double virement simultané des prestations de base et complémentaires à l'assuré, et de prélever sur chacun des comptes CPAM et mutuelle les montants correspondants grâce au "code émetteur".

Ce dispositif simple supprime :

- . le virement quotidien en faveur des mutuelles,
- . les décalages de paiement défavorables tant aux mutuelles, qu'aux CPAM, assurés et tiers,
- . le problème des éventuels impayés.

Sa mise en oeuvre permet de demander aux mutuelles la disparition des lettres-chèques.

Cependant, si la mutuelle souhaite maintenir un paiement par lettre-chèque, les agents comptables des CPAM doivent mettre en place une loi de décalage.

#### 4.4.- Les nouvelles modalités de calcul des remises de gestion versées par la CNAMTS

##### 4.41.- l'unité de référence à retenir

Dans l'attente de la mise en oeuvre d'une chaîne statistique permettant à la CNAMTS de maîtriser le dénombrement des "bénéficiaires actifs" des mutuelles, il conviendra de transposer les coûts de référence des CPAM (exprimés en "bénéficiaires actifs") en équivalent "assurés affiliés" à l'aide du tableau présenté chapitre III paragraphe 3.41.

##### 4.42.- dispositions immédiates

Dès l'exercice 1993, il est souhaitable, en modulant le montant des acomptes du dernier trimestre de rééquilibrer les rémunérations sur la base des objectifs suivants :

- . réduction de la rémunération de la MNEF, en donnant une valeur définitive aux acomptes versés en 1993 (recul du coût unitaire de 10 %),
- . récupération partielle de la mesure de rattrapage et réajustement de la rémunération des SMER par ajustement sur le coût opposable calculé pour les 129 CPAM (il s'agit de ne pas neutraliser la réduction de l'écart moyen permise par les résultats de la MNEF),
- . une réduction de la rémunération de la SMEREP, limitée à celle obtenue pour la MNEF (- 10 %), toujours dans un souci de lissage progressif des disparités.

Le tableau présenté au chapitre III paragraphe 3.32 présente le nouveau montant des acomptes mensuels 1993 à verser entre Octobre et Décembre 93.

##### 4.43.- l'évolution de la rémunération

L'ajustement de la rémunération des mutuelles sur le coût des 50 premières CPAM pourrait intervenir en deux périodes de 3 ans.

La 1ère phase (1994 à 1997) permettrait un alignement sur le coût du groupe médian des CPAM.

La seconde phase (1998 - 2001) permettrait de rejoindre le coût des 50 premières CPAM.

Le mécanisme proposé à partir de 1994 est le suivant :

Rémunération de l'année N-1 par "assuré affilié ou "bénéficiaire actif"

+ ou -

Montant de la variation du coût des "bénéficiaires actifs" du groupe médian, puis des 50 premières CPAM (ce montant est réapprécié lorsque sont publiés dans le courant de l'année N+1 les résultats des CPAM)

25 % de l'écart constaté entre le coût de la mutuelle et le coût CPAM opposable

x

Nombre d'"assurés affiliés" ou de "bénéficiaires actifs".

#### 4.44.- la gestion du dispositif proposé

Le plan proposé devrait permettre de réduire, en 9 années, la participation financière de la CNAMTS, d'un montant global de 112 MF, ce qui correspond, par rapport aux sommes effectivement versées en 1992 à un recul de 38%.

L'application du dispositif décrit ne doit pas interdire que soient modulées les réductions à opérer selon un rythme mieux adapté à la situation réelle de chaque mutuelle. Les aménagements permis ne devront tout de même pas avoir pour effet de remettre en cause l'atteinte de l'objectif final au terme de la 9<sup>ème</sup> année.

#### 4.5.- la réactualisation du contrat et le suivi de son application :

L'article 3 du décret du 31 Mars 1992 prévoit :

*"Au cours du troisième trimestre de la troisième année de chaque période pluriannuelle, les parties se réunissent pour établir un bilan de l'application en cours et procéder à sa révision pour la période triennale suivante".*

En vue de préparer cette réunion "bilan", il sera souhaitable de procéder à un audit récurrent - de courte durée - qui aurait pour objet de réaliser un état des lieux, dans toutes les mutuelles, au regard des différents points précisés dans le contrat de gestion.

#### 5.- Mettre en place, au niveau national, un fonds de prévention pour les étudiants

Les initiatives de la MNEF en matière d'éducation pour la santé méritent que la CNAMTS y porte intérêt, mais leur financement devrait être déconnecté des remises de gestion, non seulement pour disposer d'éléments de comparaison plus lisibles entre les organismes, mais aussi pour que soit mieux appréciée la justification économique des actions conduites, dans le cadre de contrats d'objectifs.

La mise en place au niveau national, d'un fonds de prévention pour les étudiants, cofinancé par la CNAMTS, les mutuelles et les pouvoirs publics, permettrait de financer des opérations spécifiques sur la base d'objectifs clairement identifiés et quantifiés.

### III.- APPRECIATION DES COUTS DE GESTION

#### 1.- ANALYSE FONCTIONNELLE DE L'ACTIVITE

##### 1.1.- Recensement des fonctions gérées par les mutuelles

Une analyse fonctionnelle conduite dans chacune des mutuelles a permis de recenser trois grandes catégories de fonctions gérées (cf. annexes 21 et 22).

##### 1.11.- Les fonctions "mixtes"

Il s'agit de fonctions qui concourent aux deux gestions "Sécurité Sociale" et "mutuelle".

Elles recouvrent généralement l'ensemble des activités nécessaires au fonctionnement d'un organisme chargé du paiement des prestations de Sécurité Sociale, et intègrent donc les tâches justifiant l'octroi d'une rémunération par la CNAMTS, compte tenu de la délégation effectivement confiée aux sections locales.

Les fonctions en cause peuvent être regroupées en trois grandes finalités :

- . Production : gestion du fichier, liquidation, courrier, archivage.
- . Qualité - Sécurité : contrôle, accueil.
- . Stratégie - Logistique : direction, communication information, gestion du personnel, gestion des biens, gestion des Immeubles, imprimés, comptabilité - finances, informatique.

##### 1.12.- Les fonctions strictement mutualistes

Les fonctions observées dans cette catégorie concernent uniquement la gestion mutualiste - ou para mutualiste (vente de produits d'assurance) - et doivent être financées exclusivement grâce aux cotisations des adhérents :

- . le contentieux (le contentieux Sécurité Sociale est géré par les CPAM).
- . la distribution de produits et services (élaboration et distribution des produits mutualistes ou autres : assurances auto-moto et habitation, recherche de stages, voyages...).

##### 1.13.- Les fonctions de Prévention - Education pour la santé

Les fonctions identifiées dans cette dernière catégorie sont gérées quasi-exclusivement par la MNEF, à son initiative, ou sur encouragement des pouvoirs publics.

Les actions qu'elles recouvrent, non inscrites au nombre des missions confiées aux mutuelles pour le compte des organismes d'assurance maladie, ne devraient pas, logiquement, être financées par l'intermédiaire des remises de gestion prélevées sur le FNGA.

#### 1.2.- Les différences observées avec les CPAM

##### 1.21.- Les fonctions techniques

Compte tenu du contenu des tâches déléguées aux mutuelles par les CPAM tel qu'il ressort des textes, et de l'étendue des risques gérés par le régime étudiant, certaines fonctions techniques recensées dans les CPAM n'existent pas dans les mutuelles :

- . les fonctions qui restent de droit à la charge des CPAM :
  - l'immatriculation,
  - l'assurance personnelle,
  - la gestion du budget global,
  - le contentieux.
- . les fonctions qui correspondent au paiement de prestations exclues du régime étudiant :
  - l'incapacité temporaire,
  - l'incapacité permanente,

D'autre part, certaines activités de production n'ont pas le même poids en mutuelle qu'en CPAM :

La liquidation : les dossiers "Assurance Maladie" sont d'une moindre complexité en mutuelle qu'en CPAM (absence d'ouverture de droits particulières, pas de prestations en espèces...) (cf. annexe 23).

La gestion du fichier : le taux de renouvellement du fichier est plus important en mutuelle (estimé à 1/3 chaque année), par contre le ratio bénéficiaires/assurés est plus fort en CPAM (1,61<sup>(8)</sup> contre 1,007<sup>(9)</sup>) et les opérations plus ponctuelles (l'étude analytique des coûts et de la productivité réalisée dans le présent rapport montrera qu'en définitive la MNEF utilise pour la gestion de ses fichiers 6,79 agents pour 100.000 bénéficiaires actifs tandis que les CPAM en mobilisent 8,88) (cf. annexe 24).

### 1.22.- Les fonctions de maîtrise des dépenses de santé et de prévention

La maîtrise des dépenses de santé, l'éducation pour la santé et la prévention se sont largement développées dans les Caisses Primaires, en complément des activités traditionnelles d'action Sanitaire et Sociale.

La gestion de ces fonctions nouvelles, désormais inscrites au nombre des grandes missions confiées aux Caisses Primaires n'existe pas dans les mutuelles (à l'exception de la MNEF pour les activités d'éducation pour la santé - prévention)

Les initiatives de la MNEF en matière d'éducation pour la santé méritent que la CNAAMTS y porte intérêt, mais leur financement devrait être déconnecté des remises de gestion, non seulement pour disposer d'éléments de comparaison plus lisibles entre les organismes, mais aussi pour que soit mieux appréciée la justification économique des actions conduites, dans le cadre de contrats d'objectifs spécifiques.

### 1.23.- L'informatique

La fonction informatique de production n'est pas directement gérée par les CPAM. Les comparaisons de coûts exigent qu'il soit ajoutées aux charges de gestion des CPAM la quote-part des dépenses de fonctionnement des CETEL et CETELIC, celle des centres informatiques nationaux (CREDI) représentatives de l'activité commune aux deux catégories d'organismes.

### 1.3.- Calcul d'un taux d'abattement "fonctionnel"

Conformément à la délégation qu'elles ont reçue, les mutuelles se chargent donc de développer, pour le compte des caisses primaires, une activité qui se limite à l'information sur le régime de base des étudiants, au paiement et au contrôle (sauf la MEP et la SMENOC) des prestations. Ainsi, le périmètre des fonctions gérées par les mutuelles est-il sensiblement moins étendu que celui observé pour les CPAM, et les activités de production moins complexes. Les comparaisons de coûts avec les CPAM nécessitent donc le calcul d'un taux d'abattement "fonctionnel".

Selon les taux d'activité moyens des agents, obtenus à partir des résultats de la comptabilité analytique 1992 des CPAM, (cf. annexe 25) enrichis par une enquête complémentaire conduite auprès de 65 organismes (résultats détaillés en annexe 10) les abattements suivants doivent être réalisés (exprimés en % des effectifs consommés par rapport à l'ensemble des activités des CPAM) :

<sup>8</sup> cf. chapitre III au paragraphe 2.11

<sup>9</sup> Annexe 18 : coefficient MNEF en raison de sa représentativité nationale et du fait que le CÉNTI a recensé plus de 98 % des affiliés dénombrés par les CPAM.

1.31.- Abattement à réaliser au titre des fonctions de production et qualité-sécurité

. Immatriculation/Affiliation - assurance personnelle	= 1,46 % (calculé CPAM)
. Gestion du budget global	= 0,35 % (calculé CPAM)
. Liquidation AT-IT	= 4,38 % (calculé CPAM)
. Liquidation AT-IP	= 1,34 % "
. Invalidité	= 1,01 % "
. Contentieux	= 3,35 % "
. Contrôle des prestations portant sur les prestations AT et invalidité	= 1,43 % "
. Contrôle a posteriori réalisé dans les mutuelles	= 0,04 % (calculé CPAM)

Sous total technique non effectué par les mutuelles 13,36 %

1.32.- abattements à effectuer au titre des fonctions de maîtrise des dépenses de santé et d'éducation pour la santé.

. maîtrise des dépenses de santé	= 1,58 %
. éducation sanitaire et ASS	= 1,08 %

Le total des déductions relatives à ces catégories d'activité représente donc 2,66 %.

Le total des réductions à opérer sur les fonctions autres que direction- gestion - intendance, est donc de 13,36 + 2,66 = 16,02 %

1.33.- abattements à réaliser sur les fonctions communes (logistique, gestion, intendance).

La non prise en compte de 16,02 % des activités a, forcément, un impact sur les fonctions Direction - Gestion - Intendance suivantes :

- . direction.
- . GRH-biens.
- . agence comptable.
- . imprimés.
- . immeubles.

Ces fonctions représentent au total 17,48 % de l'activité des CPAM. Il est logique d'admettre qu'elles doivent être réduites d'une manière uniforme de 16,02 %, soit  $17,48 \% \times 16,02 \% = 2,80 \%$ .

1.34.- abattement "complexité"

Un abattement supplémentaire est à ajouter pour tenir compte de la moindre complexité des travaux de liquidation "maladie" gérés par les mutuelles (enquête réalisée auprès des CPAM de Lille, Marseille, Reims et Angers, les annexes MNEF de Marseille, Créteil, Reims, Angers, Lille, et la SMENO - résultats détaillés en annexe 23).

L'étude conduite (cf. annexe 23) fait apparaître que :

. 100 pièces gérées en CPAM	= 122 unités-temps.
. 100 pièces gérées en mutuelles	= 117 unités-temps.

Le taux de réduction à appliquer est donc de 4,10 % sur la fonction liquidation AS (49,91 % hors immatriculation, budget global) soit 2,05 % par rapport à l'ensemble des activités de la CPAM.

1.35.- coefficient de réduction "fonctionnel global"

Le coefficient d'abattement "fonctionnel" global est donc égal à :  
 $16,02 \% + 2,05 \% + 2,80 \% = 20,87 \%$

Le coefficient de réduction à appliquer est de 0,7913

## 2.- ANALYSE DE LA CHARGE DE TRAVAIL

### 2.1.- La base de référence : les Caisses Primaires

#### 2.1.1.- Les indicateurs existants :

Quatre grandes catégories d'indicateurs sont utilisés pour calculer la charge de travail des CPAM :

- . L'Assuré actif (matricules consommateurs).
- . Le bénéficiaire actif (bénéficiaires consommateurs : assurés + ayants-droit).
- . Le volume d'actes (actes médicaux : C + V + K + Z).
- . Le volume de décomptes + cellules-actes (totalité des actes remboursés) en chaînes SC et SMP.

Selon les estimations réalisées par les services de la CNAMTS, 85 % des assurés affiliés dans les CPAM seraient actifs (aucune statistique précise n'est possible en l'état actuel des fichiers "assurés").

Pour 1992, les résultats issus de la chaîne statistique SC<sup>(10)</sup> (source CNAMTS/ACG - Juillet 1993) seul outil, ou référence commune aux deux catégories d'organismes, sont les suivants :

. Décomptes maladie (SC)	= 547.262.350
. Cellules-actes maladie (SC)	= 998.294.743
. Assurés actifs (matricules actifs)	= 25.787.664
. Bénéficiaires actifs	= 40.417.157
. Assurés actifs seuls	= 25.108.591
. Ayants-droit seuls	= 15.308.566

Le taux d'ayants-droit est donc de 0,51.

#### 2.1.2.- L'indicateur d'activité de référence

Depuis l'exercice 1992, l'indicateur "assuré actif" n'est plus utilisé.

L'appréciation de l'activité d'une caisse au regard de cet indicateur comportait effectivement un biais important dans le dénombrement de la clientèle consommatrice, dans la mesure où la notion d'assuré actif ignore le poids réel des bénéficiaires dans leur ensemble (assurés + ayants-droit). Des disparités étaient ainsi créées entre les caisses, selon les caractéristiques de leur population.

C'est pourquoi la C.G.A. de la CNAMTS a décidé lors de l'adoption du plan budgétaire 1992 - 1994 (séance du 10.12.91) (cf. annexe 26) de lui substituer à partir de 1992 l'unité d'œuvre "bénéficiaire actif" pour ne pas sous-estimer la charge des organismes dont la population connaît un fort taux d'ayants-droit.

#### 2.1.3.- Charge de travail par "bénéficiaire actif"

L'indicateur "bénéficiaire actif" ne suffit pas à évaluer le volume d'activité d'un organisme. En effet, le niveau de consommation des individus peut être très différent selon la composition de la population (structure par âge, par sexe, morbidité...).

Ainsi, en terme de liquidation, un bénéficiaire n'a pas le même poids selon les organismes (cet aspect a également été retenu par la C.G.A. de la CNAMTS pour comparer les CPAM).

Il est donc important d'apprécier la charge de travail par "bénéficiaire actif" en CPAM, pour permettre une comparaison complète avec les mutuelles.

Le taux d'activité des "bénéficiaires actifs" peut être apprécié au regard du volume d'actes, ou "décomptes + cellules-actes traités" :

<sup>10</sup> La chaîne SC ne permet pas de dissocier la production inhérente aux accidents du travail et à l'invalidité, de ce fait est appliqué sur le dénombrement issu de SC le coefficient de représentativité des seuls décomptes et cellules-actes dus au risque AS mis en évidence dans la chaîne SMP (cf. annexe 27)

Pour l'exercice 1992, hors législations AT et invalidité (fonctions non gérées par les mutuelles), les indicateurs sont les suivants :

- . Volume d'actes (C + V + K + Z) = 334 089 088,
- . décomptes + cellules-actes (SC) = 1 545 557 093.

Le taux d'activité des "bénéficiaire actif" est donc le suivant :

- . Volume d'actes par "bénéficiaire actif" =  $334\,089\,088 / 40\,417\,157 = 8,27$  actes.
- . Volume de "décomptes + cellules-actes" par "bénéficiaire actif" =  $1\,545\,557\,093 / 40\,417\,157 = 38,24$  "décompte + cellules-actes".

#### 2.14.- pondération du coût du "bénéficiaire actif" par le taux de consommation

Les études analytiques et simulations entreprises depuis 1991, ont conduit le CTGA de la CNAMTS à considérer que l'attribution des crédits devait reposer :

- . à 50 % sur le volume de bénéficiaires actifs (activités de gestion des bénéficiaires),
- . à 50 % sur le volume de l'activité de liquidation

Sur la base officielle actuelle, un "bénéficiaire actif CPAM pondéré" est donc équivalent à :

- . 1 BAP = 1 "bénéficiaire actif" + 8,27 actes

Où encore, pour une bonne comparaison avec les mutuelles :

- . 1 BAP = 1 "bénéficiaire actif" + 38,24 "décomptes + cellules-actes".

En réalité, il s'agit davantage d'une répartition prospective qui tient compte des orientations stratégiques nationales que du reflet de la situation réelle (développement de la gestion des risques décentralisée notamment).

Une vérification réalisée par la mission d'audit, à partir du résultat des investigations permises, l'a conduit à constater que (détail en annexe 2B) :

- . 36,3 % de l'activité dépend du volume des bénéficiaires,
- . 63,7 % de l'activité dépend du volume de la production.

Une fois appliqué le taux d'abattement "fonctionnel" (0,7913) (cf. chapitre III paragraphe 1.35), la répartition des taux d'activité en "équivalent fonctions mutuelles" est la suivante (annexe 2B) :

- . 36,6 % de l'activité dépend du volume des bénéficiaires,
- . 63,4 % de l'activité dépend du volume de la production.

C'est donc sur la part "production" de cette seconde structure - quasiment identique à la première : effet du fort taux de courtier "rejou" en mutuelle - que devra être appliqué un taux d'abattement "consommation" tenant compte de la différence de charge de travail par "bénéficiaire actif" entre les deux catégories d'organismes.

2.2.- Les résultats des mutuelles

2.2.1.- Eléments bruts

Trois catégories d'indicateurs sont disponibles pour les mutuelles d'étudiants :

l'étudiant affilié :

- les assurés étudiants affiliés sont dénombrés par les CPAM, leur nombre est notifié aux mutuelles par les CPAM chaque année tout au moins par la plupart (cf. annexe 70).

l'assuré-actif :

- il s'agit en fait d'un taux déclaré par les mutuelles, grâce à l'utilisation d'un programme bâti par leurs soins, à partir des éléments de l'ancienne chaîne S&X qui leur ont été communiqués. (cf. chapitre II paragraphe 3.1)
- Selon les calculs ainsi réalisés par les mutuelles, 75 % des étudiants gérés sont "actifs", en moyenne, sauf la MEP (Marseille) qui annonce 83 % (le ratio, de 75 % peut paraître acceptable comparé à celui des CPAM, compte tenu de la tranche d'âge concernée).

le volume de "décomptes + cellules-actes" :

- ce dernier indicateur est fourni par le CENTI d'Evreux après lecture dans la chaîne SC des décomptes internes régulièrement transmis par les mutuelles. Il prend en compte la production inhérente à la gestion des étudiants salariés par certaines mutuelles.

le nombre de "bénéficiaires actifs" :

- peut être projeté à partir du ratio calculé sur le fichier "assurés" de la MNEF fourni par le CENTI d'EVREUX : nombre d'ayants droit/nombre d'assurés = 0,71 % (cf. annexe 18).  
Soit, pour l'exercice 1991/1992, pour l'ensemble des mutuelles :

· Etudiants affiliés	■ 1 014 880
· Assurés actifs	= 762 411
· Bénéficiaires actifs	= 767 824

MUTUELLE	ETUDIANTS AFFILIÉS 01/92	% ACTIFS	ETUDIANTS ACTIFS 01/92	BÉNÉFICIAIRES ACTIFS
	1	2	3	4
MNEF	523 442	0,75	392 582	395 389
MEP	33 030	0,83	27 415	27 610
MGEL	57 382	0,74	42 463	42 764
SMABA	51 717	0,75	38 788	39 083
SMENO	51 596	0,74	38 183	38 453
SMEREP	115 137	0,74	85 201	85 806
SMESO	65 568	0,76	49 832	50 785
SMERRA	71 983	0,75	53 967	54 371
SMECO	25 652	0,75	19 239	19 370
SMEREB	19 371	0,76	14 722	14 828
<b>TOTAL</b>	<b>1 014 880</b>	<b>0,75</b>	<b>762 411</b>	<b>767 824</b>

- (1) Source CGA (Dénombrement CPAM)  
 (2) Source SECTIONS LOCALES MUTUALISTES (tableau 5 annexe 4)  
 (3) Col.(1) - Col.(2)  
 (4) Col.(3)\*1,0071 (source : situation des fichiers MNEF communiqués par le CENTI)

### 2.2.- Charge de travail par "bénéficiaire actif"

Seul le volume de "décomptes + cellules-actes" est disponible pour les sections locales d'étudiants.

Cet indicateur qui permet de mesurer la totalité de la charge de travail est toutefois plus complet pour comparer les deux catégories d'organismes que le volume d'actes.

Pour l'exercice 1991/1992 le total des "décomptes + cellules-actes" représente 17 985 627 unités.

La charge de travail par "bénéficiaire actif" s'établit ainsi à  $17\ 985\ 627 / 767\ 824 = 23,42$  "décomptes + cellules-actes".

MUTUELLE	PRODUCTION 91/92 1	BÉNÉFICIAIRES ACTIFS 2	PRODUCTION/ BENACT. 3
MINEF	9 007 018	395 369	22,78
MEP	844 126	27 510	23,93
MGEL	1 075 955	42 784	25,16
SMEBA	998 088	29 063	23,96
SMEBO	908 306	38 454	23,62
SMEREP	1 973 302	85 906	23,00
SMESS	1 310 123	53 185	28,11
SMERRA	1 261 462	54 371	23,26
SMECO	503 440	19 378	25,96
SMEREB	365 789	14 826	24,67
TOTAL	17 985 627	767 824	23,42

- (1) Source DGA (Statistiques CENIT) ; "décomptes + cellules-actes" chaîne SC)  
 (2) Cf. tableau précédent.  
 (3) Col.(1)/Col.(2)

### 2.3.- Comparaison CPAM/MUTUELLES

Le ratio ayants-droit/assurés s'établit à 0,61 en CPAM (cf. chapitre III paragraphe 2.11), il est de 0,0071 (cf. chapitre III paragraphe 1.21) pour les familles d'étudiants.

1 "Bénéficiaire actif" CPAM consomme en moyenne 38,24 "décomptes + cellules-actes" maladie.				
1 "Bénéficiaire actif" Mutuelle		23,42		

La charge de travail générée par un "bénéficiaire actif" étudiant, ne représente donc que 61,3 % de celle produite par la consommation d'un "bénéficiaire actif" CPAM (hors AT et invalidité).

Dès lors qu'il a été calculé que 63,4 % de la structure d'activité CPAM convertie en "équivalent activité mutuelle" était générée par le volume de production (cf. chapitre III paragraphe 2.14) il est permis d'appliquer un coefficient de réduction de 0,613 sur cette part.

— 164 —

En conclusion, toute comparaison du coût d'un "bénéficiaire actif" entre les CPAM et les mutuelles devra passer par l'application de deux coefficients de réduction successifs :

- le coefficient de réduction "fonctionnel" pour tenir compte des fonctions et tâches non gérées (cf. chap. III paragraphe 1.35) : 0,7913 (nouveau coefficient),
- le coefficient de réduction "consommation" pour tenir compte de la moindre consommation des assurés pour les risques maladie et maternité :  $0,366 \times (0,834 \times 0,613) = 0,75^{(1)}$ ,

Ce qui correspond à un coefficient de réduction global de  $0,7913 \times 0,75 = 0,593$

Ce résultat permet de considérer qu'un "bénéficiaire actif mutuelle" représente 0,593 "bénéficiaire actif CPAM".

Ce dernier indicateur présente l'intérêt d'autoriser une intégration des mutuelles dans le classement des CPAM, sous forme de "bénéficiaires actifs équivalents CPAM".

### 2.31.- Coût CPAM "équivalent mutuelle"

#### 2.311.- Coût du "bénéficiaire actif" pour les charges administratives

(les amortissements et locations non retenues pour le calcul de l'indicateur budgétaire ont été réintégrés à parts égales entre les CPAM, soit 13,36 F pour le "bénéficiaire actif").

Résultats 1992 :

	Moyenne des 129 CPAM	groupe Médian (25 CPAM) <sup>(12)</sup>	50 premières CPAM
Coût de base	426,06 F	384,48 F	353,86 F
Coefficient "fonctionnel" :	0,7913		
Coefficient "consommation" :	0,75		
Coefficient de réduction global :	0,593		
Coût équivalent mutuelle :	252,65F	228,00 F	209,84 F

#### 2.312.- Coût plafond pour les charges informatiques

(hors applications ne concernant pas les mutuelles : détail calcul annexe 26)

Coût moyen "bénéficiaire actif" CETELIC	= 13,36 F
Coût moyen "bénéficiaire actif" CREDI	= 2,49 F
Coût moyen total informatique "bénéficiaire actif"	= 15,85 F
Coefficient "consommation informatique" :	0,613
(décomptes + cellules actes mutuelles/productions CPAM)	
Coût informatique "équivalent mutuelle"	= 9,72 F

<sup>11</sup> soit : part de l'activité "gestion" + part de l'activité "production" (pondérée par le taux de consommation des bénéficiaires)

<sup>12</sup> Ce groupe a été déterminé comme suit : 12 CPAM dont les résultats se situent au dessous de celui de la CPAM médiane + CPAM médiane (65<sup>ème</sup>) + 12 CPAM dont les résultats se situent au dessus de celui de la CPAM médiane.

**2.313.- Coût complet opposable**

C'est la somme au coût du "bénéficiaire actif" pour les charges administratives et du coût plafond par "bénéficiaire actif" pour les charges informatique.

Moyenne des 129 CPAM	Groupe médian 25 CPAM	50 premières CPAM
262,37 F	237,72 F	219,56 F

**2.32.- Les coûts actuellement supportés par la CNAMTS**

Les coûts BAP mutuelles supportés par la CNAMTS (remises de gestion définitives versées sur la période du 1.10.91 au 30.9.92 par "bénéficiaires actifs" gérés par les mutuelles sont les suivants :

MUTUELLE	1) COÛT PAR BÉNÉF. ACTIF (prix de mutuelle exclues taxes)		2) ECART AVEC LES CPAM				3) COÛT PAR BÉNÉF. ACTIF (prix de mutuelle exclues taxes)		4) ECART AVEC LES CPAM					
	129 CPAM	%	129 CPAM	%	25 CPAM	%	50 premières CPAM	%	129 CPAM	%	25 CPAM	%	50 premières CPAM	%
MAGEF	451,16	170,31	72,01	15,9	215,46	89,8	251,62	115,3	144,81	66,4	75,01	34,2	224,05	102,0
MEL	294,05	111,2	0,6	0,3	26,33	11,1	42,49	20,3	261,31	119,9	2,2	1,0	42,29	19,2
MEL	228,63	87,2	-2,7	-1,2	-0,82	-0,4	11,27	5,2	218,31	98,1	-20,3	-9,2	22,19	10,1
SMESA	350,44	133,7	-14,0	-6,4	-0,59	-0,3	14,08	6,4	317,75	145,0	-16,6	-7,5	13,11	5,9
SMENO	224,39	84,2	-14,9	-6,8	-13,37	-5,9	4,78	2,2	219,35	100,0	-11,3	-5,1	17,29	7,8
SMEREP	304,35	113,3	21,0	9,7	33,31	13,9	130,43	59,7	269,95	124,1	15,8	7,2	22,21	10,1
SMESG	304,00	113,2	12,9	5,9	22,29	9,3	84,44	38,5	289,00	132,7	18,4	8,4	22,21	10,1
SMERAN	233,71	87,5	18,5	8,5	73,23	28,3	93,78	43,1	213,31	97,2	10,4	4,7	22,21	10,1
SMECO	190,35	70,3	114,9	52,3	-17,48	-8,0	-29,20	-13,3	200,42	91,3	17,8	8,0	22,21	10,1
SMEREB	294,38	111,2	15,7	7,2	69,68	27,2	18,82	8,6	267,31	122,1	17,1	7,8	22,21	10,1
<b>Moyenne 129 CPAM</b>	<b>262,37</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>50,26</b>	<b>19,1</b>	<b>89,63</b>	<b>41,8</b>	<b>262,37</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>262,37</b>	<b>100,0</b>
<b>Moyenne Groupe Médian</b>	<b>237,72</b>	<b>90,6</b>	<b>3,1</b>	<b>1,2</b>	<b>22,51</b>	<b>8,6</b>	<b>25,01</b>	<b>9,5</b>	<b>237,72</b>	<b>90,6</b>	<b>23,6</b>	<b>10,8</b>	<b>237,72</b>	<b>90,6</b>

1) Valeur de la mutuelle pour l'année 1991-1992 (prix de mutuelle exclues taxes)  
 2) En % de la moyenne des 129 CPAM  
 3) Moyenne des 25 CPAM du groupe médian  
 4) Moyenne des 50 premières CPAM

Les comparaisons réalisées dans ce tableau font clairement apparaître que la mesure de "rattrapage" accordés (235 F par étudiant inscrit, soit de 281,31 F à 315,51 F par "bénéficiaire actif") était inadéquate.

Les remises de gestion désormais versées par la CNAMTS sont toutes sur évaluées<sup>(13)</sup> :

- . de + 15,9 % à + 69,1 % par rapport à la moyenne des 129 CPAM,
- . de + 27,9 % à + 86,6 % par rapport au groupe médian des CPAM,
- . de + 38,5 % à + 102 % par rapport aux 50 premières CPAM.

Avant règlement de la mesure de "rattrapage", la situation était la suivante<sup>(14)</sup> :

- . trois mutuelles percevaient une rémunération inférieure (-9,7 % à -14,5 %) au coût moyen des 129 CPAM (MAGEF, SMESA, SMENO),
- . les trois mêmes sociétés percevaient encore une rémunération plus faible que le coût moyen du groupe médian,
- . aucune mutuelle ne percevait une rémunération véritablement inférieure au coût moyen des 50 premières CPAM. la SMENO était à peine supérieure à ce coût (+2,2%).

Suite à la décision prise, les mutuelles régionales perçoivent en moyenne :

- . 23,6 % de plus que le coût moyen calculé pour les 129 CPAM (contre + 3,1 % antérieurement),
- . 38,4 % pour le groupe médian (+ 13,8 %),
- . 47,7 % pour les 50 premières CPAM (+ 23,2 %).

La contribution financière apportée par la MNEF à l'opération, aura au moins permis d'amorcer la réduction du surcoût de la mutuelle nationale.

<sup>13</sup> Exclusion faite de la MEP dont le plus faible écart, lié à un volume plus élevé de "bénéficiaires actifs" déclarés (83 % contre 75 % en moyenne pour les autres mutuelles) mérite d'être vérifié.

<sup>14</sup> Exclusion faite de la SMECO qui, intégrée à l'UITSEM (SMEREA, SMEREB, SMECO) bénéficie de la compensation financière inter-sociétés.

Rapport d'enquête IGAS/IGF (extraits) sur les remises de gestion allouées aux mutuelles d'étudiants – février 1999

INSPECTION GENERALE  
DES AFFAIRES SOCIALES

MU/CR/MU 1998-0243

99 038

— 167 —

INSPECTION GENERALE  
DES FINANCES

98-M-056-01

## RAPPORT D'ENQUETE

Sur les remises de gestion allouées aux mutuelles  
d'étudiants

Extraits

Etabli par

Michel DURAFFOURC  
Inspecteur des Affaires Sociales

Jean-Luc VIEILLERIBIÈRE  
Inspecteur des Affaires Sociales

Michel DELAHOUSSE  
Inspecteur Général des Finances

Valérie DESMOUCEAUX  
Inspecteur des Finances

- FEVRIER 1999 -

**Rapport relatif aux remises de gestion allouées par les régimes obligatoires de sécurité sociale aux mutuelles d'étudiants.**

**Résumé**

**I - LE CONSTAT**

Les observations de la mission sont de manière générale critiques sur le système actuel et rejoignent assez largement les conclusions de la Cour des Comptes dans son rapport au Parlement pour 1998.

**1 - Le système actuel des remises de gestion n'incite pas à une rationalisation des coûts de gestion**

Les mutuelles d'étudiants ont bénéficié en 1997 d'un montant de remises de gestion de près de 500 MF pour gérer 2 MdsF de prestations en nature d'assurance maladie en soins de ville, les prestations relatives aux soins hospitaliers publics étant réglées par le régime général au sein des dotations globales hospitalières.

Les modalités de calcul des remises de gestion sont déterminées par un arrêté du 21 mars 1992. La fixation de leur montant annuel s'inscrit dans un cadre pluriannuel comportant trois périodes triennales, chacune de ces périodes faisant l'objet de contrats d'objectifs.

Cependant, les dispositions de cet arrêté sont partiellement appliquées et le contenu des contrats pluriannuels est limité.

C'est ainsi, en particulier, que contrairement aux engagements pris, aucun élément de comptabilité analytique n'a pu être mis en place alors que, sur la demande insistante des mutuelles régionales, le principe d'égalité du montant de la remise de gestion versée par étudiant a été pris en compte (article 75 de la loi du 18 janvier 1994, introduit par amendement parlementaire, contre d'objectifs 1996/1998), ce qui a abouti à la fixation d'un montant annuel identique par étudiant affilié à partir de 1995.

Ni le code de la mutualité, ni aucune obligation contractuelle n'imposent aux mutuelles de distinguer les charges qui doivent être couvertes par les remises de gestion au titre du service des prestations obligatoires de celles induites par leurs activités de couverture complémentaire ou par leurs autres activités.

L'absence de comptes séparés par activité entraîne un manque de transparence de la comptabilité mutualiste qui nuit à une appréciation objective de la charge réelle induite par la gestion du régime obligatoire.

La comparaison des coûts de gestion des mutuelles d'étudiants avec ceux des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) est malaisée dans la mesure où les périmètres d'activité des deux catégories d'organismes diffèrent sensiblement et où le profil des populations couvertes est différent.

2 - S'il ne semble pas nécessaire de modifier les textes, l'établissement d'un nouveau système de remises de gestion doit s'accompagner d'aménagements substantiels des relations entre la CNAMTS et les mutuelles

La fixation d'un montant mieux adapté du niveau des remises de gestion n'oblige pas à modifier l'article 75 de la loi du 18 janvier 1994, qui n'a pas fait l'objet d'un texte d'application et dont les dispositions ne paraissent pas relever du domaine de la loi.

La négociation nécessaire d'un nouveau contrat pluriannuel destiné à se substituer au cadre actuel doit être l'occasion de mettre effectivement en œuvre trois aménagements majeurs :

- il s'agit, tout d'abord, de fixer contractuellement le principe d'une comptabilité par activité destinée à permettre d'établir une base analytique incontestable. Cette exigence avait déjà été posée dans le contrat conclu en 1993 pour les périodes triennales à venir, mais ne s'est pas traduite dans les faits ;

- il conviendrait ensuite d'exclure les dépenses de communication de la base des coûts de gestion affectés au régime obligatoire pour les contractualiser, sans doute localement au niveau des CPAM, ce qui permettrait d'assurer un traitement équitable de la communication relative à la sécurité sociale ou à la prévention sanitaire ;

- enfin, les contrats pluriannuels entre les mutuelles et la CNAMTS devraient comporter des objectifs précis et quantifiables sanctionnés financièrement, notamment en ce qui concerne :

- la qualité du service aux étudiants ;
- les objectifs de coûts, prenant en compte les gains de productivité et la réduction du recours à l'emploi précaire ;
- la mise à niveau informatique.

Ces objectifs doivent être fixés à partir de critères identiques pour toutes les mutuelles, compte tenu de la situation concurrentielle dans laquelle elles se trouvent. Il conviendra de leur associer des indicateurs suffisamment fiables et contrôlables pour garantir l'objectivité du suivi.

C'est à partir du cheminement défini pour ces objectifs que pourra être fixé le taux d'évolution pluriannuel des remises de gestion. Les autres éléments financiers de la négociation devront porter sur :

- les sanctions financières pour non-atteinte des objectifs ;
- les tarifs auxquels la CNAMTS peut fournir des prestations aux mutuelles d'étudiants en vue de ces objectifs.

**2 - Le niveau actuel des remises de gestion est trop élevé au regard des coûts réels supportés par les mutuelles au titre du régime obligatoire**

La mission a recherché à évaluer le coût objectif de gestion du régime obligatoire. En l'absence de comptabilité analytique des mutuelles, il n'a pas été possible d'identifier finement la structure des coûts. La démarche retenue a donc consisté, après avoir défini le périmètre des coûts de la gestion de l'assurance maladie des étudiants par les mutuelles, à simuler la ventilation des charges entre la gestion du régime obligatoire et celle du régime complémentaire selon deux clés de répartition. L'équilibre économique global de chaque mutuelle a été examiné afin d'apprécier quelle était la clé la plus pertinente. Il convient de relever que la plupart des mutuelles examinées connaissent une situation financière très favorable au terme de l'exercice (1996/1997) dont les comptes ont servi à ces calculs.

A l'issue de cet exercice, la mission estime que le niveau de remise de gestion de 270 F par individu protégé représente la réalité des charges de gestion du régime obligatoire de la plupart des mutuelles et inciterait les moins performantes à une rationalisation de leurs coûts. Ce montant est inférieur de 12 % au montant moyen de 306 F par individu protégé, perçu au cours de l'exercice examiné.

Il faut toutefois souligner que ce niveau de référence repose sur une hypothèse de répartition des coûts de communication qui peut donner lieu à des débats. Compte tenu de l'ampleur de ces coûts (12 % du total des charges en moyenne et de 3 à 19 % suivant les organismes), peu justifiée aux yeux de la mission par la gestion du régime obligatoire confiée aux mutuelles, il est donc préconisé d'exclure les dépenses de communication du calcul des remises de gestion. Cette exclusion permettrait de limiter à 260 F le montant des remises.

### **11 - LES PROPOSITIONS**

1 - La mission propose un objectif de niveau des remises de gestion fixé à 260 F par étudiant en 1999

Construite à partir des données quantitatives et qualitatives recueillies auprès des mutuelles et de la CNAAMTS, la valeur de référence retenue par la mission correspond à deux objectifs :

- le rétablissement d'un rapport justifiable entre les remises de gestion et les coûts des prestations apportées aux étudiants au titre du régime obligatoire ;

- la fixation d'un cadre de gestion clair permettant un suivi de l'évolution de leurs coûts et engageant les mutuelles sur des objectifs de qualité et de mise à niveau informatique. La mission a, en effet, constaté que le niveau élevé des remises de gestion qui ont été accordées aux mutuelles d'étudiants au cours des dernières années ne s'était pas pour autant traduit par un rattrapage du retard accumulé en la matière. Ce retard est notamment reflété par la très faible part de factures reçues en télétransmission en provenance des professionnels de santé.

— 171 —

### CONCLUSION

Les conditions actuelles d'octroi des remises de gestion aux mutuelles d'étudiants appellent plusieurs critiques, qui justifient d'une part, une réforme immédiate du calcul des montants accordés et d'autre part, la mise en place d'un dispositif de contractualisation et de suivi des objectifs assignés aux mutuelles.

La mission d'enquête a en effet constaté la nette insuffisance du cadre acceptable fixé aux mutuelles d'étudiants et des obligations qui leur sont imposées en matière de fourniture de données sur leur activité et sur leur gestion. Il en résulte une mauvaise qualité de l'information de la CNAMTS et des administrations centrales sur la réalité des coûts de gestion du régime obligatoire par ces organismes qui a largement contribué à ce que les remises de gestion soient portées à un niveau trop élevé par rapport aux charges réellement assumées par les mutuelles.

Dans un contexte de vive concurrence entre elles, les mutuelles ont affecté les moyens qui leur étaient ainsi donnés à des actions coûteuses de communication et à la mise en place ou au soutien de structures ayant pour objet la fourniture de prestations concernant le logement, l'assurance ou les loisirs, alors que par ailleurs, elles accumulaient des retards, considérables pour certaines d'entre elles, en informatique. Ce retard est d'autant plus regrettable, qu'il intervient dans un contexte où les évolutions technologiques récentes, comme le développement des télétransmissions devraient entraîner, à brève échéance, une baisse significative des coûts de liquidation du régime obligatoire.

Les réformes à mener à bien rapidement doivent permettre de ramener au niveau des coûts réellement supportés par les mutuelles d'étudiants le montant des remises de gestion et d'inciter fortement celles-ci, de manière autonome ou en partenariat, à prendre les dispositions qui s'imposent, pour s'adapter aux évolutions technologiques en cours.

Sur des bases assurant une correcte appréciation des activités et des coûts des mutuelles, les objectifs à atteindre en matière de qualité du service rendu, d'informatique et de gains de productivité, ainsi que le cheminement pour y parvenir, doivent pouvoir faire l'objet d'une approche contractuelle entre la CNAMTS et les CPAM d'une part et les mutuelles d'autre part.

Michel DURAFFOURG

Inspecteur des Affaires Sociales



Jean-Luc VJELLERBIERE

Inspecteur des Affaires Sociales



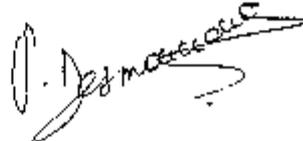
Michel DELAHOUSSE

Inspecteur Général des Finances



Valérie DESMOUCEAUX

Inspecteur des Finances



ANNEXE II

Analyse des charges de gestion des mutuelles d'étudiants  
contrôlées par la mission

Présentation de la démarche

A - Les objectifs

La démarche de la mission répond à trois objectifs :

1 - Définir le périmètre des coûts de gestion de l'assurance maladie des étudiants par les mutuelles. Par « gestion de l'assurance maladie » sont ici entendues tant la gestion du régime obligatoire (ci-après RO) que le régime complémentaire (ci-après RC). La définition de ce périmètre est en effet un préalable à l'évaluation des coûts du RO seul, dans la perspective de leur comparaison avec le niveau des remises de gestion.

Cette étape de la démarche de la mission se situe en amont de l'enquête de comptabilité analytique effectuée par la CNAMTS auprès des mutuelles. En effet, la grille de coûts que la CNAMTS demandait aux mutuelles de remplir n'était censée concerner que les coûts de gestion de l'assurance maladie. La justification de la délimitation du périmètre de ces coûts n'était toutefois pas demandée par la CNAMTS.

Cette étape est indispensable du fait de la gestion par les mutuelles d'étudiants d'autres activités, distinctes de l'assurance maladie des étudiants (prestations d'assurance, de logement, de voyages, couverture mutualisée d'autres populations...). Que ces activités soient gérées au sein de structures distinctes ou pas, des relations opérationnelles et financières existent la plupart du temps entre elles et l'activité d'assurance maladie étudiants.

2 - Analyser la structure des coûts des mutuelles d'étudiants et procéder à des comparaisons entre les six mutuelles examinées par la mission. En effet, cette analyse peut permettre d'identifier si certaines mutuelles sont globalement plus coûteuses que d'autres, ou si certains postes sont plus lourds dans certaines mutuelles que dans d'autres, et d'en rechercher les justifications. Il a semblé en effet à la mission que n'était pas seulement posée la question de l'adéquation des remises de gestion à la réalité des coûts supportés par les mutuelles, mais également celle de la légitimité de certains coûts. En bref, les remises de gestion ne doivent pas être surévaluées par rapport aux coûts réels mais ne doivent pas non plus couvrir des surcoûts injustifiés, aussi réels soient-ils.

Il n'a pas été possible à la mission d'identifier finement au sein de ces coûts les parts respectives des charges de structure, variables ou discrétionnaires, en l'absence de comptabilité analytique des mutuelles distinguant ces rubriques.

L'approche retenue, appuyée par les constats effectués lors des contrôles sur place, a donc visé à distinguer les postes pour lesquels l'application d'une clé commune de répartition entre RO et RC est applicable et les autres, pour lesquels une clé de répartition ad hoc doit être trouvée. Parmi ces derniers, le poste principal est celui des dépenses de communication.

3 - Aboutir à une ventilation des coûts de gestion de l'assurance maladie des étudiants entre RO et RC et comparer le niveau de coût obtenu pour la gestion du RO à celui des remises de gestion, pour l'exercice 1996/1997.

Il s'agit dans cette dernière étape de confronter les résultats obtenus par la mission sur la base de simulation à partir de clés de répartition estimées entre RO et RC avec le niveau des remises de gestion et éventuellement avec les réponses des mutuelles à l'enquête de la CNAMTS.

Au total, la démarche de la mission ne prétend pas aboutir à une évaluation des coûts de gestion du RO reposant sur la constatation précise de l'affectation de telle ou telle charge à cette gestion dans la réalité. Elle vise simplement à confronter une évaluation reposant sur des clés de répartition qu'elle juge adaptées aux chiffres déclarés par les mutuelles ainsi qu'aux remises de gestion.

4 - Analyser quel serait l'équilibre économique global de chaque mutuelle, si les remises de gestion unitaires étaient égales au niveau de coût moyen du RO constaté pour les six organismes.

#### B - Précisions méthodologiques

Les chiffres utilisés sont ceux relatifs à l'exercice 1996/1997.

##### 1 - Définition du périmètre de l'assurance maladie étudiant.

Compte tenu de la diversité des situations des mutuelles et de l'absence de méthode permettant d'affecter avec précision les coûts relatifs à des activités autres que la gestion de l'assurance maladie des étudiants, la mission a retenu l'approche suivante :

- Répartition des ressources de gestion des mutuelles entre trois rubriques :
  - \* Les remises de gestion, censées couvrir la gestion du RO ;
  - \* La « marge mutualiste » étudiante (cotisations perçues - prestations versées - éventuelles cotisations techniques à d'autres organismes), censé couvrir la gestion de la part complémentaire de l'assurance maladie ;
  - \* Les autres produits d'activité nets (autres marges mutualistes, chiffres d'affaires sur d'autres activités, refacturations de certaines charges à des filiales...).
- Dans ces ressources de gestion n'ont pas été pris en compte divers postes :
  - \* Les écritures strictement comptables (reprises sur provisions, transferts de charge...) qui ont été enregistrés en soustraction de certaines charges (dotations aux provisions ou aux amortissements) ;
  - \* Les subventions. Une large partie de ces subventions correspond dans certaines mutuelles aux aides à l'emploi obtenues au titre des divers contrats « atypiques » (CES, CEC, CIE...). En tout état de cause, il a été supposé que ces subventions sont destinées à couvrir les charges de fonctionnement de la mutuelle. Le choix a donc été fait de les enregistrer en déduction des charges de personnel.

ANNEXE II

- Contraction des produits et des charges pour aboutir à :
  - Un résultat financier,
  - Un résultat exceptionnel,
 qui sont considérés comme éléments du résultat total, n'ayant pas à être pris en compte dans l'appréciation sur la couverture des charges de gestion par les produits de gestion.

Au total, la démarche se résume à identifier des ressources nettes contribuant à la couverture de charges de gestion nettes.

Cette répartition des produits sert ensuite à approcher par déduction le périmètre des charges de gestion de l'assurance maladie. Il est en effet supposé logiquement que les produits dégagés sur les autres activités correspondent à des charges de gestion de ces activités (ceci est d'autant plus vrai que dans certaines mutuelles, ces produits consistent principalement en réassurance de charges de gestion interne à des filiales). De façon à tenir compte de la possibilité de dégager une marge de gestion sur ces activités, un abattement de 8% (taux correspondant à la moyenne pondérée des marges de gestion des six mutuelles examinées) est appliqué au montant des « autres produits d'activité » pour aboutir à l'estimation des charges correspondantes.

	MNEF	SMEREP + UMGP	UTSEM	MGEL	SMESO	SMEDA	TOTAL sur organismes
	"résultat de gestion - produits de gestion"	6%	11%	0%	10%	18%	14%

2 - Mode de calcul des différents postes de coût

Le poste « cotisations à des organismes supérieurs » ne pose pas de problème particulier. Il ne comprend pas les cotisations techniques correspondant à des réassurances ou assurances.

Le poste « personnel net » comprend certaines taxes (sur les salaires, participation à la formation continue...), les rémunérations et charges. Les subventions éventuelles en sont déduites comme indiqué plus haut.

Le poste « loyers, charges » comprend les dépenses d'eau, d'électricité, de loyer immobilier de charges de copropriété, de travaux de maintenance immobilière, ainsi que les impôts locaux.

Le poste informatique est le plus délicat à définir car les comptes fournis par les mutuelles ne sont pas tous au même niveau de détail. N'y figurent pas les charges du personnel informatique, ni les dotations aux amortissements relatives aux équipements informatiques. Dans la mesure où ces comptes sont facilement identifiés, il comprend les charges de fournitures informatiques, de crédit bail informatique, de maintenance informatique, de sous-traitance informatique. En tout état de cause, on observe une forte corrélation inverse entre la part des charges informatiques et la part des charges d'autres achats et services extérieurs. Ainsi, à la SMEREP, pour laquelle l'informatique représente 8% des charges de gestion, le poste « autres achats et services extérieurs » ne représente que 10 % de ces charges. Dans les autres mutuelles où l'informatique ainsi appréhendée ne dépasse pas 4% des charges de gestion, ce poste représente généralement au moins 14 % des charges de gestion. Il est donc probable que le poste informatique soit sous-estimé dans la plupart des mutuelles. La SMEREP, qui sous-traite intégralement ce poste, semble donc offrir une image plus exacte de la réalité des charges informatiques.

Le poste information-communication regroupe l'ensemble des dépenses promotionnelles, publicitaires, ou d'information identifiables dans le compte de résultat détaillé. Si le montant ainsi obtenu aboutit à faire de ce poste l'un des principaux postes de coûts des mutuelles, il reste inférieur aux dépenses réelles relatives à la communication : il ne comprend pas la part des dépenses de personnel qui s'y rapporte (difficilement identifiable en l'absence de spécialisation du personnel dans la plupart des cas) ni les éventuelles dotations aux amortissements relatives à des équipements destinés à la communication, ni la part des affranchissements destinés à des envois promotionnels. Le cas de la MGEL est particulièrement éclairant sur ce risque de sous-estimation des dépenses promotionnelles dans cette approche : cette mutuelle distingue, au sein de son personnel, les fonctions dites « administratives » et la fonction de « développement », qui regroupe 1/3 de personnel (en équivalent temps plein et qui semble correspondre pour l'essentiel à des services ou à des activités destinés à promouvoir la mutuelle par rapport à ses concurrents ; en outre, la MGEL a fait l'acquisition d'un équipement d'impression (affiches...).

Le poste « affranchissement et téléphone » comprend donc tous les affranchissements, y compris ceux qui peuvent n'avoir de visée que promotionnelle. Le poste « téléphone » est chargé du coût des liaisons automatisées entre les mutuelles et la CNAMTS.

Le poste « autres achats et services extérieurs » est constitué du montant résiduel des achats et services extérieurs après identification des postes précédents.

Les postes « dotations aux amortissements » et « provisions tenues » intègrent non seulement les dotations, mais également les reprises éventuelles (en déduction).

Le « résultat de gestion » est dégagé par la différence entre les « produits de gestion » identifiés dans un premier temps et l'ensemble des charges de gestion retenues (hors donc les charges financières et exceptionnelles intégrées dans les résultats financier et exceptionnel).

Le résultat total résulte de la somme du résultat de gestion et des « autres produits nets » (résultat financier - résultat exceptionnel) et est évidemment identique au résultat comptable.

## ANNEXE II

### 3. Paramètres de la simulation

La simulation repose sur un raisonnement en trois étapes :

#### a. Une ventilation particulière des charges pour quatre postes

Pour être inévitablement arbitraire, cette ventilation repose toutefois sur une approche soit logique, soit déduite des observations de la mission sur place.

- Les cotisations à des organismes supérieurs sont affectées à 100% au RC, s'agissant de cotisations relative à l'organisation interne de la mutualité.

- Les charges informatiques sont affectées à 85% au RO, 10% au RC et à 5% aux autres activités. Il apparaît en effet qu'une part largement prédominante de ces charges est induite par la complexité de la liquidation des prestations de sécurité sociale.

- Les dépenses d'information communication sont affectées à 10% au RO, 75% au RC et 15% aux autres activités. Cette clé repose sur la difficulté de la mission à constater sur place, sur la base des pièces justificatives ou des recueils de supports de communication, une part significative de dépenses de communication affectée à l'information sur la sécurité sociale. Des campagnes de sensibilisation sanitaire existent toutefois. La majeure partie des dépenses est toutefois apparue consacrée à des objectifs purement promotionnels dans une stratégie d'occupation de l'espace publicitaire. En outre, comme indiqué plus haut, le montant total de l'effort financier promotionnel n'est pas entièrement pris en compte par ce poste.

- Les provisions sont affectées à 100% au RC ou aux autres activités, les provisions relatives au RO ne pouvant concerner que les prestations, traitées en dehors des comptes des mutualités.

#### b. Pour les autres postes, évaluation de la part des charges à affecter aux « autres » activités

La part à affecter aux autres activités est estimée sur la base des « autres produits d'activités », en tenant compte d'une marge estimée à 8 % comme expliqué plus haut. Le pourcentage à prélever sur les postes restants (compte tenu des montants figurant pour les quatre postes déjà déterminés) est approché de manière itérative jusqu'à obtenir le montant de charges ainsi souhaité.

#### c. Répartition entre RO et RC

Deux clés de répartition sont testées sur les postes restants, sur la base des lignes actes RO, RO+RC et RC seuls :

- une clé basée sur une répartition à part égale des lignes actes RO+RC entre les deux activités.

le RO se voyant affecter le coefficient  $(RO + 1/2(RO-RC)) / \text{Total}$ ,  
le RC se voyant affecter le coefficient  $(RC + 1/2(RO-RC)) / \text{Total}$

ANNEXE II — 177 —

Cette clé peut paraître inéquitable, dans la mesure où la liquidation des prestations complémentaires est beaucoup plus simple que celle des prestations de sécurité sociale. Si cet argument est valable, la mission estime nécessaire de dépasser la notion de liquidation pour cerner l'activité des mutuelles et de prendre en compte également toutes les activités de nature commerciale ou promotionnelle, qui ne sont pas complètement retracées dans le poste information-communication et qui concernent également les autres postes (personnel, affranchissements, éventuellement dotations aux amortissements...). Au total, la mission estime que cette clé de répartition est probablement moins défavorable aux mutuelles qu'une ventilation fine de chaque poste, et notamment des frais de personnel, en fonction de la réalité de l'activité.

une clé basée sur l'affectation des trois quarts des lignes actes RO+RC au RO et d'un quart au RC.

Il est à noter que l'assiette des dépenses à ventiler entre RO et RC tient bien entendu compte des montants déjà affectés aux « autres » activités.

Au total, l'approche de la mission se distingue essentiellement du calcul théorique effectué dans le cadre de la précédente mission de l'IGAS sur le même sujet (Avril 1996) à travers le traitement particulier des dépenses de communication.

#### 4 - Analyse de l'équilibre économique global des mutuelles

Le troisième tableau retrace quelle serait la situation économique de chaque mutuelle si le niveau unitaire des remises de gestion était calculé sur la base du coût moyen de gestion du RO pour les six organismes, obtenu dans la première simulation (soit 269 F).

L'activité de gestion du RO est à l'équilibre par construction, le niveau des remises de gestion étant supposé égal au coût réel de gestion du RO.

Le montant des coûts de gestion du RC est égal au montant de coûts résiduel (après estimation, inchangés, des coûts des « autres activités »).

Le rapprochement entre ce nouveau coût de gestion du RC et la marge mutualiste permet de constater si la mutuelle examinée serait en excédent ou en déficit, compte tenu de ses coûts actuels.

#### 5 - Simulation des coûts de gestion du RO hors charges « d'information-communication »

Dans un dernier temps, une simulation des coûts de gestion du RO est effectuée en extrayant les dépenses « d'information-communication » qui y avaient été affectées, pour 20%, précédemment.

## Propositions de différents modes d'évaluation des remises de gestion aux mutuelles étudiantes faites par l'USEM

— 179 —



### PROPOSITIONS DE DIFFERENTS MODES D'EVALUATION DES REMISES DE GESTION AUX MUTUELLES ETUDIANTES

Différentes approches du "juste montant" des remises de gestion aux mutuelles étudiantes pour la délégation de gestion du régime étudiant de sécurité sociale ont été abordées jusqu'à présent par la CNAM et les mutuelles étudiantes. Les remises de gestions sont un montant global alloué par la CNAM, réparti ensuite équitablement entre les mutuelles étudiantes au prorata du nombre d'étudiants affiliés à chacune d'entre elle.

#### **Fixation du montant par comparaison :**

Il est possible de comparer les montants des remises de gestion avec les autres systèmes comparables, c'est à dire les CPAM et les autres mutuelles bénéficiant d'une délégation de gestion (mutuelle du trésor, EDF-GDF, mutuelle de la fonction publique, ...).

Avec les CPAM, la moyenne des coûts de gestion par Bénéficiaire Actif Pondéré (BAP) était pour l'année 1997 :  
pour les 129 caisses : 426 F.  
pour les 50 premières caisses : 359 F.

Cette différence entre ces coûts et les montants des remises de gestion aux mutuelles étudiantes (unitaire = 318 F. par affilié en 1997) ne peut être imputable uniquement à la gestion des Accidents du Travail et des indemnités journalières; non effectué par les mutuelles étudiantes, qui estiment donc avoir une gestion comparativement économique. La comparaison est pertinente car le BAP est la personne qui fait l'objet d'un acte de gestion, comme affilié ou comme ayant droit, aussi, la gestion du BAP du régime général ou d'affilié au régime étudiant est du même ordre.

Avec les "mutuelles de fonctionnaires" : les montants sont tenus secrets par la CNAM comme par ces mutuelles, aussi, la comparaison ne peut se faire que pour l'année 1994 :  
remises de gestion mutuelles étudiantes : 320 F.  
remises de gestion "mutuelles de fonctionnaires": 635 F. (chiffre rapport Cour des Comptes)

La CNAM ne veut pas discuter de ces comparaisons.

#### **Fixation du montant par évolution du montant actuel :**

Le montant provisoire pour l'année 1997 donne un montant unitaire de 317,60 F. par affilié. Il peut être possible de calculer le montant pour l'année suivante en ajoutant au montant précédant les dépenses supplémentaires prévues : passage à l'an 2000 et à l'euro; développement Sesam Vitale; passage aux 35 heures; inflation et bien sur la CMU.

La CNAM ne veut pas discuter de cette proposition.



**Fixation du montant selon rapport IGAS 1999 :**

Les inspecteurs de l'IGAS proposent pour le calcul des remises de gestion deux chiffrages du coût de gestion des remboursements relevant à la fois du Régime Obligatoire et du Régime Complémentaire. Le premier : 270 F, réparti ces coûts à 50% pour le RO et 50% pour le RC. Le second : 290 F, réparti ces coûts à 75% pour le RO et 25% pour le RC.

Cependant, le choix de ces clés de répartition est purement arbitraire et ne se base sur aucun élément rationnel; il semble au contraire répondre à une volonté politique établie avant l'inspection et peu soucieuse de réalisme.

De plus, l'inspection portait sur l'exercice 96/97, qui, grâce à un fort accroissement de la population étudiante gérée (intégration des étudiants de 18-20 ans dans l'assiette du régime), a entraîné pour chaque mutuelle un montant global de remises de gestion supérieur aux budgets qu'elles avaient votés, et la mise en place des moyens correspondants ne s'est faite que progressivement, ce qui a expliqué sur cet exercice un excédent exceptionnel.

Pour ces différentes raisons, les mutuelles étudiantes réfutent ces calculs pour la définition des montants des remises de gestion des années à venir.

Rappel : le montant des remises de gestion en 1984 revenait unitairement à 260 F.

**Fixation du montant proposé par les SMER :**

Conformément à l'esprit du plan d'économie en 12 points présenté par le Président de la CNAM, qui propose une économie sur les coûts de gestion de l'assurance maladie de 1% par an; les SMER acceptent cette diminution de 1% par an des remises de gestion, pour les années 1999 à 2002.

La CNAM a indiqué le 23 juin 1999 qu'elle ne retenait pas cette proposition comme élément dans la négociation pour les remises de gestion pour la période 1999-2002.

**Pistes pour la comptabilité analytique :**

Les SMER reconnaissent qu'il n'est pas souhaitable que les remises de gestion pour le régime obligatoire participent au financement du régime complémentaire; mais ne peuvent accepter le contraire, dans le cas où les remises de gestion seraient inférieures au coût réel, comme cela a été le cas pendant 10 ans, de 1985 à 1995 !

De même que pour les sociétés du type AXA, qui partagent les structures de leurs agents pour distribuer des produits d'assurance très divers au côté des complémentaires santé; de même que La Poste, qui fait bénéficier ses produits d'assurance santé de son important maillage de bureaux; les mutuelles ayant une délégation de gestion du RO, proposent des complémentaires santé au sein de leurs structures uniques.

C'est pourquoi nous proposons que le "juste montant" des remises de gestion soit calculé en fonction du coût hypothétique des structures dans une configuration où elles n'assureraient que les prestations du RO.

Une répartition par postes budgétaires de coût attaché au RO et au RC est impossible objectivement. L'exercice consiste donc à déterminer cette répartition subjectivement, après étude approfondie, et résultant d'un accord entre la CNAM et les mutuelles étudiantes.



Pistes de réflexion de clés de répartition par famille de postes budgétaire (96/97) :

POSTES BUDGETAIRES	PART RÔ en %	PART RC en %	MONTANT BUDGET MNEF+ SMER* en MF	MONTANT PART RÔ en MF
coût à org. supérieur	50	50	4,88	2,44
personnel (- subventions)	90	10	267,43	240,69
loyers, charges	90	10	28,05	25,24
informatique	90	10	24,19	21,77
info-communication	60	40	80,07	48,04
affranchissements + tél	75	25	46,89	35,16
autres achats, serv ext.	65	35	77,35	50,28
dotation aux amort.	90	10	19,00	17,10
provisions nettes	15	85	1,36	0,20
autres postes	90	10	3,43	3,08
<b>TOTAL</b>			<b>552,65</b>	<b>444</b>

\*hors SMENO, MEP et SMERAG (dont la somme des remises de gestion en 97 est de 42 MF).

Soit : moyenne des clés : 80,34% pour le RÔ et 19,66% pour le RC.

La somme des montants "part RÔ" (hors SMENO, MEP et SMERAG) additionnée à la somme des remises de gestion SMENO + MEP + SMERAG donne : 486 MF qui, comparativement à l'enveloppe globale des remises de gestion : 491 MF indique un léger bénéfice aux mutuelles étudiantes.

Cette simulation est pour l'exercice 96/97. Pour 98/99 ou 99/2000, des coûts supplémentaires seraient à prendre en considération (Sesam Vitale, 35 heures, ...).

Ce type de simulation n'a pas abouti, aujourd'hui, à un accord avec la CNAM qui a suspendu les réunions du groupe de travail sur la comptabilité analytique en octobre 98.