



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2010

SOMMAIRE

2 ■ MOT DU DIRECTEUR

3 ■ PRÉSENTATION

4 ■ MIEUX SERVIR

- 4 > L'accueil téléphonique
- 5 > L'accueil physique et la gestion des contacts dématérialisés
- 6 > Le traitement des dossiers des bénéficiaires
- 7 > La liquidation des prestations
- 8 > La gestion des réclamations
- 8 > Les voies de recours

9 ■ MIEUX INFORMER

- 9 > Une communication ciblée par public
- 10 > La représentation de la Caisse au niveau local
- 10 > La promotion de la santé

11 ■ MIEUX ORGANISER

- 11 > Les ressources humaines
- 12 > Les moyens

13 ■ MIEUX CONTRÔLER

- 13 > Le Contrôle interne
- 13 > L'Agence Comptable

14 ■ ANNEXES

- 14 > Données démographiques
- 15 > Données financières
- 16 > Panorama 2010
- 16 > Glossaire

MOT DU DIRECTEUR

▣ LA CAMIEG EST CONSTRuite

Grace aux efforts de chacun, et en particulier de son personnel, la Camieg est aujourd'hui construite et le service aux assurés est devenu satisfaisant. Ce service, que nous cherchons toujours à améliorer, est la raison d'être de la caisse. 2011 sera donc pour les équipes de la Camieg une année de consolidation de ces acquis.

Un service de proximité en place

Les 16 antennes de province et celle d'Ile-de-France sont maintenant toutes ouvertes. L'essentiel des équipes est en place. Les points de vacations peuvent donc continuer à se développer pour un service au plus près de nos assurés (près de 150 à ce jour). Le plan de gestion du risque adopté, les chargés de projets prévention des antennes peuvent continuer de développer leurs actions locales, avec l'appui des services du siège.

Des services performants

Les téléconseillers des centres d'accueil à distance, depuis l'été 2010, répondent à un taux supérieur à 80 % si ce n'est 90 %. Les stocks de dossiers à traiter, que ce soit par les techniciens de Nanterre ou ceux de Montreuil, sont limités. Tout courrier est traité sous 15 jours au maximum. Le service réclamations, après l'opération « réclamations anciennes » menée à bien l'été dernier, est lui aussi à jour. Les courriels sont maintenant traités dans les délais attendus, c'est-à-dire dans les trois jours.

Des réclamations inévitables

La Camieg a traité en 2010 260 000 courriers se rapportant aux droits des assurés et avec son partenaire de la CPAM des Hauts-de-Seine 16 millions de demandes de remboursement. La recherche de la qualité doit être permanente. Mais de tels flux expliquent d'inévitables réclamations. Notre objectif pour 2011 sera de les réduire. Nos lignes d'accueil (antennes, vacations, centres d'accueil à distance) sont là pour répondre à ces difficultés. Le passage à un nouveau système informatique nous aidera dans cette amélioration.

2011 : préparer la convention d'objectifs et de gestion

Les textes constitutifs de la Camieg prévoient qu'une convention d'objectifs et de gestion soit signée entre les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, le président et le directeur de la Caisse. La convention détermine les objectifs de la Camieg, les moyens de fonctionnement dont la caisse dispose pour les atteindre et les actions mises en œuvre à cette fin par chacun des signataires. Elle détermine la dotation budgétaire pour le fonctionnement de l'organisme et pour les actions de prévention. Ce document essentiel sera préparé en 2011 pour entrer en vigueur en 2012.

Bruno NEGRONI

PRÉSENTATION

La Camieg est un organisme de Sécurité sociale créé par décret le 30 mars 2007. La Caisse assure la gestion du régime spécial d'assurance maladie maternité des industries électriques et gazières (IEG) sous la tutelle de l'État.

Sa compétence est nationale, elle protège les agents sous statut des IEG (ou assimilés) en activité, les inactifs, ainsi que leurs ayants droit.

> Ses spécificités

L'assurance maladie maternité des IEG associe une part de base (couverture du régime général) et une part complémentaire (remboursements supplémentaires), deux niveaux de couverture légaux, obligatoires et indissociables au bénéfice des ouvriers droit au régime et de leurs ayants droit.

La Caisse couvre deux types de bénéficiaires :

- Les assurés couverts pour la part de base et pour la part complémentaire
- Les bénéficiaires couverts pour la seule part complémentaire

Ces derniers sont par ailleurs assurés d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie. Leur droit au régime complémentaire seul répond le plus souvent à une condition de faibles ressources.

> Son organisation

Au niveau national, les services de la Caisse assurent l'accueil téléphonique des assurés, l'affiliation des bénéficiaires et la mise à jour de leur dossier administratif, la gestion du risque et la mise en œuvre des programmes de prévention, les relations aux professionnels de santé, etc.

De plus, 17 antennes régionales prennent en charge l'accueil physique des bénéficiaires, la réponse aux courriels, l'animation d'actions de promotion de la santé et la représentation locale de la Caisse.

La Camieg gère pour le compte du régime général l'affiliation et la gestion des droits des assurés dont elle gère la part de base. La CPAM des Hauts-de-Seine, désignée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, assure la gestion des dossiers de prestations pour la part régime général et la part complémentaire et les fonctions qui y sont liées (contacts des assurés et des professions de santé sur les remboursements).

> Sa gouvernance

Le Conseil d'administration

Le CA de la Camieg est composé de 26 représentants des agents statutaires des IEG en activité ou en inactivité de service élus pour 6 ans. Le Conseil d'administration détermine les orientations stratégiques, contrôle l'activité de l'organisme, en vote les budgets et en approuve les comptes.

La Commission nationale Paritaire de Suivi du régime (CNPS)

Elle réunit à parité employeurs et organisations syndicales et est compétente uniquement pour la section des actifs. La CNPS donne des avis sur le fonctionnement de la Caisse et notamment sur l'équilibre financier de la section des actifs.

Les tutelles

La Camieg a deux ministères de tutelle, le ministère chargé de la Sécurité sociale, le ministère en charge du Budget.

MIEUX SERVIR

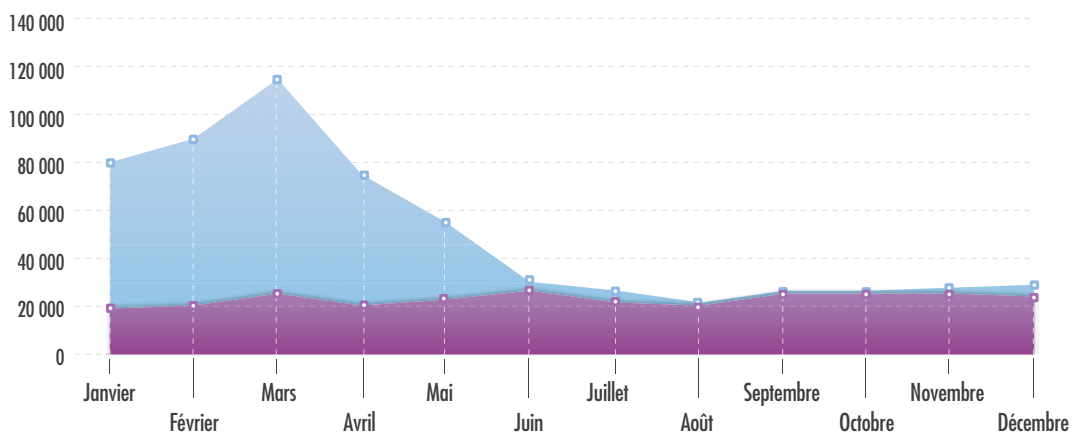


► L'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE

En 2010, le Centre d'Accueil à Distance de la Camieg a stabilisé son organisation et ses procédures. La montée en compétence des téléconseillers et l'amélioration de la qualité des réponses ont constitué des axes forts de cette année.

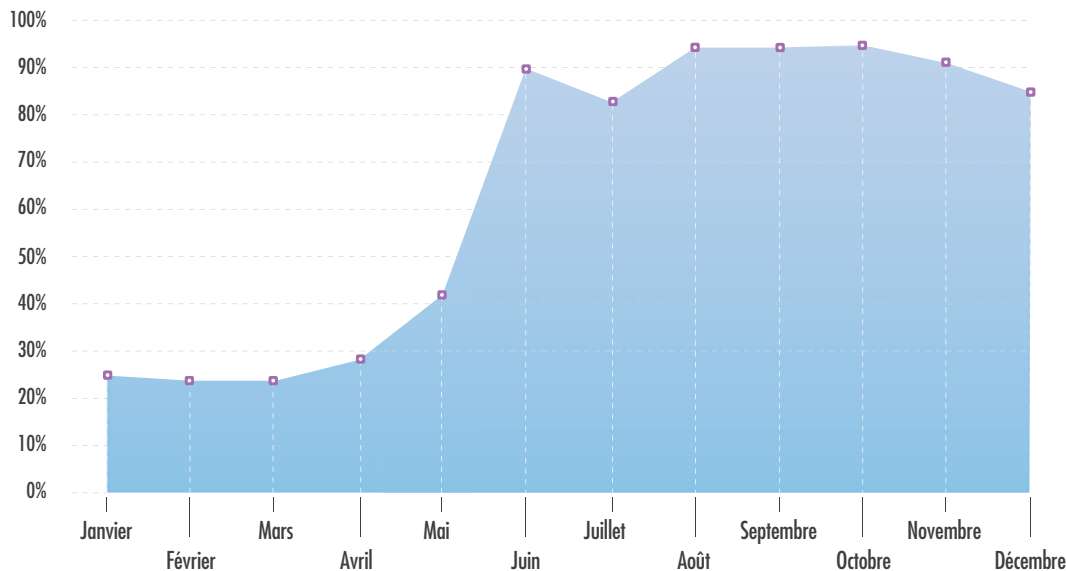
2010 a aussi été pour le Centre d'Accueil à Distance de la Camieg une année de stabilisation du nombre d'appels entrants, plus particulièrement depuis le mois de juin avec une moyenne de 2 300 appels par jour et un taux de décroché de 90 %. Le renfort d'intérimaires et CDD a contribué aux bons résultats.

NOMBRE D'APPELS TRAITÉS



Une enquête de satisfaction menée au mois d'août sur un échantillon de 244 bénéficiaires a montré que 74 % des sondés se disaient satisfaits de leur dernier contact avec la Camieg.

TAUX D'EFFICACITÉ



► L'ACCUEIL PHYSIQUE ET LA GESTION DES CONTACTS DÉMATÉRIALISÉS

L'année 2010 a vu aboutir la mise en place des antennes régionales de la Caisse et a vu les effectifs de la Caisse considérablement augmenter. Au 31 décembre, 85 % des postes étaient pourvus en antenne.

La poursuite des programmes de formation a permis de consolider les connaissances et de favoriser la montée en compétences des agents afin de leur offrir toutes les clefs pour assurer un service de qualité aux assurés tant en termes d'accueil physique, que d'actions en promotion de la santé.

> La mission d'accueil physique en antenne et en vacation

Avec l'ouverture de l'ensemble des antennes au public, le dispositif d'accueil décentralisé a pu prendre toute sa place au sein du territoire. Il s'est accompagné de la mise en place de permanences en région, dans les bassins concentrant le plus grand nombre d'assurés. Ces permanences sont proposées de manière régulière, au plus proche des lieux de vie, des lieux de travail des assurés ou des activités sociales.

Ces permanences sont déployées dans des locaux mis à disposition par différents partenaires de la Camieg : activités sociales, employeurs, CPAM, collectivités locales, etc. A la fin de l'année 2010, la Caisse proposait aux assurés près de 100 points d'accueil.

Ce réseau de proximité permet ainsi d'apporter une information et un conseil personnalisé aux assurés et d'apporter un suivi et une réponse aux dossiers les plus complexes.

- 4 000 assurés reçus chaque mois dans nos lieux d'accueil.
- Près de 100 points d'accueil extérieurs proposés.

> Le traitement de l'accueil dématérialisé (gestion des mails)

En mars 2010, une nouvelle offre de service aux assurés a été proposée par l'accès au portail Internet « mon compte Ameli ».

Cet accès a été complété en octobre par la mise en place d'un formulaire de contact sur le site Internet de la Camieg. Ce dernier peut permettre plus spécifiquement aux bénéficiaires de la seule part complémentaire de contacter la caisse.

Dans ce cadre, les agents des antennes se sont vus confier une nouvelle mission d'accueil consistant au traitement de ces demandes en ligne.

- 70 000 comptes Ameli ouverts.
- Environ 6 000 mails sont traités chaque mois par les agents en antenne.
- L'objectif, respecté, du délai de réponse est fixé à 72 heures.

LE TRAITEMENT DES DOSSIERS DES BÉNÉFICIAIRES

La gestion des bénéficiaires est au cœur de la mission de service public de l'organisme.

En 2010, le service Gestion des Bénéficiaires a traité plus de 250 000 dossiers ou demandes d'assurés (nouvelles affiliations, modifications de situations individuelles ou familiales, changements d'adresse ou des coordonnées bancaires, déclarations de médecin traitant, pertes et vols de carte Vitale, etc.) soit un volume moyen de 4 800 dossiers traités par semaine.

Dans le cadre des campagnes de prolongement de droits fondés sur l'examen de la situation du bénéficiaire en régime complémentaire seul, 16 000 étudiants et 20 000 conjoints ont été sollicités par courrier.

L'activité a été marquée, au cours de l'année, par une maîtrise croissante des délais de traitement des demandes des assurés et de la qualité des données enregistrées, et par la poursuite de l'assainissement des données anciennes.

L'évolution du solde moyen de dossiers non traités en fin de semaine est particulièrement significative de ce rétablissement après les difficultés rencontrées depuis la création de la Camieg. Ce solde a progressivement diminué à partir du mois de mars, pour atteindre une moyenne hebdomadaire de 5 000 dossiers avant l'été. Rapporté au volume moyen d'activité, ce

chiffre porte à une moyenne de 5 à 6 jours le délai pour qu'un dossier soit traité par les services de la Caisse (cette durée ne prend pas en compte la durée d'acheminement).

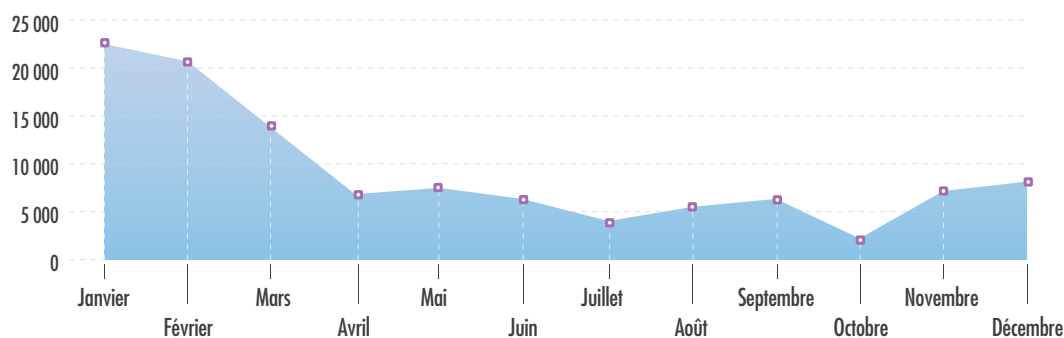
Trois ans après la création de la Caisse et la centralisation de la gestion du régime d'assurance maladie maternité, la modification du circuit des démarches, et notamment des démarches médico-administratives, n'est pas pleinement intégrée par l'ensemble des assurés et des professionnels de santé.

La Camieg reçoit par exemple encore directement chaque semaine plus d'un millier de demandes d'entente préalable à la prise en charge des soins ou de protocoles d'entrée en affection de longue durée, destinés aux médecins contrôle des caisses primaires d'assurance maladie du lieu de résidence des assurés. Ces erreurs d'acheminement, qui nécessitent des réexpéditions vers les divers services du Service médical, grèvent la réactivité de la Caisse.

• 250 000 dossiers traités dans l'année, soit un volume moyen de 4 800 dossiers par semaine.

• 67 000 attestations de droits complémentaires ont été envoyées en fin d'année.

GESTION DES DROITS DES BÉNÉFICIAIRES (solde fin de mois)



> L'intégration des assurés relevant d'une CPAM

L'intégration des bénéficiaires Camieg affiliés pour la part de base dans une CPAM dite

« Correspondante » a été engagée en février, elle s'est achevée au mois de décembre. Cette opération d'ampleur a concerné 18 500 familles pour près de 30 000 bénéficiaires.

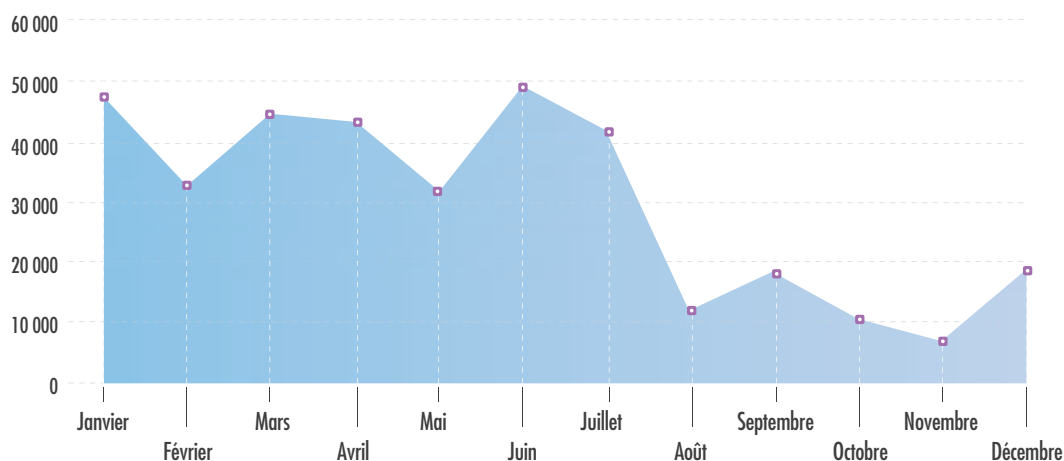
▣ LA LIQUIDATION DES PRESTATIONS

La CPAM des Hauts-de-Seine a en charge la gestion des dossiers de prestations pour la part régime général et la part complémentaire ainsi que les activités qui y sont rattachées dont la réponse téléphonique aux assurés et aux professionnels de santé pour les questions portant sur les remboursements.

En 2010, plus de 16 millions de décomptes ont été payés, 10 millions au titre du régime de base (dont 7 millions comportaient également une part complémentaire), 6 millions au titre du régime complémentaire.

Les délais maximum de traitement ont été de 7 jours pour une facture papier transmise par courrier et 6 jours, pour une feuille de soins reçue électroniquement (sans compter le « délai de rétention » par l'assuré ou le professionnel de santé et les réitérations liées aux réclamations).

LIQUIDATION DES PRESTATIONS (solde fin de mois)



> L'accueil téléphonique des assurés et professionnels de santé

265 000 appels relatifs au paiement des prestations ont été reçus par la plateforme Assurés pour un taux de décroché de 70 %. Côté Professionnels de santé, 130 000 appels ont été reçus, le taux de décroché a progressé sur l'année pour atteindre 80 % au mois de décembre 2010.

> De nouveaux échanges automatisés

La mise en place de conventions d'échange accélère significativement les délais de remboursement puisque les assurés n'ont plus à attendre leurs décomptes papier pour les envoyer à leur complémentaire Camieg (assurés relevant par exemple du régime étudiant) ou à une surcomplémentaire (transfert automatique des images des décomptes à la MUTIEG).

■ LA GESTION DES RÉCLAMATIONS

Un service Réclamations a été créé en avril 2010. Ce service est chargé de régulariser les dossiers de réclamation (en 2010 il a traité principalement les réclamations parvenues à la direction de la Caisse), et d'assurer les relations avec les professionnels de santé.

> Le règlement des réclamations antérieures au 1^{er} janvier 2010

A la demande du Conseil d'administration, une opération « réclamations anciennes » a été mise en place en avril afin d'apurer des réclamations ou demandes de bénéficiaires non traitées et antérieures au 1^{er} janvier 2010.

Près de 7 000 demandes ont été collectées, réparties entre environ 6 000 réclamations portant sur des remboursements et 1 000 réclamations relatives à des problèmes d'affiliation ou à des situations médico-administratives.

La totalité des réclamations en affiliation et médico-administratif ont été traitées avant l'été. Le traitement des réclamations sur les remboursements s'est poursuivi jusqu'en août.

> Les réclamations sur les prestations

Il existe un pôle dédié au sein de la CPAM 92, celui-ci a constaté une baisse significative des réclamations déposées de l'ordre de 50 % entre 2009 et 2010.

En 2010, 190 000 réclamations provenant d'assurés (1/3) et de professionnels de santé (2/3) ont été enregistrées, ce qui représente moins de 2 % du total des règlements effectués.

■ LES VOIES DE RECOURS

> La Commission de Recours Amiable (CRA)

La CRA est une émanation du Conseil d'administration, à ce titre elle compte 9 administrateurs désignés en son sein.

Ils sont chargés d'examiner les recours suite à des décisions rendues par les services de la Caisse. Ils doivent vérifier que ces derniers ont fait une exacte application de la réglementation. Les recours portent sur les refus de prendre en charge des remboursements de soins ou le refus de la qualité d'ayant droit au régime. Parmi les refus de prise en charge, 95 % concernent des frais de transports.

L'examen des revenus par rapport au plafond de ressources applicable constituent l'exclusivité des recours en matière de gestion de droits.

En 2010, 935 recours ont fait l'objet d'une décision de la CRA.

> L'instruction des contentieux

Il s'agit principalement de recours devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) et parfois, en méconnaissance de la procédure de la part les plaignants, devant le juge de proximité.

Depuis janvier 2010, la Camieg présente systématiquement devant les tribunaux, par voie d'avocat, un mémoire en défense des ses intérêts et de ceux du régime spécial face aux requêtes des plaignants.

151 recours ont été déposés en 2010.

> La conciliation

La conciliation s'inscrit dans la politique de qualité de service et dans une démarche d'écoute des publics de la Camieg. Cette fonction est donc exercée en cohérence avec le dispositif de traitement des réclamations. Elle contribue à améliorer la qualité du service rendu à l'assuré lorsque les questions portant sur l'interprétation de la réglementation ou son application par les services de la Camieg donnent lieu à une réponse explicative et pédagogique.

272 saisines effectuées en 2010.

MIEUX INFORMER



▣ UNE COMMUNICATION CIBLÉE PAR PUBLIC

Le service Communication constitué, 2010 a vu le développement significatif de cette activité tant en interne qu'en direction de nos publics en externe.

> L'information aux assurés

L'objet principal du plan de communication 2010 a été de proposer de nouveaux supports d'information aux assurés.

Une collection de dépliants a été créée, les Mémentos, et sur l'année 7 thématiques prégnantes ont été abordées : les frais de transport, le rôle du Service médical, les soins à l'étranger dans le cadre d'un court séjour, le parcours de soins coordonnés, la résidence à l'étranger, la maternité et enfin la carte Vitale.

La Caisse a par ailleurs poursuivi l'édition de messages sur les décomptes de remboursement (avec ciblage départemental concernant l'ouverture des antennes) et dynamisé sa communication internet avec des mises à jour fréquentes de son site et l'introduction de deux nouvelles fonctionnalités (compte Ameli et formulaire de contact).

Le site internet de l'organisme est consulté mensuellement par 52 000 visiteurs, pour 400 000 pages vues.

> La communication institutionnelle

Une plaquette de présentation de l'organisme détaillant les spécificités du régime, ses engagements, ses valeurs, a été réalisée ainsi qu'une synthèse du rapport d'activité 2009. Ces deux brochures ont été diffusées aux partenaires de la Caisse et aux principaux acteurs du secteur, l'objectif étant de faire mieux connaître l'organisme.

> L'information aux activités sociales et employeurs IEG

Cette information spécifique se fait à travers le support « Info Décideur », 6 numéros ont été diffusés sur l'année traitant des droits des bénéficiaires, des prestations (en lien avec les évolutions réglementaires), de l'actualité et des résultats de la Caisse.

▣ LA REPRÉSENTATION DE LA CAISSE AU NIVEAU LOCAL

En matière de prévention, la Camieg, via ses antennes, a organisé sa présence dans de nombreuses instances régionales ou départementales : les pôles de compétences en prévention et en promotion de la santé, les comités de pilotage et comités techniques des Agences Régionales de Santé (ARS), les groupes de travail pluridisciplinaires avec les employeurs de la branche, etc. Cette intégration, gage de reconnaissance de l'organisme et de légitimité du régime spécial, facilite la réalisation de notre politique de prévention et de promotion de la santé.

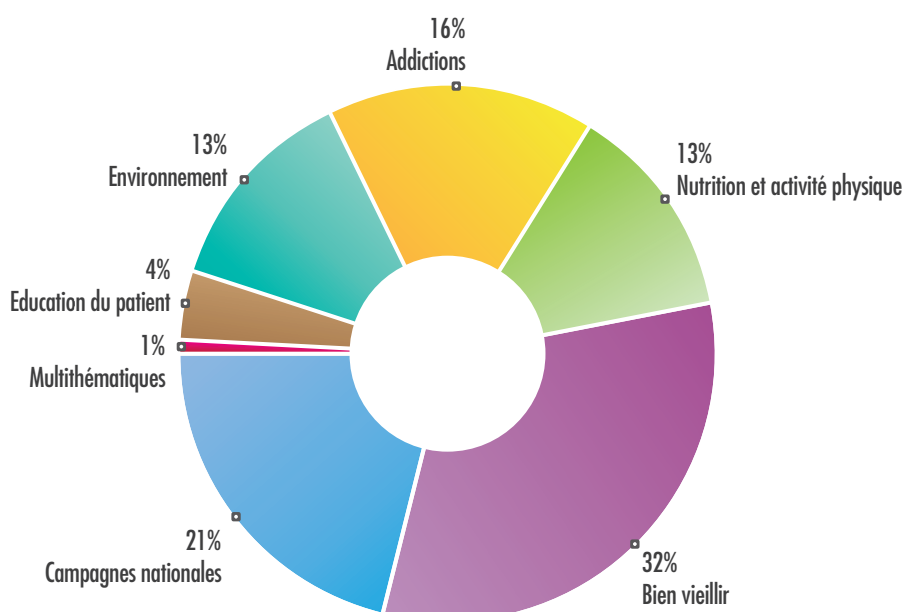
Parallèlement, les antennes ont également organisé des réunions locales de présentation de la Caisse auprès des jeunes embauchés ou des retraités afin de répondre à leurs besoins spécifiques et les accompagner dans leurs démarches administratives et plus largement, dans leur parcours de soins et de prévention.

▣ LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La reprise des campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et colorectal s'est organisée dès janvier 2010 et de nombreuses opérations ont été conduites autour de la campagne de sensibilisation « Octobre rose ».

Plus largement, le plan annuel de gestion du risque 2010 affichait pour la première fois depuis la création de la Caisse, des objectifs quantitatifs précis en matière de prévention et de promotion de la santé. 76 projets ont été conduits et plus de 5 % de notre population a été invitée à participer à des actions locales relativement variées même si les projets Bien vieillir et les opérations de relais des campagnes nationales de prévention de l'Assurance Maladie demeurent majoritaires.

RÉPARTITION DES ACTIONS DE PRÉVENTION



MIEUX ORGANISER



▣ LES RESSOURCES HUMAINES

> Le recrutement

En 2010, 16 antennes régionales se sont déployées. L'activité Recrutement a été importante dans leur direction afin de leur permettre de fonctionner. Sur le siège, les services dits « cœur de métier » regroupant la majorité des techniciens ont, eux aussi, achevé de se constituer. Trois séminaires « nouveaux embauchés » ont permis d'améliorer l'intégration des nouveaux personnels.

11 personnes ont intégré le siège en CDI, 38 personnes ont intégré les antennes en CDI. Parmi ces embauches, on dénombre 2 travailleurs handicapés et 12 « seniors ».

Au 31 décembre 2010, l'effectif de la Caisse était de 191 agents sous Convention Sécurité sociale et 38 agents IEG mis à disposition.

> La formation professionnelle et la GPEC

Pour l'année 2010, le budget formation s'est élevé à 350 000 € pour 111 actions (sessions) de formations, ce qui représente 8,3 % de la masse salariale. Cet effort, qui dépasse largement le minimum légal demandé aux entreprises, s'explique par la relative jeunesse des personnels, et vise à renforcer leurs compétences et développer leur expertise sur les métiers de l'assurance maladie.

79,5 % des effectifs ont suivi une action de formation en 2010.

> Les conditions de travail

La Camieg a entrepris, au cours de l'année 2010, une démarche de gestion et de prévention des risques professionnels qui a conduit à la refonte du Règlement Intérieur, pour lui annexer notamment une charte informatique et une charte de sécurité routière, et l'élaboration, avec le CHSCT, d'un « Document Unique » recensant tous les risques auxquels les agents peuvent être soumis au cours de leurs activités professionnelles en vue de les prévenir.

> Les élections professionnelles

Les mandats des instances représentatives du personnel (Délégués du Personnel, Comité d'Entreprise) ont été renouvelés lors de scrutin recueillant un taux de participation de 80 %. Le CHSCT l'a été à la suite.

La Camieg compte six délégués du personnel (4 employés / 2 cadres), cinq membres salariés du CE (3 employés / 2 cadres).

▣ LES MOYENS

> Budget et achats

Afin d'augmenter sa réactivité, la caisse a regroupé au sein d'un seul service les activités se rattachant à la gestion des achats, des marchés, des moyens généraux et du contrôle de gestion.

50 mises en concurrence ont été réalisées au cours de l'exercice 2010, dont 15 ayant fait l'objet de publication et 3 d'entre elles, attribuées par la commission des marchés.

> Le réseau informatique

L'infrastructure

L'infrastructure réseau a évolué en 2010 pour s'adapter à l'organisation en réseau, réduire les coûts liés à l'interconnexion des sites d'antennes, et permettre une totale étanchéité des flux métiers par rapport aux accès internet.

La téléphonie

L'architecture téléphonique a également été revue pour s'appuyer sur la solution déjà utilisée dans les caisses primaires, et isoler les communications liées au centre d'appel des communications des services administratifs du siège.

MIEUX CONTRÔLER

▣ LE CONTRÔLE INTERNE

Assuré par un service dédié créé en cours d'année, le contrôle interne a pour objectif de s'assurer de la qualité du service rendu aux assurés et de maîtriser les risques inhérents aux activités de l'organisme. Cette politique de contrôle interne est associée à celle d'une démarche qualité.

En 2010, trois processus (gestion des bénéficiaires, relations téléphoniques aux assurés et gestion administrative du personnel) ont été dotés d'indicateurs de mesure permettant de suivre la qualité de l'activité, de moyens de maîtrise limitant les risques (contrôles AC, contrôles directeur, outils de supervision), ainsi que de procédures permettant un traitement homogène de l'activité.

Un groupe de travail avec la CPAM des Hauts-de-Seine se réunit régulièrement pour améliorer les échanges entre les deux organismes notamment sur les contrôles supervision et agent comptable du plan de maîtrise des risques appliqué par la CPAM lors de la liquidation des prestations.

Tous les mois, la CPAM des Hauts-de-Seine transmet les résultats des contrôles définis par ce plan. Leur analyse permet de décider conjointement des actions prioritaires d'améliorations.

▣ L'AGENCE COMPTABLE

Le Plan de Contrôle de l'agent comptable s'intègre dans le plan de contrôle général de la Caisse, ce qui amène les cadres et agents de l'Agence Comptable à participer aux différents Plan de Maitrise Locaux (PML) en rapport avec la Gestion des Bénéficiaires, le Centre d'Accueil à Distance et les Ressources Humaines, mais également en étant partie prenante dans le groupe de travail mis en place avec la CPAM des Hauts-de-Seine dans le cadre du processus délégué des Prestations en Nature.

En outre l'agence comptable a mené différents audits en rapport avec la qualité tel que le contrôle intégral des dossiers, le contrôle des informations concernant le médecin traitant, et aussi la fiabilisation des requêtes en rapport avec la mise à jour de la base bénéficiaires du système OMEGA.

Dans le même temps un travail important a été mené avec les services logistiques pour recenser l'inventaire physique et le faire coïncider avec les données comptables.

ANNEXES



■ DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Chiffres à fin 2010

- 520 000 personnes protégées
- 295 000 ouvrants droit
- 225 000 ayants droit

Sur la population totale, 16 %
bénéficient de la part complémentaire seule

- Hommes : 53 %
- Femmes : 47 %

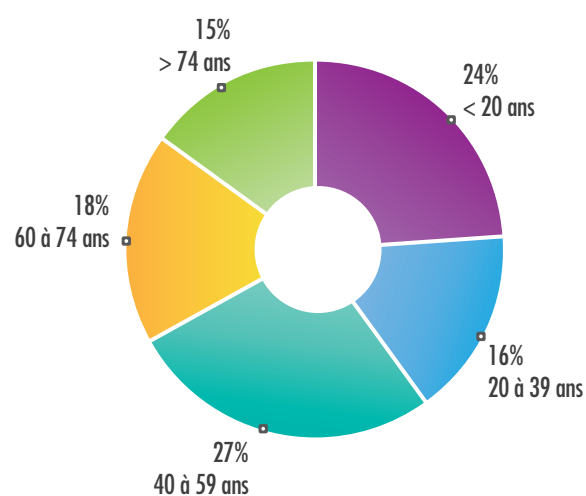
> Répartition géographique

Les trois régions les plus peuplées sont :

- Ile-de-France :
92 700 bénéficiaires
- Rhône-Alpes :
66 850 bénéficiaires
- Provence-Alpes-Côte d'Azur :
39 500 bénéficiaires

Soit près de 40 % de la population
protégée.

> Répartition par âge



> Population en ALD

65 000 personnes prises en charge à
100 % en raison d'une affection de longue
durée.

L'âge moyen de ces assurés est de 68 ans.

▣ DONNÉES FINANCIÈRES

Les comptes de la Camieg ne retracent que les éléments relatifs à la part complémentaire que la Caisse gère. Les comptes de la part de base sont intégrés à ceux du régime général.

Les données ci-après ne concernent donc que la part complémentaire.

De par les textes, deux sections indépendantes existent dans les comptes de la Camieg : la section des actifs, la section des inactifs.

Les comptes de la Camieg sont très excédentaires, ce qui est exceptionnel. Cette situation s'explique par la faible évolution des prestations (comme pour toute complémentaire santé) et l'évolution soutenue des cotisations.

Pour 2010, la section des actifs est excédentaire de 46,05 M€ ce qui porte à 128,12 M€ les résultats excédentaires cumulés au 31/12/10. Le résultat des inactifs est de 23,94 M€ en 2010 soit 76,38 M€ de résultats excédentaires cumulés au 31/12/10.

Le montant global des dépenses de prestations en droits constatés en 2010 est de 85,53 M€ pour les actifs et de 126,07 M€ pour les inactifs, soit 211,60 M€ pour le régime.

Le montant global des recettes des cotisations en droits constatés en 2010 se situe à hauteur de 137,98 M€ pour les actifs, 157,08 M€ pour les inactifs soit 295,06 M€ pour le régime.

La ponction sur les ressources du régime pour les besoins de financement de la gestion administrative se situe à hauteur de 14,65 M€ pour le régime.

> Dépenses de prestations

L'analyse des chiffres qui suit est faite en décaissement pour les comptes de charges de prestations tels qu'ils figurent dans les comptes de résultat de la Gestion Technique (FNGT Actifs / Inactifs). On observe une structure de consommation pour la part complémentaire proche d'autres complémentaires santé.

Ainsi, la pharmacie est le premier poste de dépenses : 17,62 M€ pour les actifs (20 % du total des dépenses des actifs), 38,28 M€ pour les inactifs (30 % du total inactifs).

Viennent ensuite les consultations de généralistes et de spécialistes : 27,80 M€ pour les actifs (28,74 % du total), 29,15 M€ pour les inactifs (22,44 % du total)

Les dépenses dentaires sont de 22,05 M€ pour les actifs (24,58 % du total) et de 20,65 M€ pour les inactifs (15,90 % du total).

Sur ces principaux postes, on constate déjà une forte différenciation dans le recours aux soins entre actifs et inactifs, l'âge étant le critère déterminant à ce niveau.

▶ PANORAMA 2010

JANVIER

- . Reprise de la saisie de la paye par la Camieg, auparavant effectuée par la CPAM des Hauts-de-Seine.

FÉVRIER

- . Intégration de la plateforme téléphonique de l'organisme dans le système de l'Assurance Maladie.
- . Début du rattachement des assurés relevant du régime spécial pour les deux parts, mais dont les prestations de base restaient gérées par une CPAM.

MARS

- . Bruno Negroni devient directeur de la Camieg.
- . Création du service Contrôle interne

AVRIL

- . Création du service Réclamations

JUIN

- . Renfort du CAD avec du personnel intérimaire et en contrat à durée déterminée.
- . Organisation du 1^{er} séminaire réunissant l'encadrement de la Caisse.
- . Approbation par le Conseil d'administration de l'arrêté des comptes et de la proposition de modification de l'arrêté du 30 mars 2007 relatif au régime spécial d'assurance maladie maternité des IEG.

JUILLET

- . Réalisation de la plaquette de présentation de l'organisme
- . Mise en place des échanges NOEMIE avec la MUTIEG

AOÛT

- . 1^{re} enquête de satisfaction réalisée auprès des appelants du CAD.

SEPTEMBRE

- . Ouverture au public des 3 dernières antennes établies en province : Bretagne, Nord-Pas-de-Calais et Poitou-Charentes.
- . Fin de l'opération de traitement des réclamations antérieures au 1^{er} janvier 2010

OCTOBRE

- . Mise en ligne du formulaire Contact sur Camieg.fr

NOVEMBRE

- . Élections des Instances représentatives du personnel de la Camieg
- . Parution le 23 novembre au Journal officiel de l'arrêté modifiant d'une part les catégories de bénéficiaires des prestations complémentaires, et d'autre part les prestations elles-mêmes. Les modifications introduites ont pris effet au 1^{er} janvier 2011.

DÉCEMBRE

- . Création de l'antenne IDF, dernière antenne du réseau Camieg
- . Fin du rattachement des assurés issus des « correspondantes »
- . Annonce de la fin de la gestion des prestations 1 % par la Camieg : le comité de coordination des CMCAS a décidé que les prestations dites 1 % (forfait journalier, chambre particulière, lit accompagnant) ne seraient plus gérées par la Caisse à compter du 1^{er} janvier 2011.

GLOSSAIRE

▶ CMCAS

Caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale pour la branche des industries électriques et gazières

▶ CNAMTS

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

▶ CNIÉG

Caisse nationale de retraite des industries électriques et gazières

▶ CPAM

Caisse primaire d'assurance maladie

▶ GPEC

Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences

▶ MUTIEG

Mutuelle des industries électriques et gazières

▶ RNIAM

Répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie

CAMIEG.FR

- Accueil des assurés :
0811 709 300 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h (prix d'un appel local)
- Accueil des professionnels de santé :
0811 709 333 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h (prix d'un appel local)
- Réseau de 17 antennes régionales
- Camieg 92011 Nanterre Cedex

