

Fiche Mandat

CPAM



Instance concernée

Conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie et ses commissions (CPAM)



Direction du MEDEF référente

La direction de la protection sociale assure la bonne coordination entre les orientations retenues par le Medef et l'exercice du mandat.

Contact : Delphine Benda, directrice de la protection sociale



Textes de référence

- ♦ Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- ♦ Décret du 12 octobre 2004 modifié
- ♦ Arrêtés du 29 décembre 2004 fixant les statuts type

Mission générale

La CPAM assure le service des prestations

- maladie, maternité, invalidité, décès
- accidents du travail et maladies professionnelles

La CPAM doit assurer la gestion du risque, exercer une action sanitaire et sociale, des actions de prévention et d'éducation sanitaire. Elle doit être attentive à la qualité du service aux usagers et à la prévention du processus de l'exclusion sociale.

En 2013, les dépenses de prestations versées par les CPAM s'élevaient à plus de 162 milliards d'euros.

Composition globale

23 membres ayant voix délibérative :

- 8 représentants des employeurs (4 Medef, 2 CGPME, 2 UPA) ;

- 8 représentants des assurés sociaux (désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national : 2 CGT, 2 CGT-FO, 2 CFDT, 1 CFTC, 1 CFE-CGC) ;
 - 2 représentants de la mutualité française (FNMF) ;
 - 4 représentants des institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie chaque organisation désignant un nombre égal de suppléants ;
 - 1 personne qualifiée.
- Trois représentants du personnel siègent en outre avec voix consultative.

Mode de désignation des représentants du Medef

Ces représentants sont désignés par le MEDEF National sur proposition de chaque structure territoriale, après vérification des conditions de désignation et de la non-existence d'incompatibilités (voir ci-dessous).
Ils sont ensuite nommés par arrêté du Préfet de la région dans laquelle l'organisme a son siège, sous réserve des mêmes contrôles.

Durée du mandat et calendrier des renouvellements

La durée du mandat étant réduite à 3 ans de manière transitoire dans l'attente de la mesure de la représentativité des organisations syndicales et patronales, le prochain renouvellement aura lieu en octobre 2017.

Conditions et incompatibilités

Les conditions et incompatibilités sont indiquées sur l'attestation sur l'honneur remplie par le candidat (être âgé de moins de 66 ans à la date de leur nomination par arrêté, avoir un casier judiciaire vierge, être à jour de ses cotisations...).

À noter que ne peuvent être désignés :

- les assesseurs TASS et TCI sauf à renoncer à leur fonction dans ces instances ;
- les personnes exerçant des fonctions de direction dans un établissement public ou privé de santé, ou détenant un mandat d'administrateur dans un établissement privé de santé ;

De plus :

- toute personne qui, en cours de mandat, se trouve en situation d'incompatibilité est déchue de son mandat ;
- perdent également le bénéfice de leur mandat les personnes dont le remplacement est demandé ou qui cessent d'appartenir à l'organisation qui a procédé à leur désignation.

Rôle du Conseil

Délibération sur proposition du directeur :

- orientation du contrat pluriannuel de gestion ;
 - qualité de service ;
 - politique de communication et à l'égard des usagers, gestion du risque ;
- } majorité simple
- approbation des budgets.
- } majorité des 2/3

Le Conseil a un droit d'opposition à la majorité des 2/3.

Le Conseil est tenu régulièrement informé de la mise en oeuvre des orientations.

Pouvoir de définition (dans le cadre des orientations nationales) :

- politique ASS (action sanitaire et sociale);
- réclamations usagers, médiateur ;
- opérations immobilières ;
- gestion du patrimoine.

} majorité simple

Rôle des mandataires

Alors que le déficit de la branche maladie du régime général de la Sécurité sociale reste à un niveau très inquiétant (-6,8 milliards d'euros en 2013), nos représentants dans les 101 CPAM ont pour rôle de :

- Relayer les positions du MEDEF, en conformité avec les orientations de la CNAMTS, dans le sens d'une optimisation des dépenses de santé ;
- Insuffler une démarche d'optimisation des dépenses dans la gestion courante des caisses ;
- Encourager les mesures visant à responsabiliser les prescripteurs et les assurés sociaux au regard de la croissance des dépenses de soins et des indemnités journalières ;
- S'assurer de la conformité de la mise en oeuvre des orientations par le directeur de la CPAM, avec la politique de gestion du risque et la maîtrise médicalisée des dépenses ;
- S'impliquer, au sein des Commissions de recours amiable (CRA), notamment pour :
 - peser sur les décisions concernant la définition du caractère professionnel des maladies professionnelles et des accidents du travail ;
 - s'assurer de la bonne application des procédures d'instruction des accidents du travail et maladies professionnelles en faveur des employeurs.
- Appuyer la politique de lutte contre les abus et les fraudes (notamment dans la commission des pénalités) tout particulièrement en matière de contrôle des arrêts de travail ;
- Veiller à une bonne application des décisions des conseils CNAMTS et UNCAM et des mesures réglementaires prises en application de la réforme de 2004:
 - mise en oeuvre du parcours de soins,
 - responsabilisation des acteurs (assurés, médecins,...).
- Accompagner les efforts de mutualisation et de regroupement de caisses au sein du réseau ;
- Faire remonter au MEDEF toutes informations utiles.

