



Compte-rendu CGT Conseil CNAM(TS) du 18 octobre 2018

Information du Président

CGT demande à ce que le transfert des TASS et TCI au pôle social des TGI au 1^{er} janvier soit mis à l'ordre du jour du prochain conseil. En effet qu'advient-il des dossiers des assurés sociaux mais aussi des professionnels de santé et des employeurs en cours d'instruction dans les TASS et TCI ? Quelles seront les procédures de saisines des nouvelles structures juridiques ?

Sans oublier le devenir des personnels détachés de la Sécurité sociale et plus particulièrement pour ce qui nous concerne des CPAM et CARSAT, ceux-ci ayant les possibilités, sous certaines conditions, d'intégrer le ministère de la justice avec des passerelles qui restent à déterminer, de maintenir leur détachement ou mise à disposition au sein des futurs pôles sociaux ou de réintégrer leur organisme d'origine. Nous sommes désireux de connaître les nombre d'agents concernés, leur localisation, le plan prévisionnel de réintégration, etc...

Tout en remarquant que certains de ces personnels faute de détachement ont été recrutés directement par les TASS et TCI et donc ne connaissent pas les organismes du réseau...

De plus ces personnels détachés pour certains depuis plus de 20 ans ont acquis une véritable expertise juridique et leur future affectation devrait tenir compte de ces acquis.

W Gardey en réponse propose non pas l'inscription à l'ordre du jour d'un conseil mais d'une information à la réunion des chefs de file du 7 novembre 2018...

Pierre Peix, en complément nous informe qu'en application de la loi sur la justice du XXI^{ème} siècle supprimant les TASS et TCI pour transférer leurs activités vers les pôles sociaux des TGI compétents que les services de la DDO suivent attentivement ce dossier qui devrait concerner environ 400 ETP + des agents des ex-DRASS... Agents faisant essentiellement fonction de greffiers.... Pierre Peix nous annonce qu'environ une centaine d'agents aurait fait valoir leur volonté de réintégrer les CPAM....

Le FNGA (Fonds national de gestion administrative) prendra en compte par une nouvelle ligne de crédit soit la mise à disposition des personnels de la Sécurité sociale au sein des pôles sociaux, soit le financement des postes en conséquence des réintégrations...

CGT malgré notre insistance à avoir un véritable dossier, présenté en conseil, sur le devenir de ces personnels mais aussi la connaissance des procédures pour les assurés sociaux,

professionnels de santé et employeurs, le conseil sauf la CGT approuve une simple information en réunion de chefs de file...

Infos du DG Nicolas Revel

INCENDIE du 27 JUILLET 2018

N Revel intervient pour nous annoncer le déménagement le jour même de la DDO et d'une grande partie de la DDSI à Bagnolet

Que cette période de fin d'année est consacrée aux études de faisabilité et de mise en conformité en application des nouvelles normes des circuits électriques et de réparation des locaux endommagés

Que les travaux pourraient débuter en janvier 2019 pour une livraison espérée pour l'été 2019 avec des livraisons intermédiaires...

COMITE D'ALERTE du 15 OCTOBRE 2018

Il n'y aurait pas de risque de dépassement de l'ONDAM pour 2018

Le Comité d'alerte estime l'ONDAM 2019, robuste tout en notant que le dépassement du sous ONDAM soins de ville pèse sur le sous ONDAM Hospitalier, ce qui n'est pas normal...

N Revel souligne que les sous ONDAM soins de ville et hospitaliers auraient de moins en moins de sens et complexifie le système, en effet les transports hospitaliers affectés aux soins de ville, les prescriptions hospitalières médicamenteuse délivrées en officine, les chirurgiens du secteur privé, etc. affectent les répartitions entre les 2 sous ONDAM.

Ce serait une régulation infra annuelle qui ne correspondrait pas aux mêmes logiques :

- base de remboursement sur paiement à l'acte
- base financière sur l'encadrement sur des enveloppes hospitalières.

Des réflexions sont en cours pour renforcer cette régulation et l'harmoniser...

Si bien qu'au-delà du gel de crédits hospitaliers en début d'année pour les placer en réserve prudentielle, le PLFSS 2019 pourrait mettre en œuvre une mise en réserve de 120 millions du sous ONDAM soins de ville sous forme de dotation pour risque en fonction de l'évolution d'un risque de dépassement...

NEGOS avec les IDE

Après une rupture des négociations cet été, une demande de reprise des négociations a été faite et celles-ci devraient débuter au 4^{ème} trimestre 2018

NEGOS avec les TAXIS CONVENTIONNES

N Revel cherche un accord cadre de niveau national afin d'encadrer les négociations qui seront effectives au niveau départemental et sur la base de tarifs non pas de Sécurité sociale mais de tarifs préfectoraux... avec 2 objectifs

- non indexation des évolutions tarifaires pour les années à venir
- détermination des remises conventionnelles en fonction des volumes.

INTERVENTION SUR PUMA

Médecins sans frontières et d'autres associations caritatives se sont fait l'écho de difficultés sur l'ouverture des droits avec PUMA et plus particulièrement pour des personnes anciennement ayants droits (épouse, conjointe, majeurs, etc...) et des personnes étrangères en situation régulière ayant toujours eu une prise en charge par l'assurance maladie et obligé de faire face à des demandes de documents administratifs nombreux et variés prouvant leur statut avec des situations de suspension de droits...

N Revel et P Peix vont examiner ce dossier... qui ne serait que des trous dans la raquette !!!!

1 - EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE - document synthétisé en pièce jointe

2 - TRAVAUX DES COMMISSIONS - documents en pièces jointes

Les différents président(e)s des commissions ont présenté les travaux...

Au vu de l'intérêt de ceux-ci, ils sont joints à ce compte rendu car ils présentent des documents très intéressants qui demandent à être exploités...

Commission de l'Organisation des Soins

- démographie et repartitions des professionnels de santé libéraux
- PRADO et virage ambulatoire

Commission Santé Prévention

- Campagne vaccination 2018/2019
- Orientations pour les centres d'examen de santé de l'assurance maladie

Commission de suivi et d'analyse des dépenses de santé

- Dossier sur la santé mentale
- Pratiques tarifaires du secteur 2

Commission des relations aux publics et de l'action sanitaire et sociale

- Bilan et orientation de l'action sanitaire et sociale voir aussi point 4
- RAC à zéro - fusion CMUC/ACS - prévention de la désinsertion professionnelle

Commission de l'Animation du Réseau et des Moyens

- Intégration autres régimes - bilan de la gestion immobilière - responsabilité sociale des organisations -

Commission des Systèmes d'Information et de la Transition numérique

- Projet SDSI
- RGDP

3 - BUDGET RECTIFICATIF 2018 du FONDS NATIONAL DE GESTION ADMINISTRATIVE - documents en pièces jointes

Ces documents portent entre autres sur une actualisation de la masse salariale, conformément aux règles budgétaires de la COG et repose sur des glissements divers en masse salariale hors intéressement avec

- L'évolution de la RMPP autorisée sur 2018 à 1,50 % au lieu des 1,70 % prévus

- De l'effet report des mouvements de personnels (effet noria et structure) constaté à -0,29 % au lieu de -0,25 %
- De l'effet noria et structure de l'année tel que prévu par la COG à -0,70 %
- L'impact cumulé de ces effets sur l'exercice 2018 représente une diminution de la masse salariale de -15,690 M€.

D'autre part il est à noter une réévaluation de la dotation globale aux ARS de 7,763 M€ portant les crédits alloués à 161,764 M€ (en progression constante...)

VOTE

Contre CGT soit 3 voix

Pour MEDEF CPME U2P FNATH UNAF UNAPL soit 16 voix

Prise Acte FO CGC FNMF UNASS FAGE-étudiants soit 10 voix

Abstention CFDT CFTC PQ-Corona soit 6 voix

BILAN DOTATION PARAMETRIQUE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE et ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE - documents en pièces jointes

Le bilan de la dotation paramétrique sur 2017 ayant servi entre autres de base pour la construction des orientations de la politique d'action sanitaire et sociale des caisses pour la période de la COG, les 2 sujets de bilan et d'orientations sont présentés concomitamment dans le compte rendu...

CGT Sur la dotation paramétrique et son bilan, si nous pouvons noter une amélioration du taux d'exécution, encore faudrait-il faire la clarté sur les montants engagés suite aux décisions des commissions d'action sanitaire et sociale et les montants réellement dépensés, en effet toutes les aides ne donnent pas lieu à la concrétisation de celles-ci.

De plus, nous pouvons noter un décalage entre les propos tenus au niveau national de ceux du local, en effet la CNAMTS dispose d'une réserve financière sur ces budgets afin de pouvoir venir en aide aux CPAM ayant utilisées tout leur budget, encore faudrait-il que cela soit connu des conseils des CPAM et que les directions ne tiennent pas des propos contradictoires !!!!!

Intervention CGT :

Deux ambitions de retour à une Sécurité sociale « bienveillante et attentionnée ».

Deux ambitions qui nous renvoient à des interrogations sur les conséquences des politiques de démantèlement de nos cohérences d'actions menées par le passé. Mais ne remontons pas trop loin dans le passé...

Regardons ce présent tant la situation de renoncement aux soins, d'exclusion, du travail et de l'emploi fracassent nos vies, déconstruire le vivre ensemble jusqu'à interroger notre modèle social et porte atteinte à la démocratie.

L'action de mise en sécurité dans une approche sociale semble donc à nouveau avoir droit de cité... Nous nous en félicitons....

Maintenant notre devoir d'évolution est appelé afin de s'assurer que cette démarche de retour à des fondamentaux, donner les droits de tous à tous ne soit pas qu'un slogan de communication... Mais bien une réalité concrète...

Une interrogation légitime tant ce qui nous remonte du terrain comme il est dit, cette vraie vie semble en décalage, notamment autour des actions de limitation de renoncements aux soins...

Cette création d'accompagnement personnalisé jusqu'à la réalisation des soins est un changement de paradigme qui nous invite à aller au-delà de nos missions... et au travailler effectif avec d'autres...

Ce changement nous le savons impose des moyens humains, de la formation et des compétences afin que cette démarche pour les uns ne se fasse pas contre les autres...

Toujours être la maison de tous...

En clair, maintenant que la PFIDASS est rentré dans les indicateurs CPG,

- comment être rassuré que cette dynamique ne se développe pas sur les ruines d'autres activités...
- comment être certains que nos chiffres ne soit pas seulement du quantitatif mais bien du qualitatif...

Interrogation légitime pour des conseillers attachés à la pleine réussite de cette ambition

CGT : suite aux remontées que nous avons des conseils, nous avons plusieurs remarques :

Les aides aux personnes ayant abouties rassemblent des notions très différentes qui se traduisent par un simple accompagnement voir un ou des conseil(s) de gestion jusqu'à une résolution contre le renoncement aux soins.

Les équipes PFIDASS sont souvent très administratives et pas ou peu composées de professionnels du social, avec des implications d'associations ou de services extérieurs afin de transmettre des personnes en grande vulnérabilité...

Malgré toutes nos demandes locales et nationales, nous n'avons que des présentations quantitatives et non qualitatives...

Les fonds utilisés par PFIDASS sont essentiellement pris sur les dotations paramétriques des fonds d'action sanitaire et social gérées par les conseils des CPAM sans que ceux-ci ne soient réellement concertés...

N Revel, sur PFIDASS, répond qu'une CGSS devrait rentrer dans le dispositif en 2019

Que le déploiement de PFIDASS a été faite en 4 vagues successives et qu'aujourd'hui toutes les CPAM sont concernées, présentant des situations contrastées, des méthodes et des organisations différentes, avec pour but d'accompagner des personnes vulnérables de bout en bout...

Cependant il constate que sur les 101 organismes, environ 15 à 20 ne seraient pas au rendez-vous... !!!

Fin 2018, 30 000 personnes auront été accompagnées avec un objectif de 100 000 personnes en fin de COG

CGT sur le bilan de la dotation paramétrique nous constatons bien la réelle prise en charge des personnes les plus pauvres, en effet page 7 du bilan, 88 % des aides sont attribuées à

des personnes en situation de pauvreté puisque celui-ci est de 1 015 € - seuil de pauvreté, tel que définit au niveau européen à 60 % du revenu médian soit 1 015 €

CGT sur la **prévention de la désinsertion professionnelle** si on peut noter une amélioration en terme de bénéficiaires 1 580 en 2017, 1 427 en 2016 et en montant ayant augmenté en moyenne de 26 €, ces résultats ne peuvent nous satisfaire et celle-ci reste encore trop marginale, très peu connu des travailleurs et demande de véritables campagnes de communication et d'accompagnement de ces personnes....

ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

CGT les orientations précédentes étaient en pleine application de la COG 2014/2017 et celles-ci ne sont que la déclinaison de la COG 2018/2022 agréementée de volonté politique gouvernementale (non présente lors la signature de la COG) et par exemple fusion CMUC/ACS, concrétisation du RAC à zéro et autres à venir...

Ces orientations présentent la volonté (tout comme dans les précédentes COG) à encadrer les politiques d'action sanitaire et sociale des conseils des CPAM. Ces derniers restent toutefois maîtres de l'utilisation des fonds alloués à l'action sanitaire et sociale.

CGT ces orientations feront l'objet d'une lettre réseau adressée aux directions des CPAM et feront l'objet de directives dont nous demandons à en avoir connaissance puisque nous sommes purement dans un pouvoir qui restent attribué aux conseils.

Pierre Peix en réponse dit ne pas pouvoir nous fournir cette lettre réseau car elle est un échange direct entre la direction de la CNAMTS et les directions locales et nous informe qu'elle ne devrait refléter que les décisions prises !!!! *Alors pourquoi ne pas être transparent !!!!*

CGT « RESTE A CHARGE A ZERO » - appelée aussi à tort « 100 % SANTE », en effet ce dispositif ne couvre que le dentaire, l'optique et l'audioprothèse...

Sur ce « RESTE A CHARGE A ZERO » soyons clair... Parlons vrai !!!

Ce dispositif sur le dentaire, l'optique et l'audioprothèse repose dans son organisation sur 3 niveaux :

- niveau 1 sans reste à charge
- niveau 2 avec un reste à charge limité et encadré
- niveau 3 à tarification libre.

Plusieurs remarques objectives de fond sont à faire :

- sur le niveau 1, l'engagement est pris de produits de qualité qui seront défini dans des cahiers des charges dont nous en attendons la connaissance pour en vérifier l'effectivité. Toutefois avec des tarifs très bas nous pouvons nous attendre à des produits d'entrée de gamme. Par exemple les montures à 30 € seront-elles

effectivement disponibles ? de fabrication française ? En quelle composition et avec quels choix possibles ?

- il nous faut noter qu'aujourd'hui nombre de personnes de ce pays ont une dentition en très mauvais état, voir pas de dents, ne peuvent acquérir de lunettes et que dire du nombre de malentendants non équipés... La mauvaise dentition ou l'absence de dents entraîne une alimentation limitée voire très difficile et porteuse de développement d'autres pathologies. Nous savons que l'absence de port de lunettes et ou d'audioprothèse, de fait isole ces personnes mais plus grave les expose à des risque de chutes et d'accidents... Même si les produits de ce niveau risquent d'être de qualité limitée, ils seront une amélioration indéniable de la vie de ces personnes. Nous ne pouvons pas nous contenter de cette limitation mais nous pouvons toutefois en constater un plus... qui ne demande qu'à être amélioré
- sur le dentaire, l'assurance maladie obligatoire consacrera près d'un milliard en dépenses supplémentaires sur les soins courants et la prévention contre l'encadrement des tarifs des prothèses dentaires pour les niveaux 1 et 2
- sur l'optique et l'audioprothèse, les engagements en termes de remboursement de l'assurance maladie seront légèrement améliorés
- le RAC à ZERO, repose sur une répartition des remboursements entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires et ce sur une mise en œuvre progressive sur 3 ans... Nul ne peut douter que les tarifs des complémentaires progresseront pour tenir compte de ces charges supplémentaires et ce malgré tous les discours portés par la ministre de la santé. Du reste l'ensemble des complémentaires santé ont annoncé répercuter ces charges et restent dans l'attente de connaître l'étendue de l'adhésion des populations à ce dispositif du reste à charge à zéro
- De plus, il faut faire valoir qu'environ 5 à 6 % de la population française n'a pas de complémentaires santé soit 3,2 à 3,9 millions de personnes
- ce dispositif crée/voire confirme par la création/consolidation du niveau 3 : secteur à tarification libre un espace permettant aux chirurgiens-dentistes, opticiens et audioprothésistes de proposer des actes ou/et de présenter des produits sans limitation de prix (même si le gouvernement s'est engagé à observer ce niveau mais nous savons tous ce qu'il en est par exemple des dépassements d'honoraires
- Ce reste à charge à zéro reste de porter très limité puisqu'il n'est pas prévu à ce stade de tiers payant intégral et donc même si les tarifs sont encadrés les assurés sociaux devront faire l'avance des frais dans l'attente des remboursements assurance maladie et cométaires

Remarque importante : la mise en œuvre d'un **TIERS PAYANT INTEGRAL** a disparu des discours et n'est pas présent au PLFSS pour 2019...

Enfin, vouloir faire croire à un 100 % santé quand le reste à charge des malades est si important avec les dépassements d'honoraires, les déremboursements, etc... mais aussi des éléments que l'Etat ne considère pas comme des restes à charge mais des participations tels que le forfait hospitalier, la participation sur les actes lourds, les franchises, la participation forfaitaire à 1 € sur les consultations, etc... et qui pourtant représentent des sommes très importantes et encore plus importantes pour les personnes les plus malades...

Sur la fusion CMUC/ACS... soyons clair... Parlons vrai !!!

2 dispositifs coexistent sur la prise en charge des frais de santé pour les personnes les plus démunies, accordés après des démarches administratives complexes :

- CMU C (non contributive) - prise en charge d'un panier de soins - dispense totale d'avance de frais - interdiction de dépassements d'honoraires - pas de franchise ni de participation forfaitaire d'1 €. Gérée essentiellement par les CPAM et accessoirement par les complémentaires pour les personnes moins malades...!!!
- ACS (aide à la complémentaire santé) idem à la CMUC mais avec l'obligation de suivi d'un parcours de soins. Ce système repose sur une aide financière accordée au bénéficiaire afin qu'il fasse l'acquisition d'une complémentaire santé agréée.

La CMUC concerne 5,52 millions de personnes ayant un revenu inférieur à 734 € et présente un taux de non recours (méconnaissance de ce dispositif - complexité des démarches - peur de la stigmatisation - refus de professionnels de santé de recevoir les CMUistes) évaluée à 30 % de cette population éligible soit environ, 2,36 personnes.

L'ACS a un effectif de 1,58 million de personnes avec un taux de non recours pour les personnes ayant obtenu un accord de plus de 370 000 personnes (essentiellement dû au coût restant à charge pour l'acquisition de la complémentaire) auxquels il faut ajouter environ 2,5 millions qui ne font pas valoir ce droit.

Il nous faut évoquer les 5 à 6 % de la population soit plus de 3,2 à 3,9 millions de personnes sans complémentaire santé qui n'en bénéficient pas soit par méconnaissance des droits, revenus très réduits voire absence de ceux-ci, exclusion...

Les frais de santé des personnes en CMUC et ACS ne sont pas plus élevés voire inférieures que ceux des assurés sociaux sauf la première année qui est souvent une période de soins intenses afin de faire les soins délaissés depuis plusieurs années.

Faire cette fusion CMUC/ACS serait une bonne idée en soi mais le dispositif ne prend pas en compte la réalité de la grande pauvreté.

En effet alors que le plafond de la CMUC (non contributive) est de 734 euros le seuil de pauvreté à 50 % du revenu médian tel qu'appliqué en France est à 846 euros.

Alors que l'ACS couvre les personnes ayant un revenu entre 735 euros et 991 euros et destiné à devenir la CMUC dite contributive à hauteur d'un maximum d'1 euro par personne et par jour (ce qui représente en soi une dépense importante et d'autant plus quand les moyens sont réduits...), le seuil de pauvreté à 60 % tel que défini par la communauté européenne et applicable dans de nombreux pays est à 1 015 euros. Et dans les faits (selon l'étude d'impact dans le PLFSS pour 2019) ne permettrait qu'à 200 000 personnes supplémentaires d'en bénéficier

Si ce dispositif de fusion CMUC/ACS serait une bonne idée, le dispositif tel qu'il est présenté est une bonne fausse mauvaise mise en œuvre.

En effet et de façon simple mais aussi concordante avec le discours du président de la république sur la volonté de lutter contre la pauvreté, deux mesures paraissent essentielles

- Porter le plafond de la CMUC de 734 euros à 1 015 euros (seuil de pauvreté à 60 %)
- De simplifier les démarches administratives, de promouvoir la CMUC non contributive et de lutter contre toutes les formes d'obstruction (refus de soins, délais d'attente excessifs et lutte contre la stigmatisation des CMUistes)

CGT : la **prévention de la désinsertion professionnelle** devrait être un axe majeur des orientations par un véritable accompagnement des travailleurs qui représente aujourd'hui 3 % des dépenses d'action sanitaire sociale avec un objectif de simplement doubler celles-ci en fin de COG alors que des objectifs beaucoup plus ambitieux devraient être déployés.

De plus sur cette prévention de la désinsertion professionnelle il est demandé de prendre en compte d'autres sources des pathologies de ces travailleurs malades dans le cadre du retour à l'emploi. En effet autant les retours à l'emploi de travailleurs suite à des accidents physiques ou des maladies chroniques commencent à être bien connues et repérées pour un accompagnement efficace. Les retours à l'emploi des travailleurs suite à des problèmes de santé mentale restent très méconnus alors que ces pathologies sont en fort développement. La PDP doit prendre en compte l'évolution des pathologies des travailleurs dans le retour à l'emploi.

CGT : sur **PRADO**, les seules données que nous avons sont d'ordre quantitatif et en terme d'économies de dépenses de santé.

Si nous pouvons prendre en compte les volontés exprimées des malades de séjourner le moins longtemps et si possible de rentrer au plus tôt chez eux (voire le soir même de l'intervention chirurgicale dans le cadre du virage ambulatoire), c'est aussi ignorer les risques qui peuvent peser sur ces personnes. En effet les actes de chirurgie et d'anesthésie ne sont pas des actes neutres.

Si effectivement dans le cadre de PRADO il est vérifié la disponibilité de professionnels de santé pour se rendre au domicile des patients, il n'y a pas d'enquêtes sociales sur les possibilités de retour. Nombre de cas de personnes isolées, âgées, dans des logements inadaptés, etc... n'ont pas été pris en compte et sont susceptibles de ré hospitalisations voire d'aggravations...

Nous demandons au-delà des études quantitatives et économiques de réelles études qualitatives et de suivi de ces personnes afin de mesurer les difficultés en aval et de prendre

des mesures d'accompagnement grâce à des moyens humains supplémentaires permettant un réel accompagnement non pas que médical mais aussi social.

CGT, avant de procéder au vote, voire de reporter celui-ci, nous demandons à ce que les conseils des CPAM soient consultés par un questionnaire mis en œuvre par la CORPASS (en effet les seules données que nous avons sont celles de de la CNAMTS et des remontées administratives des CPAM....) sur la politique d'action sanitaire et sociale telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui et telle qu'ils souhaiteraient la développer.

La CGT estime que trop d'incertitudes telles que le reste à charge à zéro et la fusion CMU/ACS avec les conséquences dont nous ne pouvons pas prendre en compte en l'absence de la pleine connaissance de ce's dispositifs et des effets positifs/négatifs qu'il pourrait s'en suivre pour prendre des orientations ce jour.

W Gardey rejette notre proposition de questionnaire CORPASS/Conseils des CPAM qui aurait permis de consulter réellement les organismes locaux

VOTE

Prise Acte CGT FO soit 6 voix

Pour toutes les autres orgas soit 29 voix