Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
HAUTE-SAVOIE

AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN

CPAM DE HAUTE-SAVOIE

RAPPORT DE CONCILIATION 2018

SOMMAIRE

01

P.3 EDITORIAL

P.4 LES FAITS MARQUANTS DE L'ANNÉE

02

P.5 BILAN DE LA CONCILIATION

- Bilan quantitatif
- Bilan qualitatif

03

P.17 CONCLUSION

04

P.18 ANNEXES

- Annexe 1 *« Illustrations et cas concrets »*
- Annexe 2 *« Les fondamentaux / Les documents de référence »*

SANDRINE CABOT

Directrice

La conciliation est une activité qui se caractérise par sa constance.

Constance dans les entrées tout d'abord : le conciliateur reste sollicité d'abord et avant tout par les assurés (99,7 % des requérants) sous la forme, encore majoritaire, de courriers (54,4 % des entrées).

Constance dans les résultats ensuite : en 2018, 89 % des saisines ont été résolues (versus 91 % en 2017) en 21 jours et moins pour 95 % d'entre-elles (contre 93,5 % en 2017).

En fait, l'évolution de l'activité tient surtout au volume (103 saisines de plus en 2018 par rapport à 2017). La part des saisines tenant à des difficultés d'affiliation tend à décroitre (- 4 % par rapport à 2017) tandis que la part des sujets relatifs aux frais de santé s'accroit elle de 5 points. Et l'évolution du volume, comme des motifs de saisines, tient principalement aux difficultés croissantes d'accès à un médecin traitant que rencontrent les assurés (224 saisines concernant ce problème en 2018 contre 164 en 2017).

Ce sujet de l'accès à un médecin traitant est une difficulté face à laquelle le conciliateur est assez démuni. Cependant, il est permis d'espérer que les négociations en cours sur les assistants médicaux permettent de solutionner, au moins partiellement, ce problème.

Retour sur

LES FAITS MARQUANTS DE L'ANNÉE

Élaboration et présentation du rapport d'activité 2017 au Conseil de la CPAM.

Réunions régionales des conciliateurs (à la CPAM du Rhône) :

- **26 mars**
- **11 septembre**
- **18 décembre**

Participations en tant que conciliateur régional aux réunions nationales (à la CNAM) :

- **31 janvier**
- **4 juillet**
- **10 octobre**

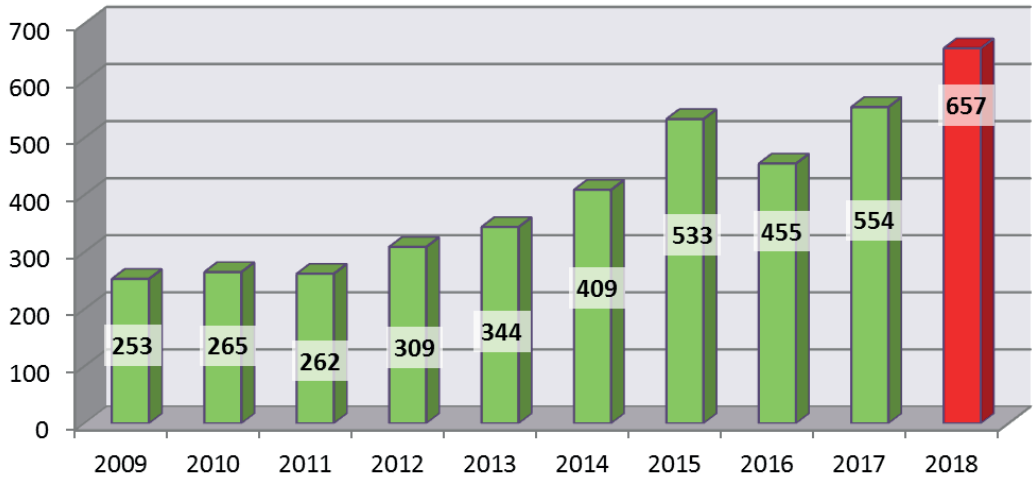
2

BILAN DE LA CONCILIATION

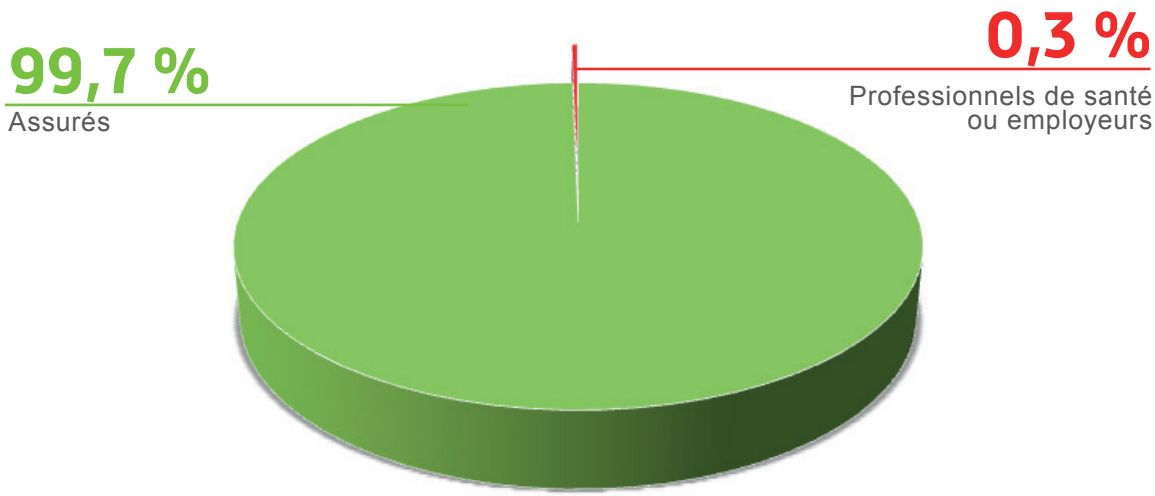
BILAN QUANTITATIF

EVOLUTION DU NOMBRE DE SAISINES

Le nombre de saisines a encore fortement augmenté en 2018. Cette hausse est essentiellement due aux saisines relatives à la difficulté de déclarer un médecin traitant.

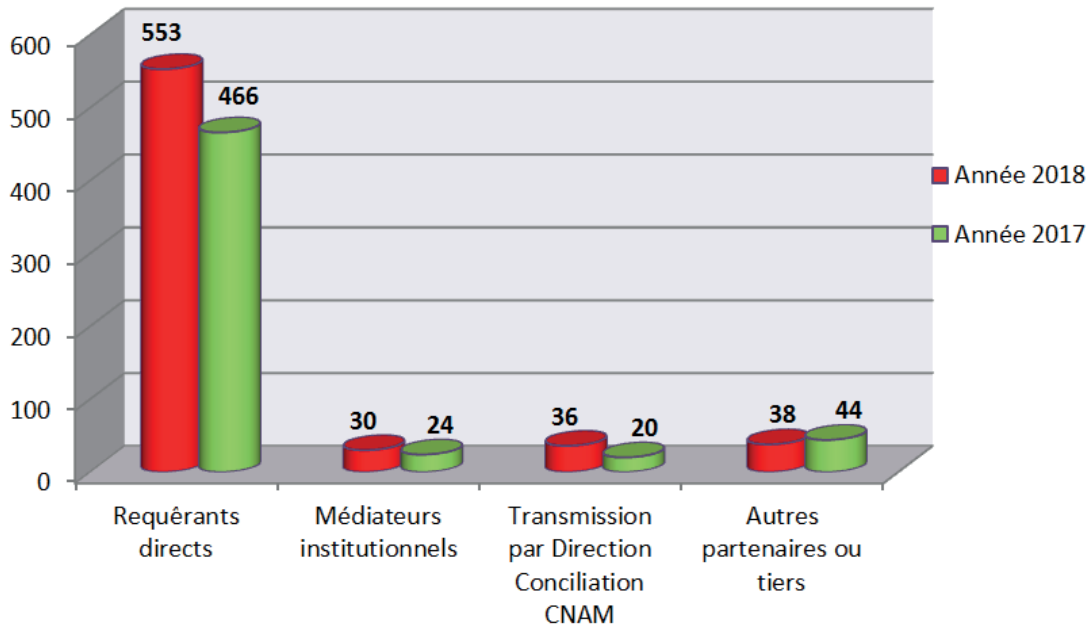


SAISINES TRAITÉES PAR PUBLIC



Comme les années précédentes, la quasi-totalité des 657 réclamations traitées en 2018 concerne les assurés sociaux.

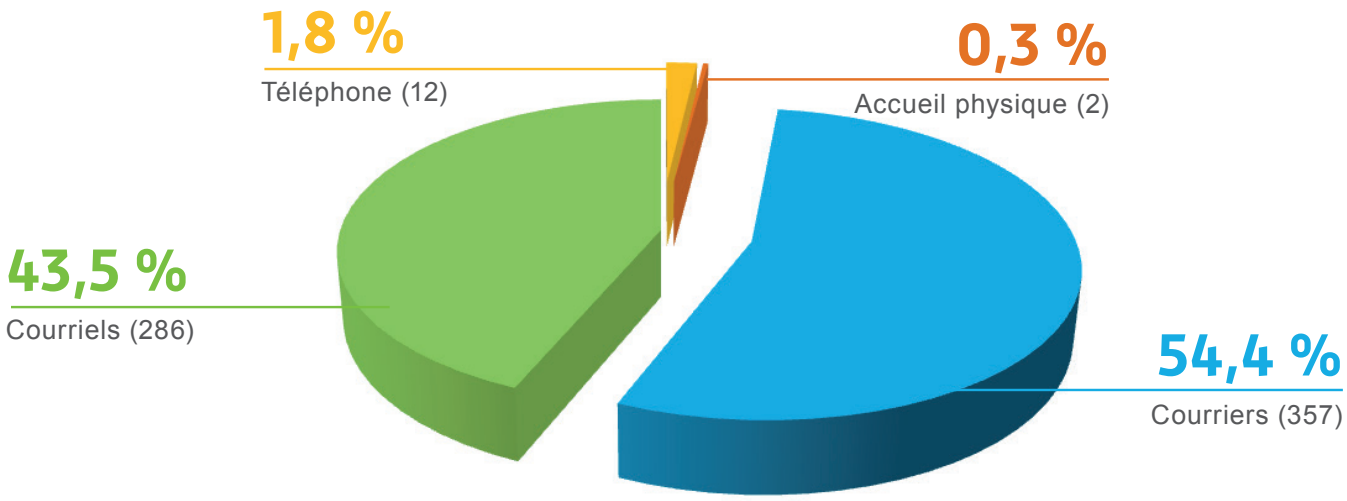
AUTEURS DES SAISINES



En 2018, comme les années antérieures, l'essentiel des saisines provient directement des requérants (84%) c'est-à-dire les assurés, les employeurs ou les professionnels de santé, les services administratifs de la CPAM, le service social ou le service médical. Viennent ensuite les saisines émanant d'autres partenaires (6%) notamment celles des élus, des assistantes sociales des hôpitaux, des mutuelles ou des associations.

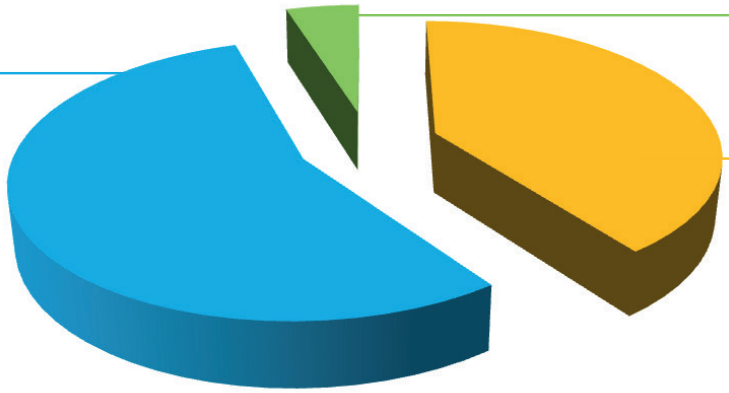
On constate que le nombre de saisines transmises par la Direction de la Conciliation de la CNAM est en hausse par rapport à 2017 ainsi que celui des saisines émanant des médiateurs institutionnels ou délégués du Défenseur des Droits.

CANAUX DE CONTACTS



Le conciliateur est essentiellement saisi par écrit que ce soit par courrier ou par Email.

RÉPARTITION DES SAISINES



55 %
Saisines de second niveau (363)

5 %
Saisines «autres» (32)

40 %
Saisines 1ère intention (262)

LES SAISINES DE 1ÈRE INTENTION

224 saisines conventionnelles
liées aux difficultés à trouver un médecin traitant ou d'accès aux soins.

5 saisines
portant sur une dispense de photo sur la carte Vitale.

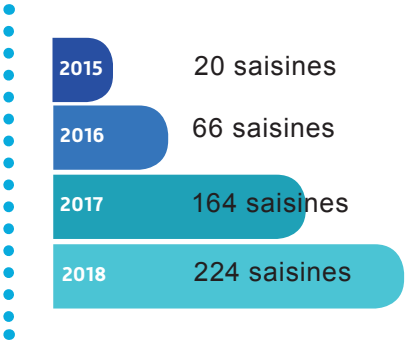
X 13 saisines
consécutives aux notifications de refus du CNSE (Centre National de remboursement de Soins à l'Etranger)

8 saisines
relatives « aux refus de soins » signalés par les bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS ou de l'AME

12 saisines
relatives à l'absence de versement de revenus de remplacement depuis plus de trois mois.

FOCUS

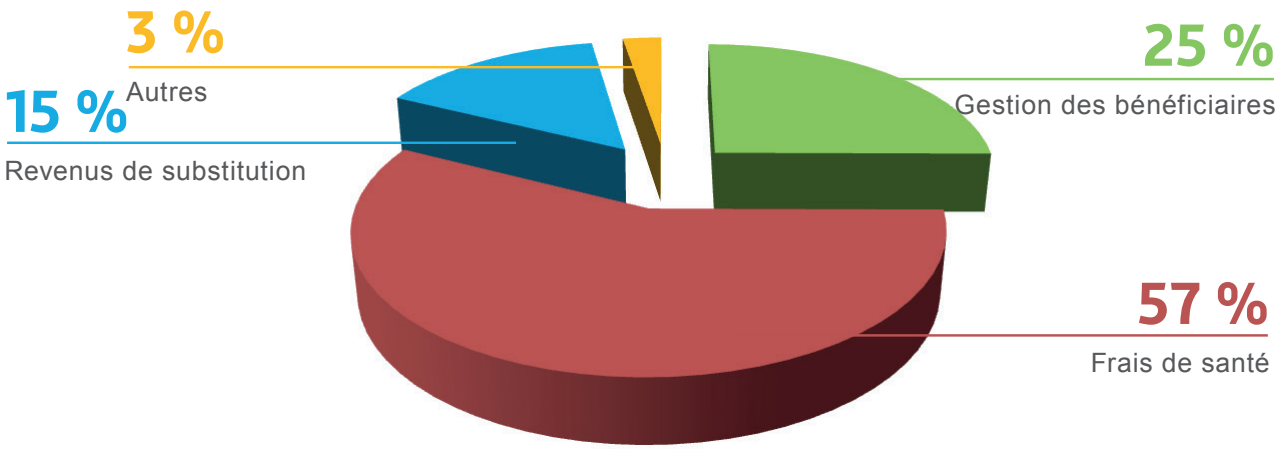
Les saisines de 1ère intention s'élèvent à 262 en 2018 et représentent 40 % des saisines. Le nombre de saisines relatives à la difficulté de trouver un médecin traitant continue sa forte augmentation :



LES SAISINES DE SECOND NIVEAU font suite à une réclamation restée sans réponse ou dont la réponse est estimée non satisfaisante par le requérant ou à des avis ou accompagnements demandés. Elles représentent 55% des saisines en 2018.

LES SAISINES « AUTRES » au nombre de 32 concernent les dossiers orientés vers le conciliateur sans qu'ils puissent être affectés aux rubriques précédentes. Elles peuvent concerner la qualité des soins, la qualité de service, etc..

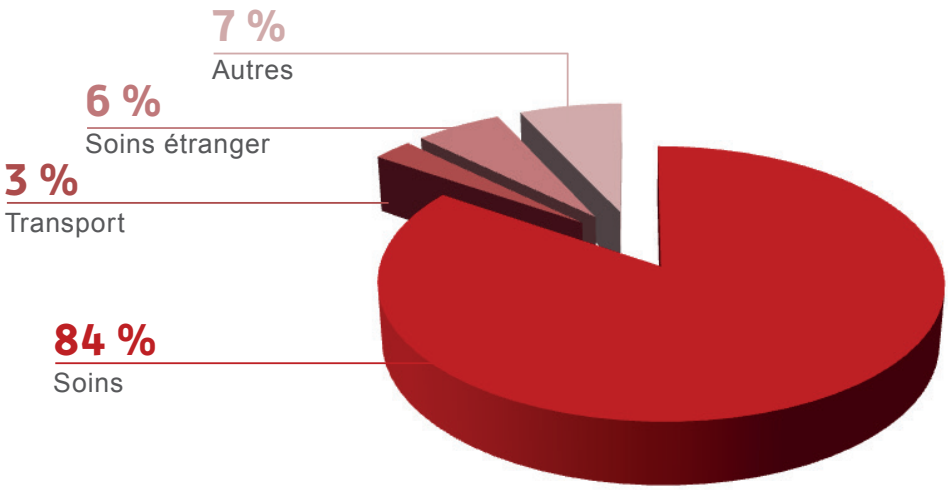
Réception par processus et sous-processus



Cette année, les réclamations relatives aux frais de santé continuent leur progression puisqu'elles représentent 57 % des saisines contre 52 % en 2017.
17 saisines ne peuvent être réparties dans les processus principaux et apparaissent donc en « autres ».

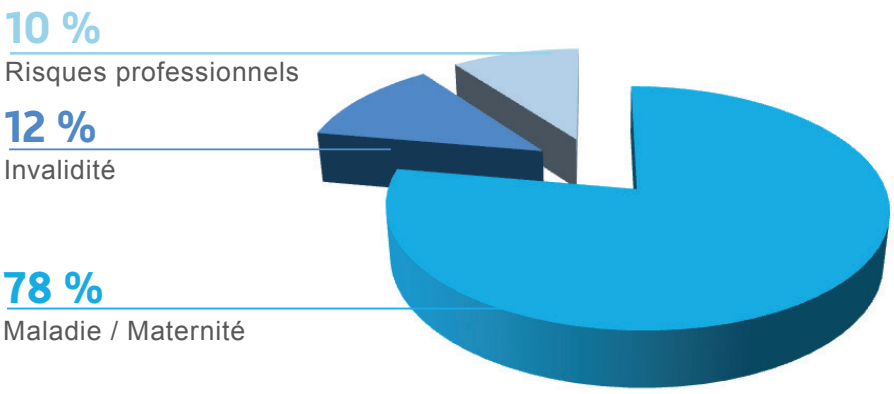
Les frais de santé

C'est sous le libellé « soins » représentant 84 % des saisines relatives aux frais de santé que l'on trouve notamment les saisines relatives au médecin traitant et au parcours de soins. Les réclamations relatives aux soins à l'étranger diminuent par rapport à l'année précédente et ne représentent que 6 % des frais de santé en 2018 contre 8 % en 2017. Le pourcentage de réclamations en lien avec des frais de transport diminue également de 5 % en 2017, il est passé à 3 % en 2018.



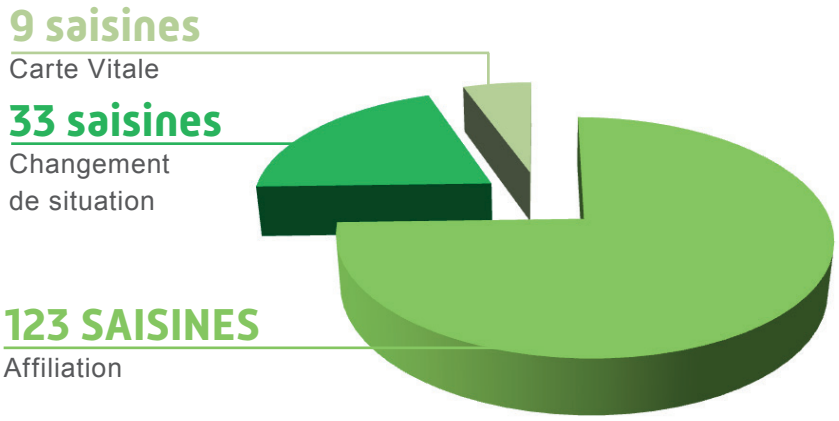
Les revenus de substitution

La majorité des saisines relatives aux revenus de remplacement concerne les indemnités journalières maladie ou maternité (77 dossiers). Viennent ensuite les réclamations portant sur le risque invalidité avec 12 dossiers. Les indemnités journalières du risque accident du travail ou les rentes concernent 10 dossiers.



La gestion des bénéficiaires

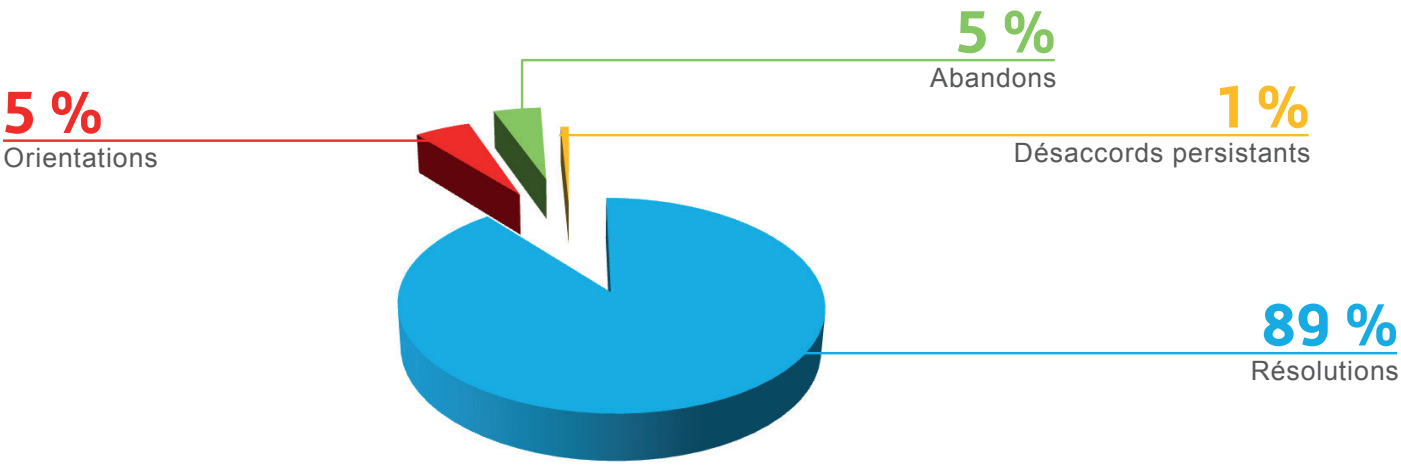
Les réclamations portant sur la gestion des bénéficiaires sont dues pour 75 % à un problème d'affiliation, pour 20 % à un changement dans la situation professionnelle ou personnelle du réclamant et pour 5 % à un problème lié à la carte Vitale. Sur les 123 saisines liées à un problème d'affiliation, 94 concernent les frontaliers.



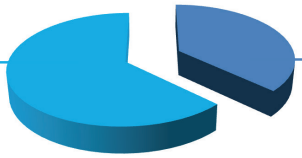
Autres

Ces saisines, au nombre de 17, portaient, soit sur la qualité des soins, la qualité de service, les relations avec un professionnel de santé, soit sur un sujet ne relevant pas de l'Assurance Maladie.

SUITES DONNÉES AUX SAISINES



Résolutions

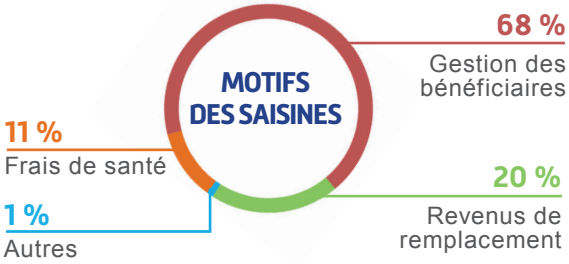


56 % (contre 48 % en 2017)

DÉCISIONS INITIALES RÉVISÉES OU SOLUTION TROUVÉE

Les solutions trouvées concernent les situations pour lesquelles le conciliateur a pu trouver une solution spécifique et adaptée.

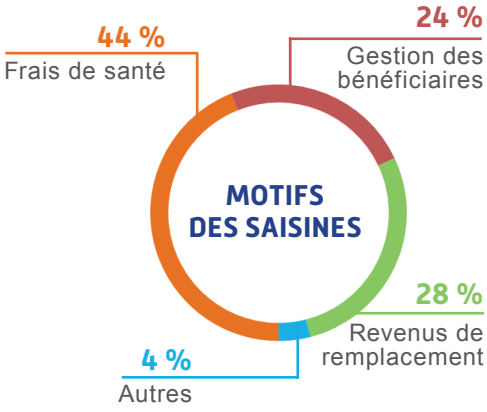
Les décisions initiales révisées concernent les dossiers pour lesquels les éléments recueillis par le conciliateur conduisent le service concerné à réviser sa position.



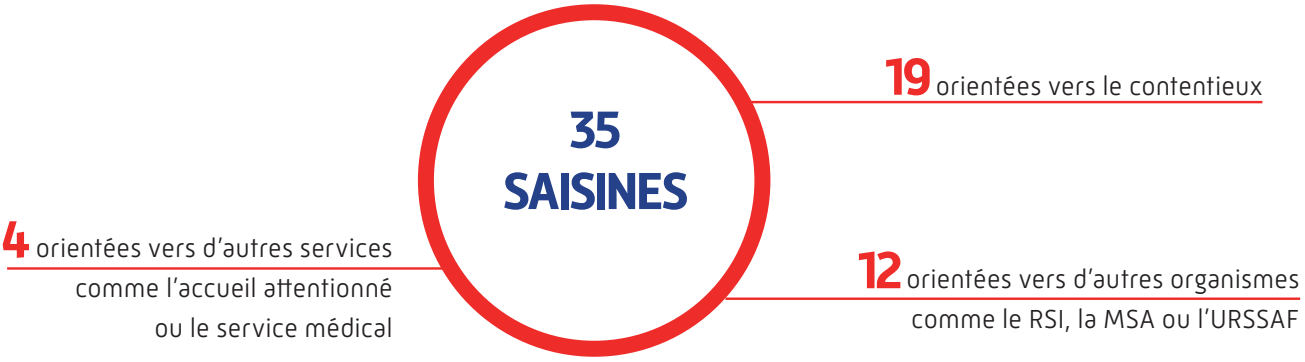
33 % (contre 43 % en 2017)

EXPLICATIONS DONNÉES

Les résolutions par explications données sont les cas pour lesquels la décision initiale de l'organisme, objet du litige, n'est pas remise en cause compte tenu des éléments recueillis par le conciliateur, mais pour lesquelles une explication détaillée et personnalisée a permis au réclamant d'en comprendre le bien fondé.



Orientations



Abandons

30 RÉCLAMATIONS ont donné lieu à un abandon ou à un classement sans suite (contre 16 en 2017) :

- soit les réclamants n'ont pas donné suite à des demandes complémentaires du conciliateur,
- soit le problème soulevé par le réclamant n'était plus d'actualité au moment du traitement de la saisine.

Désaccords persistants

Pour **5 DOSSIERS**, la décision a été maintenue après un réexamen du dossier et le réclamant manifeste son désaccord persistant.

LES DÉLAIS DE TRAITEMENT DES SAISINES

Délais	21 jours et moins	De 22 à 31 jours	Supérieur à 1 mois
2016	95,4 %	2,6 %	2,0 %
2017	93,5 %	3,6 %	2,9 %
2018	95 %	2 %	3 %

Le pourcentage de saisines solutionnées en 21 jours ou moins a légèrement augmenté en 2018.
Le délai moyen de traitement d'une saisine a baissé : de 7,21 jours en 2017, il est passé à **6,4 jours** en 2018.

BILAN QUALITATIF

L'étude de certains dossiers, en concertation avec le service réglementation de la CPAM, a permis de mettre en évidence, soit une application erronée de la réglementation en vigueur, soit une carence (directives absentes ou incomplètes) de l'information réglementaire à disposition des services prestations.
Le cas échéant, un rappel est alors fait au service concerné et la documentation interne mise à jour par le service réglementation.
Le conciliateur a ainsi participé à des réunions avec les services réglementation, indemnités journalières, relations internationales, contentieux afin de mettre à jour la note de service concernant les indemnités journalières des ex-frontaliers.

Le Comité Technique de Réglementation a changé de formule en 2018 et une réunion mensuelle a été instaurée durant laquelle les «Lettres Réseau» pouvant impacter plusieurs processus et/ou la conciliation sont abordées.

Lors des réunions régionales des conciliateurs tenues en 2018, les points suivants ont notamment été évoqués :

- la difficulté à trouver un médecin traitant,
- les refus de soins aux bénéficiaires de la CMUC, ACS ou AME,
- les frontaliers : affiliation et droit aux prestations en espèces à l'issue du salariat en Suisse.

Ces réunions sont toujours un moment d'échange de pratiques et de conseils sur des dossiers particuliers ayant causé des difficultés au conciliateur saisi. Par le biais du conciliateur régional, certaines situations peuvent faire l'objet d'un signalement à la CNAM afin de modifier certaines dispositions réglementaires.

3 CONCLUSION

En 2018, plus d'un tiers des saisines concernaient **la difficulté à trouver un médecin traitant** : de 66 en 2016, 164 en 2017, leur nombre a grimpé à **224** cette année. Les saisines concernant l'affiliation des frontaliers, même si elles restent nombreuses cette année encore, sont en diminution par rapport aux années antérieures.

4

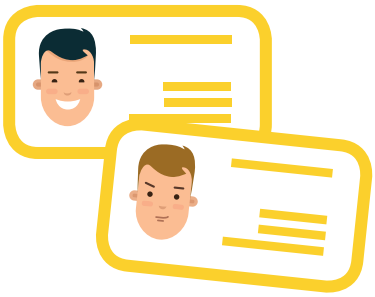
ANNEXES

ANNEXE 1

ILLUSTRATIONS ET CAS CONCRETS

Affiliation

... et dit être victime d'une usurpation d'identité



Il existe deux personnes différentes sur le territoire national sous la même identité et qui présentent des pièces d'identité délivrées par l'administration française semblant authentiques.

Cela a généré **un conflit d'affiliation** et le dossier CPAM actuel est géré par la CPAM de Paris au profit d'une autre personne. Monsieur D. est sans ressources depuis plus d'un an et il est hébergé depuis 2014 par un centre d'hébergement et d'insertion sociale.

Jusqu'à présent, il a bénéficié de soins grâce à la **P.A.S.S** (Permanence d'Accès aux Soins) mais le médecin ne veut plus le recevoir car Monsieur D. aurait besoin d'un suivi psychiatrique plus régulier avec notamment une injection tous les mois pour stabiliser son état émotionnel.

Tant que l'affaire d'usurpation d'identité n'est pas résolue, Monsieur D. n'a aucune protection sociale puisqu'il ne peut utiliser le NIR correspondant à son état civil. Pour pouvoir permettre à Monsieur D. de bénéficier d'une protection sociale en attendant que le problème de l'usurpation d'identité soit résolu et **sur demande du conciliateur**, il a été procédé à la création d'un NIR provisoire en local pour une affiliation sur critère de résidence sans cotisation et à l'attribution de la CMUC.

Indemnités journalières

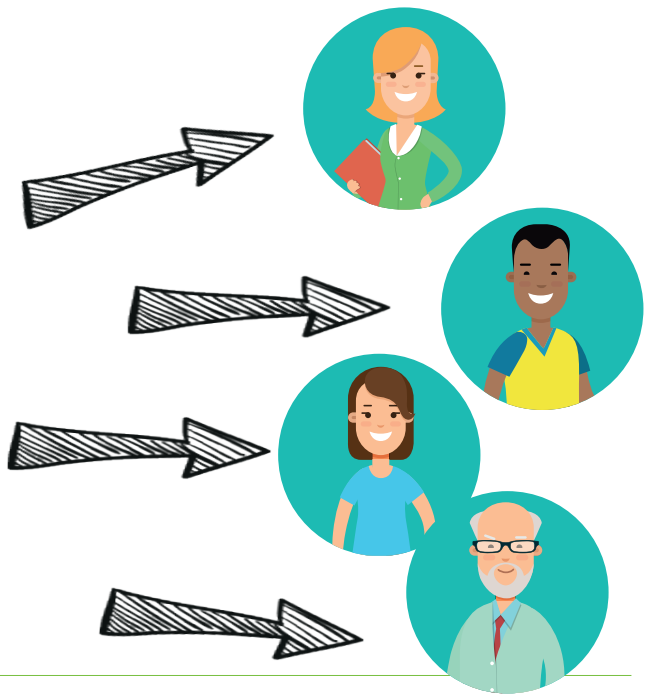
Monsieur B., en arrêt maladie depuis le 3 janvier 2018, perçoit une indemnité journalière dont le montant s'élève à **31,34 €.**

Le 5 septembre 2018, les services de la CPAM procèdent à un nouvel examen de son dossier : il en résulte un nouveau montant de son indemnité journalière (11,95 €) et **un indu de plus de 5 000 € notifié à l'assuré.**

Monsieur B., ne pouvant vivre avec une indemnité journalière si faible et ne pouvant régler cet indu, **sollicite l'aide du conciliateur.**

Après avoir consulté la documentation relative au calcul des indemnités journalières présente dans Ameli Reseau, le conciliateur pense qu'effectivement l'indu n'est pas justifié et que le nouveau montant de l'indemnité journalière est erroné.
Il questionne le service réglementation de la CPAM : ce dernier confirme que l'indu n'est pas justifié et précise que le montant de l'indemnité journalière doit s'élever à 44,34 €.

Le dossier a été régularisé et le calcul des indemnités journalières pour les assurés dans la même situation que Monsieur B. a été évoqué lors d'une réunion entre le service réglementation et le service indemnités journalières.



ANNEXE 2

LES FONDAMENTAUX / LES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Cette partie décrit le contexte juridique régissant la mission de conciliation de l'Assurance Maladie ainsi que le champ d'intervention du conciliateur de la CPAM.

Le contexte juridique

LA LOI DU 13 AOÛT 2004 :
La mise en place de la fonction conciliation dans les Caisses primaires s'appuie sur l'article 58 de la loi de réforme de la Sécurité Sociale du 13 août 2004, qui impose sa création dans chaque organisme.

ARTICLE L 162-15-4 DU CODE SS :
« Les réclamations concernant les relations d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers sont reçues par une personne désignée par le directeur après avis du conseil au sein de cet organisme afin d'exercer la fonction de conciliateur pour le compte de celui-ci. Son intervention ne peut être demandée si une procédure a été engagée devant une juridiction compétente par l'usager la sollicitant. L'engagement d'une telle procédure met fin à la conciliation. »

LA CONVENTION MÉDICALE DU 26 JUILLET 2011
La convention médicale du 26 juillet 2011 (Arrêté du 22/09/2011 – JO du 25/09/2011) donne la possibilité de saisir le conciliateur à l'assuré qui rencontre des difficultés pour accéder aux soins.

TITRE 1ER – CONFORTER L'ACCÈS AUX SOINS
Sous titre 5 : Éviter les refus de soins
« Tout assuré rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins a la possibilité de saisir un conciliateur chargé d'examiner sa demande conformément à l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale. Ce conciliateur peut être amené à intervenir notamment quand le patient est confronté à l'impossibilité de choisir un médecin traitant ou encore se voit imposer un délai important d'obtention de rendez-vous d'un médecin correspondant. Il a également un rôle majeur pour examiner les refus de soins dont peuvent être victimes certains patients.

A ce titre, la Haute Autorité de lutte contre les discriminations a rappelé que les refus de soins tant pour les bénéficiaires de la CMUC que pour ceux de l'Aide Médicale d'État (AME) constituent une discrimination au sens de la loi ainsi qu'une violation des principes déontologiques.
Depuis 2008, de nouvelles procédures ont été mises en place par l'assurance maladie afin de mieux prendre en charge les plaintes formulées par les assurés sociaux s'estimant victimes de refus de soins. Ces plaintes sont traitées par les conciliateurs intervenant dans chaque caisse. »

Les circulaires et Lettres Réseau de la CNAM

LETTRE RÉSEAU DDO 48/2008 DU 14 MARS 2008 COMPLÉTÉE PAR LA LETTRE RÉSEAU DDO 67/2009 DU 12 MAI 2009 ET PAR LA LETTRE RÉSEAU LR-DDO-164/2017 DU 16/10/2017:
Le conciliateur est saisi des demandes de dispense exceptionnelle de photo pour la carte Vitale 2.

CIRCULAIRE DDGOS 33/2008 DU 30 JUIN 2008 :
Cette circulaire a instauré une procédure de traitement spécifique des plaintes et signalements de refus de soins formulés par les bénéficiaires de la CMU Complémentaire et par les professionnels de santé accueillant ce public. Ces litiges sont examinés en première intention par le conciliateur.

LETTRE RÉSEAU DDO 11/2010 DU 26 JANVIER 2010 :
Les demandes de dispense de photographie pour la carte AME sont confiées au conciliateur qui les traite selon les mêmes procédures que celles prévues pour les cartes Vitales.

LETTRE RÉSEAU DDO 61/2010 DU 29 MARS 2010 :
Cette lettre réseau actualise les orientations sur la fonction de conciliation : elle précise en particulier le rôle et la mission des conciliateurs et traite de l'exercice de la conciliation au quotidien.

LETTRE RÉSEAU DDO 61/2011 DU 31 MARS 2011 :
Elle présente les évolutions relatives à la procédure de gestion des réclamations et rappelle que la 3ème demande d'un client (après des réclamations réitérées 2 fois) relève du conciliateur.

LETTRE RÉSEAU LR-DDGOS 99/2011 DU 7 DÉCEMBRE 2011 :
Cette lettre définit le périmètre du CNSE (Comité National des Soins à l'Etranger). En cas de refus de prise en charge de soins dispensés hors UE, les notifications établies par le CNSE mentionnent la possibilité pour les assurés concernés de contacter le conciliateur de leur caisse d'affiliation s'ils souhaitent avoir des explications sur ces décisions.

LETTRE RÉSEAU DDO 41/2012 DU 14 MARS 2012 :
Elle porte sur la création du Centre National de l'AJAP, elle définit le conciliateur compétent pour le traitement des saisines portant sur l'AJAP (Allocation Journalière d'Accompagnement d'une Personne en fin de vie).

LETTRE RÉSEAU LR-DC 1/2013 DU 17 JANVIER 2013 :
Elle présente les orientations définies à l'issue de la mission déléguée du CNG sur la conciliation.

LETTRE RÉSEAU DDO 129/2013 DU 24 JUILLET 2013 :
Portant sur la mise en œuvre du contrôle des dossiers signalés par l'échange de données sur les non résidents fiscaux, elle définit les situations qui doivent amener à la saisine du conciliateur local.

LETTRE RÉSEAU DDO 102/2013 DU 20 JUIN 2013 COMPLÉTÉE PAR LA LR-DDO-118/2013 :
Elles fournissent l'ensemble des éléments d'information nécessaires à l'utilisation optimale de MEDIALOG pour la conciliation.

LETTRE RÉSEAU DDO 228/2013 DU 26 DÉCEMBRE 2013 :
Elle présente le CNAREFE (Centre National des Retraités Français à l'Etranger) en précisant qu'il gère également la conciliation.

LETTRE RÉSEAU LR-DC 3/2014 DU 24/07/2014 :
Elle présente la démarche méthodologique et les outils permettant aux conciliateurs des CPAM et CCSS de tracer leur activité et de rendre compte du travail réalisé de façon harmonisée.

LETTRE RÉSEAU LR-DC 5/2014 DU 14/11/2014 :
Elle diffuse la Charte Interne de la Conciliation de l'Assurance Maladie.

LETTRE RÉSEAU LR-DC 3/2015 DU 10/12/2015 :
Rationalisation du rôle du conciliateur. Articulation avec le dispositif de gestion des réclamations.

LETTRE RÉSEAU LR-DC 4/2015 DU 23/12/2015 :
Elle diffuse la Charte Publique de la Conciliation de l'Assurance Maladie.

LETTRE RÉSEAU LR-DC 1/2017 DU 27/02/2017 :
Suite à une enquête réalisée pour mieux connaître et évaluer les démarches et pratiques mises en œuvre par les CPAM pour améliorer l'accès à un médecin traitant, elle présente des instructions visant d'une part à uniformiser les actions d'information et de prévention de ces organismes afin de permettre de mieux répondre aux objectifs du parcours de soins coordonnés et d'autre part à définir le dispositif de gestion des situations individuelles par les conciliateurs.

Autres

Protocole local de conciliation entre la CPAM de Haute-Savoie et le service médical

1 - Le présent protocole a pour objet de définir les relations nécessaires entre la CPAM et l'ELSM pour régler rapidement et efficacement les réclamations et différends soumis au conciliateur qui impliquent l'intervention du service médical.

2 - A cet effet, il est institué un correspondant du conciliateur versant médical auprès de l'ELSM.

3 - Le conciliateur prend l'attache du correspondant versant médical pour obtenir les informations nécessaires au règlement des différends, dans le respect du code de déontologie et notamment des règles relatives au secret médical.

4 - Les conditions d'intervention du conciliateur nécessitent un traitement rapide des affaires. Aussi il est convenu que le correspondant médical et le conciliateur entrent en contact sans formalités aussi souvent que l'exige le règlement des dossiers.

5 - Le correspondant versant médical est consulté sur le contenu du rapport annuel d'activité du conciliateur. Il est invité à faire parvenir ses observations avant l'édition finale.

6 - Le conciliateur et le correspondant du service médical peuvent formuler auprès de leurs directions respectives toute remarque ou suggestion ayant pour objet l'amélioration des relations entres les services, les circuits de travail, l'accueil des usagers et le traitement des dossiers.

7 - Chaque année il sera procédé à un bilan du fonctionnement de l'instance de conciliation en présence du directeur de la CPAM et du médecin conseil chef de service de l'ELSM.

Fait à Annecy, le 25-10-2005

Le Directeur de la CPAM

Jacques LEVANDO

Le Médecin Chef de l'ELSM

Bernard VERMOREL

Sécurité sociale
La Vie en Plus

Rapport d'activité de conciliation 2018
rédigé, mis en page et imprimé
par l'Assurance Maladie de Haute-Savoie
2 rue Robert Schuman 74984 Annecy cedex 9
Photos et illustrations : © Fotolia.com
MAJ : 04/04/2019 - VERSION 2

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
HAUTE-SAVOIE