

# CONSEIL D'ADMINISTRATION CAMIEG DU 1<sup>ER</sup> OCTOBRE 2019

## ORDRE DU JOUR

### 100 % SANTÉ

Situation des services/délais de liquidation de la CPAM92 (situation des services)

Arrêté du 13 juin 2019 portant sur les remises de gestion CNAM

Reprise des appels téléphoniques assurés par la CAMIEG

Centralisation des demandes d'entente préalable

### 100 % SANTÉ

Déclaration jointe

L'arrêté concernant l'application du 100 % santé pour la CAMIEG est paru le 3 octobre 2019 pour une mise en place effective au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Un arrêté était nécessaire, car nos tableaux de garanties étant exprimés en % de la Base de Remboursement Sécurité Sociale, les remboursements auraient été pratiquement nuls pour les assurés se dotant d'autres équipements que ceux pris en charge dans le cadre du « 100 % santé » par la baisse drastique des Bases de Remboursement pour ces équipements.

Les Pouvoirs Publics sous couvert de « justice sociale » en ont profité pour introduire au sein de nos textes réglementaires la notion de contrat responsable.

Mais que veut dire contrat responsable ?

Le contrat responsable est un contrat relatif aux complémentaires de frais de santé qui bénéficient d'aides fiscales et sociales à condition de respecter un cahier des charges précis.

## Avantages/Inconvénients :

Les employeurs privés français ont l'obligation de souscrire une complémentaire santé pour leurs salariés. Pour celle-ci, ils doivent participer à hauteur de 50 % minimum de la cotisation globale. En choisissant une complémentaire santé « contrat responsable », ceux-ci bénéficient d'une exonération plafonnée de charges sociales sur leur cotisation employeur.

**La CAMIEG est un régime spécial de Sécurité Sociale et non une mutuelle.**

Force Ouvrière s'oppose complètement à cette disposition au sein de la CAMIEG. Il n'y a aucun intérêt fiscal que ce soit pour les employeurs et les assurés.

De plus et surtout, adhérer à un processus de contrat responsable oblige les contrats complémentaires santé « contrat responsable » à des restrictions de remboursement pour leurs adhérents (plafond de remboursement et périodicité).

Accepter la notion de contrat responsable au sein de la CAMIEG, c'est accepter une diminution des remboursements sur certains soins. Pour notre délégation, c'est inacceptable au regard des 378 millions d'excédents cumulés.

### **Les contrats responsables sont supportés par les assurés contrairement à l'objectif premier de ce texte de loi.**

En effet, les Pouvoirs Publics avaient espéré qu'en limitant les remboursements de la part des complémentaires, les professionnels de santé se contenteraient de facturer les actes médicaux aux plafonds fixés. Il n'en est rien !

Pour exemple, un contrat responsable ne peut pas rembourser à l'assuré des dépassements d'honoraires dans le cas où le professionnel de santé n'a pas été signataire d'une convention avec la CNAM (OPTAM/OPTAMCO). Convention par laquelle le professionnel s'engage à effectuer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure », en contrepartie, il bénéficie d'aides de la part de la CNAM. « Depuis 2015, le constat est flagrant : le taux de professionnels de santé ayant signé la convention est bien en deçà des espoirs de la CNAM et le reste à charge pour les assurés ne fait qu'augmenter. »

Un grand nombre de médecins respecte la partie du serment d'Hippocrate qui stipule « je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire », mais malheureusement certains l'ont oublié, profitant des déserts médicaux ou de lieu géographique à fort potentiel économique pour facturer des dépassements d'honoraires exorbitants à la charge du patient.

Les Pouvoirs Publics nous assurent que nous nous inquiétons à tort. Faire notion de l'article concernant les contrats responsables dans nos textes règlementaires de notre régime spécial maladie ne veut pas dire que nous soyons soumis aux obligations de cet article !!!???

Nous ne sommes pas dupes !

### **Cette relation avec les obligations d'un contrat responsable est, par la mise en place de certaines restrictions au 1<sup>er</sup> janvier 2020, gravée dans le marbre.**

Contraints à des obligations de contrat responsable, l'arrêté nous oblige sur certains postes de soins à les appliquer au 1<sup>er</sup> janvier 2020, un an avant les mutuelles !

Pour preuve, le plafond de remboursement à 1700 € par prothèse auditive instauré à la CAMIEG dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 est soumis aux mutuelles « contrat responsable » le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

**Notre opposition** a été claire et étayée lors du Conseil Supérieur de l'Énergie du 24 septembre dernier.

Le texte a été adopté par l'approbation du patronat, du Ministère et de la CFE-CGC. FO et la CGT s'y opposant, la CFDT s'est abstenue.

Nous l'avons indiqué dans notre déclaration : ceux qui ont accompagné le texte devront s'en expliquer auprès des assurés. Au regard des 378 millions d'excédents cumulés par notre régime spécial à fin 2018, leur justification risque d'être acrobatique !

Cet arrêté entérine des modifications de la grille de remboursements CAMIEG. Nous communiquerons très rapidement sur les conséquences concrètes des montants fixés par l'arrêté du 30 septembre 2019 sur vos remboursements à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **SITUATION DES SERVICES/DÉLAIS DE LIQUIDATION DE LA CPAM92 (SITUATION DES SERVICES)**

Le traitement des paiements prestations en nature (remboursements de soins) est confié depuis la création de la caisse à la CPAM92.

Sur un total moyen de 900 000 demandes de remboursement par mois, 88,78 % (+/- 799 000) correspondent au traitement des factures électroniques (carte vitale) : remboursement sous 6 jours en moyenne.

Les feuilles de soins numérisées représentent 6,25 % (+/- 56 000) : remboursement sous 20 jours en moyenne. Ces feuilles correspondent aux feuilles de soins papiers que vous envoyez à la CAMIEG, elles sont scannées et traitées par un logiciel qui est capable de recueillir les données.

Celles-ci sont rejetées dès qu'il manque des renseignements (signature, numéro de Sécurité sociale...). Si rejet, elles sont redéfinies feuilles de soins papiers.

Votre insatisfaction porte essentiellement sur le délai de traitement des feuilles de soins papier. Celles-ci nécessitent une saisie manuelle.

Deux typologies de feuilles de soins papier sont définies : les demandes de remboursement sur les deux parts (régime général et complémentaire) représentant 4,97 % (+/- 44 700) et celles concernant les assurés couverts pour la part régime complémentaire seule sous condition de ressources (conjoint(e), enfants de plus de 24 ans...) représentant 1,41 % (+/- 12 700).

C'est sur ces feuilles de soins papier (RG/RC et RC seuls) que vous subissez des retards de traitement flagrants pouvant vous mettre dans une situation financière délicate voir catastrophique au regard des sommes avancées.

**Si cette situation vous concerne, n'hésitez pas à solliciter votre représentant Force Ouvrière.**

La CPAM92 nous présente chaque année son rapport d'activité et contredit vos expériences sur ces retards de remboursement. Nos délais de remboursement des feuilles de soins papier sont satisfaisants au regard des délais affichés par le régime général ! Il nous faut comprendre, analyser et trouver des solutions pour pallier à ces situations : feuilles de soins papier dites non réceptionnées, mal dirigées. . .

Nous avons demandé à rencontrer lors de la prochaine réunion de bureau, le 20 novembre prochain, un représentant de la CPAM92 afin de comprendre, analyser et trouver ensemble des solutions pour diminuer les délais de remboursement.

À ce jour, nous ne connaissons pas la position de la CPAM92 sur cette demande de rencontre. Nous espérons que le fait qu'aucun objectif ne soit donné par la CNAM à la CPAM92, concernant le délai de traitement des feuilles de soins papier, ne soit pas la raison pour laquelle la CPAM 92 ne souhaiterait pas mettre en place des actions d'amélioration. . .

Pour notre délégation, la CPAM92 a une obligation de résultat pour nos assurés et nous exigeons que celle-ci soit remplie.

Nous vous informerons.

## **ARRÊTÉ DU 13 JUIN 2019 PORTANT SUR LES REMISES DE GESTION CNAM**

En octobre 2018, le conseil d'administration s'est positionné contre la proposition faite par le Ministère des Solidarités et de la Santé de diminution des sommes versées par la CNAM envers la CAMIEG.

Ce montant par bénéficiaire correspond au traitement par la CAMIEG des tâches qui devraient être faites par le régime général (affiliation, modification familiale, administrative. . .).

Une diminution de ce forfait a recueilli une opposition unanime du conseil d'administration.

Malgré celle-ci, le Ministère vient de faire paraître, en date du 13 juin 2019, l'arrêté portant cette somme de 12 € à 10,36 € pour la période de 2018 à 2022.

Pour rappel, ces montants redéfinis par arrêté en 2015 avaient déjà subi une baisse pour la période 2014/2017 de 14,87 € à 13,50 €.

Pour notre délégation, nous prenons acte de l'entêtement du Ministère, celui-ci justifiant sa position par l'obligation d'économies du régime général.

La baisse du montant de ces remises de gestion ne peut nous laisser sans réaction face à l'augmentation faite chaque année des montants versés par la CAMIEG envers le régime général.

La CAMIEG, donc vous par le biais de vos cotisations, paie chaque année également une somme envers le régime général pour le traitement fait par la CPAM92 sur la liquidation des prestations, ce montant comprenant des frais divers et variés (locaux, salariés, frais d'affranchissement. . .).

D'année en année, malgré une baisse considérable des activités faite par la CPAM92 (par la diminution des appels assurés, l'utilisation plus importante par les assurés de la carte vitale. . .), ce montant ne fait qu'augmenter.

Il s'agit de plus de 6 millions d'euros, pour notre délégation ces remises de gestion sont surdimensionnées !

Nous serons très vigilants à ce que cette contribution soit largement diminuée en cette année 2019, car les appels assurés concernant les remboursements ne sont plus pris en charge par la CPAM92, mais par les salariés de la CAMIEG depuis le 6 mai dernier.

Une première évaluation faite par la CPAM92 du montant pour 2019 doit être adressée à la direction de la CAMIEG d'ici fin novembre.

Nous avons exigé être informés de celle-ci et ne pas être mis devant le fait accompli lors de la clôture des comptes en juin 2019.

## **REPRISE DES APPELS TÉLÉPHONIQUES ASSURÉS PAR LA CAMIEG**

Jusqu'au 12 mars 2019, les appels assurés concernant le remboursement des soins étaient traités par la CPAM92.

Notre délégation, depuis la création de la caisse, revendiquait la réintégration de cette tâche au sein de la CAMIEG, car nous entendions le mécontentement des assurés sur le traitement de leurs appels.

Traitement déficient notamment dû au « turn over » important des conseillers CPAM92, laissant des conseillers non formés aux spécificités de notre régime répondre aux assurés IEG.

Vos appels concernant vos remboursements sont désormais traités par les salariés de la CAMIEG depuis le 6 mai dernier.

L'accessibilité téléphonique a diminué de mai à juillet 2019 du fait de la formation de la nouvelle équipe comprenant 31 conseillers dont le recrutement s'est avéré compliqué faute de candidatures. Elle a néanmoins atteint un bon taux dès août 2019 (90 %).

Nous sommes persuadés que le traitement de vos appels par la CAMIEG permettra un traitement plus efficace de vos demandes.

### **CENTRALISATION DES DEMANDES D'ENTENTE PRÉALABLE**

Certains actes ou transports médicaux vous obligent à effectuer la demande de prise en charge de ceux-ci auprès de la CPAM de votre lieu de domicile, car la CAMIEG n'a pas de service médical.

Les traitements d'une CPAM à une autre sur ces demandes diffèrent d'un département à l'autre, les refus ne vous sont pas adressés, certaines CPAM mettent des règles en place propre à leur département par convention avec les professionnels de santé... Ces démarches administratives complexes et lourdes sont à l'origine de trop nombreuses situations de non-remboursement.

Les études ont débuté afin qu'une convention soit établie avec un autre régime doté d'un service médical. La mise en place de la centralisation devrait voir le jour début 2020.