

REGARDS CROISÉS

SUR LA PROTECTION SOCIALE



N° 63 - 20 mars 2016

LA DIRECTIVE EUROPÉENNE SUR LE DÉTACHEMENT DES TRAVAILLEURS

La Commission européenne a présenté le 8 mars 2016 une proposition de réforme de la directive sur le détachement des travailleurs. On peut se féliciter que les critiques légitimes sur le dumping social soit enfin entendues, tant il est vrai que le détachement est devenu trop souvent le moyen de contourner les normes sociales du pays d'accueil.

Cependant, si les propositions de réforme de la Commission Européenne mettent l'accent sur l'aspect rémunération (« à travail égal, salaire égal ») et sur la durée du détachement, il n'est pas prévu de revoir les règles concernant le régime de protection sociale applicable aux travailleurs détachés, qui demeurent celles du pays d'origine.

Il résulte de ces règles, a minima, un différentiel dans le montant des cotisations sociales, générateur de concurrence déloyale.

Mais la situation est souvent aggravée par une qualification abusive de détachement. C'est le cas lorsqu'il n'existe pas de lien réel entre le travailleur détaché et son « pays d'origine » ou que l'entreprise prestataire est une coquille vide, sans activité réelle dans le pays d'origine, créée uniquement pour bénéficier de la législation sur le détachement.

A cela s'ajoute la difficulté de contrôler le paiement effectif de cotisations dans le pays d'origine. Dans bien des cas, il ne s'agit même plus de payer des cotisations sociales inférieures à celles du pays de destination, mais de ne pas payer de cotisations sociales du tout !

Si l'on souhaite sauvegarder le niveau de protection sociale des législations nationales et restaurer la confiance en l'Europe, il faut réformer la directive détachement bien plus que ce que propose la Commission.

Les règles de droit au niveau européen doivent être adaptées afin d'éviter la constitution d'entités, tant dans le pays d'origine que dans le pays d'accueil, ayant pour seul but l'exercice d'activités économiques s'exonérant des règles de la protection sociale du pays d'exercice de cette activité.

Mais ce changement de règles ne sera efficace que si est mise en place une véritable structure d'échange et de coopération entre organismes chargés du recouvrement social en Europe, à l'instar de ce qui a été réalisé entre administrations fiscales.

Il est trop aisé aujourd'hui pour la fraude de mettre à profit les frontières administratives qui demeurent entre organismes publics, alors qu'elles ont été abolies pour la circulation des personnes et des biens.

SERGE LAVAGNA

CONTACTS :

Serge Lavagna
Secrétaire national
de la CFE-CGC
Protection sociale

Mireille Dispot
Expert protection sociale
mireille.dispot@cfecgc.fr
01 55 30 12 06

MAISON DE LA CFE-CGC

59 rue du Rocher 75008 Paris

+33 (0)1 55 30 12 12

+33 (0)1 55 30 13 13

www.cfecgc.org



DANS LA BRANCHE FAMILLE UN SACRÉ MARCHÉ DE DUPES !

Lors de l'audit conduit conjointement en juillet 2015 par l'IGAS et l'IGF sur l'évolution des charges de travail dans la Branche Famille, la CFE-CGC avait alerté sur la situation critique qui attendait les CAF début 2016 si l'on ne tenait pas compte d'une projection réaliste des besoins au regard des dernières réformes, notamment, la montée en charge de la Prime d'Activité.

Cette approche responsable a permis à la Branche d'obtenir des moyens supplémentaires ainsi que le report de la trajectoire de réduction des effectifs initialement prévue dans la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG). Les communications institutionnelles sur le résultat des premiers mois de campagne de la Prime d'Activité ne font que confirmer nos craintes.

Depuis le 5 février, les CAF ont procédé au 1^{er} versement de la Prime d'activité à près de 1,5 million d'allocataires ce qui correspond à 63 % des effectifs cumulés de bénéficiaires prévus sur l'année.

La montée en charge de cette prestation a donné lieu par ailleurs à :

- Plus de 9,5 millions de simulations informatiques
- 681 182 pré-inscriptions
- Plus de 708 000 télé-services

Pour faire face à cette réalité les CAF ont mobilisé des forces importantes en lien avec leurs partenaires et, ce, dans le contexte tout

aussi prégnant de la campagne de renouvellement des droits programmée chaque année pour les autres prestations.

Ces phénomènes conjugués ont entraîné une dégradation significative et préoccupante du service public (retard de liquidation passé de 4.6 à 6.6 jours).

Or, contre toute attente, les CAF se voient notifier par la CNAF un budget de Gestion Administrative qui pour l'année 2016 accuse une diminution de 3 à 5 % de leur budget de l'année N-1.

Globalement, cela représente une moins-value de 1,4 % soit 60 millions d'euros depuis le début de la COG, somme à laquelle s'ajoutent les restrictions de crédits dues aux réductions d'effectifs.

Sur demande des Administrateurs chefs de file de la CNAF parmi lesquels, Jean Yves DELANNOY, représentant la CFE-CGC, un courrier a été adressé le 16 février 2016 à Marisol TOURAINE pour l'interpeller sur cette situation totalement incohérente et lui enjoindre notamment et à tout le moins de :

- Suspendre le gel des crédits non consommés 2015
- Reporter, à titre exceptionnel, le dispositif d'actualisation de la masse salariale au-delà de l'année 2016.

TIERS PAYANT : LE CASSE-TÊTE

Des solutions proposées dans un rapport commun cnam / mutuelles/ institutions de prévoyance/sociétés d'assurance

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'Association des complémentaires santé (réunissant les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances) ont travaillé conjointement à l'élaboration de solutions techniques présentées dans un rapport sur le tiers payant remis fin février à Marisol TOURAINE.

Ce rapport présente les modalités techniques susceptibles de permettre la mise en place du tiers payant pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie, à la fois sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.

Plusieurs ateliers de travail ont été organisés au cours des sept derniers mois afin de définir et d'évaluer les différentes solutions organisationnelles et techniques.

Un socle de services a été élaboré afin d'apporter des réponses concrètes aux attentes des professionnels de santé en termes de simplicité, de garantie et de délais de paiement.

1. Mise en place d'une garantie de paiement pour protéger le professionnel de santé de tous les risques liés aux évolutions de parcours et de changement de droits des assurés.

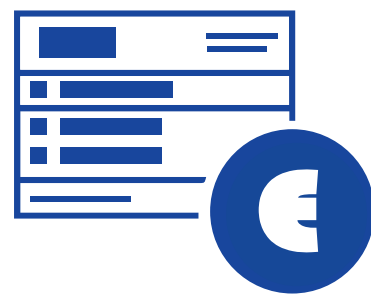
- L'assurance maladie garantira les paiements sur la base des droits figurant dans la carte Vitale. Cela suppose, dès 2016, de revoir les règles de traitement afin de supprimer tout rejet lié aux droits non à jour dans la carte Vitale ou au non-respect du parcours de soins.
- La garantie de paiement de la part complémentaire s'appuiera sur la présentation d'une attestation de la complémentaire permettant de vérifier les droits du patient.

2. Des engagements en termes de délais de paiement par les organismes d'assurance maladie,

assortis de pénalités versées au professionnel de santé en cas de non-respect.

3. La simplicité du suivi et la liberté d'organisation des professionnels de santé

assurés par le développement de nouveaux services intégrés au logiciel et compatibles avec différents modes d'organisation (en autonomie ou avec recours à une structure intermédiaire tiers).



4. Un accompagnement renforcé par les conseillers informatiques services et un service d'assistance dédié

seront proposés à partir du 1er juillet 2016 par les organismes d'assurance maladie. (L'opportunité d'un service de support commun AMO AMC fera l'objet d'une évaluation pour une mise en œuvre éventuelle à partir de 2017).

5. Le respect du libre choix des professionnels de santé.

Le professionnel de santé aura le choix entre différentes options sur les modalités de mise en œuvre, selon qu'il préfère gérer lui-même la facturation et les paiements de façon complètement intégrée sur son poste de travail ou qu'il préfère déléguer une partie de cette gestion.

Possibilité de s'appuyer sur une des structures intermédiaires déjà en place pour les professionnels de santé qui préfèrent déléguer une partie des tâches de gestion et de suivi et l'ensemble des échanges d'information avec les AMO et les AMC.

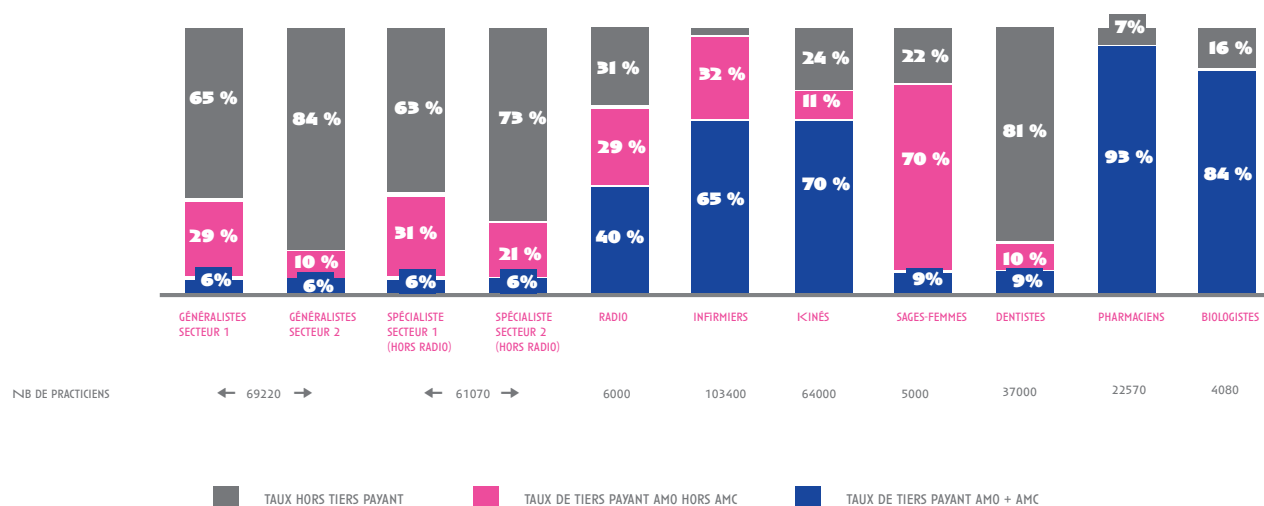
Ces structures de gestion intermédiaire pourront, sans se substituer aux autres services proposés, réaliser un « virement unique » qui viendrait compléter le socle de services



CINQ ÉVOLUTIONS MAJEURES

- Des modules de vérification des droits en ligne, développés par les organismes d'assurance maladie obligatoire (ADR) et les organismes complémentaires (IDB) seront intégrés dans le logiciel métier des professionnels de santé. L'utilisation de ces services en ligne pourra se faire de manière automatique sans perte de temps ni saisie particulière.
- L'utilisation systématique d'une même norme par les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, simplifiera l'information des professionnels de santé sur le traitement et le paiement des factures. Cette évolution permettra d'améliorer les outils de réconciliation des flux de facturation et de paiements existants.
- Les libellés de rejets ou d'erreurs retournés aux professionnels de santé seront réduits et simplifiés afin d'en faciliter la compréhension et la gestion au quotidien.
- Les libellés de références de virement des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire seront harmonisés. Cela permettra la généralisation des modules de rapprochement simplifiés et automatiques des facturations et des virements bancaires.
- La possibilité pour les médecins de signer un contrat-type de tiers payant commun à tous les AMC, à partir d'un portail internet commun. Grâce à ces évolutions, un tableau de bord de suivi des factures, alimenté automatiquement dans le logiciel du professionnel de santé lui permettra de suivre facilement sa facturation, ses paiements et, s'il le souhaite, de faire le rapprochement simplement avec les règlements reçus sur son compte bancaire.

TAUX D'ACTES RÉALISÉS EN TIERS-PAYANT PAR CATÉGORIE DE PS



Source : Rapport CNAMTS/association complémentaire santé

ACCORD SUR LES RETRAITES COMPLÉMENTAIRES PRÉCISIONS IMPORTANTES

L'accord sur les retraites complémentaires du 30 octobre 2015 prévoit l'instauration de coefficients de solidarité et de coefficient majorants applicables aux pensions dont la liquidation prend effet à compter du 1er janvier 2019 et pour les générations nées à partir de 1957.

Une application stricte de ces dispositions conduirait à appliquer les coefficients de solidarité aux personnes nées à partir de la génération 1957 pouvant partir à la retraite à taux plein avant le 1er janvier 2019 (carrières longues), mais qui diffèreraient leur départ après cette date.

La réunion commune des Commissions Paritaires de l'AGIRC et de l'ARRCO du 15 mars 2016 a donc pris les décisions suivantes :

- Les personnes nées à partir de la génération 1957, remplissant les conditions du taux plein avant 2019 et liquidant leur pension de retraite de base et complémentaire après le 1er janvier 2019 ne se verront pas appliquer les coefficients de solidarité.
- Ces mêmes personnes ne sont pas, en revanche, exclues de l'application des coefficients majorants.





Coefficients temporaires

Rappel des principes généraux

Pas de recul de l'âge de départ à la retraite : instauration de coefficients qui minorent ou majorent la pension de manière temporaire (maximum : 3ans).

Ces coefficients s'appliquent, en fonction de la date* d'acquisition du taux plein dans le régime général, à compter du 1er janvier 2019 et pour les générations nées à partir de 1957.

Les coefficients minorants ne s'appliquent pas aux :

- Salariés qui liquident leur retraite complémentaire 4 trimestres au-delà de la date à laquelle ils obtiennent le taux plein dans le régime de base
- Retraités atteignant l'âge de 67 ans
- Retraités exonérés de CSG, Assurés handicapés...

*Cette date correspond au moment où le salarié atteint l'âge requis et la durée de cotisations nécessaires pour liquider à taux plein sa retraite au régime général.

ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 30 10 15 relatif aux retraites complémentaires agirc-arrco

Rappel du cadrage général

- Mesures applicables dès 2016

Sous-indexation des pensions :

Entre 2016 et 2018 les pensions complémentaires seront revalorisées chaque année selon l'indice des prix à la consommation moins un point avec une clause plancher pour éviter que l'évolution ne soit négative en cas d'inflation inférieure à 1% .

Décalage de la date de revalorisation des pensions :

A partir de 2016, la revalorisation des pensions s'effectuera le 1er novembre (contre le 1er avril actuellement)

Augmentation du coût d'achat du point de retraite :

Pendant 3 ans, le point de retraite coûtera plus cher afin d'abaisser son rendement brut.

Cotisation AGFF sur la tranche C du salaire :

La cotisation sur la tranche B du salaire affectée au financement de l'AGFF est étendue à la tranche C

(Partie du salaire > à 4 fois le plafond de la Sécurité Sociale).

Ouverture d'une négociation sur le statut de l'encadrement :

L'accord est assorti de l'engagement qu'en cas de non aboutissement de cette négociation, les dispositions de la convention AGIRC concernant la définition de l'encadrement et leur dispositif spécifique de prévoyance seront pérennisés.

- Mesures qui entreront en vigueur à partir du 1er janvier 2019

Instauration de coefficients temporaires :

Coefficients de solidarité et Coefficients majorants (voir encadré ci- contre)

Augmentation des cotisations :

- Le taux d'appel de cotisation sur la tranche A, B et C sera porté de 125 à 127%
- Répartition 40/60 entre salariés et employeurs sur la tranche B

Création d'un régime unifié de retraite complémentaire

Il reprendra l'ensemble des droits et obligations de l'AGIRC et de l'ARRCO à compter du 1er janvier 2019.

LES AGENTS DE DIRECTION DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE NE SONT PAS NOMMÉS POUR UNE DURÉE LIMITÉE DANS LE TEMPS !

Dans une lettre collective du 13 12 2013, le directeur de l'ACOSS décidait unilatéralement «qu'afin de favoriser les mobilités professionnelles et dans une perspective de gestion de carrière, les postes de directeur et d'agent comptable » étaient « pourvus, depuis le 1er novembre 2013, pour une durée de 4 ans renouvelable une fois, après bilan».

NON ont tranché les magistrats du Conseil d'Etat dans un arrêt rendu le 24 février 2016.

Ni le code de la sécurité sociale, ni la convention collective nationale des agents de direction et des agents comptables des organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales ne prévoient de limitation dans le temps de l'emploi de directeur ou d'agent comptable d'un organisme de recouvrement ».

Le directeur de l'ACOSS n'a pas de compétence pour fixer une règle, de portée générale, limitant dans le temps l'exercice des fonctions de directeur et d'agent comptable, pas plus qu'il n'a le pouvoir de modifier leur contrat de travail.

Le SNPDOSS CFE CGC se félicite de cette décision explicite, qui met fin à 2 ans de procédure

CALENDRIER DES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

24/02

début des négociations conventionnelles de la médecine libérale entre Assurance Maladie et syndicats.

CALENDRIER FIXÉ PAR L'UNCAM

16/03

Bilan de la précédente convention

Structuration de l'offre de soins au plan démographique
Conditions d'exercice et valorisation de la pratique du médecin traitant

31/03

Point sur les spécialités techniques
Protection sociale des médecins

13/04

-Accessibilité financière pour les patients : baisse des dépassements d'honoraires et tarifs opposables
-Relations conventionnelle entre médecins et assurance maladie.

23/03

Place des spécialités cliniques dans le parcours de soins et la qualité des pratiques

6^e et 7/04

ROSP : bilan et pistes d'évolution
Prévention, dépistage et sensibilisation des patients à la gestion de leur santé

MAI JUIN

Négociation d'une nouvelle convention

La CFE-CGC prendra toute sa part dans ces négociations par l'intermédiaire de ses représentants dont le chef de file : Jean Claude Fichet (CNAM et UNCAM).