

ORDRE DU JOUR :

1. Situation des services
2. Résultat de l'enquête de satisfaction 2018
3. Remise de gestion CNAMTS (délibération)
4. Note d'application de l'arrêté ministériel du 16 juillet 2018 (information et délibération)
5. Point sur les dépenses du régime (information)
6. Rapport d'activité 2017 (avis)

DÉCLARATION FORCE OUVRIÈRE

Lors de la présentation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 (PLFSS 2019), le 25 septembre, les ministres des Comptes publics et de la Santé se sont félicités du retour à l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale.

L'excédent du régime général de la Sécurité sociale devrait ainsi atteindre 2,5 milliards d'euros en 2019.

Mais l'obtention de ce résultat se fait au prix d'une économie de 1,8 milliard d'euros sur le dos des retraités et des assurés sociaux — dont 1,6 milliard sur les seuls retraités. Les pensions de base versées par l'assurance vieillesse et les prestations familiales seront revalorisées de seulement 0,3 %, un taux inférieur à l'inflation, prévue à 1,6 % cette année.

Seule l'assurance maladie serait légèrement déficitaire (-0,5 milliard). Une branche qui subit d'ailleurs encore, comme chaque année, un tour de vis. Pas moins de 3,8 milliards d'euros d'économies lui sont demandés, avec une mise à contribution de l'hôpital, de la médecine de ville et de l'industrie pharmaceutique.

Parmi les mesures prévues, un durcissement des conditions pour les médecins concernant l'affichage de notion de médicament non substituable pour leurs patients.

La ministre de la Santé Agnès Buzyn a ainsi indiqué « faire des choix » afin de « donner la priorité aux plus précaires et aux plus fragiles ». Une orientation politique qui va à l'encontre des principes fondateurs et de l'intention qui animent la Sécurité sociale : à savoir le principe de « secours mutuel » collectif, qui veut que chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

Le danger est que d'un système qui couvre aujourd'hui tous les travailleurs et leurs familles, on tende vers un système où l'État prendrait en charge la couverture des plus démunis, au détriment de la couverture de l'ensemble de la population.

Une fragilisation sans précédent de la Sécurité sociale, alors que les comptes de la Sécurité Sociale se rétablissent, offrant une occasion unique d'améliorer les droits des assurés sociaux et les conditions de travail dans les organismes sociaux et dans les établissements médicaux, notamment au sein des hôpitaux et des Ehpad.

A contrario, nous assistons à une utilisation du budget de la sécurité sociale pour renflouer les caisses de l'État. Au travers d'une prétendue politique de l'emploi, la sécurité sociale devient la caisse de l'État afin de favoriser les entreprises au lieu des assurés.

Le PLFSS 2019 prévoit en effet quantité d'exonérations de cotisations patronales, mais aussi salariales. La transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en baisse de cotisations patronales privera ainsi la Sécu d'au moins 20 milliards d'euros de recettes.

Pour Force Ouvrière, la solution pour garantir l'avenir de la Sécurité sociale réside dans la suppression des dispositifs d'exonération de cotisations et dans le retour de la cotisation maladie – seule source de financement sûre pour les salariés et leurs familles. Il est possible, à la fois, d'améliorer les droits et de diminuer les cotisations en garantissant la pérennité financière de la Sécurité sociale, en luttant contre le travail dissimulé et l'évasion fiscale, et en substituant à l'actionnariat salarié – très avantageux pour ne pas cotiser – une augmentation générale des salaires.

1. SITUATION DES SERVICES

Diminution des appels de 35 % depuis le début de l'année 2018. Les réclamations restent toujours très conséquentes concernant le paiement des prestations avec un solde à fin août de 8390.

Les réclamations sont la conséquence directe d'un traitement lent des factures papier. Nous avons insisté de nouveau, comme à chaque conseil, sur le fait que la CPAM 92 se doit de doter notre régime du personnel suffisant pour la saisie de celles-ci.

À fin août, les factures papiers totalisaient un solde de 20 784 dont une moyenne de délai traitement pour les factures Régime Complémentaire seul de 24 jours (moyenne).

Ces soldes entraînent inévitablement des réclamations de la part des assurés. Pour nous, le problème doit être solutionné à la base.

Nous n'admettons plus des propos de la caisse tels que « perception de retard de l'assuré », « délai de traitement de 15 jours maximum pour 90 % des assurés » . . .

2. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION 2018

6000 questionnaires envoyés par voie postale à partir du 24 octobre 2017. 2195 retours, soit 36,6 % de répondants. Ce taux de retour est supérieur à celui des enquêtes réalisées par le Régime Général. Ce qui nous démontre que les assurés de la CAMIEG sont attachés à notre Régime Spécial. Néanmoins, le retour des questionnaires ne reflète pas notre population d'assurés.

En effet, sur les 2195 retours, 75,5 % inactifs, 24,5 % actifs. 68,3 % des répondants sont âgés de plus de 60 ans.

Notre régime couvre 59 % d'actifs et 41 % de pensionnés, 34 % ont plus de 60 ans.

86,1 % des répondants à l'enquête non pas ou plus d'enfant à charge.

Panel réduit, mais qui démontre un taux de réclamation important : Sur 2195 retours, 1137 répondants ont effectué une réclamation (51,80 %) !

Chaque année, notre délégation insiste sur le fait que la CAMIEG doit se doter d'une enquête satisfaction propre à notre caisse.

Le logiciel utilisé de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ne répertorie pas dans ses tables de sélection d'envoi de questionnaires le nombre de contacts (téléphoniques, courriers, appels) avec la caisse. Elle se limite à envoyer les questionnaires par rapport à des données démographiques du régime sondé.

Pour nous, il serait intéressant de connaître l'avis des assurés ayant eu de nombreux contacts avec la CAMIEG durant l'année écoulée. Les résultats ne seraient pas les mêmes. Le taux présenté de 89 % d'assurés satisfaits serait-il le même si la moitié des questionnaires étaient envoyés vers des assurés ayant eu de nombreux contacts avec la caisse ?

Un assuré n'ayant pas rencontré de difficultés de traitement de son dossier ou n'ayant fait aucune demande auprès de la caisse ne peut être que très satisfait.

3. REMISE DE GESTION CNAMTS (DÉLIBÉRATION)

Lors de la création de la caisse a été décidé par les Pouvoirs Publics de confier les tâches concernant la gestion administrative des assurés au personnel de la CAMIEG et la gestion des prestations à la CPAM 92.

Chaque partie reversant chaque année une somme pour le travail effectué appelée remise de gestion.

Les sommes versées par la CAMIEG vers la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour le travail effectué par la CPAM 92 est un forfait par assuré CAMIEG.

Les sommes versées par la CPAM 92 vers la CAMIEG sont régies par une convention. Une facture précisant les charges incombées par cet organisme pour effectuer la gestion de nos bénéficiaires est adressée à la CAMIEG pour règlement.

Lors de ce conseil d'administration, une nouvelle baisse des versements CNAM vers la CAMIEG nous est soumise.

D'année en année, le montant par bénéficiaire ne cesse de diminuer. Pour notre délégation, cette situation sous couvert d'économies imposées par les Pouvoirs Publics envers la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ne peut être tolérée. Ce montant forfaitaire étant en 2014 de 14, 87 € pour être passé à fin 2017 à 13, 50 €.

La proposition nous est faite que celle-ci soit pour 2022 à 10,36 € soit une diminution de 30 % en 8 ans.

Notre délégation s'est positionnée contre cette diminution et a souhaité que des précisions légitimes nous soient adressées concernant les montants que la CAMIEG verse à la CNAM. Vous trouverez ci-dessous la déclaration faite sur ce point.

Sous l'impulsion de vos représentants Force Ouvrière, les autres délégations ont soutenu notre demande.

Intervention FO Énergie et Mines

Lors de ce conseil, notre avis est demandé sur la baisse des remises de gestion versées par la CNAMTS envers la CAMIEG.

En 2016, lors d'une proposition de baisse de 14,87 € en 2014 pour un objectif à 13,50 € atteint en 2017 soit 9,21 % de baisse en 4 années pleines, la CNAMTS avait argumenté cette hausse sur la mise en place si longtemps attendue du système informatique et de la demande de la CAMIEG de bénéficier de la numérisation du courrier entrant.

Pour notre délégation, les justifications apportées n'étaient pas fondées, ces diminutions ne pouvaient être acceptables.

Aujourd'hui nous sommes en 2018, la COG CNAM 2018/2022 vient de recueillir 10 voix pour sur 35 membres présents, son président l'a signée. Cette situation vous permet de soumettre une proposition de baisse de ces remises de gestion de 23,26 % sur 5 années. La COG exige des économies sur les remises de gestion, la CNAM les applique, nous les refusons.

Sur le même sujet, nous souhaitons alerter les membres du conseil sur les remises de gestion versées par la CAMIEG envers la CPAM 92. Cette alerte est fondée dans le cadre de ce dossier puisque la CPAM 92 rétrocède immédiatement à la CNAMTS les remises perçues (cf. rapport définitif d'évaluation de la COG).

Les comptes 2017 présentent des versements envers la CPAM 92 d'un montant total d'environ 6 millions par an, justifiés de leur part de 1 million 9 de frais divers, mais également d'un montant de plus de 4 millions d'euros en charge de personnel. La CAMIEG sur cette même période établit des comptes pour les charges du personnel Sécurité Social et IEG d'un montant de 13,7 millions d'euros.

Si nous établissons le rapport des charges de personnel CAMIEG, par rapport au nombre de salariés comparé à ce que nous versons à la CPAM 92, nous couvrons plus de 60 Équivalent Temps Plein de la CPAM 92. Cet état mérite d'être clarifié, nous n'avons jamais eu, lors de la présentation de la direction de la CPAM 92, de détails sur les salariés qui nous sont affectés pour les différentes tâches qui lui sont confiées.

La convention signée en 2013 entre la CPAM 92 et la CAMIEG pour une période de 5 ans arrive à son terme. Entre 2013 et fin 2017, les activités faites pour le compte de la CAMIEG par la CPAM 92 ont diminué de 35 %, avec un taux concernant le traitement des courriers atteignant les 50 %. Les termes de la convention doivent être revus.

Nous demandons que la direction de la caisse prenne contact avec la direction de la CPAM 92 et qu'une commission Ad'Hoc soit convoquée rapidement afin de prendre connaissance du détail des sommes facturées sur les 5 dernières années, et d'avoir connaissance de l'évolution des tâches traitées par la CPAM 92 et, pièces justificatives à l'appui, des ETP qui nous sont affectés. Nous demandons que ce point soit mis à l'ordre du jour du prochain conseil du 4 décembre 2018.

Dans le cadre de négociation de la COG, les Pouvoirs Publics nous ont proposé de soumettre des pistes de réflexion. Pour notre délégation, des économies conséquentes sur ce poste de dépenses sont possibles.

4. NOTE D'APPLICATION DE L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 16 JUILLET 2018 (INFORMATION ET DÉLIBÉRATION)

La loi de finances pour 2014 est venue modifier l'article 83 du Code général des impôts (suppression de la demi-part «vieux parent», défiscalisation de la majoration de pension pour charges de famille...).

Les personnes concernées ont vu, par l'arrêt de ces mesures, augmenter leur revenu fiscal de référence. Certains de nos assurés part Régime Complémentaire Seule se sont vus exclus de notre régime, leurs revenus dépassant, de ces faits, le seuil de 1560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC.

Un arrêté en date du 16 juillet 2018 a été établi afin que ces assurés puissent réintégrer notre régime (sans effet rétroactif), pour eux, et eux seuls, le seuil du plafond des ressources annuelles pris en compte sera de 1980 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC.

L'arrêté est passé, il est applicable. Les services de la caisse ont établi une note de mise en place de celui-ci.

Non seulement, l'arrêté est très restreint, car il ne vise que les seules personnes étant sorties du régime en 2014 en raison des nouvelles mesures fiscales, soit 763 personnes (378 enfants, 385 conjoints), mais en plus ces personnes doivent se faire connaître de la caisse pour voir leurs droits rétablis à la date de la demande.

Qui de ces 763 personnes aura eu l'information nécessaire pour prendre contact avec une caisse envers laquelle ils n'ont plus aucun contact depuis 2014 ?

Dans les 378 enfants âgés de moins de 26 ans en 2014, combien ont atteint 26 ans et plus en 2018 ?

À l'unanimité, nous avons demandé à la caisse de prendre contact avec les assurés concernés. Il est du devoir de la caisse d'informer ces assurés.

Mais cet arrêté fait apparaître un problème de fond. Nous ne pouvons concevoir que notre caisse établisse des droits à deux vitesses. Un seuil à 1980 fois le taux horaire SMIC et un autre à 1560 fois.

Notre délégation, lors du Conseil Supérieur de l'Énergie du 13 mars 2018 a fait part aux Pouvoirs Publics de sa désapprobation d'une couverture maladie à deux vitesses et avait soumis une proposition d'augmentation du plafond de ressources. Celle-ci n'a pas été validée.

Lors du conseil de la CAMIEG, une délibération afin de généraliser le plafond annuel de ressources au montant de 19 324 € au lieu de 15 226 € a été votée à l'unanimité.

Cette délibération est exécutoire de plein droit si, à l'issue d'un délai de 20 jours suivant leur communication aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, l'un ou l'autre d'entre eux n'a pas fait connaître son opposition motivée.

À l'heure actuelle, le délai est en cours, nous vous informons de la suite donnée à cette délibération.

5. POINT SUR LES DÉPENSES DU RÉGIME À FIN AOÛT 2018

Un problème de taille a été dévoilé lors de cette présentation. Un poste intitulé « Autres dépenses » présente une augmentation de plus de 141, 27 % pour la section des actifs et de plus de 295, 09 % pour la section des inactifs par rapport à la même période 2017. Un changement de réglementation sur les frais de séjour en 2017 n'a pas été pris en compte dans les tables de pourcentage des remboursements.

La conséquence : des assurés se sont vu rembourser des frais qu'ils n'avaient pas avancés. Pour 2017, cela correspond à 225 assurés pour une somme globale de 80 000 euros (soit une moyenne de 355 € payés à tort).

Les tables ont été mises à jour, les assurés concernés seront avertis de la situation et une notification d'indu leur sera envoyée.

Les courriers comporteront bien que l'assuré pourra établir une réclamation auprès de la Commission Recours Amiable.

À la justification que cette somme ait été versée à tort, nous ne pouvons concevoir qu'un assuré en difficulté financière subisse les erreurs de la caisse.

6. RAPPORT D'ACTIVITÉ 2017 (AVIS)

L'intégralité du rapport est disponible sur le site camieg.fr (rubrique publications).

524 000 assurés couverts par la CAMIEG dont 58 % d'actifs et 42 % d'inactifs.

309 160 Ouvrants droit, 214 840 Ayants droit.

13,6 millions de décomptes papier payés (12,5 millions en 2016), 338 000 appels reçus (356 000 en 2016).

Les expressions des salariés dans le cadre des 10 ans de la caisse sont appréciables.

Page 3, le décor est planté, la Convention d'Objectifs et de Gestion manque à l'appel. Notre délégation a interpellé la direction de la caisse. Ce document est le rapport d'activité établi par la direction de la caisse, le mot du directeur lui est personnel.

Nous sommes attachés et respectons pleinement la liberté d'expression. Nous avons souligné que cet édit, ne donnant pas plus de précisions sur l'absence de COG, peut être interprété sur l'unique responsabilité des membres élus de ce conseil. Pour notre délégation, une négociation ne doit en rien être « nous imposons, vous subissez ».

Durant tout le déroulement de ce conseil, le sujet de la COG a été abordé. En premier lieu avec l'ensemble du personnel du siège venu lors de l'ouverture de la séance demander au Président, aux membres du conseil, aux tutelles des explications, mais surtout l'engagement de toutes les parties afin qu'une COG soit signée avant la fin 2018. Notre délégation œuvrera pour que ce délai soit respecté.

Cette situation n'est pas sans conséquence sur les assurés de la caisse. Les salariés de la caisse vivent une situation anxiogène sur un avenir qui se limite à un fonctionnement en douzième, bloquant tout investissement de la caisse, le remplacement des postes libérés... Cette situation, si elle perdure, aura pour conséquence une dégradation du service rendu.

Nous avons voté pour le rapport d'activité 2017, celui-ci représente le travail de l'ensemble des salariés de la caisse qui, malgré les restrictions qui leur sont imposées, ont assuré leur mission de service public.