

CONSEIL D'ADMINISTRATION CAMIEG DU 12 MARS 2019

ORDRE DU JOUR

Réponse de la Direction de la Sécurité Sociale sur l'évolution du plafond de ressources

Situation des services (traitement appels, courriers, courriels...)

100 % santé

Rapport d'activité de la CRA

Point sur les dépenses du régime

RÉPONSE DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR L'ÉVOLUTION DU PLAFOND DE RESSOURCES

Lors du conseil d'administration du 2 octobre 2018, l'ensemble des élus ont voté favorablement à la délibération afin que le seuil de ressources retenu pour être couvert par notre régime complémentaire soit porté à 1980 fois le taux horaire SMIC au lieu de 1560 fois actuellement.

Pourquoi cette délibération ?

Un arrêté du 16 juillet 2018 permet à une partie des personnes s'étant vu refuser le renouvellement de leur statut d'ayant droit Régime Complémentaire en 2015, en raison du dépassement du seuil de ressources, de bénéficier à nouveau de la couverture Régime Complémentaire seul. Dépassement dû, à ressources constantes, de la modification du mode de calcul du revenu fiscal (suppression de la demi-part «vieux parent», fiscalisation de la majoration de pension pour charges de famille...).

En premier lieu, nous avons alerté par plusieurs correspondances la Direction de la Sécurité Sociale sur l'application de ce décret que nous contestons du fait du recensement tronqué des assurés pouvant y prétendre. Notre revendication a été déboutée par la DSS ; nous entamerons très prochainement une démarche auprès de la parlementaire ayant fait proposition de cet arrêté.

Cet arrêté est très restreint, car il ne vise que les seules personnes étant sorties du régime en 2014 en raison des nouvelles mesures fiscales. Cette situation est inéquitable et totalement contestable, elle met en cause un fondement de la protection maladie qui est l'égalité de traitement.

La Direction de la Sécurité Sociale a, par courrier du 7 février dernier, émis un avis défavorable à notre délibération. Nous ne pouvons contester que la délibération implique une modification de l'arrêté du 30 mars 2007 régissant notre Régime Spécial, modification à la main de nos tutelles.

Nos tutelles (Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes Publics), conformément à l'article 23 de notre Statut National, avaient un délai de vingt jours suivant la communication de cette délibération pour s'opposer à celle-ci.

Sans opposition motivée de leur part, la délibération est exécutoire de plein droit.

2 octobre 2018, 7 février 2019... 4 mois ! Le délai pour émettre leur opposition est largement dépassé ! Justification des représentants des Ministères lors du conseil : c'est une demande et non une délibération puisque la décision de modification de l'arrêté du 30 mars 2007 nous revient !

Une démarche de la part de l'ensemble des administrateurs par le biais de son président a été décidée à l'unanimité afin de contester cette prise de position.

SITUATION DES SERVICES (TRAITEMENT APPELS, COURRIERS, COURRIELS...)

Notre délégation est intervenue sur la dégradation du service rendu par la CPAM 92 dans l'accessibilité téléphonique concernant vos demandes de remboursement.

La Convention d'Objectifs et de Gestion pour laquelle l'ensemble des administrateurs a mandaté le président pour sa signature, lors du conseil du mois d'octobre, a pour conséquence la réintégration des appels téléphoniques assurés prestations.

Cette mesure, revendication portée par notre délégation depuis la création de notre caisse, devait se faire progressivement avec une reprise totale au 12 mars 2019 comprenant un soutien de la CPAM 92 en débordement jusque fin mai 2019.

Les chiffres nous amènent à douter sur la volonté de mettre les ressources nécessaires aux attendus par la CPAM92 dans la réponse aux assurés ceci 3 mois avant l'échéance d'arrêt de prise des appels téléphoniques assurés.

Des taux d'accessibilité atteignant 70 % sont une situation qui ne doit pas être justifiée par un absentéisme des agents de la CPAM. Celle-ci n'a pas été atteinte d'une pandémie, en 10 ans les taux n'ont jamais été si bas, nous nous interrogeons sur la volonté de la CPAM 92 à respecter la convention avec notre organisme.

La représentante de la Direction de la Sécurité Sociale s'est interrogée également sur les taux bas historiques, elle nous a assuré demander des précisions auprès de la Direction de la CPAM 92.

Nous exigeons que la convention soit respectée tant que celle-ci n'a pas été renégociée. Notre caisse paie des remises de gestion pour le travail effectué, celui-ci doit être à la hauteur des montants alloués.

100 % SANTÉ

Le 100 % santé est en place dans le domaine de l'audioprothèse depuis le 1^{er} janvier 2019.

Vous trouverez [ici notre communication de janvier 2019](#) concernant la mise en place de celui-ci.

Pour le domaine du dentaire, celui-ci sera mis en place progressivement à compter d'avril 2019, pour l'optique, à compter de janvier 2020.

Les représentants des dentistes et opticiens finalisent les négociations avec les Pouvoirs Publics concernant la mise en place du « 100 % santé » dans leur domaine.

Nous vous informerons quand les textes officiels dans chaque domaine seront validés, une communication sans certitude des textes amendés complexifierait la compréhension de ces mesures.

Nous communiquerons dès que les textes seront finalisés.

La répercussion de la mise en place concernant le « 100 % santé » démontre sur l'audioprothèse une intervention plus conséquente de la CAMIEG concernant le Régime Complémentaire et moindre concernant notre couverture supplémentaire maladie (CSMA pour les actifs, CSMR pour les inactifs).

Il nous faut connaître les mesures applicables sur les deux autres domaines (baisse ou augmentation du taux de base de remboursement du régime obligatoire, intervention plafonnée ou non des complémentaires santé...) pour appréhender les répercussions sur l'intervention de nos deux niveaux de couverture maladie.

Ceci s'est confirmé dans le domaine de l'audioprothèse, les mesures mises en place concernant les complémentaires santé ne sont pas applicables au sein de la CAMIEG.

Celle-ci n'est pas une complémentaire santé, nous dépendons d'un régime spécial de sécurité sociale.

RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA CRA

Pour rappel :

La Commission Recours Amiable vérifie que la notification de refus de remboursement correspond à la législation et réglementation en vigueur.

Votre saisine doit être faite (envoi en Recommandé Accusé de Réception à privilégier) dans les deux mois à réception du courrier de refus. Ce délai est amené à un mois dans le cas d'une contestation de mise en demeure de payer.

La CRA se réunit en moyenne une fois par mois, la décision vous est notifiée par écrit.

Suite au refus de la CRA, vous pourrez ensuite, dans un délai de deux mois, engager une procédure auprès du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale. En dernier ressort, vous pourrez faire appel auprès de la Cour d'Appel et/ou vous pourvoir devant la Cour de Cassation.

En 2018, 944 saisines ont été traitées par la CRA (934 en 2017).

Dans les 944 saisines, 230 (24 %) ont été régularisés par le service juridique, ceux-ci n'ont donc pas été présentés lors des réunions de la commission.

575 dossiers ont été étudiés par la commission. La CRA se doit de vérifier la bonne application des textes par la caisse justifiant le non-remboursement.

Après étude de la situation des assurés, la CRA a voté une remise partielle de dette sur un dossier et a fait droit à 4 dossiers. Sur ces 4 dossiers, 3 ont été annulés par les ministères de tutelle.

Sur les 575 dossiers, 52,35 % correspondent à des frais de transport.

La réglementation concernant cet item est complexe, mettant en grande difficulté l'assuré qui, par manque de connaissance ou de volonté des professionnels de santé, se trouve tributaire de ceux-ci.

Nous intervenons chaque année auprès du Ministère afin que les démarches concernant les demandes de transport soient simplifiées. Celles-ci devraient être dématérialisées et centralisées pour notre régime.

Nous avons questionné le Ministère afin de connaître la mise en place de freins informatiques dès lors que le professionnel de santé ne respecte pas la législation (rappel des 15 jours obligatoires en amont du transport de + de 150 kms, obligation d'accompagnant véhicule personnel cadre ALD...).

Celui-ci a été dans l'incapacité de nous confirmer si les vérifications automatisées étaient mise en œuvre.

Il nous est inconcevable que les services informatiques n'aient pas songé à ce paramètre, si les freins n'ont pas été paramétrés, rien ne solutionnera le non-respect des obligations administratives par les professionnels de santé. L'assuré continuera à subir ces dysfonctionnements.

Il est important, dès lors que vous avez un refus de paiement de la Caisse qui vous est incompréhensible ou infondé, de saisir la commission recours amiable.

Comme précités, sur les 944 dossiers reçus, 230 ont été régularisés sans nécessiter de vérification de la commission.

Trop d'assurés n'engagent pas de démarche à la réception du refus de remboursement alors qu'ils ont la certitude d'être dans leurs droits.

POINT SUR LES DÉPENSES DU RÉGIME

Sous couvert de la validation des comptes 2018 en juin 2019, l'année 2018 présente des excédents d'un montant de 6,76 millions d'euros pour la section des actifs et de 23,63 millions d'euros pour la section des inactifs.

Les résultats cumulés s'élèveraient à fin 2018 pour un montant excédentaire de 120,16 millions d'euros pour la section des actifs et de 258,67 millions d'euros pour la section des inactifs.

Lors de la rencontre au ministère du 28 novembre dernier, l'attaché du ministère s'était engagé à effectuer un retour sur les propositions des fédérations début 2019.

Ce non-retour serait basé sur la méconnaissance à ce jour des conséquences de la mise en place du « 100 % santé » sur les comptes de notre régime.

Nous ne pouvons attendre la mise en place intégrale du « 100 % santé » au 1^{er} janvier 2020, et de ses répercussions que nous ne pourrions observer que d'ici fin 2020, pour reprendre les négociations sur l'absorption des excédents.

Nous exigeons une reprise rapide de ces négociations.

■ Nous revendiquons une amélioration des prestations à hauteur de 15 millions d'euros équitables pour les deux sections comprenant notamment:

- L'augmentation de la prise en charge des honoraires dans le cadre d'une hospitalisation.
- La prise en charge de la psychothérapie par un psychologue clinicien diplômé de l'université.
- Un forfait annuel par bénéficiaire pour la prise en charge des médicaments non remboursés sur prescription médicale.

■ L'augmentation du plafond annuel de ressources permettant aux membres de la famille de nos assurés de bénéficier de la couverture complémentaire de notre régime.

■ Une diminution des cotisations salariales par la modification du taux des cotisations prévues par l'article 23 du Statut National du personnel des Industries Électriques et Gazières.

■ Une baisse des cotisations des pensionnés.

■ Une égalité du taux de cotisation actifs/pensionnés dans le cadre de la baisse des cotisations.