



Ministère de la Santé et des Sports

**Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés**

**Ministère du Budget, des Comptes publics et
de la Réforme de l'Etat**

**Ministère du Travail, de la Solidarité et de la
Fonction publique**

**Convention d'objectifs et de gestion
entre l'Etat et la CNAMTS
pour la période 2010-2013**

Sommaire

SOMMAIRE	2
PRÉAMBULE	7
APPROFONDIR LA GESTION DU RISQUE	9
1. GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS DES ASSURÉS ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ	9
1.1. <i>Faciliter l'accès aux droits et aux soins des populations fragiles</i>	9
1.2. <i>Informer les assurés sur la qualité et le coût des soins</i>	10
1.3. <i>Mieux réguler les tarifs, mieux lutter contre les refus de soins</i>	11
1.4. <i>Inciter à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire</i>	11
1.5. <i>Intégrer la lutte contre les inégalités de santé dans les programmes de prévention</i>	12
1.6. <i>Favoriser l'accès aux soins et limiter la fragilisation sociale par le biais de la politique d'action sanitaire et sociale</i>	12
2. AIDER LES ASSURÉS À ÊTRE ACTEURS DE LEUR SANTÉ	15
2.1. <i>Apporter de l'information en santé aux assurés</i>	15
2.2. <i>Renforcer les programmes de prévention</i>	15
2.3. <i>Mener des actions pédagogiques sur les bonnes pratiques et le coût du système de soins</i> .	16
2.4. <i>Accompagner les patients atteints de pathologies chroniques</i>	17
2.5. <i>Développer l'éducation thérapeutique</i>	17
3. AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES ASSURÉS	18
3.1. <i>Expérimenter la télémédecine, la télésurveillance, le télésuivi des patients</i>	18
3.2. <i>Rendre la certification et l'accréditation des offreurs de soins plus discriminante</i>	18
3.3. <i>Développer des services d'aide à la sortie des établissements et de coordination des soins</i>	18
4. PRIVILÉGIER LE BON USAGE DU SOIN	19
4.1. <i>Approfondir les programmes de maîtrise médicalisée et la compléter par des actions d'accompagnement complémentaires auprès des assurés</i>	19
4.2. <i>Réduire les écarts de pratique et diffuser la culture du bon usage</i>	20
4.3. <i>Développer des modes de prise en charge plus souples et mieux coordonnés</i>	20
4.4. <i>Favoriser les délégations de compétences et les coopérations interprofessionnelles</i>	21
5. RENFORCER LA MAÎTRISE DES RISQUES ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	21
5.1. <i>Accroître l'efficacité et l'étendue du contrôle dans le cadre d'une politique de maîtrise des risques</i>	21
5.2. <i>Poursuivre et renforcer la lutte contre les fraudes ainsi que les fautes et abus</i>	22

OFFRIR À NOS ASSURÉS UN SERVICE DE QUALITÉ ET HOMOGENE SUR TOUT LE TERRITOIRE 24

1. S'ENGAGER SUR UNE OFFRE DE SERVICE ACCESSIBLE, HOMOGENE ET DE QUALITÉ SUR TOUT LE TERRITOIRE 24
 - 1.1. *Améliorer l'accompagnement de l'assuré pour garantir l'accès aux droits* 24
 - 1.2. *S'engager sur une offre de service accessible et de qualité sur tout le territoire*..... 25
 - 1.3. *Améliorer la qualité de la relation écrite avec l'assuré* 26
 - 1.4. *Evaluer la satisfaction des publics de manière régulière et l'intégrer dans une dynamique d'amélioration continue* 26
2. SIMPLIFIER ET FLUIDIFIER LA RELATION AVEC L'ASSURÉ..... 27
 - 2.1. *Fluidifier les changements de situation* 27
 - 2.2. *Réduire la complexité par des évolutions réglementaires* 28
 - 2.3. *Enrichir les services en ligne*..... 29
 - 2.4. *Développer des offres plus intégrées* 29
3. ACCOMPAGNER PROACTIVEMENT L'ASSURÉ TOUT AU LONG DE SA VIE PAR DES SERVICES EN SANTÉ INTÉGRÉS ET EFFICIENTS 29
 - 3.1. *Faciliter l'orientation dans le système de soins* 29
 - 3.2. *Accompagner l'assuré dans la préservation de son capital santé*..... 30
 - 3.3. *Accompagner les parcours de soins* 30
4. ASSURER UNE RELATION DE SERVICE DE PROFESSIONNEL À PROFESSIONNEL AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ 30
 - 4.1. *Structurer la relation de service avec les professionnels de santé* 30
 - 4.2. *Améliorer l'efficacité de la relation avec les professionnels de santé* 31
5. STRUCTURER LA RELATION AVEC LES EMPLOYEURS 32
 - 5.1. *Enrichir l'offre de services en ligne* 32
 - 5.2. *Mieux coordonner l'offre de l'Assurance Maladie*..... 33
 - 5.3. *Mieux accompagner les employeurs dans le cadre des actions de maîtrise médicalisée dédiées* 33
 - 5.4. *Mieux informer les employeurs sur les services facilitateurs* 33

DÉVELOPPER L'EFFICACITÉ DE LA BRANCHE 34

1. POURSUIVRE L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE 34
 - 1.1. *Conforter la structuration du réseau* 34
 - 1.2. *Optimiser l'organisation collective* 35
 - 1.3. *Capitaliser sur les nouvelles technologies*..... 36
2. DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES ADAPTÉE AUX ENJEUX DE L'ASSURANCE MALADIE 36
 - 2.1. *Approfondir une politique de recrutement, de formation et de mobilité interne en faveur des parcours professionnels* 36
 - 2.2. *Déployer un nouveau système d'information des ressources humaines*..... 37

2.3. Développer une pratique de rémunération adaptée pour le réseau de l'Assurance Maladie.....	38
3. PROMOUVOIR UNE GESTION RESPONSABLE ET DURABLE.....	38
3.1. Consolider la responsabilité sociale de l'employeur.....	38
3.2. Poursuivre et amplifier une politique immobilière dynamique	39
3.3. Pérenniser la démarche de développement durable pour une entreprise éco-responsable	40
4. RENFORCER LA MODERNISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE L'ASSURANCE MALADIE	40
4.1. Le programme fonctionnel.....	41
4.2. Le programme technologique	41
4.3. Le programme des ressources et des compétences.....	42
4.4. La mise en place d'un schéma directeur des systèmes d'information	44
POURSUIVRE LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE	46
1. APPROFONDIR LA MODERNISATION DU GROUPE :	46
1.1. En poursuivant la recomposition territoriale des UGECAM :	46
1.2. En consolidant la dynamique d'efficience :	46
1.3. Assouplir les modalités de recrutement externe :	47
1.4. Promouvoir une approche patrimoniale :	47
2. CRÉER LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE :	47
2.1. En appliquant le droit commun en matière de financement et de gestion :	47
2.2. En renforçant la coopération opérationnelle de l'Etat et des UGECAM pour répondre à l'objectif d'une offre de santé adaptée et efficiente :	48
LE REPORTING, L'ÉVALUATION ET LA RÉVISION DE LA COG.....	50
1. LE REPORTING VERS L'ETAT ET L'ÉVALUATION.....	50
2. LES CPG.....	50
3. LES CONTRÔLES ET LA TUTELLE.....	50
4. LA COMMUNICATION.....	51
5. LA RÉVISION ET L'ACTUALISATION	51
ANNEXE 1 : FICHES SYNTHÉTIQUES DE PROGRAMME	53
AXE GESTION DU RISQUE	54
PROGRAMME N° 1 : GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ	54
PROGRAMME N° 2 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES	56
PROGRAMME N° 3 : AIDER LES ASSURÉS À MIEUX GÉRER LEUR SANTÉ.....	58
PROGRAMME N° 4 : PROMOUVOIR L'ACTION DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET DÉVELOPPER L'UTILISATION DE RÉFÉRENTIELS	59
PROGRAMME N° 5 : DÉVELOPPER ET PROMOUVOIR LA PRÉVENTION	61

PROGRAMME N° 6 : FACILITER L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE L'ACCÈS AUX SOINS ET À LA SANTÉ POUR TOUS.....	64
PROGRAMME N° 7 : POURSUIVRE ET RENFORCER LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....	65
AXE SERVICE.....	68
PROGRAMME N° 8 : S'ENGAGER SUR UNE OFFRE ACCESSIBLE ET DE QUALITÉ.....	68
PROGRAMME N° 9 : SIMPLIFIER LA RELATION AVEC LES ASSURÉS.....	70
PROGRAMME N° 10 : AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURÉ POUR GARANTIR L'ACCÈS AUX DROITS	72
PROGRAMME N° 11 : ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE - COMPTE ASSURÉ.....	74
PROGRAMME N° 12 : STRUCTURER NOTRE RELATION ET ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	76
PROGRAMME N° 13 : STRUCTURER NOTRE RELATION ET ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE POUR LES EMPLOYEURS	78
AXE EFFICIENCE - RÉSEAU	80
PROGRAMME N° 14 : OPTIMISER LA STRUCTURATION DU RÉSEAU ET TRAVAILLER COLLECTIVEMENT DE MANIÈRE PLUS EFFICIENTE	80
PROGRAMME N° 15 : DÉVELOPPER UNE POLITIQUE RH ADAPTÉE AUX ENJEUX DU RÉSEAU	82
PROGRAMME N° 16 : PROMOUVOIR UNE POLITIQUE IMMOBILIÈRE DYNAMIQUE ET POURSUIVRE L'ENGAGEMENT DE LA BRANCHE EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE	84
AXE EFFICIENCE – SYSTÈMES D'INFORMATION.....	86
PROGRAMME N° 17 : CONTRIBUER À LA GESTION DU RISQUE	86
PROGRAMME N° 18 : METTRE EN ŒUVRE UNE OFFRE DE SERVICE DÉDIÉE AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ INCLUANT LA FACTURATION DIRECTE	88
PROGRAMME N° 19 : DÉVELOPPER LES FONCTIONNALITÉS DES PORTAILS ET RENDRE PLUS EFFICIENTE LA GESTION DES BASES ASSURÉS	89
PROGRAMME N° 20 : LES PROJETS ACCOMPAGNANT LES EFFORTS D'EFFICIENCE	91
PROGRAMME N° 21 : GOUVERNANCE DES ÉVOLUTIONS DU SI.....	93
L'ACTION INTERNATIONALE DE LA CNAMTS.....	94
PROGRAMME N° 22 : L'ACTION INTERNATIONALE DE LA CNAMTS	94
ETUDES ET STATISTIQUES	96
PROGRAMME N° 23 : LES ÉTUDES ET LES STATISTIQUES	96
ANNEXE 2 : LES RÈGLES BUDGÉTAIRES.....	97
1. BUDGET DE GESTION.....	97
1.1. Le cadrage budgétaire pluriannuel	97
1.2. Les règles de gestion.....	99
2. BUDGET D'INTERVENTION	103
2.1. Action sanitaire et sociale (FNASS)	103
2.2. Prévention, éducation et information sanitaire (FNPEIS)	106

ANNEXE 3 : LES FONDS.....	108
FNG - COG 2010-2013	109
FNASS - COG 2010-2013	110
FAC – COG 2010-2013	111
FNPEIS - COG 2010-2013	112
ANNEXE 4 : INDICATEURS COG.....	113

Préambule

Comme le dispose l'article L.227-1 du code de la sécurité sociale, l'Etat conclut avec la CNAMTS une convention d'objectifs et de gestion qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement de la branche et les actions mises en œuvre à cette fin par chacun des signataires.

Au cours de la précédente convention, conformément à leurs engagements l'Etat et l'Assurance Maladie ont développé conjointement une politique de gestion du risque visant à accroître la qualité des soins tout en maîtrisant la dépense. De nombreuses actions de prévention ont été lancées, comme le dépistage du cancer colorectal, ou renforcées, comme la prévention bucco dentaire. Les dépenses de l'ONDAM ont été maîtrisées par l'effet combiné de la maîtrise médicalisée et de mesures d'origine réglementaires, le taux d'évolution étant contenu entre 3 et 4 % contre 5 à 7 % les années précédentes.

Parallèlement, l'assurance maladie a su faire évoluer ses métiers plus traditionnels :

- elle a veillé à renforcer sa qualité de service pour offrir à ses assurés un service plus homogène et de qualité sur l'ensemble du territoire et en complétant son offre notamment par le développement de télé services ;
- elle a dans le même temps su dégager une amélioration importante de sa productivité, avec des résultats supérieurs aux objectifs fixés par la précédentes COG, et faire évoluer dans le même temps son organisation territoriale, avec le passage de 128 à 101 CPAM au 1^{er} janvier 2010.

Les évolutions institutionnelles en cours, notamment la création des Agences régionales de santé créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, représentent un levier supplémentaire pour accélérer la politique de gestion du risque en coopération avec l'Etat, dans le cadre du contrat d'objectifs passé entre l'Etat et l'UNCAM.

L'Etat et l'Assurance Maladie doivent aujourd'hui s'appuyer sur ces acquis pour relever des défis importants :

- garantir à tous l'accès aux soins ;
- contribuer à renforcer la qualité des soins pour offrir à ses assurés un niveau d'assurance suffisant sur la qualité des soins qui leur sont délivrés ;
- réduire le déséquilibre financier du régime général de l'assurance maladie, creusé par la crise de recettes des années 2009-2010 ;
- poursuivre l'amélioration de la qualité de service aux assurés, en intégrant l'évolution des attentes de la population ;
- mettre au service de leurs politiques des systèmes d'information réactifs et performants.

Dans ce cadre, il importe de placer les assurés sociaux au cœur de l'action conjointe de l'Etat et de l'assurance maladie en leur permettant d'être les acteurs de leur santé et en leur offrant des services à la hauteur de leurs attentes et de leurs besoins.

L'Etat et l'Assurance Maladie veilleront plus particulièrement à permettre à tous d'accéder à des soins de qualité. Aujourd'hui, certains patients rencontrent des difficultés d'accès aux soins tant pour des raisons financières que pour des raisons inhérentes à la répartition territoriale de l'offre de soins.

Malgré l'attention portée aux assurés les plus fragiles, ceux-ci rencontrent encore des difficultés d'accès aux droits et des difficultés financières d'accès aux soins. Dans certaines régions, les dépassements d'honoraires élevés et leur caractère difficilement prévisible peuvent parfois constituer de véritables barrières à l'accès aux soins.

C'est pourquoi l'accompagnement des assurés dans leur accès à la CMUc et à l'aide à la complémentaire santé (ACS), ainsi que la poursuite d'une politique d'action sanitaire et sociale harmonieuse sont des priorités stratégiques dans le cadre de la présente convention d'objectifs et de gestion. Parallèlement, la maîtrise des dépassements d'honoraires devra être poursuivie.

En outre, certaines zones du territoire sont considérées comme fragiles quant à l'offre de soins du premier recours. L'offre de soins de second recours souffre également d'une répartition inharmonieuse. Pourtant, l'offre de soins n'a jamais été aussi importante. Un premier accord conventionnel a permis la mise en place d'une régulation démographique pour l'offre de soins infirmiers de premier recours. Cette politique devra être développée et intégrer le champ de l'offre de soins hospitalière, dont les analyses montrent qu'elle reste mal répartie.

Au-delà, c'est l'égal accès aux soins, notamment en termes d'actions de prévention, que l'Assurance Maladie s'attachera à renforcer. La réduction des inégalités de santé implique que chaque programme d'action intègre les besoins spécifiques dont peuvent faire part les populations les plus fragiles ou les plus éloignées du système de soins. Au cours de la précédente COG, l'Assurance Maladie a veillé à prendre en compte, tel que cela a par exemple été mis en œuvre dans sa politique de prévention bucco-dentaire, des actions complémentaires adaptées à ses assurés les plus fragiles. Cette politique devra être renforcée. C'est pourquoi l'Assurance Maladie veillera, dans chacune de ses actions de prévention, à évaluer la nécessité de volets spécifiquement dédiés à ses assurés les plus fragiles et à mettre en œuvre les actions complémentaires nécessaires au bénéfice de ces populations.

Enfin, dans le contexte actuel particulièrement contraint des finances publiques, cette convention d'objectifs et de gestion contribuera, comme l'ensemble des organismes de sécurité sociale, aux efforts de l'Etat et de ses opérateurs en vue du redressement des comptes publics.

L'Etat et l'Assurance Maladie poursuivront trois objectifs majeurs au cours des quatre ans à venir :

- Approfondir la gestion du risque, cœur de l'action de l'Assurance Maladie ;
- Renforcer et diversifier une offre de service de qualité au bénéfice des assurés ;
- Poursuivre l'amélioration de l'efficacité de l'Assurance Maladie.

Approfondir la gestion du risque

Pour faire face aux trois défis que représentent l'insuffisance d'assurance qualité dans la prise en charge des patients, le déséquilibre financier et la difficulté d'accès aux soins de certains assurés, l'action de l'Etat et de l'Assurance Maladie sera orientée selon un axe déterminant : placer les assurés sociaux au cœur de l'action.

Le système de santé français et sa régulation sont traditionnellement construits, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays, autour des différentes catégories d'offreurs de soins. Pour autant, l'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que permettre à l'assuré d'être pleinement acteur de sa santé constitue une recommandation essentielle pour améliorer la qualité des soins reçus par le patient. L'action mise en œuvre au cours des dernières années, par exemple dans la mise en œuvre du médecin traitant, la mise en place d'Ameli-Direct et de sophia, le développement des plans de santé publics, ont permis à l'Etat et à l'Assurance Maladie, en partenariat avec les associations de patients, de s'engager dans cette direction. Il importe aujourd'hui de faire de cette préoccupation l'axe majeur de la politique de gestion du risque.

Cette politique de gestion du risque s'inscrit dans le cadre du contrat Etat-UNCAM qui a défini les axes d'action de l'Etat et des régimes d'Assurance Maladie, membres de l'UNCAM pour les années 2010-2013, sur la base d'une connaissance renforcée du risque.

Le texte ci-dessous décline ce contrat pour le régime général.

L'Etat et la CNAMTS, en tant que membre de l'UNCAM, et en application des orientations du contrat Etat-UNCAM, s'engagent sur cinq axes :

- Garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé ;
- Aider les assurés à être acteurs de leur santé ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge des assurés ;
- Privilégier le bon usage du soin ;
- Rembourser les soins des assurés à leur juste prix.

1. GARANTIR L'ACCES AUX SOINS DES ASSURES ET REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE

Bien que la France bénéficie d'un système de santé de qualité, solidaire et universel, elle reste toutefois marquée par d'importantes inégalités en matière d'espérance de vie et de morbidité généralement corrélées avec des différences de situation socio-économique. C'est pourquoi, en tant qu'institution solidaire et qu'acteur important des politiques de santé, l'Assurance Maladie contribuera, aux côtés de l'Etat, à renforcer l'accès aux soins et à la prévention des populations les plus fragiles ou les plus éloignées du système de soins, en veillant notamment à développer des services facilitateurs pour permettre à chacun d'accéder aux soins et de choisir les modes de recours qui lui sont le plus adaptés.

1.1. Faciliter l'accès aux droits et aux soins des populations fragiles

➤ Favoriser l'accès à la CMUc et à l'ACS et mieux accompagner les bénéficiaires

Les personnes les plus précaires ont droit à des dispositifs spécifiques de protection (CMUc, AME, ACS) mais tous ne recourent pas à la couverture à laquelle ils peuvent prétendre.

L'Assurance Maladie mettra en place un programme structuré permettant l'identification et l'information des populations n'ayant pas fait valoir leurs droits. Son objectif sera de réduire le taux de non-recours à ces dispositifs en développant des actions envers ces populations, en créant ou renforçant des partenariats, en enrichissant les contacts avec la population concernée.

L'Assurance Maladie veillera à renforcer son partenariat avec le secteur associatif et les missions locales, qui sont en mesure d'informer les bénéficiaires potentiels sur leurs droits. De même, un partenariat avec les organismes complémentaires pourra aussi permettre une meilleure information des bénéficiaires potentiels sur leurs droits à l'ACS.

La CNAMTS développera également des échanges d'information avec les institutions partenaires pour mieux identifier les bénéficiaires potentiels : CNAV, CNAF, Pôle Emploi, DGFIP.

Concernant l'identification des bénéficiaires potentiels de l'ACS et leur information, une attention particulière sera portée aux étudiants. Des dispositifs spécifiques seront également expérimentés avec les organismes complémentaires, notamment les mutuelles étudiantes et les professions concernées.

De même concernant les enfants, l'Assurance Maladie engagera des rapprochements afin de créer des partenariats avec des services tels que la protection judiciaire de l'enfance ou l'aide sociale à l'enfance.

Elle participera activement à l'amélioration de la couverture maladie des détenus en veillant notamment à la généralisation des conventions de gestion des droits à l'assurance maladie de base et complémentaire entre les CPAM et les établissements pénitentiaires. Elle veillera au maintien des droits à la sortie des établissements pénitentiaires.

Enfin, l'Assurance Maladie agira à l'occasion de chacune des phases de contact de la population concernée avec le système de santé. Pour ce faire, elle développera l'utilisation du vecteur Internet notamment en mettant à disposition des assurés un simulateur leur permettant de mieux évaluer leurs droits aux dispositifs existants. Une offre d'accompagnement associant le service social de l'Assurance Maladie pourra être élaborée en s'appuyant sur les expérimentations menées par certaines caisses et développée après évaluation.

Et, conformément au règlement arbitral du 5 mai 2010, l'Assurance Maladie, contribuera à la mise en œuvre de la dispense d'avance de frais concernant la part des dépenses de santé prise en charge par l'assurance maladie, pour les bénéficiaires de l'ACS.

L'Assurance Maladie veillera également au maintien de délais restreints pour le traitement des demandes de CMUc et d'AME.

1.2. Informer les assurés sur la qualité et le coût des soins

Les informations dont disposent aujourd'hui les assurés pour s'orienter dans le système de soins restent encore insuffisantes. Une première étape a été franchie avec la mise à disposition par l'Assurance Maladie, sur le site ameli-direct, d'une information sur les tarifs pratiqués par les médecins et chirurgiens dentistes libéraux. La loi HPST a en outre prévu que les établissements de santé mettent à la disposition du public les résultats d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Afin d'améliorer l'orientation de ses assurés dans le système de soins, l'Assurance Maladie complètera son offre de service sur ameli-direct en enrichissant l'information en ligne avec des indicateurs de qualité pour chaque établissement de santé. Elle mettra également à la disposition des assurés les tarifs pratiqués et le reste à charge pour les actes les plus fréquents réalisés par les professionnels libéraux mais aussi par les établissements de santé publics et privés.

Elle améliorera la notoriété de ce service par une communication adaptée.

Elle examinera enfin les modalités d'une coopération avec les autres régimes d'assurance maladie, ainsi qu'avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, afin de rendre l'information destinée aux assurés la plus complète possible.

1.3. Mieux réguler les tarifs, mieux lutter contre les refus de soins

Afin de diminuer les difficultés financières dans l'accès aux soins, l'action menée pour réduire les dépassements d'honoraires, tant concernant les cas les plus flagrants (pointes) que la moyenne des pratiques, sera amplifiée.

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie favorisera, en lien avec l'UNOCAM et les syndicats représentatifs des médecins, les dispositifs permettant une régulation des dépassements d'honoraires tels que le protocole d'accord du 15 octobre 2009 relatif au secteur optionnel comme envisagé dans le contrat Etat-UNCAM.

L'Assurance Maladie veillera également à la bonne mise en œuvre des outils récemment mis à sa disposition tant en matière d'information préalable sur les tarifs, de respect des tarifs opposables que de respect du tact et de la mesure. Dans ce cadre, elle élaborera un plan de contrôle. Elle aura recours, si nécessaire, aux nouveaux dispositifs issus de la loi Hôpital Patients Santé Territoires, notamment la commission mixte de conciliation prévue par l'article L.1110-3 du code de la santé publique et les pénalités prévues à l'article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

Concernant les refus de soins une première étape consistera en une meilleure objectivation de ceux-ci, tant quantitativement que qualitativement, afin de pouvoir remédier aux obstacles psycho-socio-techniques le plus souvent à leur origine (conception du panier de soins pris en charge, information des professionnels de santé sur les dispositifs spécifiques de protection, sensibilisation des assurés sur leurs droits et leurs devoirs, représentations qu'ont les professionnels de santé des publics précaires, etc...).

La CNAMTS, en tant que membre de l'UNCAM, devra, en association avec les conseils de l'Ordre compétents, s'assurer que les signalements adressés sont systématiquement traités, et effectuer un bilan national des plaintes reçues pour refus de soins et de leurs conséquences (conciliations, sanctions ordinaires ou pénalités financières). Ce bilan sera transmis à l'Etat.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie apportera son appui technique aux actions permettant d'identifier les pratiques de refus de soins en ciblant au début tout particulièrement les disciplines et les territoires les plus concernés par le refus de soins.

1.4. Inciter à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire

La France est considérée, parmi les pays de l'OCDE, comme un pays ayant un bon état de santé. Toutefois, elle est marquée par d'importantes inégalités en matière d'espérance de vie et de morbidité, pour une part corrélées avec des différences de situation socio-économique. Par ailleurs, la performance globale de notre système de santé en termes d'accès dépend, pour une grande part, du nombre et de la répartition des professionnels de santé.

D'importantes disparités dans la densité des professionnels de santé libéraux sont constatées pour la quasi-totalité de ces professions : les écarts varient de 1 à 7 pour les infirmiers, de 1 à 4 pour les masseurs-kinésithérapeutes, de 1 à 2 pour les médecins. En outre, le vieillissement de la population médicale et une moindre propension à choisir l'exercice libéral, au bénéfice de l'exercice salarié, contribuent à des situations de difficulté concernant l'offre médicale sur certains territoires. Ces disparités sont également constatées pour l'offre hospitalière, pour laquelle les objectifs et moyens de les réduire sont développés dans le contrat Etat-UNCAM.

Les agences régionales de santé (ARS) sont désormais chargées de favoriser une répartition plus harmonieuse de l'offre de soins, notamment par la mise en place de SROS. L'Assurance Maladie accompagnera cette politique par le biais des outils conventionnels et de son offre de service aux professionnels de santé.

A cette fin, les conditions permettant la mise en place effective sur l'ensemble du territoire du guichet unique régional prévu à l'article L.1431-2-2° du code de la santé publique, visant notamment à simplifier les installations des jeunes médecins et favoriser la création de structures d'exercice coordonné, seront définies par voie contractuelle entre l'Assurance Maladie et les ARS. Ces conventions préciseront en particulier les responsabilités respectives de l'Assurance Maladie et des ARS dans l'animation de ces guichets ainsi que les modalités des échanges d'information entre les parties prenantes.

L'Etat, les ARS et l'Assurance Maladie contribueront, en conformité avec les engagements définis dans le contrat Etat-UNCAM à :

- développer de nouveaux modes de régulation démographique vers les professions de santé touchées par des déficits ou des excès démographiques ;
- une meilleure information des étudiants sur les dispositifs d'aide à l'installation ;
- une aide pour favoriser les coopérations entre professionnels et permettre une meilleure utilisation du temps médical et une répartition efficiente des activités en fonction des compétences de chaque catégorie de professionnels ;
- adapter l'offre de service (Installsanté, étude de marché préalable à l'installation, aide aux démarches administratives...) pour inciter les professionnels à s'installer dans les zones fragiles identifiées au sein du volet ambulatoire du SROS en intégrant la prise en compte spécifique des professionnels de santé plus âgés afin de les aider à prolonger leur activité professionnelle par le biais de mesures facilitatrices ;
- favoriser la mise en place, dans des conditions encadrées et sur la base de strictes exigences de qualité validées par la HAS, de téléconsultations de premier recours dans les zones sous-denses, afin d'améliorer l'accès à des soins de qualité dans ces zones.

Les ARS, en conformité avec le contrat Etat-UNCAM, contribueront également à une meilleure réponse aux besoins de santé de la population, notamment en s'appuyant sur les outils prévus par la loi HPST, tels que, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et les contrats d'engagement de service public proposés aux étudiants.

1.5. Intégrer la lutte contre les inégalités de santé dans les programmes de prévention

L'Assurance Maladie poursuivra et renforcera son action pour favoriser un accès précoce des populations les plus fragiles ou les plus éloignées au système de santé. Cette attention particulière sera notamment prise en compte lors de l'élaboration des programmes de prévention afin de contribuer à réduire les inégalités de santé.

L'Assurance Maladie continuera et intensifiera le ciblage des examens de santé réalisés par les centres d'examen de santé au bénéfice des populations les plus fragiles (notamment par l'utilisation d'outils tels que le score EPICES) et la modulation du contenu de l'examen en fonction des besoins du consultant. Elle veillera à poursuivre, à cette occasion, l'information et l'accompagnement des assurés fragiles dans le système de santé.

1.6. Favoriser l'accès aux soins et limiter la fragilisation sociale par le biais de la politique d'action sanitaire et sociale

La politique d'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie permettra de favoriser l'accès aux soins des personnes les plus fragiles et de prévenir ou limiter la fragilisation sociale pouvant résulter de la maladie, de l'accident, du handicap, de la réduction d'autonomie ou de l'incapacité de travail. L'Assurance Maladie agira à cet effet par la mobilisation de son service social, l'action sanitaire et sociale dans le cadre du FNASS ainsi que son offre de prévention sociale. Trois formes d'actions seront plus spécifiquement mises en œuvre :

- l'aide aux personnes en situation de fragilité sociale et sanitaire ;

- la prévention des risques de précarisation médico-sociale et/ou professionnelle ;
- la participation au développement de services en santé en cohérence avec la politique de gestion du risque de la branche.

➤ ***Mobiliser le service social***

Au cours de la précédente convention d'objectifs et de gestion, le service social a fait évoluer son positionnement. Cette politique sera poursuivie. Service expert, le service social de l'Assurance Maladie assume une mission spécifique de traitement social des conséquences liées aux problèmes de santé. Il se distingue en ce sens du service social à compétence généraliste des conseils généraux. Cette orientation sera confortée. Il contribuera à la veille sociale institutionnelle et à l'observation sociale par l'analyse et la valorisation de son système d'information. Dans cette optique, le service social interviendra en tant qu'acteur de prévention et de traitement social, par la mobilisation de trois formes d'actions :

- Le dépistage des besoins d'action sociale favorisant une intervention précoce sur les risques de fragilisation et d'exclusion, notamment par le biais d'une politique de signalements systématisé menée avec les caisses et le service médical, ainsi que des partenariats avec les autres acteurs du champ sanitaire et social. Cette politique se traduira également par une programmation pluriannuelle d'actions prioritaires en faveur de publics cibles.
- La proposition proactive d'offres de services attentionnés aux assurés : proposition d'interventions individuelles (conseil, médiation sociale, accompagnement social) ou collectives pour des assurés confrontés à des problématiques similaires ou identiques.
- Une offre de service homogène et généralisée : proposition systématique de l'offre de service dans le cadre des programmes nationaux du service social de la branche.

L'activité du service social couvrira plus spécifiquement deux objectifs :

- L'accompagnement des personnes fragilisées : accompagnement des assurés les plus fragiles dans leur recours au système de soins par une information adaptée et la facilitation du recours à l'aide à la complémentaire santé ; accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation pour favoriser le retour à domicile et améliorer le maintien à domicile ; accompagnement des personnes en invalidité en prévenant notamment les risques de rupture de revenus ou de droits, plus particulièrement dans le cadre du parcours attentionné « invalidité ».
- La prévention de la désinsertion professionnelle par un travail en réseau avec les autres services de l'Assurance Maladie (cellules de coordination locale et régionale) et les partenaires externes (Etat, AGEFIPH, MSA, MDPH notamment) et une offre de service systématique aux assurés en arrêt de travail de longue durée.

Le positionnement du service social sera conforté par la consolidation de la démarche de service engagée au cours des dernières années : offre de services spécifiques pour certains publics, démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité, poursuite de l'amélioration des outils de suivi et de pilotage, recherche d'harmonisation des offres de service et définition d'une stratégie de communication interne et externe permettant une meilleure identification du positionnement du service social de l'Assurance Maladie.

➤ ***Accompagner les assurés par le biais de la politique d'action sanitaire et sociale***

La politique d'action sanitaire et sociale contribuera à faciliter l'accès aux soins et à réduire les inégalités de santé, par le biais d'une action harmonisée en direction des populations fragilisées et une adaptation aux contextes économiques et sociaux locaux.

Les moyens de l'action sanitaire et sociale seront prioritairement déployés au bénéfice, en premier lieu, des personnes malades, par le biais de prestations extralégales à caractère ponctuel et exceptionnel, accordées sous conditions de ressources, par la facilitation de l'adhésion à une complémentaire santé dans le cadre d'aides transitoires (compléments financiers à l'ACS, limitation des effets de seuil d'éligibilité à l'ACS), par une meilleure priorisation de l'activité des œuvres des caisses en confortant leur vocation sociale et en veillant à conforter leur efficience. Ils permettront également de venir en aide aux personnes en sortie d'hospitalisation (prestations d'aide à la personne et à la vie quotidienne) notamment pour les personnes relevant d'une ALD en perte d'autonomie transitoire, les personnes atteintes du VIH et les personnes atteintes d'une pathologie en phase terminale, ainsi que par l'expérimentation d'accompagnement du retour à domicile.

Une prise en charge au cas par cas de spécialités et produits nécessaires au traitement mais non remboursables ou hors AMM pour des patients atteints de maladies rares et/ou chroniques pourra également être mise en œuvre. Ils s'adresseront enfin aux personnes en situation de handicap pour la prise en charge d'aides financières au titre des aides techniques et des aides au logement, en coordination avec les MDPH, ainsi que par le financement d'aides humaines, d'aides aux personnes ne pouvant bénéficier de la PCH.

Elle contribuera enfin à la politique de prévention de la désinsertion professionnelle des assurés en arrêt de travail notamment de longue durée par le financement de contrats de rééducation, de primes de fin de rééducation professionnelle, de prêts d'honneur aux victimes d'accidents du travail, de bilans de compétences pendant l'arrêt de travail ainsi que de dispositifs de mobilisation et d'orientation professionnelle pendant l'arrêt de travail, dès lors que ces outils ne peuvent être financés ou ne peuvent l'être que partiellement par l'AGEFIPH.

L'Assurance Maladie améliorera la prise en compte des besoins en termes de répartition des financements comme de meilleure connaissance des besoins : meilleure répartition de la dotation paramétrique (évolution de l'indicateur national d'allocation des ressources, identification spécifique des réalités des DOM), création d'une dotation unique pour les actions de retour et maintien à domicile. La connaissance de la population bénéficiaire et des aides financières allouées sera affinée, plus particulièrement par le biais d'un outil de remontée nationale automatisée.

Afin de favoriser la lisibilité des interventions et de garantir l'égalité de traitement des assurés, l'Assurance Maladie poursuivra l'harmonisation des pratiques des caisses dans l'attribution des prestations d'action sanitaire et sociale et généralisera les outils de gestion des dossiers et de suivi budgétaire. Elle assurera également une transparence renforcée dans la gestion des œuvres des caisses notamment en s'appuyant sur les outils de gestion mis en place par les centres de santé dentaire.

Elle poursuivra et renforcera sa politique de partenariats aussi bien avec les autres services de l'Assurance Maladie qu'avec ses partenaires externes. En interne, le service social s'intégrera pleinement dans le cadre des parcours attentionnés et des offres individualisées et des offres mises en place pour favoriser le retour à domicile, l'accès aux soins, la prévention de la désinsertion professionnelle et accompagner le passage en invalidité. Il développera ses partenariats avec ses partenaires institutionnels (branches famille et retraite, AGEFIPH, organismes de protection sociale complémentaire, conseils généraux, centres communaux d'action sociale, missions locales ou MDPH...) ainsi qu'avec le secteur associatif (associations à caractère social ou caritatif, associations d'aide aux malades, associations d'aide aux personnes handicapées, associations d'aide à domicile), en appui de subventionnement d'actions concertées sur les fonds d'action sanitaire et sociale. Une attention spécifique sera portée au développement d'accords cadres nationaux sur la base desquels les caisses pourront passer des conventions locales.

➤ *Poursuivre l'offre de prévention sociale*

Dans le cadre de sa politique d'action sanitaire et sociale, l'Assurance Maladie poursuivra son offre de prévention sociale, permettant d'accompagner les assurés en situation de fragilité sociale et sanitaire ou en risque de perte d'autonomie. Elle mettra ainsi en œuvre des parcours prévention santé, des actions concertées avec les organismes de protection sociale complémentaire et le secteur associatif et poursuivra sa participation au plan d'action de préservation de l'autonomie (PAPA) mené en lien avec la branche retraite.

2. AIDER LES ASSURES A ETRE ACTEURS DE LEUR SANTE

Pour devenir acteurs de leur santé, les assurés doivent pouvoir bénéficier d'une information complète, transparente et validée leur permettant de s'orienter facilement dans leur recherche d'information, mais aussi de l'accompagnement nécessaire pour qu'ils puissent prévenir la dégradation de leur état de santé, recourir au système de soins à bon escient et faire face activement aux pathologies chroniques dont ils peuvent être atteints. L'Etat et l'Assurance maladie agiront avec les associations de patients qui ont un rôle important dans ce champ.

2.1. Apporter de l'information en santé aux assurés

L'Assurance Maladie développera la mise à disposition sur Internet d'une information objective et validée en matière de santé. Elle poursuivra en outre, notamment pour les assurés qui n'ont pas recours ou n'ont pas accès à Internet, son action d'information par le biais d'autres canaux (courriers, téléphone, points d'accueil...).

« Mon compte assuré », disponible sur ameli.fr, permet à chaque assuré de suivre le détail de ses remboursements et de contacter sa caisse d'assurance maladie. Depuis l'été 2009, il comprend un espace personnalisé de prévention, qui offre à ce jour une information adaptée à la situation de l'assuré en cas de grossesse et en matière de santé bucco-dentaire.

L'Assurance Maladie étendra, au cours de la COG, cet espace prévention à l'ensemble des programmes de prévention auxquels elle participe, en commençant dès 2010 par la vaccination ROR et la prévention du risque cardio-vasculaire.

En complément de ces espaces personnalisés, l'Assurance Maladie mettra en ligne à disposition de ses assurés une information de santé validée, éclairée, objective et de qualité, développée à partir de l'information produite par les organismes publics compétents (INPES, HAS, INCA...). Cette offre, partie intégrante de la politique de prévention mise en œuvre par l'Assurance Maladie, pourra bénéficier aux assurés des autres régimes, s'ils ces derniers le souhaitent.

2.2. Renforcer les programmes de prévention

L'Assurance Maladie contribue à la mise en œuvre de la politique nationale de santé (loi de santé publique, plans de santé publique...) en permettant à ses assurés de bénéficier d'actions de prévention tout au long de leur vie, de façon coordonnée avec l'action des autres opérateurs de l'Etat et désormais avec les ARS.

Les programmes de prévention actuellement mis en œuvre par l'Assurance Maladie seront poursuivis :

- dépistage des cancers (sein, colorectal) ;
- prévention des pathologies infectieuses aiguës (antibiothérapie, vaccination antigrippale, vaccination ROR) ;
- prévention des complications liées aux pathologies chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, pathologies respiratoires) ;

- programmes dédiés à certaines populations (dépistages néonataux dont celui de la surdité, prévention bucco-dentaire chez les enfants et adolescents, facteurs de risque liés à la grossesse, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées).

Concernant le dépistage des cancers, l'Etat et l'Assurance Maladie amélioreront l'efficacité de l'organisation des dépistages, notamment en revisitant la politique d'invitation au dépistage de la population concernée, en s'inspirant des modalités d'invitation qui ont fait leurs preuves pour les autres programmes de prévention, et en veillant à la bonne implication du médecin traitant.

Concernant la prévention bucco-dentaire, l'Assurance Maladie réalisera une évaluation du dispositif MT'Dents notamment en précisant les conséquences en termes d'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants ayant participé à ce programme. Par ailleurs, l'Etat et l'Assurance Maladie diversifieront les moyens d'accompagnement local en s'appuyant notamment sur l'Education nationale et les services de santé scolaire.

L'Assurance Maladie renforcera, en outre, son action de proximité dans les lieux de vie des assurés afin, de mieux faire connaître l'offre de service de l'Assurance Maladie et de répondre aux demandes d'information des assurés, dans le strict respect du secret professionnel.

L'Assurance Maladie examinera également les modalités d'une complémentarité avec les organismes d'assurance maladie complémentaire dans le domaine de la prévention, en faveur d'une offre globale au service de la santé des patients.

L'Assurance Maladie développera la prévention primaire autour du médecin traitant afin de valoriser une action complète de prévention et de conseil. Dans ce cadre, elle pourra s'appuyer sur les nouvelles modalités diversifiées de rémunération prévues dans le contrat Etat-UNCAM. Les deux premiers thèmes pourraient être une meilleure observance des calendriers vaccinaux et le renforcement des actions de dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque. La vaccination contre le virus HPV et la prévention du risque cardiovasculaire chez la femme sous contraception orale pourraient également faire l'objet de ce programme.

L'Assurance Maladie développera enfin de nouveaux programmes de prévention dans le cadre des principes proposés par le contrat Etat-UNCAM. Ainsi, elle mènera une action spécifique sur la prévention de l'obésité chez l'enfant.

2.3. Mener des actions pédagogiques sur les bonnes pratiques et le coût du système de soins

L'accès du patient à une information sur les coûts individuels et collectifs de prise en charge ainsi qu'aux recommandations de prise en charge constitue un facteur de transparence favorable à l'amélioration des pratiques et à l'efficacité du système de soins.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie mettra à la disposition de ceux de ses assurés qui l'auront souhaité un retour d'information individualisé sur leurs « coûts santé », en complémentarité avec le relevé annuel de prestations issu de la loi du 13 août 2004. Ainsi les assurés pourront connaître la totalité des soins et de leurs montants pris en charge par l'Assurance Maladie. Ceux-ci pourraient être mis en parallèle avec ceux correspondant à un parcours de soins optimisé, par exemple par l'utilisation de médicaments génériques. Ce retour d'information pourra s'inscrire dans le cadre du compte assuré. Il sera accompagné d'informations sur le bon usage du système de soins et d'outils en facilitant la compréhension.

L'Assurance Maladie s'engage à rendre compréhensibles par les patients les objectifs des référentiels et recommandations médicales en termes de gains de santé individuels pour chaque assuré en déployant progressivement les thématiques préalablement développées auprès des professionnels de santé. Ainsi, les assurés ayant accès à une information validée, labellisée, sans intérêt commercial, seront sensibilisés au bon usage du système de soins et leur dialogue avec leur professionnel de santé en sera facilité. Ces référentiels feront l'objet d'une consultation de la Haute Autorité de Santé, en application de l'article L 161-39 du CSS issu de la Loi HPST du 21 juillet 2009. La diffusion de ces référentiels auprès des assurés se fera à l'aide des outils de communication multicanaux dont dispose l'Assurance Maladie.

2.4. *Accompagner les patients atteints de pathologies chroniques*

L'Assurance Maladie poursuivra le développement de ses programmes d'accompagnement personnalisé des patients atteints de pathologies chroniques.

Le programme sophia, destiné aux personnes atteintes de diabète, est en cours d'expérimentation depuis 2008 dans 10 départements (11 en 2010). Il est développé avec les professionnels de santé, les sociétés savantes et les associations de patients. Si les résultats de l'évaluation s'avèrent positifs, l'Assurance Maladie s'engage à doubler en 2010 le nombre de patients auxquels l'adhésion sera proposée. A cette même condition, elle procédera d'ici la fin de la COG à la généralisation de sophia, pour les patients présentant un diabète, à l'ensemble du territoire national.

Par ailleurs, sur la base d'une analyse ex-ante du coût et de l'efficacité, l'Assurance Maladie proposera une expérimentation de programmes d'accompagnement à des patients atteints d'autres pathologies, en commençant par les pathologies respiratoires et cardiovasculaires. Au vu de l'évaluation et des résultats partagés avec l'Etat de ces expérimentations, une extension de ces programmes sera envisagée.

En parallèle, les retours d'information vers les médecins traitants seront développés afin de les accompagner au service d'une prise en charge conforme aux référentiels.

2.5. *Développer l'éducation thérapeutique*

Face à la demande de développement de l'éducation thérapeutique, compte tenu de l'hétérogénéité de l'offre actuelle et dans le cadre des dispositions de la loi HPST, l'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à promouvoir une offre d'éducation thérapeutique efficace et de qualité.

Les agences régionales de santé s'appuieront et tireront partie des enseignements des expériences financées sur des fonds tels que le FIQCS, le FNPEIS, ou les MIG dans la perspective d'identifier les modes de financement et d'organisation pertinents de programmes d'éducation thérapeutique. En particulier, le module 2 « nouveaux services aux patients » des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (prévues par l'article 44 de la LFSS pour 2008) vise notamment à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique afin de promouvoir le développement de ces programmes en ambulatoire.

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie contribuera au développement de l'éducation thérapeutique en s'appuyant sur ces expérimentations et en diffusant de l'information auprès des médecins, notamment par le biais des visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) en 2011.

En fonction des résultats de l'évaluation, l'Assurance Maladie s'engage à développer l'offre d'éducation thérapeutique du patient diabétique dans les centres d'examen de santé en respectant la conformité au cahier des charges national et en proposant à chaque patient concerné cette prise en charge, avec la participation du médecin traitant. Elle s'engage également à étendre cette offre pour d'autres pathologies, notamment pour les pathologies respiratoires.

3. AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ASSURES

Le renforcement de la qualité de la prise en charge des patients nécessite un suivi adapté de la part des professionnels de santé, une meilleure coordination des acteurs et des prises en charge autour du patient. Elle nécessite également la bonne participation du patient, qui pourra dans ce cadre bénéficier d'un accompagnement adapté.

3.1. Expérimenter la télémédecine, la télésurveillance, le télésuivi des patients

L'Assurance Maladie et l'Etat détermineront les conditions dans lesquelles la télémédecine pourrait être pertinente en termes d'efficacité, en précisant les pathologies, les patients et les modalités de prise en charge, notamment pour le suivi des pathologies chroniques. Ils évalueront conjointement les éléments de coût et de qualité associés.

Les ARS s'appuieront sur cette analyse pour assurer la promotion des dispositifs les plus performants dont elles piloteront, en région, le déploiement.

La télésurveillance pourra, dans un premier temps, être mise en place pour le suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque (patients appareillés de stimulateurs et/ou de défibrillateurs corrigeant les troubles hémodynamiques et les troubles du rythme).

La CNAMTS et l'Etat détermineront les modalités de déploiement des actes de télémédecine pertinents en termes d'efficacité et de qualité. Des études d'impact sur les cinq activités de télémédecine, c'est-à-dire la téléconsultation, la télésurveillance, la téléexpertise, la téléassistance et la régulation médicale permettront aux ARS de choisir les organisations des soins les plus appropriées aux besoins et spécificités locales afin d'assurer la promotion des dispositifs les plus pertinents.

Le financement de ces processus de télémédecine par l'Etat et la CNAMTS devra s'appuyer sur l'évaluation du service attendu tel que défini à l'article R 165-2 du code de la sécurité sociale et tenir compte des besoins de la population.

Par ailleurs, l'Etat et la CNAMTS favoriseront la dématérialisation de la prescription médicale dans l'objectif de simplification des relations entre les patients, les professionnels de santé et l'assurance maladie.

3.2. Rendre la certification et l'accréditation des offreurs de soins plus discriminante

La procédure de certification des établissements pourrait être prise en compte dans les modèles de financement et les régimes d'autorisations.

Pour les professionnels de santé, la mise en place du développement professionnel continu (DPC) devra être prise en compte dans les processus d'accréditation ou de certification.

L'Assurance Maladie soutiendra ces objectifs en permettant aux assurés, par une communication appropriée, un accès et une lisibilité facilités aux résultats de ces établissements et professionnels, en s'appuyant sur les informations fournies par les pouvoirs publics.

3.3. Développer des services d'aide à la sortie des établissements et de coordination des soins

Dans le cadre des services offerts à ses assurés, l'Assurance Maladie développera une gamme de services en santé favorisant la qualité et la coordination des soins :

- Des services d'aide à la sortie d'hospitalisation permettant notamment de coordonner l'intervention des acteurs à la sortie du patient de l'établissement de santé. La première expérimentation portera dès 2010 sur le retour à domicile des femmes en post-partum physiologique. Une seconde expérimentation concernera les sorties d'hospitalisation après intervention orthopédique et d'autres pathologies pourront progressivement être prises en charge ainsi.
- Des services de prise en charge coordonnée pour les assurés souffrant de pathologies chroniques aggravées ou de polyopathologies pour les conseiller et mettre en place avec eux, en partenariat notamment avec les professionnels de santé, les soins et prestations appropriés à leur état.

4. PRIVILEGIER LE BON USAGE DU SOIN

Les actions d'accompagnement des professionnels de santé déployées au cours de la COG 2006-2009 seront poursuivies et intensifiées. Elles seront également complétées par des actions d'information menées à l'intention des assurés et des entreprises, pour le champ qui les concerne.

Les modes d'action seront soit enrichis (déploiement de référentiels, mises sous accord préalable, contrôles, évolutions de l'entente préalable) soit développés (nouveaux outils d'accompagnement et d'aide au bon usage du soin).

Permettre à l'assuré d'être acteur de sa santé est une recommandation déjà ancienne de l'OMS fortement relayée par les associations de patients. Elle est indispensable pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient, car elle lui permet de devenir plus autonome et en capacité de réduire le risque de survenue de complications et d'aggravation de sa pathologie.

Dans certains domaines, par ses choix (ou ses non-choix), le patient a un réel impact sur sa prise en charge. Il est important qu'il se sente plus impliqué et qu'il soit responsabilisé pour modifier son comportement dans le système de santé.

L'Etat et l'Assurance Maladie ont aidé, au cours de ces dernières années, le patient à devenir acteur de sa santé avec l'instauration du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, la création d'Ameli-direct, et de Sophia.

4.1. Approfondir les programmes de maîtrise médicalisée et la compléter par des actions d'accompagnement complémentaires auprès des assurés

Conformément au contrat Etat-UNCAM, l'Assurance Maladie poursuivra et renforcera les programmes de maîtrise médicalisée existants (médicament, indemnités journalières, transport, LPP, actes, ordonnancier bizonne...). Elle les enrichira de nouveaux thèmes tels que, par exemple pour 2010, les stratégies de prescription des antalgiques, des antidiabétiques ou des anti-ostéoporotiques. Elle déploiera ces programmes aussi bien à l'égard des prescripteurs libéraux que des prescripteurs en établissements de santé ou médico-sociaux, notamment dans les EHPAD. L'Assurance Maladie déploiera progressivement et en fonction des enjeux médico-économiques une intensité comparable d'actions sur ces différents segments de l'offre de soins.

L'Assurance Maladie intégrera, dans les programmes de maîtrise médicalisée, des actions d'information vers les assurés, afin de faciliter le dialogue entre le médecin traitant et le patient. Ces actions seront adaptées et ciblées en fonction du recours aux soins des patients et porteront sur les thèmes traités avec les professionnels. L'Assurance Maladie portera une attention particulière aux processus d'accompagnement des patients (revue régulière et certification progressive de ce processus).

Le réseau de l'Assurance Maladie apportera son concours aux actions régionales complémentaires arrêtées par l'ARS dans le cadre du programme régional de gestion du risque.

4.2. Réduire les écarts de pratique et diffuser la culture du bon usage

L'Assurance Maladie mettra en évidence les écarts de pratique des médecins ainsi que des autres professionnels de santé. Elle amplifiera les analyses du système de santé, des modes de recours aux soins et des parcours de soins à partir de son système d'information. Elle analysera notamment les pratiques par rapport aux recommandations de prise en charge et objectivera l'hétérogénéité des pratiques entre professionnels, entre structures, ainsi que selon des caractéristiques géographiques et socio-culturelles, afin de mieux en comprendre les déterminants. Elle s'appuiera sur ces analyses pour proposer des actions aux professionnels de santé, notamment dans le cadre conventionnel. Elle proposera sur cette base à l'Etat des modalités d'intervention organisationnelles qui pourraient être mises en œuvre en liaison avec les ARS ainsi que des modifications législatives permettant de réduire les écarts de pratiques.

L'Assurance Maladie s'engage également à produire de nouveaux référentiels pour la prescription des arrêts de travail ainsi que des référentiels sur les actes en série de masso-kinésithérapie. Ces référentiels se fonderont sur les pratiques reconnues par les sociétés savantes ainsi que sur les expériences et consensus internationaux. Ces référentiels seront ensuite transmis à la HAS pour labellisation. Afin d'accélérer la diffusion et l'intégration de ces référentiels dans les pratiques, l'Assurance Maladie, outre ses actions d'accompagnement et de mise à disposition des référentiels (Internet), accompagnera leur intégration dans les outils communicants des professionnels de santé. Elle s'appuiera notamment sur la décision de la HAS du 4 juin 2008 portant adoption du référentiel de certification des logiciels d'aide à la prescription en médecine ambulatoire et sur la charte de qualité des bases de données de médicaments à l'usage des logiciels d'aide à la prescription.

Enfin, l'Assurance Maladie proposera et mettra en œuvre des évolutions du dispositif d'entente préalable afin de le rendre plus rapide, plus pertinent (analyse fondée sur des référentiels médicaux) et plus sélectif (meilleur ciblage des prestations soumises à entente préalable et du traitement de ces ententes). Elle étendra également le dispositif à d'autres actes en série pour les masseurs-kinésithérapeutes et proposera à l'Etat d'élargir cette démarche à d'autres professionnels de santé.

4.3. Développer des modes de prise en charge plus souples et mieux coordonnés

L'Etat, l'Assurance Maladie et les ARS favoriseront le développement, chacun dans son champ de compétence, des modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et les plus efficaces. Dans ce cadre, ils favoriseront :

- Le développement de la chirurgie ambulatoire par le rapprochement des tarifs d'hospitalisation complète vers ceux de la chirurgie ambulatoire et par l'extension de la procédure de mise sous accord préalable (MSAP). Le développement de la MSAP s'appuiera sur des listes d'actes élaborées en lien avec la HAS et les sociétés savantes ;
- La mise en place de centres autonomes (extra hospitaliers) incluant un processus de création souple (notamment par l'absence de rattachement à la catégorie juridique d'établissement, la définition d'un cadre de fonctionnement permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins, reposant sur un cahier des charges national validé par la HAS et la définition de critères permettant de sélectionner les actes éligibles; il paraît dans ce cadre important que les tarifs proposés soient régulés afin d'éviter que ces évolutions ne corrigent pas les problèmes constatés actuellement autour des dépassements d'honoraires.
- La progression de la dialyse péritonéale, les ARS s'attachant à favoriser la substitution de modes plus efficaces aux modes de prise en charge actuels lorsque l'état des patients le permet (dialyse péritonéale, dialyse à domicile, dialyse en structure proche du domicile) ;

- Le développement de la chimiothérapie à domicile avec la mise à jour des critères d'éligibilité en lien avec la HAS, l'INCA et les prestataires, avec la formalisation reposant sur un cahier des charges national des liens entre les établissements et les professionnels libéraux, et avec l'adaptation de la tarification permettant un rapprochement des coûts réels.
- La diversification des modes de rémunération adaptés aux nouveaux modes d'organisation des professionnels de santé libéraux et aux besoins des patients, en particulier dans le cadre de l'exercice regroupé et pluri professionnel, par le biais des expérimentations autorisées par l'article 44 de la LFSS pour 2008, en valorisant notamment davantage certaines missions telles que coordination, prévention, suivi des pathologies chroniques, *etc.*). La CNAMTS apportera son soutien aux expérimentations sur l'ensemble des projets en la matière. Elle étudiera la manière adéquate pour rémunérer les structures et les professionnels.

4.4. Favoriser les délégations de compétences et les coopérations interprofessionnelles

Dans le cadre du développement de nouvelles formes de coopération interprofessionnelle et de la redéfinition des compétences respectives des professionnels afin de favoriser l'efficacité du parcours de soin, l'Assurance Maladie analysera l'activité des professionnels expérimentant des délégations de compétences et des coopérations interprofessionnelles existantes, proposera des modes de rémunération adaptés, fera évoluer la tarification, et mettra en œuvre les orientations développées dans le contrat Etat-UNCAM.

5. RENFORCER LA MAITRISE DES RISQUES ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

5.1. Accroître l'efficacité et l'étendue du contrôle dans le cadre d'une politique de maîtrise des risques

La maîtrise des risques repose notamment sur les plans de maîtrise socle (PMS) qui regroupent les démarches de contrôle interne et de qualité et qui, pour chaque processus, comprennent :

- les objectifs du processus et les indicateurs correspondants,
- les risques principaux classés par activité du processus en tenant compte des applications informatiques utilisées,
- les moyens de maîtrise de ces risques,
- les vérifications, audits, contrôles et supervisions destinés à vérifier que les moyens de maîtrise fonctionnent,
- les traces et preuves résultant de ces vérifications.

Les PMS couvrent à présent l'ensemble des processus de production, des processus de relation client et des processus support des CPAM, les processus des CARSAT concernant la maladie et les accidents du travail, les processus des CTI, les processus de la Caisse Nationale concernant les principales fonctions d'exploitation informatique (CEN et DIAP) et les activités financières et comptables.

La vérification de la mise en œuvre des PMS est assurée par le biais d'autodiagnostic, dans le cadre de la validation des comptes ainsi que dans le cadre de la certification des comptes.

En 2010, après 5 ans de déploiement, les PMS des CPAM feront l'objet d'une révision systématique afin de rendre plus rigoureuse l'analyse des risques et d'alléger les moyens de maîtrise et de rendre les indicateurs d'objectifs plus cohérents et moins nombreux. En règle générale, un PMS comprendra les indicateurs suivants :

- rapidité,
- fiabilité,
- satisfaction client,
- coût du processus.

Les risques propres au système d'information font l'objet de la politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI), dont une nouvelle version sera diffusée en 2011. Sa mise en place dans le réseau est et sera évaluée chaque année dans le cadre de la validation des comptes.

Sur la période de la COG, l'assurance maladie :

- déploiera dans le réseau les PMS révisés et suivra au niveau national les principaux indicateurs qu'ils comprennent,
- assurera une progression des indicateurs de fiabilité suffisante pour que les réserves de certification des comptes soient levées sur ce point,
- intégrera dans les analyses des risques des PMS, au fur et à mesure des mises à jour périodiques, les enseignements tirés des programmes nationaux de répression des fraudes,
- déploiera une nouvelle version de la PSSI et assurera la cohérence entre celle-ci et les autres éléments du dispositif de maîtrise des risques.

En outre, afin de permettre le développement de la liquidation médico-administrative, l'Assurance Maladie devra adapter ses systèmes d'information pour faciliter la mise en place d'actions de liquidation médico-administrative. Elle poursuivra les expérimentations mises en place au cours de la précédente COG.

Afin de mieux cibler l'action sans complexifier la situation de la grande majorité des assurés et professionnels de santé, l'Assurance Maladie mettra en place deux référentiels de risque qui permettront de repérer et d'intervenir vers les assurés et les professionnels en fonction de leur comportement en matière d'abus et de fraude.

Elle étendra enfin l'expérimentation de contrôle en ligne mise en place avec certaines pharmacies auprès de l'ensemble des pharmacies et l'étendra progressivement aux autres professionnels de santé.

5.2. Poursuivre et renforcer la lutte contre les fraudes ainsi que les fautes et abus

- ***Clarifier les champs respectifs des fraudes, fautes et abus et améliorer la connaissance du niveau réel de la fraude***

La CNAMTS élaborera un référentiel de définition de la fraude, des fautes et abus en 2010, qui permettra de distinguer les actions et les résultats obtenus sur les différents champs à l'issue de l'année 2011, d'une part, les fraudes et les fautes et, d'autre part, les abus.

La CNAMTS s'engage également à améliorer la connaissance de la fraude : elle fournira notamment en 2011 les résultats d'une étude portant sur les IJ.

- ***Renforcer les programmes national et loco-régionaux de lutte contre les fautes, fraudes et abus***

L'Assurance Maladie poursuivra et renforcera l'action mise en œuvre au cours de la précédente COG afin de lutter contre les fraudes, fautes et abus.

Elle renforcera les programmes nationaux de lutte contre les fraudes, fautes et abus, développant également une approche pluriannuelle des contrôles.

Le programme national annuel restera complété par des programmes loco-régionaux élaborés sous le pilotage des directeurs coordonnateurs régionaux.

Ces programmes feront l'objet d'évaluations régulières. Dans ce cadre, les résultats obtenus seront mis en regard des moyens engagés.

La CNAMTS veillera, dans le cadre de sa mission de pilotage et par des vérifications adéquates, à la bonne application de ses instructions au sein du réseau.

Elle développera dans ce cadre ses partenariats avec les autres caisses nationales et les services de l'Etat (DNLF, DGFIP, ...).

➤ ***Mettre en œuvre des programmes structurants***

L'action sera intensifiée grâce à la mise en œuvre de programmes structurants. En premier lieu, l'Assurance Maladie accroîtra l'efficacité de son réseau dans la détection des fraudes avec :

- l'expérimentation du datamining dès 2010, en premier lieu sur les indemnités journalières et la CMUC, , sous réserve de l'accord CNIL pour ce dernier thème, avant sa généralisation ;
- la conception d'un fichier national destiné à recenser les plaintes pénales et ordinaires déposées par les caisses ainsi que les pénalités financières notifiées par les directeurs de caisses afin d'éviter les récidives de fraudes ;
- la poursuite de l'amélioration des processus de signalements parvenant à l'Assurance Maladie et les échanges de données avec ses partenaires (notamment la branche famille concernant les pensions d'invalidité, les rentes AT et les indemnités journalières).
- le renforcement, la structuration et l'animation d'un réseau de statisticiens régionaux spécialisés ;
- Concernant les prestations servies à l'étranger, la poursuite des actions de partenariat entreprises avec les organismes sanitaires et sociaux de l'Union européenne, en fixant des priorités opérationnelles et la participation à la mise en œuvre de la procédure de contrôle à l'étranger prévue, pour les autres pays, à l'article L.114-11 du CSS .

Elle renforcera l'efficacité de son réseau lors des investigations avec :

- l'intégration et la rénovation de la formation à la lutte contre la fraude au sein de la formation initiale des agents de l'Assurance Maladie dès 2010 ;
- la mise en place de formations initiales et continues dédiées à l'investigation à destination des consultants fraudes et praticiens conseil ;
- Le renforcement de la coordination régionale en matière de lutte contre les fraudes.

L'Assurance Maladie intensifiera la qualité du traitement contentieux de la fraude avec :

- un engagement de faire progresser le taux de recouvrement des indus frauduleux
- La diffusion d'une doctrine d'emploi des contentieux en fonction des griefs ;
- La mise en place de référents juristes régionaux, leur mobilisation et leur animation nationale ;
- La mobilisation d'observatoires du contentieux notamment sur la T2A.

Elle améliorera la connaissance du niveau réel de la fraude par la réalisation d'enquêtes ciblées sur les thèmes de fraudes les plus pertinents.

L'Assurance Maladie, dans le cadre de sa politique de gestion des droits (cf. chapitre 2), structurera ses actions concernant la lutte contre la fraude à la gestion des droits sur le respect de la condition de résidence en France.

Offrir à nos assurés un service de qualité et homogène sur tout le territoire

L'Assurance Maladie s'est mobilisée au cours de la précédente convention d'objectifs et de gestion pour améliorer et enrichir son offre de services, notamment par la maîtrise de ses délais de remboursement, l'ouverture progressive de l'ensemble des canaux de communication (e-mail, services en ligne) et le développement de parcours attentionnés. Elle s'est en particulier investie pour mieux accompagner ses publics en prenant en compte l'évolution de leurs attentes tant en terme de qualité que de diversification des services. Des progrès significatifs ont été constatés, qui doivent encore être amplifiés et les services offerts doivent être enrichis selon quatre exigences :

- mieux connaître les attentes et les besoins des publics de l'Assurance Maladie, en prenant en compte les spécificités géographiques, sociales et économiques des différentes catégories de publics ;
- mettre en place une politique d'offre multicanal performante au service de ces publics, en intégrant le développement du recours aux technologies de l'information et de la communication, la diversification des modes de recours aux différents canaux de contact selon la situation géographique, le degré d'urgence et la complexité de la demande et dans une logique d'efficience du service proposé ;
- concevoir et déployer sur l'ensemble du territoire des offres intégrées et performantes répondant à des impératifs d'accessibilité, de simplicité et de personnalisation.
- assurer une offre de service globale à l'utilisateur, en partenariat avec les autres organismes de sécurité sociale et en cohérence avec les démarches de modernisation et de simplification portées par l'Etat.

1. S'ENGAGER SUR UNE OFFRE DE SERVICE ACCESSIBLE, HOMOGENE ET DE QUALITE SUR TOUT LE TERRITOIRE

L'Assurance Maladie renforcera, au cours de la période 2010-2013, la qualité de son service de base aux assurés en s'attachant à simplifier leurs démarches pour l'accès aux droits, à veiller à une bonne accessibilité sur l'ensemble du territoire, à développer la qualité de la relation écrite et à mieux évaluer leurs attentes et leur satisfaction pour les intégrer dans une dynamique de qualité continue.

1.1. Améliorer l'accompagnement de l'assuré pour garantir l'accès aux droits

L'Assurance Maladie s'engage à améliorer l'information des assurés sur leurs droits au régime obligatoire d'assurance maladie pour mieux tenir compte de leurs changements de situation (changement d'activité professionnelle, retraite...). Dans ce cadre, elle permettra à ses assurés de disposer d'une information actualisée sur leurs droits à l'assurance maladie et d'obtenir de façon simplifiée une attestation de droits sur l'ensemble des modes de contact. En complément, elle veillera à ce que ses assurés disposent tant sur leur compte Internet que sur leurs relevés de prestation d'une information récapitulative sur la prise en compte par l'Assurance Maladie de la déclaration d'assurance complémentaire et sur les transferts d'information aux organismes complémentaires dans la gestion des remboursements (transferts Noémie).

L'Assurance Maladie poursuivra et développera les échanges de données avec les autres institutions partenaires (CNAF, CNAV) notamment pour mieux identifier les bénéficiaires potentiels de la CMUc et de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Les CPAM travailleront en partenariat avec les CAF et les autres régimes d'assurance maladie pour garantir un meilleur accès aux droits. Elle s'appuiera sur l'expertise de son service social pour simplifier les démarches de ces assurés

De même, l'Assurance Maladie simplifiera l'accès aux droits des assurés momentanément privés d'emploi en leur évitant de fournir des documents lorsqu'elle est en mesure d'obtenir les informations nécessaires directement par des échanges de données avec ses partenaires (Pôle Emploi). Le renforcement de cette stratégie contribuera à prévenir les situations de rupture de droits.

L'Assurance Maladie sécurisera la situation des assurés en leur permettant une disponibilité et une mise à jour réactives de leur carte Vitale. Elle déploiera des mesures d'information (mail, SMS) incitant l'assuré à mettre à jour sa carte. Elle s'engage également à sécuriser le délai de renouvellement des cartes Vitale et à réduire le nombre d'assurés et de bénéficiaires qui ne disposent pas d'une carte Vitale, faute d'avoir complété le dossier nécessaire.

Pour le déploiement de la carte Vitale 2 l'Assurance Maladie poursuivra une politique de renouvellement gradué du parc de cartes Vitale 1 à partir de l'attribution aux bénéficiaires de plus de 16 ans, du remplacement des cartes perdues ou volées, et de celles rendues techniquement obsolètes. Cette stratégie devra s'accompagner d'une pédagogie adaptée à l'égard des assurés qui ne complètent pas leur dossier.

1.2. S'engager sur une offre de service accessible et de qualité sur tout le territoire

L'Assurance Maladie adaptera ses canaux de contact aux besoins spécifiques de ses différents publics et veillera à leur offrir une couverture optimale différenciée selon la nature des besoins, de façon à renforcer qualité de service et performance de gestion.

➤ Poursuivre la modernisation de l'accueil physique

L'Assurance Maladie poursuivra sa politique de modernisation du réseau d'accueil physique. Afin d'allier qualité d'écoute, efficacité dans la réponse et rapidité dans le traitement de la demande, l'organisation en trois niveaux (libre service, accueil rapide, accueil en bureau individuel) sera poursuivie pour les accueils permanents pendant la COG.

L'Assurance Maladie veillera à assurer une offre de service sur l'ensemble du territoire, notamment dans le cadre de la stratégie de présence des services publics en milieu rural, sans négliger les zones périurbaines fragilisées. Ainsi, le développement d'offres complémentaires avec les partenaires de l'Assurance Maladie (Etat, autres services publics, collectivités locales) sera poursuivi ; l'implantation de visio-guichets et de bornes multiservices et multipartenaires sera notamment renforcée dans les secteurs géographiques éloignés de points d'accueil physique. Cette offre de service permettra notamment de compléter le développement de services en ligne et téléphoniques en offrant des modes d'accès diversifiés en fonction des besoins.

➤ Améliorer la performance des plateformes de service téléphoniques

Les efforts en matière d'organisation téléphonique, menés pour faire face à la croissance du nombre d'appels seront poursuivis afin de garantir un taux d'appel décroché conforme aux objectifs de la convention précédente :

- en améliorant la connaissance des motifs d'appel pour offrir des modes de réponse alternatifs aux questions simples les plus fréquentes (par exemple en offrant un dialogue rapide automatisé pour les demandes d'attestations de droits, dans une optique de diminution du nombre d'appels à traiter par les agents) ;
- en renforçant la mutualisation des tranches horaires entre plateformes

- en renforçant l'adossement des plateformes à des missions complémentaires permettant de diversifier l'activité des collaborateurs et de mieux assumer les pics d'activité à certains horaires.

L'attention des organismes pour enrichir la qualité et le contenu de la réponse (double écoute, appels mystère) sera renforcée. Le niveau d'expertise sera approfondi grâce à l'amélioration de la supervision, l'enrichissement des outils mis à la disposition des personnels (par exemple en complétant les scripts de réponse téléphonique), le renforcement de l'interopérabilité de l'outil de GRC avec les autres applicatifs et en renforçant le dispositif de pilotage national permettant de mieux cibler les actions de perfectionnement.

1.3. Améliorer la qualité de la relation écrite avec l'assuré

L'Assurance Maladie veillera à améliorer la qualité et la clarté des courriers adressés à ses publics. Dans cet objectif, elle mettra en place un programme global d'amélioration, d'uniformisation et de rationalisation des courriers et des courriels.

Concernant les courriers papier, l'Assurance Maladie s'engage à rénover progressivement les courriers existants afin de les rendre conforme à la charte rédactionnelle et graphique en cours d'élaboration. Ce projet permettra d'assurer plus de réactivité des mises à jour et une meilleure qualité des messages délivrés aux publics de l'Assurance Maladie. Cette bibliothèque de courriers sera adaptée au courrier papier ainsi qu'à l'édition d'e-mails.

L'Assurance Maladie professionnaliser en outre la réponse aux e-mails grâce au déploiement dès 2010 d'un outil national sur vingt-trois plateformes mutualisées. Les évolutions de l'outil permettront de fournir des réponses directes aux situations les plus simples. Par ailleurs, la gestion des e-mails sera articulée avec les comptes en ligne (formulaire de demande, réponse en ligne).

1.4. Evaluer la satisfaction des publics de manière régulière et l'intégrer dans une dynamique d'amélioration continue

➤ Professionnaliser le traitement des réclamations et capitaliser sur le dispositif de conciliation

L'Assurance Maladie poursuivra la professionnalisation du traitement des réclamations, en lien avec sa volonté d'amélioration continue de la qualité de service. Elle proposera une offre de service dédiée et explicite de prise en charge des réclamations, permettant à ses publics de les formuler plus facilement et rapidement.

Des instruments de mesures spécifiques seront développés pour disposer d'une vision plus consolidée et plus approfondie des principaux motifs de réclamation et des attentes des publics. Elles permettront de mettre en place une boucle de qualité pour analyser les causes des dysfonctionnements constatés et engager les améliorations des processus concernés.

Cette professionnalisation du traitement des réclamations s'effectuera dans le cadre des travaux en cours menés par l'Etat.

La qualité et l'homogénéité du traitement des réclamations sur l'ensemble du territoire seront accentuées par le déploiement de modes opératoires et de guides de bonnes pratiques et par la consolidation du pilotage par la CNAMTS du traitement de celles-ci, en s'appuyant sur le réseau des conciliateurs (remontées d'informations, consolidation et analyse des motifs, refonte des outils). A partir de 2011, un bilan des réclamations (volumétrie, principaux motifs) sera établi annuellement par la CNAMTS.

➤ *Faire évoluer la mesure de la qualité de service*

Les outils de mesure de la satisfaction des publics de l'Assurance Maladie, élaborés en 1998, sont aujourd'hui datés et inadaptés à l'évolution de la gamme de services offerts. En outre, réalisées une fois par an à l'automne, les enquêtes actuelles sont fortement cycliques et reflètent davantage une enquête d'image que la qualité effective du service. C'est pourquoi le dispositif de mesure de la satisfaction sera refondu en intégrant deux objectifs :

- lisser sur l'année le dispositif de mesure globale de la satisfaction avec mesures périodiques ;
- mesurer la qualité du service dès sa réalisation : réalisation d'enquêtes au moment de l'utilisation du service (enquêtes en ligne à l'issue d'une consultation des télé-services, lors des passages dans les accueils, des appels téléphoniques, du remboursement des prestations...) sur la base d'une segmentation des publics.

2. SIMPLIFIER ET FLUIDIFIER LA RELATION AVEC L'ASSURE

Les changements de situation des assurés constituent le motif de contact le plus fréquent de l'assuré avec l'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie facilitera ces démarches clé par une gestion attentive et préventive associée à la proposition de mesures de simplification.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a développé des parcours attentionnés destinés à réduire la complexité des démarches pour des publics nécessitant un accompagnement spécifique (maternité, déménagement, ...). Cette gamme de services sera encore développée.

Enfin, l'Assurance Maladie approfondira et enrichira son offre de services en ligne.

2.1. Fluidifier les changements de situation

Afin de veiller à la continuité des droits de ses assurés, l'Assurance Maladie mettra en place une gestion préventive des situations potentielles de rupture : fin des études, premier emploi, changements de régime et de caisse, déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Elle améliorera en outre la gestion de deux démarches particulièrement importantes pour ses assurés :

- double rattachement des enfants sur le compte des parents, en veillant notamment à la bonne inscription des données nécessaires au bon remboursement ;
- enrichissement du parcours attentionné relatif aux déménagements.

Afin de simplifier ces processus, les systèmes d'information devront être adaptés pour automatiser les procédures et en fiabiliser le traitement. L'enrichissement des informations utiles (notamment adresse e-mail et numéro de téléphone) permettra en outre de faciliter les contacts dans l'actualisation des dossiers. L'outil de gestion de la relation client intègrera les données nécessaires à une gestion proactive des étapes importantes de la vie de l'assuré (par exemple suivre le processus d'édition de la carte vitale). Le dossier assuré sera en outre enrichi par des données qualitatives relatives à l'adhésion aux services en santé offerts par l'Assurance Maladie.

2.2. Réduire la complexité par des évolutions réglementaires

L'Assurance Maladie s'inscrit dans le cadre de la politique de modernisation et de réforme de l'Etat. Une simplification bien conduite permettrait en effet de raccourcir les délais de traitement et d'améliorer la qualité de la gestion des dossiers afin de renforcer l'accès aux droits et la satisfaction des assurés et serait un vecteur d'efficacité interne dans les délais de traitement et dans l'efficacité du traitement des démarches des assurés. C'est pourquoi l'Assurance Maladie sera force de proposition en identifiant des simplifications en matière de gestion des droits, de prestations en espèces et de règles relatives aux pièces justificatives.

➤ Gérer plus efficacement les droits à l'assurance maladie

Concernant la gestion des droits, l'Assurance Maladie s'inscrit pleinement dans les objectifs de la réforme réglementaire de 2007 :

- vérifier le respect de la condition de résidence régulière sur le territoire ;
- mieux détecter certaines situations de droits contributifs (CMU de base soumise à cotisation).

Elle poursuivra ce double objectif en intégrant l'exigence de proportionnalité des démarches demandées aux assurés (absence de mobilisation annuelle de l'ensemble des assurés). Elle mettra en œuvre un dispositif pragmatique tirant les conséquences de l'universalisation des droits issue de la loi relative à la CMU tout en veillant à identifier les assurés susceptibles de ne pas remplir les conditions d'ouverture des droits, notamment grâce au développement des échanges automatisés (avec la DGFIP). Les situations susceptibles de donner lieu à fermeture des droits (fin de la résidence en France) ou susceptibles de justifier d'une contribution financière au régime d'assurance maladie (déclaration de revenus au titre d'une situation n'ouvrant pas droit à l'assurance maladie), donneront lieu à réexamen systématique.

Elle renforcera en outre sa prise en compte des situations professionnelles difficiles ou interrompues par un développement des échanges permettant d'assurer la continuité des droits en cas de rupture d'emploi (échanges avec Pôle Emploi notamment...) et formulera des propositions réglementaires permettant de mieux faire face à la réalité des aléas professionnels des assurés.

➤ Simplifier la gestion des prestations en espèces

Le calcul des prestations en espèces est très complexe et se fonde sur des modalités de calcul différentes selon qu'il s'agit d'indemnités journalières maladie, maternité ou accident du travail/maladie professionnelle, ce qui est source de complexité (différences quant à l'assiette, au salaire et à la période de référence pris en compte). Les situations de chômage, d'employeurs multiples, d'intérim complexifient encore la gestion des situations.

L'Etat et l'Assurance Maladie proposeront donc des évolutions dans les modes de calcul des prestations en espèces afin de les rendre plus lisibles et plus cohérents, en analysant notamment l'impact d'une harmonisation des modalités de calcul (assiette, salaire et périodes de référence).

Dans l'attente de ces évolutions réglementaires, l'Assurance Maladie proposera les modalités selon lesquelles un dispositif d'avance adapté, permettant de limiter l'impact pour l'assuré d'une trop longue absence de revenus, pourrait être mis en place. Elle sensibilisera également les entreprises sur la nécessité d'une transmission rapide de l'attestation patronale.

➤ Alléger le traitement des pièces justificatives

L'Assurance Maladie étudiera les modalités selon lesquelles les pièces justificatives, y compris les ordonnances, pourraient être dématérialisées (conditions de valeur probante, conditions de création et d'acceptabilité, modalités de dématérialisation), ainsi que les risques et avantages induits, en vue d'une éventuelle généralisation.

2.3. *Enrichir les services en ligne*

L'Assurance Maladie poursuivra le développement de ses services en ligne. Elle s'appuiera sur le caractère interactif de ces services pour optimiser la gestion des délais de traitement en permettant à l'assuré d'activer directement des téléprocédures (à terme commande de la carte vitale, édition de l'attestation de droits...).

Elle offrira à ses assurés la possibilité de suivre en ligne les principales étapes de démarches fréquentes (renouvellement de la carte vitale, traitement de l'indemnisation d'un arrêt de travail,...).

Cette démarche sera renforcée par :

- une amélioration de la lisibilité des informations relatives aux remboursements ;
- une mise en ligne des informations relatives aux relations avec la complémentaire santé ;
- un dispositif de simulation du montant de l'indemnisation des arrêts de travail.

Les relations seront facilitées grâce à la possibilité de contacter sa caisse par courriel mais aussi de trouver la réponse aux questions les plus fréquentes (FAQ, conseiller virtuel).

Enfin, les services en ligne seront enrichis par une offre étoffée de conseils en prévention.

2.4. *Développer des offres plus intégrées*

L'Assurance Maladie enrichira sa politique de développement de « parcours attentionnés en offrant à l'assuré aux moments clés de sa vie un service global portant sur les dimensions administrative, sociale ou médicale. Cette offre intégrera des services en santé, des services d'information, de conseil, de prévention et de remboursement.

L'Assurance Maladie développera ces « parcours usager » : premier emploi salarié, maintien à domicile, situation de perte d'un proche...dans le cadre d'un plan à trois ans. Un enrichissement de ces parcours pourra être proposé à l'issue de leur évaluation.

L'Assurance Maladie veillera enfin à intégrer dans son offre les projets d'automatisation ou de simplification engagés par ailleurs (déclaration sociale nominative, mon service public) afin d'optimiser le service aux assurés.

La qualité de service concerne l'ensemble des publics de l'assurance maladie. La contractualisation avec le réseau comme avec les délégataires de gestion déclinera en conséquence les objectifs et engagements développés dans le présent chapitre.

3. ACCOMPAGNER PROACTIVEMENT L'ASSURE TOUT AU LONG DE SA VIE PAR DES SERVICES EN SANTE INTEGRES ET EFFICIENTS

Afin de mieux répondre aux attentes de ses assurés, l'Assurance Maladie poursuivra l'enrichissement de ses services par la poursuite du développement de services en santé. Sa politique de service appuiera sa politique de gestion du risque en accompagnant l'assuré, acteur de sa santé. Elle amplifiera l'action menée au cours de la précédente COG sur trois axes plus spécifiques.

3.1. *Faciliter l'orientation dans le système de soins*

L'Assurance Maladie a mis à disposition de ses assurés des données tarifaires et géographiques relatives à l'offre de soins. Elle enrichira et améliorera l'information fournie sur ameli-direct au cours de la prochaine COG (cf. chapitre 1) notamment en proposant des informations relatives au coût, à la qualité et à la sécurité de l'offre hospitalière publique et privée. Cette information sera également disponible dans les accueils physiques et par téléphone.

Elle permettra en outre l'accès de ses assurés aux référentiels de bonne pratique validés par la HAS, pour faciliter leur dialogue avec les professionnels de santé qui les prennent en charge (cf. chapitre 1).

3.2. *Accompagner l'assuré dans la préservation de son capital santé*

L'Assurance Maladie développera ses actions de prévention santé. Dans ce cadre, elle déploiera des services destinés à faciliter la gestion des examens et des actes de prévention (invitations, calendriers vaccinaux, dispositifs d'alerte et de relance) ; un espace personnel de prévention sera en outre être mis en place dans le compte afin de permettre à l'assuré d'organiser son suivi.

Afin de conforter son action de prévention (cf. chapitre 1), l'Assurance Maladie développera des programmes d'accompagnement au travers d'un conseil actif, d'un coaching ou d'une action d'éducation en santé, en mobilisant le service social des CARSAT, les référents des caisses primaires et les praticiens conseil.

Cette action s'appuiera sur l'information élaborée par les partenaires. Elle sera complétée d'un espace Internet consacré à la santé, présentant une information objective et validée (chapitre 1).

3.3. *Accompagner les parcours de soins*

➤ *Développer des services en santé au bénéfice des patients souffrant de pathologies chroniques en lien avec les professionnels de santé*

L'Assurance Maladie poursuivra le développement puis la généralisation du service Sophia d'accompagnement des patients chroniques en fonction des résultats de l'évaluation. Ce service sera complété par l'offre d'éducation thérapeutique, notamment celle mise en place dans les centres d'exams de santé. Elle expérimentera une offre de services similaire aux patients souffrant d'autres pathologies que le diabète, notamment les patients souffrant de troubles cardio-vasculaires et d'asthme (cf. chapitre 1).

➤ *Offrir un service personnalisé lors d'épisodes de soins aigus*

En cohérence avec sa politique de gestion du risque, l'Assurance Maladie développera une gamme de services en santé favorisant la qualité et la coordination des soins. Cette offre d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation permettra de réunir autour du patient, en fonction de son état de santé et des souhaits qu'il aura exprimés, les conditions sanitaires et sociales les plus favorables. Cette offre permettra une mise en relation des professionnels intervenant autour du patient, dans le respect des prérogatives de chacun et en tenant compte des initiatives existantes lorsqu'elles sont pertinentes (réseaux de santé...). Dès 2010, une expérience sera mise en place pour accompagner la sortie de maternité.

4. ASSURER UNE RELATION DE SERVICE DE PROFESSIONNEL A PROFESSIONNEL AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Outre ses actions de maîtrise médicalisée, l'Assurance Maladie assure auprès des professionnels de santé une mission de service, dans un contexte en pleine évolution (démographie des professions de santé, mutation de leurs attentes et modes de vie). L'Assurance Maladie se doit de les accompagner dans les changements de leur mode d'exercice et de leur pratique médicale et administrative.

4.1. *Structurer la relation de service avec les professionnels de santé*

➤ *Faciliter la gestion quotidienne*

L'Assurance Maladie développera des actions permettant de faciliter la gestion de l'activité quotidienne des professionnels de santé pour prendre en compte les attentes fortes qu'ils expriment à son égard.

Dans ce cadre, elle optimisera le traitement de leurs flux et en améliorera le suivi partagé:

- par le traitement structuré des rejets et signalements ;
- par la mise à disposition d'une analyse individualisée des résultats et d'un accompagnement.

Elle renforcera la démarche de dématérialisation, en application des engagements conventionnels.

L'Assurance Maladie s'engagera à faciliter les contacts des professionnels de santé par l'identification d'un contact rapide et personnalisé tant avec la caisse primaire qu'avec le service du contrôle médical. Dans ce cadre, la mise en place d'un interlocuteur unique, dans une logique de « grands comptes », sera expérimentée pour certaines professions.

➤ ***Renforcer les services attentionnés lors des moments clés de la vie professionnelle***

L'Assurance Maladie développera et enrichira l'offre de service attentionné mise en place au cours de la précédente convention d'objectifs et de gestion pour les médecins:

- en l'étendant à d'autres situations : remplacement, passage en cabinet de groupe, voire cessation d'activité ;
- en le proposant à d'autres professions de santé.

D'autres accompagnements pourront être proposés lors d'évolutions ayant un impact significatif pour la pratique :

- modifications réglementaires significatives ;
- changements techniques significatifs, telles que des migrations importantes sur le poste de travail.

4.2. Améliorer l'efficience de la relation avec les professionnels de santé

➤ ***Enrichir l'offre de services à destination des offreurs de soins***

Lors de la précédente convention d'objectifs et de gestion, l'Assurance Maladie a développé et déployé une offre de services en ligne facilitant la gestion administrative de leur activité et les accompagnant dans leur pratique professionnelle, concrétisée par un premier déploiement de services sécurisés (« espace pro » permettant notamment l'élaboration en ligne des protocoles de soins ALD et celle des avis d'arrêt de travail).

L'Assurance Maladie poursuivra son action de conviction visant à rechercher l'adhésion du plus grand nombre de professionnels de santé. Elle enrichira cette offre en collaboration avec les autres régimes pour :

- aider le professionnel dans la prise en charge et l'orientation de ses patients dans les dimensions médicale, sociale et administrative ;
- faciliter sa relation contractuelle avec l'Assurance Maladie, notamment par le suivi des indicateurs du CAPI ;
- mieux intégrer ces services dans le fonctionnement de l'informatique métier du professionnel ;
- mettre à sa disposition des bases d'information adaptées à ses besoins, notamment en matière réglementaire.

La refonte d'espace pro et du compte PS permettra de disposer d'un portail d'accès unique.

Cette offre de service en ligne présentera également un volet en faveur de la qualité et de la coordination des soins (informations patient nécessaires à la coordination des soins, suivi du plan de soins, référentiels de bonne pratique, conditions de prise en charge).

L'offre de services en ligne destinée aux établissements sera enrichie, à l'instar des services proposés aux professionnels libéraux, en l'adaptant aux spécificités des établissements. Une réflexion sera engagée pour fédérer ces outils dans un portail.

➤ ***Accompagner les professionnels dans l'usage des services dématérialisés***

L'Assurance Maladie poursuivra son action de promotion de l'usage de la dématérialisation auprès des professionnels de santé. Afin de faciliter l'accès des professionnels de santé aux services dématérialisés et d'en fidéliser l'usage, les conseillers informatiques service délivreront :

- une information sur les services en ligne existants et à venir ;
- une information sur les conditions d'équipement et les normes logicielles et matérielles relatives à l'informatisation du cabinet.

Ils compléteront le soutien apporté par la hotline téléphonique sur les problèmes d'ordre technique.

La CNAMTS évaluera l'opportunité d'une organisation par « portefeuille de clientèle » et les modalités d'articulation avec l'assistance téléphonique.

5. STRUCTURER LA RELATION AVEC LES EMPLOYEURS

L'hétérogénéité des besoins des entreprises liés notamment à leur taille ou à leur secteur d'activité doit être mieux prise en compte par l'Assurance Maladie pour adapter les services offerts aux entreprises par un réseau unique, qui couvre les risques maladie et accidents du travail / maladies professionnelles.

Le développement de ces services s'appuiera sur les interfaces porteuses d'efficience collective (EDI to EDI, acquisition de données à la source) mais aussi sur l'émergence d'actions d'accompagnement spécifiques, qu'il s'agisse du maintien dans l'emploi, de la santé au travail ou des conditions d'emploi qui exigent une intervention intégrée sur l'ensemble des risques couverts par le réseau de l'Assurance Maladie.

5.1. Enrichir l'offre de services en ligne

L'Assurance Maladie a construit une offre de services en ligne diversifiée, en synergie avec le portail net-entreprise, permettant la dématérialisation de l'attestation de salaire, la déclaration d'accident du travail en ligne et le suivi du compte employeur pour le risque professionnel.

La CNAMTS mettra en place une stratégie ambitieuse de développement de l'usage de cette dématérialisation auprès des employeurs.

Elle amplifiera la démarche par la proposition de services dématérialisés adaptés aux spécificités des différentes typologies d'entreprises :

- mise en place d'un portail fédérateur ;
- analyse de l'inscription à EDI net entreprises pour faciliter les démarches des employeurs multi-établissements ;
- étude du développement de nouveaux services en ligne : suivi des indemnités journalières subrogées et développement de téléprocédures (changement de domiciliation bancaire, détachements de salariés dans l'Union Européenne).

Le service pourra être complété par la création d'un espace sécurisé pour l'employeur permettant de proposer la dématérialisation des notifications (par exemple pour le taux de sinistre).

5.2. Mieux coordonner l'offre de l'Assurance Maladie

Les entreprises nouent des relations avec une pluralité d'interlocuteurs de l'Assurance Maladie (CPAM, services de prévention du risque professionnel des CARSAT, service médical). L'Assurance Maladie veillera à mieux coordonner leur intervention, en s'appuyant dans le cadre de la coordination régionale de la gestion du risque sur les ressources de pilotage des CARSAT.

L'Assurance Maladie mettra en œuvre des modalités de déploiement des points de contact dédiés aux entreprises en tenant compte des thèmes d'intervention et de la taille des entreprises, notamment pour une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des grandes entreprises mais aussi des TPE-PME ainsi que leurs partenaires – experts comptables notamment.

5.3. Mieux accompagner les employeurs dans le cadre des actions de maîtrise médicalisée dédiées

L'Assurance Maladie a expérimenté, en 2009, des actions de maîtrise médicalisée spécifiques à destination des employeurs pour leur permettre de disposer d'une analyse sur leur profil d'absentéisme et leurs éventuelles atypies par rapport aux entreprises de taille et de secteur d'activité similaire. Cette démarche sera poursuivie, sous le pilotage du directeur de la CARSAT, dans le cadre des missions de prévention de la CARSAT, auprès des entreprises volontaires pour bénéficier de ce service. Les analyses tiendront compte de la taille des entreprises, de leur secteur d'activité et de la situation régionale. Les résultats feront l'objet d'un examen par les commissions compétentes du conseil de la CNAMTS.

L'Assurance Maladie enrichira également son offre auprès des entreprises en faveur de la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés.

5.4. Mieux informer les employeurs sur les services facilitateurs

L'Assurance Maladie s'appuiera sur les expérimentations de plateformes employeurs pour évaluer l'opportunité de généraliser ce service.

Point d'entrée unique de l'Assurance Maladie, les plateformes regroupent les compétences des CARSAT et des CPAM pour offrir aux entreprises une information dédiée notamment sur :

- le règlement des indemnités journalières subrogées ;
- la reconnaissance des accidents du travail ;
- la tarification du risque professionnel ;
- les services de prévention ;
- le développement des téléservices.

Développer l'efficacité de la branche

La mise en œuvre des objectifs de gestion du risque et de service ainsi que la prise en compte des évolutions législatives et réglementaires à venir impliqueront la poursuite du renforcement de l'efficacité de l'Assurance Maladie. Elles nécessiteront, dans un contexte budgétaire contraint, une grande précision dans l'exécution des actions et l'optimisation de l'utilisation des moyens pour consolider la qualité de service obtenue tout en élargissant l'offre.

Elle s'appuiera sur les acquis de la précédente convention d'objectifs et de gestion:

- Une organisation du réseau reposant sur un nouveau maillage territorial après fusions de 48 caisses et d'autant d'ELSM, une démarche de mutualisation cohérente et une réorganisation du travail par processus (dans les CPAM) et par pôle (dans les DRSM).
- Une politique des ressources humaines volontariste fondée sur un premier schéma directeur des ressources humaines pour la branche ;
- Le développement d'une gestion plus responsable et plus durable, autour d'une politique de développement social et d'une amélioration de la performance écologique.

C'est pourquoi l'effort d'efficacité sera poursuivi en s'appuyant à la fois sur une vraie modernisation de l'outil informatique, une optimisation des organisations et sur des simplifications administratives. Ces évolutions ne seront rendues possibles qu'avec une forte mobilisation des personnels qui devra être accompagnée par une politique de ressources humaines adaptée.

1. POURSUIVRE L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE

1.1. Conforter la structuration du réseau

➤ Consolider le nouveau maillage territorial

Les fusions engagées au cours de la précédente convention doivent permettre de mieux garantir l'homogénéité des pratiques et l'équité du traitement des usagers sur le territoire tout en assurant une meilleure continuité d'activité pour les organismes de plus petite taille, dans le respect de la politique de proximité.

Les nouvelles CPAM et échelons du service médical ont été mis en place au 1^{er} janvier 2010. Les opérations de fusion informatique et la mise en place d'une politique RH seront menées à bien sur cet exercice. Les deux premières années de la COG seront consacrées à la mise en œuvre d'organisations du travail plus efficaces, élaborées par les équipes locales. Dans ce cadre l'accompagnement du personnel aura une place particulièrement importante.

➤ Rationaliser l'organisation de la fonction informatique pour mieux répondre aux enjeux de la branche

Pour répondre aux nouveaux enjeux de la gestion du risque et de la politique des services, l'Assurance Maladie élaborera un schéma directeur des systèmes d'information, soumis à l'approbation des services de l'Etat avant la fin de l'année 2010, en vue de mieux prendre en charge les évolutions attendues en gestion du risque comme sur le service, tout en favorisant des gains de productivité. En parallèle, une évolution de l'implantation des sites et une organisation renouvelée des compétences, devront être définies avec l'ensemble des acteurs.

➤ ***Renforcer la coordination régionale de la gestion du risque***

Depuis 2006, le Directeur Général de la CNAMTS a confié à un directeur la fonction de coordination régionale de la gestion du risque, conformément aux compétences qui lui sont dévolues par la loi et aux orientations adoptées par le conseil.

Cette organisation nécessite d'être davantage structurée, notamment dans la perspective de l'organisation du dialogue avec le directeur général de l'ARS prévu par la loi HPST et le décret du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque.

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie fait évoluer cette mission pour en faire une véritable direction régionale de la coordination de la gestion du risque et la lutte contre la fraude, reposant sur un pilote, le directeur coordonnateur de la gestion du risque, qui s'appuiera sur un groupe de pilotage représentatif des compétences du réseau (DRSM, CARSAT et CPAM). Elle est chargée de coordonner l'activité dans ces domaines de l'ensemble des services et organismes du régime général, et singulièrement de mettre en œuvre, dans le cadre du projet régional de santé adopté par l'ARS et du programme pluriannuel régional de gestion du risque qui lui est annexé, les programmes nationaux de gestion du risque et de lutte contre la fraude ainsi que des actions régionales complémentaires.

Le directeur coordonnateur assurera le pilotage et la coordination du réseau pour la contractualisation avec le DG ARS prévue à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique ainsi que l'évaluation de ces actions avec le DG ARS au sein de la commission régionale de gestion du risque.

Dans le même esprit, le directeur coordonnateur travaille en partenariat étroit avec les représentants régionaux des deux autres régimes membres de l'UNCAM. Les coordonnateurs régionaux assureront selon des modalités adaptées une bonne information de l'ensemble du réseau du régime général et notamment des membres des conseils concernés.

1.2. Optimiser l'organisation collective

La dynamique de mutualisation engagée par l'Assurance maladie en 2005 sera poursuivie et amplifiée. L'analyse des diagnostics régionaux permettra de définir le portefeuille d'activités dans lequel les régions devront puiser en fonction de leur contexte pour accroître l'efficacité de la branche et la qualité du service rendu dans des conditions optimales pour les usagers et les organismes. Chaque organisme retiendra annuellement deux choix de mutualisation, sauf exception liée au contexte local ou régional.

L'Assurance Maladie développera en outre des processus médico-administratifs transversaux pour une meilleure réponse aux exigences de gestion du risque et aux attentes des publics. Un travail de révision sera mené pour éliminer les redondances, réduire les délais et simplifier les procédures afin d'optimiser les processus, dans le respect du secret médical et des compétences de chacun.

Pour trouver leur pleine expression en termes d'efficacité, il est souhaitable que ces efforts soient relayés par une politique de simplification administrative adéquate.

La recherche d'une plus grande efficacité de l'organisation (caisse nationale, service médical, caisses) sera favorisée par une meilleure connaissance des coûts grâce à l'appropriation des nouveaux outils mis en place pendant la précédente COG.

L'ensemble des organismes et services s'est engagé dans une démarche de certification qui a contribué au renforcement de la qualité du service et à la maîtrise des risques. L'Assurance Maladie harmonisera les périmètres et les démarches de certification des organismes permettant au terme de la COG d'envisager une certification du réseau.

La recherche d'efficacité conduira également poursuivre la politique de mutualisation des achats.

1.3. Capitaliser sur les nouvelles technologies

Les téléservices permettent aux publics de l'Assurance Maladie de gérer directement les démarches les plus fréquentes : édition de documents en ligne, saisie ou fourniture d'informations sous forme dématérialisée. Des automatisations de traitement et des échanges directs entre systèmes (EDI to EDI) contribueront à accélérer le processus.

La dématérialisation des documents papier reçus par l'Assurance Maladie sera poursuivie à partir du déploiement de l'outil de gestion électronique des documents (GED) et de workflow DIADEME. A titre complémentaire et plus limité, le champ de la lecture assistée de documents (LAD) sera élargi à des prestations encore liquidées manuellement. Dans le même temps, un effort sera réalisé tant sur l'injection dans les outils de production de données dématérialisées adressées par nos partenaires que dans l'outil diadème.

L'accès à de nombreux services sera renforcé par le déploiement de bornes multiservices multipartenaires dans les organismes, en façade et dans des lieux extérieurs, qui permettront d'offrir un service complémentaire à celui délivré par les accueils physiques.

Ce développement devra s'accompagner des simplifications administratives nécessaires, singulièrement de la prise en compte des pièces justificatives dématérialisées.

Enfin, l'optimisation de l'éditique sera poursuivie grâce à une industrialisation des impressions et des courriers sortants.

Ces évolutions seront rendues possibles par l'adaptation du système d'information permettant de faciliter les démarches des publics tout en allégeant la gestion interne des processus : prise en compte sans ressaisie des informations dématérialisées, simplification de la gestion des mutations notamment.

2. DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES ADAPTEE AUX ENJEUX DE L'ASSURANCE MALADIE

Le contexte de départs à la retraite conjugué aux évolutions du métier nécessite :

- d'approfondir la politique de recrutement en veillant à une bonne transmission des compétences
- de favoriser la politique de mobilité fonctionnelle conforme aux aspirations des salariés et aux besoins de l'assurance maladie.

. Cette politique bénéficiera du déploiement d'un système d'information des ressources humaines renouvelée. Elle prend en compte les responsabilités sociales de l'employeur.

2.1. Approfondir une politique de recrutement, de formation et de mobilité interne en faveur des parcours professionnels

➤ Identifier les profils internes adaptés aux nouveaux métiers de l'Assurance Maladie

L'expérience acquise par le réseau pour définir des parcours professionnels dynamiques et mettre en regard les profils de compétence nécessaire sera encore enrichie.

Au cours de la convention d'objectifs et de gestion 2010-2013, on ne pourra faire l'économie d'une réflexion de l'évolution à moyen terme des métiers de l'assureur solidaire. Un effort particulier sera porté sur les métiers de la relation avec les assurés, les professionnels de santé et les employeurs (accueil téléphonique, accueil physique, gestion de la réponse aux courriels...), les métiers des services en santé et les métiers du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude.

Avec l'émergence de ces besoins nouveaux, la CNAMTS poursuivra sa politique d'orientation des pratiques de rémunération mises en œuvre par les organismes du réseau, notamment pour les nouveaux métiers.

Les recrutements à venir s'insèrent dans un contexte d'évolution des missions et d'émergence de nouveaux métiers. La politique de ressources humaines de la branche prendra en compte ces évolutions, dans une logique de construction de parcours professionnels adaptés. Elle devra permettre de concentrer le travail des praticiens conseils sur les actions à réelle valeur ajoutée médicale en favorisant la délégation de tâches et de développer des parcours de carrières pour les nouveaux métiers de la branche, à l'instar des professionnels paramédicaux.

➤ ***Favoriser la mobilité, notamment interne, et les formations qualifiantes***

L'Assurance Maladie s'engagera dans une politique de mobilité interne dynamisée, soutenue par une politique de formation adaptée sans se priver de rechercher des compétences dans l'inter branches. Dans ce cadre, la caisse nationale mettra à disposition du réseau les outils nécessaires (référentiels de compétences, quantification des besoins, identification des parcours professionnels et les passerelles) et adaptera l'offre de formation pour la rendre conforme aux besoins d'évolution professionnelle de ses salariés et aux besoins des organismes. Les expériences de télétravail seront évaluées en appréciant la valeur ajoutée pour le service public et pour ses salariés, en cohérence avec les réflexions menées en interbranche dans le cadre de l'UCANSS. Ceci pourrait permettre de disposer d'une offre spécifique et dans le cadre du développement d'une politique socialement responsable et compte tenu de l'évolution de ses schémas d'implantation.

➤ ***Définir une stratégie de recrutements externes et de parcours professionnels adaptée***

La technicité de certaines compétences implique une politique adéquate de recrutements externes. Les perspectives de généralisation de sophia et d'extension de ce service, dans les conditions prévues au chapitre 1, impliquent de déployer une démarche adaptée de recrutement.

Concernant les praticiens conseil, la CNAMTS renforcera les partenariats engagés avec les facultés de médecine afin de mieux faire connaître aux étudiants en médecine les opportunités offertes par ce métier.

D'autres métiers nécessiteront aussi plus particulièrement l'apport de compétences externes : les compétences des contrôleurs de gestion, des statisticiens et des juristes notamment seront recherchées sur le marché de l'emploi et dans les écoles et universités.

Plus généralement, c'est l'ensemble des missions de l'Assurance Maladie qui devra bénéficier de nouvelles compétences, notamment dans le recrutement des techniciens de production. C'est pourquoi, en cohérence avec l'action engagée par l'UCANSS en ce domaine, l'Assurance Maladie développera sa communication employeur pour mieux faire connaître la grande diversité ses parcours professionnels.

➤ ***Renforcer la politique de gestion et de développement des équipes dirigeantes et des hauts potentiels***

La mutation des organisations, l'appropriation d'une culture de résultats et les exigences accrues de nos publics en termes de qualité et d'efficacité du service contribuent à une forte sollicitation des équipes de direction. Celles-ci doivent pouvoir bénéficier de parcours professionnels leur permettant d'acquérir des expériences variées et de renforcer la diffusion des bonnes pratiques entre organismes.

C'est pourquoi la caisse nationale renforcera sa connaissance et son suivi des hauts potentiels afin de leur proposer des évolutions et un dispositif d'accompagnement dynamique en cohérence avec les travaux en cours au sein de l'UCANSS.

2.2. Déployer un nouveau système d'information des ressources humaines

Un nouveau système d'information des ressources humaines (SIRH) a été construit autour de plusieurs modules au cours de la précédente convention d'objectifs et de gestion.

Ces nouveaux applicatifs seront déployés dans l'ensemble du réseau à l'issue de la phase d'expérimentation et permettront à l'Assurance Maladie de disposer d'un SIRH rénové à l'issue de la convention d'objectifs et de gestion.

2.3. *Développer une pratique de rémunération adaptée pour le réseau de l'Assurance Maladie*

Dans le cadre de la politique conventionnelle définie au sein de l'UCANSS, l'Assurance Maladie consolidera ses orientations au réseau en matière de pratiques de rémunération au travers de préconisations claires pour permettre aux directeurs d'organisme de mettre en œuvre les pratiques les plus harmonisées possible au sein de la branche en tenant compte des éléments contextuels

Deux méthodes de pesée des emplois font l'objet d'expérimentations. Fondées sur des critères de difficultés et de compétences, elles permettent de mieux comparer les emplois et les rémunérations correspondantes, dans le respect de la politique conventionnelle définie au sein de l'UCANSS. Sur la base d'expérimentations, la CNAMTS proposera aux organismes un outil de référence permettant de mieux peser les emplois au sein de la branche.

Ces orientations auront une importance particulière dans le cas des nouveaux métiers. La diffusion de référentiels de compétence s'accompagnera de cibles de rémunération travaillées avec le réseau.

3. PROMOUVOIR UNE GESTION RESPONSABLE ET DURABLE

En cohérence avec le plan cadre développement durable 2010-2014 de l'Institution et les accords conventionnels, l'Assurance Maladie poursuivra son engagement dans une politique de gestion responsable et durable.

3.1. *Consolider la responsabilité sociale de l'employeur*

L'Assurance Maladie s'est engagée dans la démarche en faveur du volet social du développement durable. Un partenariat rapproché avec la branche Retraite a permis d'identifier et de diffuser les bonnes pratiques de leurs réseaux. Ces démarches doivent être approfondies.

La démarche socialement responsable, notamment à l'égard des salariés seniors ou en situation de handicap, sera pleinement intégrée dans les pratiques de recrutement, de formation et de promotion. Les pratiques de recrutement seront revisitées en privilégiant les compétences et savoir faire. Un partenariat sera mené avec Pôle Emploi pour labelliser des tests de recrutement adaptés aux besoins de l'Assurance Maladie. La politique de formation intègrera une réflexion sur l'accès à la formation des salariés les plus âgés ainsi que de ceux en situation de handicap. La CNAMTS s'engage, à améliorer encore le taux d'emploi des personnes en situation de handicap et de veiller à l'employabilité des seniors.

La lutte contre les discriminations constituera une autre priorité d'action pour la période 2010-2013. Elle offrira, par le biais des contrats de professionnalisation, l'opportunité à des jeunes non diplômés de bénéficier d'opportunités de formation et de parcours professionnels. Les organismes peuvent bénéficier de l'expérience développée dans certaines circonscriptions de l'assurance maladie à forte densité de population fragilisée.

Enfin, l'Assurance Maladie évaluera régulièrement les conditions de réalisation de l'égalité professionnelle entre hommes et femmes pour estimer les progrès réalisés et les marges de perfectionnement.

L'Assurance Maladie mettra en œuvre une démarche de prévention des risques psychosociaux. Elle s'attachera tout particulièrement à éviter ou à résoudre les situations de difficulté que pourraient rencontrer certains salariés dans l'évolution de l'organisation du travail.

La prévention sera renforcée par :

- la mise à disposition d'outils d'analyse permettant aux directeurs de réaliser un diagnostic partagé et
- la diffusion d'un guide permettant la construction d'un plan global de prévention des risques psychosociaux.

3.2. Poursuivre et amplifier une politique immobilière dynamique

La politique immobilière de l'Assurance Maladie représente un levier important pour l'amélioration de la qualité du service et l'évolution des organisations. C'est un outil indispensable pour la réalisation du projet d'entreprise.

Elle doit par ailleurs faire une synthèse réaliste entre les exigences de maîtrise des coûts d'investissement et de fonctionnement, et le souci de l'impact environnemental. Dans ce cadre la rationalisation des surfaces sera accélérée.

➤ Redéployer des ressources immobilières en fonction des besoins actualisés du réseau

La CNAMTS dispose d'un outil de recensement analytique du patrimoine (RAPSODIE). L'Assurance Maladie s'engage à mettre en 2010 cet outil à disposition des autres branches et régimes, ce qui facilitera l'homogénéisation des données transmises à l'UCANSS et la mutualisation des développements informatiques.

Dans le cadre de l'objectif de densification de l'occupation du parc immobilier, la CNAMTS visera le respect du ratio appliqué dans les services de l'Etat (12 m² SUN/poste de travail). Cette démarche sera intégrée dans l'actualisation des SDIL des caisses dans les six mois suivant la signature de la COG.

Enfin, une attention particulière sera portée au renouvellement des baux de location, en intégrant une phase de renégociation des tarifs lors des renouvellements.

➤ Réhabiliter le parc immobilier et intégrer les exigences du développement durable

57% du patrimoine immobilier de l'Assurance Maladie est constitué de bâtiments datant de plus de 30 ans, et des besoins importants de rénovation subsistent.

Les arbitrages privilégieront les travaux de sécurité des personnes et des biens et de mise aux normes des éléments indispensables au fonctionnement des organismes.

Les travaux engagés devront en outre permettre de poursuivre l'effort engagé depuis la loi de 2005 pour veiller à l'accessibilité de tous les locaux aux personnes à mobilité réduite en 2015.

Ils devront permettre également de poursuivre la politique de réduction des consommations d'énergie par des travaux d'isolation du clos et du couvert et par des programmes de construction répondant aux exigences HQE ou BBC.

Concernant l'immobilier locatif, une expertise préalable de la performance énergétique des bâtiments offerts à la location sera systématiquement demandée avant toute signature de nouveau bail afin de limiter la location de bâtiments à performance énergétique insuffisante.

➤ Poursuivre l'accompagnement de la restructuration des accueils

L'Assurance Maladie dispose d'un réseau présent sur l'ensemble du territoire, avec 2800 points d'accueil. Elle mènera, concernant ses lieux d'accueil du public, une politique cohérente avec la politique d'aménagement du territoire qui vise au maintien d'une offre en adéquation des besoins, notamment dans les zones rurales et périurbaines fragilisées. Cette politique, pour s'inscrire dans la durée, doit tenir compte des évolutions prévisibles du tissu local et du bassin de vie.

Au cours des années précédentes, l'Assurance Maladie a conforté le développement de lignes d'accueil organisées selon trois niveaux qualitatifs :

- un premier niveau de libre service grâce à des bornes automatés ;
- un deuxième niveau d'accueil rapide ;
- un troisième niveau d'accueil personnalisé.

Cette politique d'adaptation des lieux d'accueil et des points de contact sera poursuivie, avec comme objectif prioritaire l'adaptation progressive de tous les points d'accueils principaux à ces normes d'organisation.

3.3. Pérenniser la démarche de développement durable pour une entreprise éco-responsable

L'Assurance Maladie contribue fortement à la démarche de développement durable dans l'exercice de ses métiers : développement de la dématérialisation et réduction du nombre de feuilles de soins papier, possibilité pour les assurés d'opter pour le relevé de prestations en ligne notamment mais aussi préconisations sur l'efficacité de la prescription médicamenteuse.

Dans ce cadre, elle veillera à renforcer cette démarche de développement durable, grâce à une gestion dynamique de projet national relayé par son réseau de référents au sein des organismes, en cohérence avec le plan cadre institutionnel.

Les indicateurs environnementaux font l'objet d'un suivi régulier par le biais de l'outil interbranches PERL'S (Plan d'éco-responsabilité local et social). La CNAMTS veille tout particulièrement au respect de l'objectif prévu de réduction des consommations d'énergie. Elle initiera également une démarche de bilan carbone. L'ensemble du personnel sera associé à la démarche grâce à des actions de communication ciblées.

Dans cette même optique, l'Assurance Maladie veillera à insérer des clauses environnementales et sociales dans les marchés.

Elle s'attachera à réduire les déplacements et favoriser la mobilité durable. Elle ajustera en conséquence la taille de sa flotte de véhicules et privilégiera les véhicules propres et le recours aux visioconférences.

4. RENFORCER LA MODERNISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION DE L'ASSURANCE MALADIE

Le système d'information de l'Assurance Maladie constitue un outil essentiel pour lui permettre de faire face aux nouvelles mesures de politiques publiques ainsi qu'aux orientations stratégiques de la branche et à l'évolution de ses métiers.

La période 2006-2009 a permis d'engager des évolutions importantes tant en termes technologiques et fonctionnels que d'organisation et de gouvernance : migration sous UNIX (projet RENO), mise en service du SNIIRAM, mise en place des téléservices dédiés aux assurés et aux professionnels de santé, intégration de régimes spéciaux, réorganisation de la gestion du portefeuille de projets et de la gouvernance de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre.

Les axes de progrès de la période 2010-2013 seront fondés sur la nécessité :

- de la poursuite de la transformation technologique pour permettre au système d'être plus réactif ;
- d'une poursuite du renforcement de la qualité des développements ;
- du renforcement accru de la gestion des ressources humaines et de la gestion des compétences ;
- d'une évolution dans les modalités de recours à la sous-traitance.

Le système d'information du régime général de l'Assurance Maladie doit mieux répondre aux attentes de l'ensemble des acteurs et des métiers dans un calendrier plus resserré. Il doit permettre l'accès à des données de qualité, disponibles et sécurisées, la mémoire et le suivi des parcours de soins et des pratiques, la mise à disposition de services et d'outils d'aide à la décision en ligne, la gestion de référentiels, une meilleure ergonomie, une offre de service multicanale, une réponse aux besoins de dématérialisation et une meilleure adaptabilité notamment face aux évolutions législatives et réglementaires.

4.1. Le programme fonctionnel

Le système d'information de l'Assurance Maladie devra répondre aux besoins, notamment pour les besoins prioritaires des métiers tant en matière de qualité de service que de gestion du risque. Il s'agira notamment de :

- la gestion individuelle des assurés, en intégrant la gestion des mutations et des doubles rattachements ;
- le développement des échanges de données avec les institutions partenaires, notamment pour la gestion des droits et la gestion de l'aide à la complémentaire santé ;
- le développement de l'offre Internet destinée aux assurés, aux employeurs, aux professionnels et établissements de santé notamment dans la mise à disposition d'espaces personnalisés sécurisés ;
- le développement des services dématérialisés : prescription dématérialisée, entente préalable en ligne, avis d'arrêt de travail en ligne, contrôle en ligne, protocole de soins électronique notamment ;
- l'amélioration de la gestion de la relation client ;
- l'amélioration de l'efficacité des processus métiers : gestion des prestations en nature et en espèces, notamment par la dématérialisation et l'automatisation du traitement des données ; services en santé ; facturation hospitalière ; gestion de la carte vitale 2 ;
- l'amélioration de l'ergonomie du poste de travail des salariés dans une logique de portail ;
- la valorisation du patrimoine informationnel ;
- l'amélioration du système d'information financier et comptable.

A plus court terme, certains projets, porteurs d'efficacité et de qualité de service devront être prioritairement menés : automatisation complète des processus (sans re-saisie), déploiement de la GED et de la LAD, liaisons médico-administratives, mise à disposition des attestations de droits en ligne. Concernant la gestion du risque, seront notamment développés le suivi des présences dans les établissements et en HAD, le suivi des transporteurs, la mise en œuvre de l'entente préalable sur la base de référentiels. Concernant l'informationnel, une meilleure intégration du PMSI dans le SNIIRAM sera poursuivie.

4.2. Le programme technologique

Les évolutions technologiques doivent permettre au système d'information de se montrer plus réactif et de porter les évolutions métier nécessaires.

Ainsi, en termes technologiques, le système d'information devra être orienté vers :

- une architecture modulaire, orientée sur la fabrication de services et utilisant les technologies Internet ;
- une infrastructure des téléservices modernisée, s'appuyant sur la généralisation des technologies des portails et permettant notamment de contribuer à la simplification du poste de travail ;
- une organisation des données plus cohérente pour une meilleure disponibilité ;

- un développement de la capacité de traitement de l'information en ligne et en temps réel ;
- un accroissement des échanges et de l'interopérabilité avec les partenaires (standards).

Les méthodes devront également répondre à l'ampleur des enjeux de la période ;

- des méthodes de développement rapides et interactives ;
- un renforcement de la qualité de la relation entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre dans une logique de partage de responsabilité ;
- des processus de fabrication et d'exploitation fondés sur les référentiels de bonnes pratiques (CObit, Cmmi, Itil...) ;
- une logique de progrès par palier ;
- des projets de refonte identifiés et préservés.

Ces ambitions supposeront un effort conséquent pour maintenir en conditions opérationnelles un système existant en risque d'obsolescence et pour gérer un équilibre entre des projets de court terme et de plus long terme.

4.3. Le programme des ressources et des compétences

De ce fait, une gestion des ressources adaptée et un recours au marché en complément des moyens et compétences internes seront nécessaires et la politique de moyens clairement dimensionnée au regard de cet effort pour aller vers une meilleure adéquation entre la capacité à faire et l'expression des besoins.

Malgré les progrès réalisés, les constats montrent encore :

- un besoin de pilotage des projets tant en termes de ressources humaines que financières et de délai ;
- la nécessité d'un recours pertinent à la sous-traitance, avec une politique de recours aux prestations intellectuelles qui doit être repensée et formalisée et un pilotage des activités externes qui doit être renforcé et adressé par des compétences internes spécifiques ;
- des compétences techniques et fonctionnelles, encore sous-dimensionnées par rapport aux besoins relatifs aux développements reposant sur les technologies internet, à faire progresser et à optimiser.

➤ Accroître le potentiel de développement

L'Assurance Maladie devra donc accroître son potentiel de développement. L'accroissement de cette capacité découlera d'une politique des ressources humaines internes à hauteur des enjeux et d'une stratégie de recours aux offres du marché. La « capacité à faire » tirera les enseignements de l'évolution de la conduite des projets au cours de la période antérieure, de la possibilité d'accroître le recours à la sous-traitance à partir de 2011, dans le cadre d'une politique de moyens reposant sur des modèles contractuels engageant fortement els partenaires sur des résultats et d'une plus grande efficacité dans le cadre d'un réajustement des processus de fabrication et de l'organisation de ces processus, y compris en termes d'organisation géographique.

L'Assurance Maladie identifiera, sur la base du modèle charges / ressources qui est en cours d'élaboration, les emplois sur lesquels un plan de recrutement interne sera mis en place, pour les quantifier et orienter ces recrutements vers les profils les plus à même d'accompagner une évolution des relations avec les prestataires externes (capacité à piloter des prestations tierces, culture forte de reporting, vision transverse, culture du processus).

Concernant les relations avec les prestataires externes, l'objectif est de faire évoluer les modèles contractuels dans le sens d'un plus fort engagement de la part des titulaires des marchés. Cette politique devra permettre d'accroître la capacité à conduire un plus grand nombre de projets et nécessitera de favoriser une évolution des compétences internes dans les domaines du pilotage et de l'expertise des technologies de pointe. Cette politique devra reposer sur un recours plus ciblé et plus lisible aux sociétés externes, en cohérence avec les processus internes de la CNAMTS, en distinguant notamment :

- les prestations relevant de l'assistance au pilotage du SI (conseil en gouvernance SI, assistance à maîtrise d'œuvre, expertise, audit...);
- les prestations constitutives d'une offre de service au bénéfice des maîtrises d'ouvrage (assistance à maîtrise d'ouvrage, tierce recette applicative);
- les prestations de maîtrise d'œuvre, différentes selon la nature et le degré d'engagement attendu (intégration de systèmes, ingénierie de systèmes, développements spécifiques au forfait, assistance technique applicative, tierce maintenance applicative, tierce qualification, tierce intégration, assistance technique infrastructure et systèmes...).

L'accent sera mis sur la réversibilité in fine, permettant le cas échéant de reprendre la compétence en interne (clauses ad hoc de réversibilité, audit des prestations délivrées, normalisation de la production en amont...). Enfin, la politique de partenariats externes doit produire un effet de levier pour l'élévation du niveau de maturité de l'Assurance Maladie vis-à-vis des référentiels de meilleures pratiques (CMMi, COBIT, ITIL...).

➤ ***Mener une réflexion globale sur l'organisation et les bonnes pratiques***

La réflexion permettant d'accroître la performance globale de l'organisation doit impliquer l'ensemble des acteurs concernés, dans le cadre d'un contrôle de qualité formel. Un plan d'action a déjà été engagé en ce sens. Toutefois, la distribution des compétences, notamment les plus porteuses, dans un réseau de structures de tailles inégales et implantées sur 25 sites géographiques représente un facteur de complexité dans la gestion des équipes et ne facilite pas la performance d'ensemble. Malgré les outils collaboratifs mis en place, les projets peuvent souffrir d'un manque de réactivité et d'optimisation du temps notamment dans les phases critiques des projets (conception, recette).

Au cours de la convention d'objectifs et de gestion 2010-2013, le projet d'organisation devra aborder de façon cohérente les préoccupations suivantes :

- faire évoluer les processus de fabrication pour les rendre plus industriels, en intégrant la gestion des compétences et en optimisant le dispositif logistique;
- optimiser l'utilisation des compétences en place en redéfinissant les périmètres de responsabilité, notamment en incluant mieux les CTI dans la gestion du système d'information;
- faire progresser les compétences des personnels de l'institution vers les technologies Internet et la capacité d'intégrer les acteurs externes.

Il conviendra notamment de concevoir et d'animer un dispositif de mobilité professionnelle et le cas échéant géographique, en cohérence avec les projets personnels des collaborateurs concernés. Un plan d'accompagnement individualisé doté d'outils adaptés pour favoriser la motivation et l'adhésion des salariés sera mis en place pour accompagner ce projet.

➤ ***Rationaliser et optimiser la production informatique***

Une réflexion stratégique a été menée lors de la précédente convention d'objectifs et de gestion. Le programme « services production informatique » (SPI) a débouché sur un nouveau modèle de production pour la période 2010-2013, dont les objectifs sont les suivants :

- Développer la réactivité de la production dans un cadre normalisé;

- Rechercher l'efficacité, la qualité et l'optimisation des coûts sur les moyens et sur l'organisation ;
- Se positionner de façon à offrir une infogérance ou un hébergement, notamment auprès des régimes spéciaux et SLM.

Le programme pourra s'organiser selon les principes directeurs suivants :

- Réorganisation de l'exploitation en centres de services partagés visant la spécialisation et la professionnalisation des centres sur la base d'une offre de service structurée, la rationalisation de chaque fonction ou service autour d'un nombre plus restreint de sites et d'un processus transverse, une fédération de l'organisation autour des bonnes pratiques et normes internationales (ISO 20000) ;
- Amélioration des phases amont de la production en intervenant sur le développement et les tests pour tous les services à périmètre et interface réduits et en optimisant l'interface avec le développement et l'intégration pour les services de cœur de métier de l'Assurance Maladie ;
- Rationalisation de l'infrastructure informatique ;
- Mise en place d'un schéma d'organisation et de gouvernance s'appuyant sur les normes de référence.

Cette orientation stratégique, s'appuyant sur les ressources existantes des centres de production, nécessitera des transferts de compétence et un plan d'accompagnement des centres de service et de compétence.

Les enjeux sont importants : s'adapter au développement des services en ligne, assurer l'ouverture du service 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, passer à l'orchestration des flux puis au traitement au fil de l'eau et favoriser le développement de la gestion du risque en mettant à disposition des pôles de compétences.

Cette organisation doit permettre de mieux fédérer les communautés de développeurs et de requêteurs des CPAM, de mieux piloter opérationnellement la sécurité, d'administrer et d'assurer la cohérence des référentiels et annuaires communs, de développer et standardiser l'infogérance (GIE / RP / SLM), d'améliorer le processus d'intégration et de mise en production et d'organiser le support informatique en harmonisation avec les métiers.

4.4. La mise en place d'un schéma directeur des systèmes d'information

Le schéma directeur du système d'information (SDSI) de l'Assurance Maladie devra être garant de l'alignement du système d'information avec la transformation du métier de l'Assurance Maladie, en constituant un document fédérant les visions stratégiques et les besoins opérationnels en matière de système d'information.

Le SDSI aura ainsi vocation à décrire la stratégie informatique en déclinant de façon opérationnelle les orientations de la COG sur les trois prochaines années, mais aussi en anticipant, autant que possible, des évolutions à horizon de cinq ans. Il aura aussi vocation à alimenter les réflexions relatives à l'état de l'art (technologies, urbanisation, méthodes, organisation) d'où seront tirés les axes d'évolution. Il s'agira d'un outil de pilotage permettant d'éclairer les choix de priorité, de programmer en cohérence les projets et de prévoir les mécanismes d'adaptation pour faire face aux évolutions de contexte (notamment législatif et réglementaire). Il permettra enfin de conduire des actions d'information auprès de tous les personnels.

Une première étape de préfiguration du schéma directeur a permis d'identifier en juin 2010 les programmes prioritaires du schéma directeur, qui concernent :

- les projets contribuant à la gestion du risque : accompagnement des maladies chroniques, informationnel, ...

- les portails à destination des assurés et des professionnels de santé, ainsi que l'évolution des bases de données concernant les assurés ;
- les établissements de soins, avec notamment la mise en place de la facturation individuelle
- les projets contribuant à l'augmentation de l'efficacité : projets de court terme apportant des gains rapides ; interfaces de travail des agents et des praticiens conseil ;

Une seconde étape permettra d'approfondir en fin d'année 2010 le cadre des actions et de proposer une cible à cinq ans, intégrant la réalisation d'un plan opérationnel à trois ans et explicitant la transformation à mener. Un plan opérationnel détaillé décrira une cartographie des projets, les paliers de service intermédiaires, les moyens requis internes et externes et l'organisation à mettre en place pour mener à bien les projets en en garantissant les conditions de succès. L'allocation des crédits des tranches conditionnelles interviendra après approbation du schéma directeur des systèmes d'information à la fin 2010. La mise en œuvre de ce schéma directeur fera l'objet d'un suivi annuel entre l'Etat et la CNAMTS.

Poursuivre la modernisation des établissements de l'assurance maladie

Dix ans après leur création, les UGECAM sont désormais constituées en groupe national. Comptant plus de 14 000 professionnels dégagant un chiffre d'affaires de près d'1 Md€, le groupe UGECAM est devenu un acteur majeur dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Le groupe assure, dans le secteur sanitaire, des prises en charge lourdes et s'inscrit dans une filière de soins structurée et intégrée, en mesure d'assurer une prise en charge médico-sociale à l'issue et en complément de la prise en charge sanitaire. Sur le champ médico-social, le groupe UGECAM offre l'ensemble des compétences et métiers du secteur, répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain : ESAT, MAS, IME et IM-PRO, ITEP, CRP comprenant des UEROS et des places de pré orientation.

Le volet UGECAM de la COG 2010-2013 marque l'approfondissement de la modernisation du groupe et pose les conditions de sa réussite.

1. APPROFONDIR LA MODERNISATION DU GROUPE :

1.1. *En poursuivant la recomposition territoriale des UGECAM :*

La recomposition territoriale des UGECAM devra se poursuivre en fonction des proximités géographiques des établissements, des contours des régions administratives et des inter-régions usuellement utilisées en matière sanitaire, et être étayée par des critères quantifiables auxquels seraient affectées des valeurs cibles minimales : chiffre d'affaires, nombre d'établissements, nombre d'équivalents temps plein, nombre de journées réalisées.

La recomposition territoriale des UGECAM se concrétisera, conformément à cette orientation, par une première étape à mi COG.

1.2. *En consolidant la dynamique d'efficience :*

L'effort d'efficience sur les moyens humains des UGECAM, qui constitue un acquis important de la période récente, sera poursuivi, sans préjudice pour la qualité de l'offre de santé, par un effort supplémentaire de réduction de l'évolution du ratio des effectifs administratifs rapportés aux effectifs globaux.

Cette amélioration de l'efficience s'appuiera notamment sur l'approfondissement des démarches de mutualisations entre établissements qui sont portées par les sièges des UGECAM qui doivent, à ce titre, être reconnus dans leur contribution à l'efficience du Groupe. Dès lors, dans chaque UGECAM, le financement systématique du siège par chaque établissement, doit être garanti.

Dans la perspective d'un financement complet du Groupe UGECAM par l'activité des établissements, il est nécessaire de prévoir que les établissements financent à terme également la direction nationale du Groupe qui joue également son rôle dans la démarche de mutualisation.

L'Etat s'engage à se rapprocher des conseils généraux pour veiller à assurer un financement des frais de siège des UGECAM au travers des dotations à leurs établissements. Il sera en particulier tenu compte des taux s'appliquant dans des structures équivalentes, de l'ordre de 4 à 5%.

L'efficacité repose également sur l'optimisation des moyens d'exercice des missions, en particulier sur l'immobilier qui est structurant dans les métiers des UGECAM. L'alignement des amortissements sur des rationnels économiques (durées d'amortissement des composants) est donc un enjeu majeur d'efficacité. Les efforts réalisés sur les durées d'amortissements seront poursuivis et les rattrapages effectués en fonction des marges de manœuvre permises par la tarification.

1.3. Assouplir les modalités de recrutement externe :

Les textes législatifs et réglementaires laissent ouverte la possibilité aux fonctionnaires de catégorie A, et, en particulier aux directeurs d'hôpital, de candidater, notamment sur les postes de directeur d'UGECAM. Le processus est encadré par l'inscription des candidats potentiels sur la liste nationale d'aptitude établie une fois l'an. En pratique, plusieurs directeurs d'hôpital ne connaissant pas cette procédure, ne se sont pas inscrits sur cette liste nationale, et par là-même n'ont pu être candidats, alors qu'ils correspondaient aux profils recherchés. Faire connaître cette procédure constituera un axe important sur la prochaine COG afin d'élargir le vivier de recrutement.

1.4. Promouvoir une approche patrimoniale :

Les relations avec l'hôpital public s'inscriront dans le respect du principe de neutralité financière pour les UGECAM (modalités de sortie des UGECAM du sanitaire MCO, cessions à valeur nette comptable des biens non exploités par les UGECAM et mis à disposition de l'hôpital public, ou, à défaut, versement par l'hôpital de loyers prenant en compte les charges afférentes – amortissements sur 30 ans, par composants, entretien et maintenance, assurances, impôts et taxes, frais financiers – remboursement à l'euro l'euro des mises à disposition de personnels UGECAM à une structure de l'hôpital public et le cas échéant des frais de gestion afférents).

La modernisation du patrimoine immobilier des UGECAM doit être poursuivie. L'évolution des normes architecturales et de sécurité, comme des besoins en termes d'offre de santé ont conduit à le rendre pour partie inadapté. Les durées excessives d'amortissement ont renforcé cette situation par la nécessité induite de conserver des biens immobiliers non encore amortis. L'entreprise de remise à niveau de l'outil de production de soins et de services sera accélérée dans la présente COG. Les choix d'investissements immobiliers répondront à deux règles :

- projets d'établissement répondant aux besoins en termes d'offres de soins ou de services tels que définis par les tutelles locales (SROS, PRIAC, ...) ;
- rationalité économique de l'investissement (business plans).

2. CREER LES CONDITIONS DE LA REUSSITE :

2.1. En appliquant le droit commun en matière de financement et de gestion :

L'existence de financements directs de l'assurance maladie aux UGECAM place d'une part ces dernières en situation d'exception et d'autre part, a conduit historiquement à une tarification inférieure à la moyenne pour les établissements sanitaires et leur a fermé de fait l'accès aux dispositifs d'aides (hôpital 2007 et 2012, en particulier) ouverts aux autres établissements.

Les financements directs concernent aujourd'hui notamment les frais de siège, l'intéressement, la contribution au maintien de droit et des aides à l'investissement, sous forme de prêts à taux zéro.

Il est convenu de mettre progressivement fin, en fonction des marges de manœuvre ouvertes dans le cadre du financement de droit commun, aux modes de financement dérogatoires. Ce retour au droit commun s'accompagnera des modalités suivantes :

- l'éligibilité effective aux dispositifs d'aides et de financement des activités d'enseignement (hôpital 2012, MIGAC, FMESPP, CNSA, ...) ;

- la prise en charge par le FNG des cotisations correspondant à la contribution au maintien de droit jusqu'à son extinction (au 30 juin 2012) ;
- en ce qui concerne les frais de siège et le coût de l'intéressement, la suppression de ces financements directs pourra intervenir soit lors de la mise en place de la tarification à l'activité pour les établissements sanitaires, soit progressivement avant l'arrivée de la T2A, sous réserve du basculement réel à l'euro l'euro des sommes en jeu sur les dotations des établissements ;
- s'agissant des frais financiers, tout nouvel investissement, à compter de 2010, donnera lieu à facturation aux UGECAM par la CNAMTS de ces frais, au taux de refinancement de l'ACOSS à la Caisse des dépôts et consignations.

En outre, l'Etat s'engage à ouvrir aux UGECAM, de façon systématique, les mesures d'assouplissement juridique qui seront accordées à l'hôpital public, à l'instar de l'accès ouvert aux UGECAM aux marchés de conception réalisation par la loi HPST.

Les UGECAM produiront une étude sur les modalités actuelles de travail avec la CCMOSS et formuleront des propositions pour renforcer la logique coopérative des travaux menés en commun.

L'harmonisation des instructions comptables M21 et M22 doit être favorisée (notamment en ce qui concerne la possibilité de provisionner les congés payés et les indemnités de départ en retraite) pour converger vers les normes du plan comptable général (PCG) et, à tout le moins, dans l'attente d'une évolution de ces normes, les autorités de tarification veilleront à appliquer les normes actuelles dans la logique de la convergence attendue.

Enfin, pour améliorer la rationalité économique des UGECAM, les marges dégagées par les établissements médico-sociaux, en fonction des recettes tarifaires, seront dédiées aux financements des amortissements anticipés des investissements immobiliers pour converger vers des durées d'amortissements conformes aux règles du PCG, et aux financements des provisions et charges à payer non passées (indemnités de départ en retraite, congés payés).

2.2. En renforçant la coopération opérationnelle de l'Etat et des UGECAM pour répondre à l'objectif d'une offre de santé adaptée et efficiente :

L'Etat et le groupe UGECAM s'engagent à renforcer leur coopération :

- le groupe UGECAM participera activement à la mise en œuvre opérationnelle des plans de santé publique portés par l'Etat qui l'associera pleinement à sa démarche ;
- avec une association plus systématique du groupe UGECAM aux instances de concertation nationale ;
- au titre de l'offre de santé des UGECAM, l'Etat encouragera la présence de celles-ci aux instances représentatives (CRSA, conférences de territoire et leurs bureaux au même titre que les fédérations hospitalières, ...) ;
- afin de mieux répondre aux besoins d'offre de soins et à l'objectif d'efficience de gestion, les UGECAM et l'Etat s'engagent à optimiser la production de soins en veillant à l'efficience globale de l'offre de soins dans la fixation des OQOS, par une meilleure mobilisation de l'offre de soins existante, en fonction des marges de financement dont dispose l'ARS (taux d'occupation de référence du secteur) ;
- les UGECAM s'engagent à être un partenaire structurant de l'Etat pour la réalisation de son objectif de rationalisation des intervenants du secteur médico-social (passage de 35 000 à 5 000). L'Etat s'engage à associer le groupe UGECAM à cette rationalisation ;

- les UGECAM s'engagent à développer des indicateurs de performance dans les secteurs SSR et médico-social. Ces indicateurs devraient permettre de mieux suivre la performance des établissements et alimenter la réflexion nationale sur les indicateurs de performance pertinents dans ces secteurs et l'efficacité des services rendus.

Afin de simplifier la gestion administrative et budgétaire, les UGECAM s'inscrivent dans une démarche d'EPRD unique (secteur sanitaire) et de CPOM (secteur médico-social). L'Etat facilitera aux UGECAM le recours à ces deux instruments. Par ailleurs, une expérimentation complémentaire sera réalisée : sur une région, une contractualisation englobant à la fois les établissements sanitaires et médico-sociaux (CPOM sanitaire/médico-social).

Pour adapter l'offre de soins à l'évolution des besoins, dans une logique d'efficacité, le groupe mettra en œuvre et expérimentera de nouvelles modalités de prise en charge telles que les HAD spécialisées et la télémédecine.

L'accélération de la dynamique de partenariats dans le cadre de conventions avec l'ensemble des partenaires participant à l'offre de soins et de services serait de nature à faciliter les "flux transfrontaliers" (au sens du découpage administratif) en cohérence avec les besoins des régulateurs régionaux.

Il convient enfin de sortir explicitement des OQOS les soins apportés aux étrangers dont la prise en charge financière n'est pas imputée à l'assurance maladie.

Le reporting, l'évaluation et la révision de la COG

1. LE REPORTING VERS L'ETAT ET L'EVALUATION

L'Etat et la CNAMTS organisent, chacun pour ce qui le concerne, un suivi d'exécution permanent des engagements pris dans la présente convention.

Ce suivi repose sur les indicateurs figurant en annexe de la convention, ainsi que sur tout autre élément permettant d'apprécier la mise en œuvre des engagements.

Le contenu et les modalités de transmission des tableaux de bord budgétaires et de suivi des effectifs sont définis dans l'annexe budgétaire de la présente convention.

Pour faciliter ce suivi, un référent unique, rattaché au directeur général, sera désigné dès la signature de la COG pour assurer la consolidation et la transmission des informations définies par la présente convention.

La CNAMTS veillera à adapter les outils de suivi aux dispositions et au format de la nouvelle COG, en proposant en particulier une restitution par fiches thématiques. Elle fournira semestriellement à l'Etat les résultats des indicateurs de la COG pouvant être produits. La CNAMTS et la DSS s'accorderont sur un panel d'indicateurs dont le suivi apparaît pertinent à un rythme trimestriel.

Chaque année, avant la fin du mois d'avril, la CNAMTS proposera un projet de bilan annuel, consolidant notamment l'ensemble des indicateurs de résultats et des indicateurs de suivi de la COG à l'Etat et au Conseil.

La dernière année couverte par la convention, l'Etat et la CNAMTS réalisent une évaluation contradictoire. Cette dernière vise à apprécier le degré de réalisation des objectifs et les résultats obtenus et à analyser les écarts éventuels en explicitant leurs causes. Cette évaluation donne lieu à un rapport au Conseil de la CNAMTS.

La CNAMTS s'engage à mettre les lettres-réseau à disposition de la DSS.

2. LES CPG

La convention d'objectifs et de gestion est déclinée en contrats pluriannuels de gestion au sein de chaque organisme. Le dispositif de contractualisation sera engagé dès la signature de la COG en vue d'une conclusion de tous les CPG dans les 6 mois suivant la signature de la COG avec l'Etat.

La CNAMTS déclinera les indicateurs de la COG dans les CPG et très largement dans l'intéressement.

3. LES CONTROLES ET LA TUTELLE

Les contrôles menés auprès de la CNAMTS et des CPAM, CARSAT et CGSS, en fonction de leur champ de compétences, par les corps d'inspection et les services de l'Etat s'exercent en prenant en compte les objectifs inscrits dans la présente convention et ceux fixés par les contrats pluriannuels de gestion.

4. LA COMMUNICATION

Afin de donner une visibilité accrue sur les performances du service public de la sécurité sociale, une communication « sécurité sociale » doit être développée.

A cette fin, la CNAMTS s'engage à contribuer activement à la stratégie de communication mise en œuvre par l'ensemble des caisses nationales sur la valorisation de la performance du service public de la sécurité sociale.

Elle participera, en liaison avec l'Etat, aux campagnes de communication sur des sujets communs à l'ensemble des branches tels que la lutte contre la fraude.

5. LA REVISION ET L'ACTUALISATION

La présente convention pourra être révisée en cours de convention par avenant, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, pour tenir compte d'éléments extérieurs s'imposant à la branche susceptibles de modifier de façon significative l'équilibre entre les objectifs, les charges et les moyens.

Fait à Paris, en cinq exemplaires, le 27 OCT. 2010

La Ministre de la Santé et des Sports




Roselyne BACHELOT-NARQUIN

**Le Ministre du Budget, des Comptes Publics
et de la réforme de l'Etat**



François BAROIN

**Le Ministre du Travail, de la Solidarité et de
la Fonction Publique**



Eric WOERTH

**Le Directeur de la Caisse Nationale de
l'Assurance Maladie des Travailleurs
Salariés**



Frédéric van ROEKEGHEM

**Le Président de la Caisse Nationale de
l'Assurance Maladie des Travailleurs
Salariés**



Michel REGEREAU

Annexe 1 : fiches synthétiques de programme

Axe gestion du risque

PROGRAMME N° 1 : GARANTIR L'ACCES AUX SOINS ET REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE

Enjeux :

La France bénéficie d'un système de santé de qualité, solidaire et universel, qui garantit un accès égal aux soins pour tous.

Néanmoins, en pratique, d'importantes inégalités d'accès aux soins perdurent, du fait d'obstacles, géographiques, financiers ou culturels.

Les actions de l'Etat et de l'assurance maladie visant à réduire ces inégalités sont nombreuses. On peut citer par exemple la CMUc, l'ACS, la politique de rééquilibrage démographique ou le développement du tiers payant. Par ailleurs, l'assurance maladie prend en compte l'importance de favoriser l'accès aux soins des populations précaires en mettant en œuvre un effort spécifique tant dans ses actions de prévention que dans le ciblage des examens réalisés par les CES.

Objectifs :

Faciliter l'accès aux soins et à la prévention des populations les plus fragiles ou les plus éloignées du système de soins en :

- Développant des services facilitateurs permettant à chacun d'accéder aux soins et de choisir les modes de recours qui lui sont le plus adaptés.
- Incitant à une meilleure répartition de l'offre de soins.
- Veillant à maintenir une offre de soins accessible financièrement à toutes les catégories de la population.

Engagements de l'Assurance Maladie :

Inscrire dans les programmes de prévention des volets spécifiques pour les publics fragilisés avec des modes de contacts mieux adaptés.

Poursuivre la priorité donnée aux populations précaires dans l'accès aux centres d'examen de santé.

En tant que membre de l'UNCAM, proposer dans le cadre conventionnel des mesures favorisant une meilleure répartition des professionnels sur le territoire en incitant sur les possibilités d'exercice regroupé.

En cas d'accord des partenaires conventionnels, mettre en œuvre le secteur optionnel pour les spécialités de plateaux techniques lourds.

Mieux réguler les tarifs des professionnels de santé et notamment les risques de pointes en mettant en œuvre les dispositifs législatifs récents.

Engagements de l'Etat :

Dresser un plan cadre sur la démographie des professionnels comportant :

- les besoins en formation initiale
- l'évaluation de la répartition optimale des professionnels sur le territoire

- un plan d'actions pour la mise en place des schémas régionaux de santé par les ARS

Favoriser une meilleure répartition des structures de soins

Faire évoluer les textes (arrêté du 9 décembre 2005) pour permettre de généraliser l'action vers les enfants de CP en ZEP

Indicateurs de résultat

MT'dents actions vers les enfants de 6 ans dans les ZEP :

- 90% des caisses d'assurance maladie mettent en place des actions pour les enfants de CP en zones défavorisées (au moins 2 classes) en fin de COG.

Dépistage du cancer du sein :

- Progression de la participation des femmes bénéficiaires de la cmu complémentaire au moins égale à celle des autres femmes sur la période de la COG soit une progression de 5 points

Part des personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de services dans les CES :

- Atteindre 50% de la participation à l'examen périodique de santé en fin de COG

Indicateur de suivi

Indicateurs d'inégalité de répartition des professionnels de santé et des établissements de santé

- Amélioration des indices de gini

Calendrier :

2010-2011

inscrire des volets spécifiques pour les publics fragilisés dans les programmes de prévention

Plan cadre sur la démographie des professionnels de santé

Durée de la COG

Mettre en œuvre le secteur optionnel en cas d'accord des partenaires conventionnels

Négocier dans les conventions des éléments permettant une régulation démographique.

PROGRAMME N° 2 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES

Enjeux :

Les patients en ALD, pour des pathologies chroniques et/ou graves, sont ceux dont le besoin de soins et donc la consommation de soins sont les plus importants. Leurs dépenses représentent plus de 60 % des dépenses de l'assurance maladie et une part encore plus importante de la croissance des dépenses.

Différentes études montrent que leur prise en charge est perfectible. Les référentiels médicaux nationaux ou internationaux ne sont pas toujours respectés.

Mieux les prendre en charge pourrait pourtant prévenir ou retarder les complications liées aux maladies chroniques, améliorer la qualité de vie des patients atteints de ces affections et in fine rendre plus efficiente la consommation de soins de ces malades.

Cette amélioration de la prise en charge passe par une double approche, une action d'incitation des professionnels (formation, accompagnement, rémunération à la performance) et une action d'accompagnement des patients.

Objectifs :

- Développer l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques.
- Accroître le rôle de la médecine de premier recours pour améliorer la prise en charge des patients.
- Développer une offre d'éducation thérapeutique dans un cadre pluriprofessionnel et avoir une stratégie coordonnée des différents financements de l'ETP (MIG, FNPEIS, FICQS).
- Articuler les programmes d'ETP et les actions d'accompagnement.

Engagements de l'Assurance Maladie :

- Etendre le programme sophia pour le diabète, si son évaluation s'avère positive, et le généraliser sur l'ensemble du territoire.
- Expérimenter la mise en œuvre de ce mode d'accompagnement à d'autres pathologies fréquentes (maladies cardiovasculaires, asthme).
- Poursuivre et enrichir le programme sur l'asthme et les pathologies respiratoires.
- Offrir aux médecins traitants des services facilitant l'amélioration de leurs pratiques, notamment des retours d'information plus détaillés sur leur pratique.
- Développer l'éducation thérapeutique expérimentée pour le diabète dans les CES, avec la participation du médecin traitant, et l'étendre à d'autres pathologies (maladies respiratoires).
- Inscrire l'ETP dans les thèmes des visites confraternelles et des DAM.
- Aider à l'évaluation de l'efficacité des différents modes d'accompagnement.

Engagements de l'Etat :

Mettre en place le développement professionnel continu en y incluant la prise en charge des maladies chroniques.

Indicateurs de résultat :

Sophia :

- Nombre d'adhérents au service : 300 000 à la fin de la COG

Patients diabétiques :

- Taux de prise en charge pour trois des quatre actes majeurs (définition du Commonwealth Institute) : 36% en fin de COG

Calendrier :

2010

Evaluation de Sophia

Si l'évaluation est positive, élargissement du programme Sophia à 9 nouveaux départements

Cahier des charges des actions d'éducation thérapeutiques

2011

Généralisation de sophia en fonction des résultats de l'évaluation

Analyse ex ante coût-bénéfice pour l'extension à d'autres pathologies : maladies cardiovasculaires, asthme

Développement des outils informatiques proposés aux médecins traitants permettant des retours d'information détaillés sur leurs pratiques au regard des référentiels de prise en charge.

2012

Bilan de l'éducation thérapeutique : développement de l'ETP, évaluation des actions

2013

Premier bilan des actions d'accompagnement sur les autres pathologies chroniques

PROGRAMME N° 3 : AIDER LES ASSURES A MIEUX GERER LEUR SANTE

Enjeux :

L'idée de renforcer la capacité des patients à gérer leur santé est devenue un consensus international. Elle a donné lieu à de nombreuses réalisations au niveau international, qui peuvent aller jusqu'à l'autodiagnostic ou à un consentement réellement éclairé pour certaines opérations très lourdes.

En France, un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre : développement de site internet, campagnes de communication, mise en place de plateforme téléphonique...

Cet effort peut être poursuivi en s'appuyant sur les meilleures expériences internationales.

Objectifs :

- Aider la population à adopter une logique de « parcours de santé » pour mieux gérer son capital santé.
- L'aider à avoir un recours aux soins plus adapté à son état de santé et à sa situation.

Engagements de l'Assurance Maladie :

Fournir aux assurés des informations en santé diffusées en utilisant une stratégie multicanale afin d'être accessible aux différents publics de l'Assurance Maladie :

- sur Internet avec un site santé qui enrichira le site prévention actuel
- sur le compte internet des assurés
- avec des courriers personnalisés et des brochures

Mettre en ligne sur ameli-direct une information sur l'offre de soins, la qualité et les coûts des soins

Engagements de l'Etat :

Mettre à la disposition de l'Assurance Maladie des informations sur la qualité des soins dans les établissements.

Promouvoir un développement rapide de la production de référentiels facilement compréhensibles par les assurés par les agences sanitaires.

Indicateur de résultat :

Fréquentation du site ameli.direct :

- Objectif : 500 000 connexions mensuelles en 2013

Calendrier :

2010

Ouverture du site Ameli santé

Enrichir le compte assuré avec des éléments relatifs aux programmes de prévention et en vue de permettre aux assurés de disposer de données détaillées sur leurs soins.

2011

Mettre sur ameli-direct les tarifs moyens et le reste à charge des principaux actes réalisés par les professionnels de santé libéraux et dans les établissements publics et privés.

Enrichir ameli direct avec des indicateurs de qualité des soins en établissements

Enrichissement du site santé sur les 80 premiers motifs de recours aux soins

2012-2013

Développement des sites santé et Ameli direct.

PROGRAMME N° 4 : PROMOUVOIR L'ACTION DE MAITRISE MEDICALISEE ET DEVELOPPER L'UTILISATION DE REFERENTIELS

Enjeux :

L'objectif de la maîtrise médicalisée est de mieux maîtriser l'évolution des dépenses de santé, notamment de prescription, en aidant les professionnels à adopter de meilleures pratiques.

Développée depuis plusieurs années par l'assurance maladie, elle a permis de réaliser plusieurs milliards d'euros d'économies tout en permettant aux patients de bénéficier de soins adaptés. En effet, les études disponibles démontrent que certains soins peuvent être délivrés de manière plus efficace, soit parce que la prestation ou le produit est inutile, soit parce qu'il existe une alternative au moins aussi efficace mais moins coûteuse pour la collectivité.

Cette action nécessite de s'appuyer sur des référentiels médicaux précis et validés tels que ceux que la Haute Autorité de Santé a produit au cours des dernières années.

Dans le contexte financier actuel, il est indispensable de développer les actions de maîtrise médicalisée et, par conséquent, la production et la diffusion de référentiels de bonne pratique produits et/ou validés par la HAS s'appuyant sur des analyses médico-économiques.

Objectifs :

- Atteindre les économies prévues par la LFSS.
- Atteindre, en fonction des enjeux, un niveau semblable d'actions entre médecins libéraux et médecins exerçant en établissement.
- Compléter les actions d'accompagnement des professionnels de santé par des actions vers les assurés pour leur donner plus de visibilité et de compréhension sur la notion de « bon soin ».
- Développer la démarche vers les établissements et vers les entreprises.
- Apporter un concours aux actions régionales des ARS, dans le cadre du PRGDR.

Engagements de l'Assurance Maladie :

Améliorer les campagnes d'accompagnement des professionnels et poursuivre le développement d'outils complémentaires notamment à travers internet.

Développer des offres de services plus larges et plus personnalisées vers les acteurs ou publics concernés (assurés, médecins, infirmiers, pharmaciens, hôpital, fabricants de logiciels de prescription, SSR).

Augmenter le nombre et la diffusion de référentiels à destination des professionnels notamment sur la durée des arrêts de travail et sur les soins de masso-kinésithérapie.

Expérimenter la diffusion de référentiels à destination des patients afin de les sensibiliser au bon usage du système de soins.

Proposer à la Haute Autorité de Santé des thèmes.

Contribuer à la préparation et au pilotage des programmes nationaux de gestion du risque des ARS.

Engagements de l'Etat :

Donner des orientations fortes aux autorités sanitaires pour la validation de référentiels médicaux et médico-économiques destinés aux professionnels de santé et aux patients notamment dans le cadre de l'élaboration des programmes annuels de la Haute Autorité de Santé.

Indicateurs de résultat :

- Evolution de l'ONDAM : objectif LFSS
- Evolution de l'objectif soins de ville : objectif LFSS
- Économies réalisées chaque année par champ d'action de maîtrise médicalisée :
 - objectifs prévus par l'annexe 9 de la LFSS
- Nombre de médecins ayant signé un CAPI : 20 000 en 2013
- Nombre de contacts avec les professionnels de santé (dont les PS hospitaliers) : 500 000 en 2013

Indicateurs de suivi :

- Suivi de la participation de l'Assurance Maladie aux programmes de la Directive CNP
- Taux de délivrance des génériques dans le répertoire

Échéances :**2010**

Développement des référentiels pour les actes de rééducation (MK) : 4 référentiels produits par la CNAMTS en 2010 puis 4 supplémentaires par an

Développement des référentiels sur les arrêts de travail : 4 référentiels en 2010 puis 4 nouveaux par an

Plan d'amélioration des programmes d'accompagnement

Proposer des modalités d'expérimentation de diffusion des référentiels à destination des patients pour un lancement début 2011

2nd semestre 2011 :

Bilan des actions menées auprès des praticiens exerçant en établissement

2012

Bilan des expérimentations de diffusion des référentiels à destination des patients

PROGRAMME N° 5 : DEVELOPPER ET PROMOUVOIR LA PREVENTION

Enjeux :

L'Assurance Maladie et l'Etat mènent ensemble de nombreuses actions de prévention qui ont notamment permis d'accroître la santé bucco-dentaire des enfants, de mener un dépistage précoce de certains cancers comme le cancer du sein, de mieux prévenir les maladies infectieuses ou de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse.

Ces actions sont indispensables pour accroître la santé de la population. Elles peuvent parfois par ailleurs permettre de réduire les dépenses de santé.

Leur poursuite et l'exploration de champs nouveaux sera un élément central de l'action commune de l'Etat et de l'assurance maladie au cours des prochaines années. Elles devront se faire dans un souci d'efficacité et d'efficience.

Objectifs :

Objectif n°1 : programme de dépistage du cancer

Accroître la participation aux dépistages organisés en cohérence avec le plan cancer. Cela devra passer notamment par une nouvelle organisation des processus d'invitation au dépistage afin de favoriser le développement efficient des programmes à grande échelle. Enfin, les programmes de dépistage devront répondre à des objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'amélioration des taux de participation.

Objectif n°2 : Faire progresser la couverture vaccinale de la population, en particulier des enfants

La couverture vaccinale reste insuffisante et variable selon les tranches d'âges, notamment pour le ROR, l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite pour les adultes ainsi que le BCG pour les enfants à risque d'exposition. On assiste à une persistance ou une réapparition de foyers épidémiques de pathologies à prévention (rougeole, hépatite A, coqueluche).

Objectif n°3 : Renforcer les actions dans le domaine bucco dentaire pour les enfants

La poursuite de ce programme est décisive pour inscrire durablement dans les habitudes des familles, les consultations bucco dentaires préventives chez les enfants

Objectif n°4 : Prévenir l'obésité

L'épidémie de l'obésité à laquelle nous assistons au niveau mondial devrait avoir un impact important sur les soins à apporter aux populations au cours des prochaines décennies. La prévention passe d'abord par des actions en dehors du système de soins mais aussi par des actions au cœur des soins, notamment autour du médecin traitant.

Objectif n°5 : lutter contre les dépendances notamment celles des femmes ayant un projet de grossesse

Conformément au plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, un effort doit être fait pour préserver la santé de l'enfant à naître et de sa mère.

Engagements de l'Assurance Maladie :

Fournir aux ARS les données, dont elle dispose, nécessaires à la surveillance épidémiologique, en lien avec l'INVS

Participer à la modernisation des processus d'invitation aux dépistages

Poursuivre les programmes de dépistages organisés du cancer (cancer du sein et du colon), de prévention des maladies infectieuses (antibiothérapie, vaccination contre la grippe, vaccination ROR) et de prévention bucco-dentaire.

Poursuivre les dépistages néonataux

Poursuivre les actions d'accompagnement des professionnels de santé, et notamment vers les médecins traitants, sur la prévention, notamment autour de la iatrogénie, de la prévention du cancer du col de l'utérus, et des thèmes précédents Développer un programme de prévention de l'obésité chez les jeunes en lien avec le médecin traitant.

Enrichir le programme d'accompagnement de la grossesse pour les assurées et leurs nouveaux nés

Lancer des actions en direction des assurés de sensibilisation à la vaccination.

Engagements de l'Etat :

Réaliser des études destinées à identifier les freins à la participation et à la fidélisation au dépistage du cancer du sein

Evaluer l'utilisation du test immunologique sur le taux de participation au dépistage du cancer colorectal en tenant compte des moyens engagés

Définir un nouveau cahier des charges des structures de gestion du dépistage permettant de réaliser des gains de productivité

Assurer la maintenance du système de surveillance épidémiologique et biologique des maladies à prévention vaccinale par l'INVS

Promouvoir l'élaboration et la diffusion des référentiels de formation à l'hygiène bucco-dentaire auprès des professionnels de santé intervenant dans les établissements de santé et médico-sociaux

Indicateurs de résultat :

Participation aux dépistages organisés des cancers calculée sur les populations cibles, parallèlement à une réorganisation du dépistage permettant une réduction des coûts d'invitation :

Cancer du sein :

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein : +5 points sur la durée de la COG

Cancer du colon

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du colon : +50% sur la durée de la COG

Participation au programme de prévention dentaire pour les jeunes (M'T dents)

+ 4 points sur la durée de la COG

Taux de vaccinations contre la grippe pour les personnes de plus de 65 ans

+ 1 point sur la durée de la COG

Calendrier :

2010 -2011

- Mise en œuvre du programme de prévention cardiovasculaire,
- Définir les nouvelles modalités d'organisation des dépistages organisés des cancers du sein et du colon

Echéances COG

- Elaborer, si nécessaire au regard des recommandations de la HAS qui seront publiées, une nouvelle stratégie de dépistage du cancer du sein sur le maintien du double accès au dépistage (individuel et collectif) ;
- Conduire des actions d'information auprès des professionnels de santé et des populations cibles sur le rythme et les bonnes pratiques des dépistages

PROGRAMME N° 6 : FACILITER L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE L'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE POUR TOUS

Objectifs :

Développer une action harmonisée :

- d'aide financière aux personnes en situation de fragilité sociale et sanitaire
- de prévention des risques de précarisation médico-sociale et/ou professionnelle

Enjeux :

- faciliter l'accès aux soins et le recours au système de santé
- réduire les inégalités sociales de santé

Les engagements de la CNAMTS :

Mobiliser les fonds d'ASS pour :

- *L'accès aux soins et à la santé*
 - Aides ponctuelles, sous conditions de ressources, après examen des situations individuelles
 - Favoriser l'adhésion à l'ACS
 - Conforter la vocation sociale des œuvres
- *Le retour et maintien à domicile* - développer les prestations d'aide à la personne et à la vie quotidienne pour :
 - les personnes à leur sortie d'hospitalisation
 - les personnes en situation de handicap, avec la poursuite des politiques de coordination avec les MDPH
- *La prévention de la désinsertion professionnelle*

Les engagements de l'Etat :

Favoriser les synergies entre les différents opérateurs sur les champs de :

- l'ACS
- l'aide à domicile
- la prévention de la désinsertion professionnelle

Indicateurs de résultat :

- Nombre de bénéficiaires d'une attestation ACS : 650 000 en 2013
- Taux de bénéficiaires d'une aide complémentaire à l'ACS (dispositifs de complément à l'ACS et/ou d'effet de seuil ACS) par rapport à la population du régime général ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire : 2.70% à l'issue de la COG
- Délai de traitement pour 90% des dossiers de CMUC : 30 jours en fin de COG
- Délai de traitement pour 90% des dossiers AME : 30 jours en fin de COG

PROGRAMME N° 7 : POURSUIVRE ET RENFORCER LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Enjeux :

Afin de lutter contre la fraude, l'Assurance Maladie s'engage à renforcer le dispositif mis en œuvre au cours de la précédente COG afin :

- d'accroître l'efficacité du réseau dans la prévention, la détection, l'investigation et le traitement contentieux de la fraude,
- d'améliorer la connaissance du taux réel de fraudes par acteur et thématique.
- de mieux couvrir l'ensemble des thématiques d'action de la lutte contre la fraude

Objectifs :

- Disposer d'une meilleure connaissance et d'une meilleure qualification de la fraude,
- Mettre en œuvre des contrôles sur de nouveaux axes pour mieux couvrir le champ de la fraude,
- Optimiser les modalités de détection, d'investigation, de sanction et de récupération des indus frauduleux
- Adapter l'organisation du réseau, la professionnalisation et l'accompagnement des personnels dédiés à la lutte contre la fraude.
- Renforcer le dispositif de communication sur la lutte contre la fraude.

Les engagements de la CNAMTS :

Pour disposer d'une meilleure connaissance et d'une meilleure qualification de la fraude

- La CNAMTS transmettra à l'Etat d'ici fin 2010 un référentiel clarifiant les notions de fraudes, fautes et abus, dont tiendra compte le bilan annuel de la lutte contre la fraude dès l'année 2011.
- Elle améliorera la connaissance du taux réel de fraude sur le thème des IJ et investira d'autres thèmes, après évaluation de l'enjeu, en particulier la CMUC.
- Elle mettra en place un outil permettant le suivi des signalements parvenus à l'Assurance Maladie.

Pour renforcer les champs de fraude couverts, dans le cadre d'une approche pluriannuelle

- Elle étendra, à l'instar des contrôles menés en matière d'EHPAD, le contrôle de la facturation en sus des forfaits à d'autres champs du secteur médico-social
- Elle structurera ses actions concernant la lutte contre la fraude à la gestion des droits (cf. chapitre 2), sur le respect de la condition de résidence en France. Elle veillera également au bon contrôle des ressources des bénéficiaires de la CMU et de la CMUC par le développement de partenariats adéquats, notamment avec la CNAF et la DGFIP.
- **Concernant les prestations servies à l'étranger, elle poursuivra** les actions de partenariat entreprises avec les OSS de l'Union Européenne, en fixant des priorités opérationnelles et participera à la mise en œuvre de la procédure de contrôle à l'étranger prévue, pour les autres pays, au L.114-11 du CSS.

Pour optimiser la détection, l'investigation, la sanction et la récupération des indus frauduleux

- **En matière de détection, elle** expérimentera puis généralisera les méthodes de datamining (indemnités journalières en 2010, CMUC en 2010 ; transports en 2011 ; d'ici

2013, sur une catégorie de professionnels de santé où l'Assurance Maladie posséderait des données de fraudeurs autres que la mégaactivité, elle adaptera son système d'information de manière à mieux prévenir les récidives de fraudes de la part de personnes physiques ou morales ayant antérieurement contrevenu à la loi) et améliorera les processus de signalement et les échanges de données avec ses partenaires (notamment avec la branche famille concernant les pensions d'invalidité, les rentes AT et les indemnités journalières).

- **En matière d'investigation, elle veillera à homogénéiser les contrôles** pour réduire la dispersion des résultats entre caisses, et développera, lorsque cela est pertinent, des contrôles conjoints avec ses partenaires

- **En matière de sanction, elle veillera à ce que chaque fraude détectée soit suivie de la suite répressive adéquate**, notamment par la pleine utilisation du dispositif des pénalités financières, diffusera une doctrine de traitement des contentieux en fonction des griefs pour en harmoniser la pratique et mettra en place un fichier national des dépôts de plaintes pénales, ordinaires et des pénalités,

- **En matière de récupération des indus frauduleux, elle améliorera le taux de recouvrement des indus frauduleux**

Pour renforcer l'organisation du réseau, la professionnalisation et l'accompagnement des personnels dédiés à la lutte contre la fraude,

- Elle renforcera la coordination régionale assurée par le Directeur coordinateur de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude et mettra en place des référents dédiés à la lutte contre la fraude (praticiens conseils, statisticiens, juristes) au niveau régional

- Elle mettra à jour les modules sur la lutte contre la fraude dans les formations initiales des personnels de l'Assurance Maladie, définira et mettra en œuvre une offre de formation nationale harmonisée pour les personnels dédiés à l'investigation et accompagnera les personnels dédiés à la lutte contre la fraude par l'actualisation de leurs connaissances et le maintien de leurs compétences,

- Elle fera évoluer le référentiel pour le métier d'investigateur administratif et médical dans le domaine de la lutte contre la fraude,

- Elle veillera à la bonne application de ses instructions par un dispositif de vérification adéquat,

- Elle construira en 2011 un indicateur d'efficacité de la lutte contre la fraude rapportant les résultats obtenus aux moyens consacrés,

- Elle mettra en place un suivi du taux de recouvrement des indus frauduleux.

Elle renforcera le dispositif de communication de lutte contre la fraude

Les engagements de l'Etat :

- Soutien de l'Assurance Maladie dans ses contrôles T2A par des instructions aux directeurs des Agences régionales de santé afin d'harmoniser sur l'ensemble du territoire français les décisions de notifications de sanctions (sanction proprement dite et montant de la sanction).

- Soutien de la CNAMTS, notamment dans ses relations avec ses partenaires en matière de lutte contre la fraude.

- Veiller à la mise en place de référents lutte contre la fraude interne au sein des établissements publics de santé

Indicateurs de résultat :

- Montant du préjudice subi détecté des fraudes, des fautes et abus au cours de chaque année de la période : montant pris en compte dans l'élaboration de l'ONDAM
- Progression du montant des indus frauduleux recouverts : progression de 5% par an
- Nombre des pénalités financières (Articles L. 162-1-14 et L. 323-6 du CSS) notifiées par l'Assurance Maladie :, 2 400 en 2013.

Calendrier prévisionnel :**2010 :**

- Mise en place dans 100% des caisses de la commission des pénalités financières.
Clarification des notions de fraudes, fautes et abus
- expérimentation datamining IJ, CMUC sous réserve de l'accord CNIL pour ce dernier thème

2011 :

- expérimentation datamining transports
- Formation initiale aux métiers de la lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie dès 2011
- Connaissance du nombre de taux de fraude administrative théorique aux IJ
- Création d'un indicateur d'efficience

2012

- Mise en œuvre opérationnelle d'un fichier des dépôts de plaintes pénales, ordinales et des pénalités

2013

- expérimentation du datamining sur une catégorie de professionnels de santé où l'Assurance Maladie posséderait des données de fraudeurs autres que la mégaactivité

Sur toute la période conventionnelle

- Formation continue des statisticiens, des investigateurs administratifs et médicaux, des juristes en matière de lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie d'ici 2013.

Axe service

PROGRAMME N° 8 : S'ENGAGER SUR UNE OFFRE ACCESSIBLE ET DE QUALITE

Objectifs :

Les publics de l'Assurance Maladie bénéficient de différents canaux de contact complémentaires.

Les objectifs de ce programme sont :

- Assurer la même qualité de service sur ces différents canaux de contact avec un accueil physique modernisé, une rénovation des bornes multiservices, la poursuite du déploiement de visio- guichets, une performance renforcée de l'accueil téléphonique et de la gestion des mails.
- Renforcer l'orientation vers le canal de contact le plus adapté en fonction du public concerné et de son besoin (stratégie multi-canal).
- produire une réponse homogène, adaptée et de qualité sur l'ensemble du territoire.
- Tracer l'ensemble des contacts entrants et sortants d'un usager dans un outil de GRC efficace.

Enjeux :

La satisfaction des publics

- Améliorer la relation de proximité avec les publics permettant de rendre plus lisible nos services.
- Développer des accompagnements personnalisés notamment pour les publics précaires.
- Faire vivre le maillage territorial en développant la coopération avec d'autres acteurs (services publics et collectivités)

L'amélioration de l'efficience

- Transférer les flux entrants des canaux les plus coûteux (accueil physique) vers les moins coûteux (site internet, courriel) quand cela est possible et favorable aux usagers.
- Réduire les contacts générés par le manque de compréhension des courriers/courriels.

Les engagements de la CNAMTS :

- Développer l'accueil physique dit à 3 niveaux (libre service, accueil rapide, accueil en bureau individuel), dans l'optique d'une généralisation sur les sites permanents à l'issue de deux périodes conventionnelles.

La CNAMTS augmentera, sur la période de la COG, le nombre de visio guichets et de bornes multiservices et multipartenaires déployés sur l'ensemble du territoire. Elle s'engagera à maintenir une qualité de service performante en matière de délai d'attente des usagers à l'accueil.

- Optimiser l'organisation de la réponse dématérialisée (téléphone et courriel) en gérant l'augmentation de la charge de travail des plateformes. Des possibilités de dialogue rapide automatisé par serveur vocal seront expérimentées. Une stratégie nationale définira en 2011 les axes d'amélioration des taux d'appels aboutis, de la qualité de la réponse téléphonique et d'une meilleure identification de la volumétrie des appels évitables en vue de leur réduction. Cette stratégie nationale sera transmise à l'Etat

La CNAMTS déploiera à partir de 2010 pour une généralisation dans l'ensemble du réseau en 2011 un outil national de gestion des mails. La réponse aux courriels sera centralisée sur

23 plateformes mutualisées dès 2011. Enfin, la CNAMTS s'engage à assurer un délai de traitement de 48 heures ouvrées des courriels courant 2011.

Un bilan des mutualisations de la gestion des appels et courriels sera réalisé à l'occasion du bilan de fin de COG.

- Améliorer la qualité de la réponse usager par une rénovation des courriers et la création d'une base de connaissance unique quelque soit le canal de contact. La CNAMTS testera le principe d'une bibliothèque nationale de courriers sur quelques processus
- Développer les analyses sur les motifs de contact et sur les orientations multicanales et enrichir les démarches de contrôle qualité (double écoute, appels mystères, enquêtes au moment de la réalisation du service). La réalisation de l'enquête de satisfaction sera lissée au cours de l'année avec des vagues de mesures mensuelles
- Proposer des services adaptés à nos publics selon leur situation géographique, le degré d'urgence de la demande, la complexité du dossier. Structurer cette offre en fonction des canaux et utiliser des supports innovants (SMS, emailing sortant...).
- Renforcer le pilotage national de la politique de gestion des réclamations, par la diffusion de guides de bonnes pratiques, l'amélioration des remontées d'information, leur analyse par motifs. Un bilan des réclamations présentant une analyse par motif sera communiqué annuellement à l'Etat. Par ailleurs, l'Assurance Maladie s'engage à maintenir sa performance dans les délais de traitement des réclamations en ciblant cependant les délais les plus longs et à réduire les délais de traitement des dossiers soumis à la CRA (dispositif de suivi à construire).

Indicateurs de résultat :

Accueil physique

- 85% des assurés reçus dans les accueils physiques en moins de 20 minutes sur la période de la COG

Réponse aux courriels

- 75% des courriels traités en moins de 48 heures ouvrées en 2013

Réponse téléphonique

- 90% de taux de décroché sur la période de la COG

Réponse aux réclamations

- 90% des réclamations traitées en 21 jours sur la période de la COG

Indicateur de suivi :

- Taux de sites d'accueil des sièges conformes aux 3 niveaux préconisés

Calendrier prévisionnel :

2010 Début du déploiement de l'outil national de gestion des courriels

2011 Adoption d'une stratégie nationale de l'organisation téléphonique

Achèvement du déploiement de l'outil national de gestion des courriels

Centralisation de la gestion des courriels sur les 23 plateformes mutualisées

Un test de mise en place d'une bibliothèque nationale de courriers sur plusieurs processus

Bilan sur les motifs de contact des assurés avec les caisses par courrier et courriel

2010 à 2013 Transmission à l'Etat de l'enquête annuelle de satisfaction

Transmission à l'Etat d'un bilan annuel des réclamations

PROGRAMME N° 9 : SIMPLIFIER LA RELATION AVEC LES ASSURES

Enjeux :

Amélioration du service de base : Garantir aux assurés, quels que soient leur situation et leur positionnement sur le territoire, un accès facilité à des prestations maladie de qualité.

Développement des services intégrés : Améliorer la satisfaction des assurés par un renforcement de la présence de l'assurance maladie auprès d'eux aux étapes clés de leur vie.

Objectifs :

Amélioration du service de base :

- Simplifier les relations avec les assurés en facilitant leurs démarches et en réduisant le nombre de pièces à fournir
- Fluidifier la relation avec les assurés à l'occasion de changements de situation et les accompagner pro activement pour éviter les ruptures de parcours
- S'engager sur un niveau de service performant pour garantir et homogénéiser la qualité des prestations en nature et des prestations en espèce versées
- Favoriser les échanges inter organismes pour éviter les demandes redondantes de pièces jointes pour la constitution des dossiers

Développement des services intégrés :

- Développer une réponse globale aux besoins des assurés en intégrant à la fois les actions de remboursement, d'information, de conseil et de prévention.
- Proposer cette offre de service intégrée dans une approche multicanal adaptée à chaque segment de population.
- Réaliser un plan d'actions de construction et de promotion des offres de service (existantes et nouvelles).
- Valoriser la relation entre l'assuré et l'Assurance Maladie en s'adossant à la stratégie de communication « mon parcours d'assurés ».

Les engagements de la CNAMTS :

- Proposer les simplifications administratives relatives aux prestations en espèce et à la validité des pièces justificatives dématérialisées
- Faciliter la prise en compte des changements de situation des assurés en s'appuyant sur une automatisation progressive des transferts de dossiers et d'informations, et mettre en place un dispositif de suivi des délais des opérations de changement de Cnam.
- Faciliter le double rattachement des bénéficiaires demandeurs.
- Mettre en place une charte d'engagement de qualité pour l'accueil et pour la gestion des prestations, qui sera déployée dans l'ensemble des accueils.
- S'engager sur l'optimisation de la performance du service de base : la garantie des délais rapides de remboursement des feuilles de soins, notamment électroniques, sera maintenue ; les délais de versement des indemnités journalières seront revus en cohérence avec la simplification ; enfin, la CNAMTS maintiendra un objectif de maîtrise du délai de délivrance des cartes Vitale.
- Enrichir et développer les offres de services aux principales étapes clés de la vie de l'assuré selon les priorités identifiées à ce stade : les offres existantes (maternité, bénéficiaires de la CMUC, invalidité) au regard de leur évaluation ; de nouveaux parcours attentionnés seront développés sur la COG (premier emploi salarié, maintien à domicile, perte d'un proche, entrée en ALD, déménagement...).

- Procéder à l'évaluation des parcours attentionnés développés par la CNAMTS sur la COG précédente en termes de qualité et d'efficience

Les engagements de l'Etat :

- Accompagner, faciliter et promouvoir les politiques de simplification administrative
 - étudier les possibilités de simplification et d'harmonisation des modalités de calcul des IJ (assiette, salaire et périodes de référence)
 - Transmission dématérialisée des pièces justificatives
- Etudier les possibilités de transmission des pièces nécessaires au traitement de l'avis d'arrêt de travail, quelle que soit la législation

Indicateurs de résultat :

Taux de satisfaction des assurés :

- 80% en fin de COG.

FSE + EDI :

- 92.1% de FSE + EDI dans l'ensemble des feuilles de soins en fin de COG

Remboursement des FSE assurés :

- 90% des FSE assurés remboursés en 7 jours sur la période de la COG

Fiabilité des paiements PN et PE :

- 99,3 % de taux de fiabilité des paiements des PN et PE

IJ non subrogée :

- 30 jours de délai moyen de règlement de la 1^{ère} IJ non subrogée en 2013

Mise en œuvre des parcours attentionnés

- En fin de COG, 90% des caisses ont mis en œuvre les 11 parcours diffusés par la CNAMTS

Calendrier prévisionnel :

2010 Mise en place des parcours attentionnés « premier emploi salarié » et « perte d'un proche »

2011 Définition et déploiement de la charte d'engagement de qualité de l'accueil et de la gestion des prestations

Mise en place des parcours attentionnés « déménagement » et désinsertion professionnelle»

2012 Mise en place des parcours attentionnés « maintien à domicile » et « entrée en ALD »

PROGRAMME N° 10 : AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURE POUR GARANTIR L'ACCES AUX DROITS

Objectifs :

Permettre aux assurés de bénéficier sans rupture et de façon réactive de toutes les prestations qui leur sont dues par l'Assurance Maladie

Accompagner les nouveaux assurés dans l'obtention de leurs droits

Aider les assurés à bénéficier d'une meilleure information relative à la prise en charge globale au titre des régimes obligatoire et complémentaire

Favoriser l'adhésion aux dispositifs de prise en charge complémentaires CMU-C et aide à la complémentaire santé (ACS)

Déployer le tiers-payant social

Généraliser le dispositif de sécurisation du titre Aide Médicale Etat

Enjeux :

Fiabiliser la gestion des droits individuels aux prestations de l'ensemble des assurés prioritairement via des échanges de données et en minimisant les sollicitations directes des assurés.

Renforcer les modalités de gestion des droits ciblées sur les publics « à risque » :

- permettant de prévenir les situations de ruptures de droits, notamment des personnes en fin de maintien de droit ;

- permettant d'identifier les personnes ne résidant plus en France et n'ouvrant plus droit aux prestations,

- permettant d'identifier les personnes devant relever de la CMU de base contributive.

Les engagements de la CNAMTS :

Fiabiliser les échanges de données automatisés existants (2010) :

- avec la CNAVTS (pour le public salarié – DADS - et le flux des retraités transmis aux CPAM),

- avec Pôle Emploi (chômeurs indemnisés),

Développer des échanges de données automatisés :

- avec la CNAF (ouverture de droits minima sociaux et contrôle de la condition de résidence)

- avec la DGFIP (non-résidents)

- avec Pôle Emploi (chômeurs non-indemnisés en recherche d'emploi)

- avec la CNAVTS et le CLEISS, (fichier ODSS - pensionnés résidant à l'étranger)

Faciliter l'obtention des attestations d'affiliation en diversifiant les canaux de contact

Mettre en œuvre et généraliser les parcours attentionnés garantissant l'accès ou le maintien des droits (« premier emploi », « CMU-C », « Invalidité »)

Simplifier le dispositif de changement de caisse gestionnaire

Favoriser l'accès de l'assuré aux informations sur la prise en charge de sa part complémentaire

Renforcer les actions de proximité pour accroître le taux d'adhésion à l'ACS

Faire de la carte Vitale une véritable clé d'entrée dans le système

Proposer une évolution réglementaire du dispositif d'ouverture des droits

Les engagements de l'Etat :

Appuyer les politiques d'échanges de données entre institutions, y compris en promouvant la gratuité des échanges,

Revoir les conditions d'ouverture et de maintien des droits pour simplifier les démarches des assurés, en fonction de l'avancée des échanges de données informatisés

Réviser la convention Etat-CNAMTS sur la gestion de l'Aide Médicale Etat

Réflexion sur la baisse des demandes d'attestation de droits par les opérateurs, notamment dans les établissements de santé

Indicateurs de résultat :

Délai moyen de délivrance de la carte Vitale :

- 19 jours en fin de COG

Certification des NIR des bénéficiaires :

- 99.5% de certification des NIR des bénéficiaires (assurés et leurs ayants-droit) sur la période de la COG

Indicateur de suivi :

- Taux des assurés dont les droits sont à justifier

Calendrier prévisionnel :

2010 Fiabiliser les échanges de données automatisés existants avec la CNAVTS (pour le public salarié – DADS - et le flux des retraités transmis aux CPAM) et avec Pôle Emploi (chômeurs indemnisés)

Développer des échanges de données automatisés :

2011-2012 Avec la CNAF (RSA, ouverture de droits minima sociaux et contrôle de la condition de résidence)

Avec la DGFIP (non-résidents, rentiers) : 2010 pour le fichier 2007 ; 2011 pour le fichier 2008 et en routine

2012 Avec Pôle Emploi (chômeurs non-indemnisés en recherche d'emploi)

Avec la CNAV : mise à jour automatique des droits pour le flux des retraités (2011) stock des retraités (2012)

PROGRAMME N° 11 : ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE - COMPTE ASSURE

Objectifs :

- Consolider les services en ligne existants.
- Augmenter le nombre d'adhérents et les fidéliser grâce au développement de nouveaux services favorisant la dématérialisation des échanges et des informations, notamment par la mise en place de véritables télé procédures.

Enjeux :

- Installer et consolider une nouvelle relation avec nos assurés, en intégrant le suivi attentionné des formalités engagées.
- Impulser une meilleure gestion de sa santé par le développement de la « prévention personnalisée ».
- Simplifier et sécuriser la relation assuré/assurance maladie.
- contribuer à la maîtrise des coûts de gestion de l'Assurance Maladie par la mise en place de télé services intégrés au système d'information permettant un traitement automatisé de demandes et une restitution des informations en ligne et par la substitution de l'offre en ligne aux contacts physiques et téléphoniques

Les engagements de la CNAMTS :

Développer les démarches en ligne en permettant :

- à l'assuré, de gérer sa situation administrative (état-civil, déclaration de bénéficiaires, changement d'adresse, changement de coordonnées bancaires)
- à l'assuré, d'administrer sa relation entre l'assurance maladie et sa complémentaire santé (indicateur de la liaison noemie existant)

Permettre à l'assuré de commander et recevoir son attestation de droits et fiscale

Permettre à l'assuré de commander sa carte vitale 2 en ligne.

Proposer à l'assuré le suivi en ligne de son dossier, de délivrance de sa carte Vitale 2, de sa commande de carte européenne de sa prise en charge pour le paiement des indemnités journalières (restitution en ligne de l'avis d'arrêt de travail, de l'attestation de l'employeur, des opérations de traitement du dossier, de l'attestation de paiement)

Délivrer à l'assuré des informations lui permettant de mieux gérer sa santé et celles de ses bénéficiaires

- accompagnement à domicile
- suivi du jeune enfant
- activation d'espaces prévention thématiques (dépistages organisés, suivi des vaccinations...)

Indicateurs de résultat :

Adhésion au service

- 11 millions d'adhérents au compte assurés en fin de COG

Indicateur de suivi :

- Nombre moyen de connexions par adhérent et par an

Calendrier prévisionnel :

2010 Commande et réception d'attestations en ligne

2011 information en ligne de la liaison vers la complémentaire
Suivi de la délivrance de la carte Vitale 2 en ligne

2012 Création du compte individuel en ligne pour certaines catégories d'ayants droits
Commande de la carte Vitale 2 en ligne

**PROGRAMME N° 12 : STRUCTURER NOTRE RELATION ET ENRICHIR L'OFFRE
EN LIGNE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET ETABLISSEMENTS DE
SANTE**

Objectifs :

- Renforcer la relation de service entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie en mettant en œuvre de nouvelles offres adaptées à leurs besoins, tant pour le secteur ambulatoire qu'hospitalier
- Structurer une organisation adaptée en organisme pour assurer une réponse personnalisée
- Accompagner le PS pour faciliter son exercice quotidien
- Développer un portail unique inter régimes de services innovants et facilitateurs pour les professionnels de santé libéraux
- Faciliter la relation contractuelle avec le suivi optimisé du CAPI
- Mieux intégrer les services en ligne dans l'informatique métier des professionnels de santé
- Développer les services en ligne dans les établissements de soins (création d'un portail)

Enjeux :

- Simplifier et sécuriser la relation avec les professionnels de santé
- Faciliter et améliorer la prise en charge et l'orientation des patients
- Améliorer encore la relation de service entre la CNAMTS et les professionnels de santé
- Contribuer à l'objectif de gains d'efficience par la mise en place de télé services intégrés

Les engagements de la CNAMTS :

Optimiser la relation de service :

- organiser la relation téléphonique à partir d'une structure dédiée : les caisses primaires et le service médical garantiront l'identification d'un contact personnalisé aux professionnels de santé.
- Améliorer l'information grâce à la diffusion de nouveaux supports et de référentiels.
- mettre en œuvre des services attentionnés sur les différents moments clés pour le professionnel de santé (remplacement, cessation d'activité, passage en cabinet de groupe)
- mise en place d'un service attentionné pour les titulaires du CAPI

Développer les nouveaux outils de relation dématérialisée

- refondre Espace Pro et le compte PS, travailler pour disposer d'un portail d'accès unique inter régimes pour les professionnels de santé.
- accompagner les PS sur l'utilisation du portail unique par les Conseillers Informatiques Service et par une assistance téléphonique spécialisée
- travailler avec les professionnels de santé pour simplifier les formulaires et procédures, en articulation avec l'Etat.
- expérimenter la dématérialisation de la prescription issue du professionnel de santé en vue de son éventuelle généralisation sur la COG suivante.
- Développer la dématérialisation des pièces justificatives (prescription) et renforcer leur contrôle en homogénéisant les pratiques au sein du réseau.

Renforcer la mise en ligne de services innovants

- Fournir des informations régulières et proactives sur la patientèle et mettre en ligne des supports favorisant la prise en charge du patient (référentiels, compteurs d'actes)
- Promouvoir les outils en ligne : ententes préalables, avis d'arrêt de travail

- Communiquer sur le compte une liste de contacts personnalisés privilégiés (service médical, interlocuteur administratif).

Développer les télé services dans les établissements de santé

- Développer un portail établissements de santé
- Mettre à disposition des établissements par le biais du portail les informations administratives concernant leurs patients et améliorer les échanges d'information de paiement. Le portail proposera des restitutions statistiques aux établissements de soins sur leur profil de dépenses.

Mettre en place une politique d'accompagnement adaptée

- Professionnaliser la relation à travers les Conseillers Informatiques Service et le développement d'une hotline PS.
- Favoriser les échanges par messagerie sécurisée entre les professionnels de santé et le service médical

Participer au groupe de travail relatif aux simplifications administratives piloté par la DSS et lui transmettre régulièrement les données relatives aux actions de simplification.

Les engagements de l'Etat :

- Etudier les conditions d'une suppression des feuilles de soins papier pour les flux dégradés

Indicateurs de résultat :

Taux de satisfaction des professionnels de santé :

- 72% en fin de COG

Améli PS :

- Nombre d'adhérents à Améli PS : 296 000 en fin de COG

Indicateurs de suivi :

- Montée en charge des nouveaux services : taux de montée en charge des services PSE et AAT
- Nombre de PS adhérents à Espace Pro

Calendrier prévisionnel :

2011 Mise en place du service attentionné « remplacement »

2011 Lancement de l'expérimentation interlocuteur unique

Mise en place des services attentionnés « CAPI » et « cessation d'activité »

Lancement de l'expérimentation de dématérialisation de la prescription issue du professionnel de santé

2012 Bilan de l'expérimentation interlocuteur unique / généralisation éventuelle

Mise en place du service attentionné « passage en cabinet de groupe »

Déploiement d'un portail d'accès unique inter régimes pour les professionnels de santé

Déploiement du portail établissements de santé

2013 Transmission à l'Etat d'un bilan des services attentionnés aux professionnels de santé

Transmission à l'Etat d'un bilan d'étape de l'expérimentation de dématérialisation de la prescription issue du PS

PROGRAMME N° 13 : STRUCTURER NOTRE RELATION ET ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE POUR LES EMPLOYEURS

Objectifs :

- Développer et personnaliser la relation avec les employeurs (en fonction de leur taille, de leur secteur d'activité, de leur modalité organisationnelle..) dans une approche globale.
- Construire une relation de professionnel à professionnel avec les entreprises
- Proposer des simplifications administratives et des services adaptés aux besoins des entreprises.
- Structurer le réseau de conseillers employeurs (au sein des conseillers informatiques service) adaptés aux différentes catégories d'employeurs et tester une politique de « grands comptes »
- Enrichir et promouvoir l'offre de services en ligne à destination des employeurs

Enjeux :

- Gagner en productivité par l'intégration automatique des informations dans les systèmes de traitement
- Acquérir des données consolidées à la source afin de renforcer la fiabilité des données recueillies
- Faciliter la prise en charge et le traitement du dossier du salarié afin de réduire les délais de paiement des prestations en espèces
- Développer une relation partenariale pour :
 - simplifier la gestion du dossier assuré,
 - faciliter la réalisation des obligations des entreprises,
 - développer une appropriation partagée des objectifs de maîtrise médicalisée

Les engagements de la CNAMTS :

Privilégier une approche commune de l'entreprise en maîtrise médicalisée réunissant l'ensemble des acteurs de l'Assurance Maladie CPAM/CARSAT/ DRSM) :

- à l'appui des démarches de maîtrise médicalisée, créer et déployer des offres de services autour de la gestion du risque concernant les employeurs (profil d'arrêts de travail, désinsertion professionnelle, atypies, etc.)
- développer une information personnalisée aux employeurs sur les offres télé services et EDI, en s'appuyant sur le réseau des CIS.
- développer des solutions mutualisées et cohérentes pour répondre aux sollicitations des employeurs (solutions de type accueil téléphonique commun CPAM/CARSAT, étude d'une approche grands comptes pour certaines entreprises notamment en réseau) :

Développer les démarches en ligne en multipliant les supports d'accès (passer de l'EDI via le portail net-entreprises, à EDI to EDI), en permettant :

- à l'employeur d'automatiser l'échange d'information avec l'Assurance Maladie, directement depuis ses logiciels de gestion du personnel (paye et RH essentiellement).
- à l'expert-comptable un accès plus souple aux applications maladie de déclaration

Développer les télé services et les télé procédures par le biais du portail employeurs :

- Restituer en ligne à l'entreprise des informations sur le paiement des indemnités journalières subrogées.

- Développer des téléprocédures à destination des employeurs (changement de domiciliation bancaire, détachement de salariés dans l'UE).
- Mettre en place la dématérialisation des notifications, notamment du taux de sinistre

Les engagements de l'Etat :

Etudier les modalités d'une simplification des règles de gestion des indemnités journalières

Indicateur de résultat :

Taux de satisfaction des employeurs :

- 75% en fin de COG

Montée en charge des téléservices :

- 48% des déclarations de salaires pour le paiement des indemnités journalières réalisées en ligne en 2013

Calendrier prévisionnel :

2011 Evaluation des expérimentations de plateformes communes employeurs / Généralisation éventuelle des plateformes

Lancement de l'expérimentation de service « grand compte »

Mise en place de la téléprocédure « détachement de salariés dans l'Union européenne »

2012 Restitution en ligne à l'entreprise des informations sur le paiement des indemnités journalières subrogées

Mise en place de la dématérialisation des notifications (notamment du taux de sinistre)

Axe efficacité - réseau

PROGRAMME N° 14 : OPTIMISER LA STRUCTURATION DU RESEAU ET TRAVAILLER COLLECTIVEMENT DE MANIERE PLUS EFFICIENTE

Objectifs :

- Renforcer le pilotage de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude par la direction de la coordination régionale
- Optimiser les organisations collectives et conforter les nouvelles entités créées (CPAM et ELSM) et encourager les CPAM à se les approprier
- Adapter l'organisation de l'informatique pour mieux répondre aux enjeux de la période

Enjeux :

- Travailler collectivement de manière plus efficace pour améliorer les résultats tant en gestion du risque qu'en matière de service rendu aux bénéficiaires
- Renforcer le pilotage du réseau afin d'homogénéiser les performances des caisses

Les engagements de la CNAMTS :

- A partir du bilan des opérations de mutualisation impulsées par le réseau sur la COG 2006-2009, définir et déployer une nouvelle étape de mutualisation sur l'ensemble du réseau, adossée à un panel d'actions labellisées, dans lequel les organismes viendront puiser. Les programmes de mutualisation retenus sur cette base seront déployés à compter de 2011 avec une montée en charge progressive et un bilan en fin de période.
- Définir et déployer des processus médico-administratifs transversaux, en s'attachant dans un premier temps à la gestion des indemnités journalières et à la gestion des ententes préalables puis en enrichissant la démarche à d'autres processus.
- Homogénéiser la démarche et le périmètre de la certification au sein du réseau d'ici à la fin de la COG, dans l'optique d'une certification réseau au cours de la période conventionnelle suivante.
- Renforcer l'animation nationale des directions de la coordination régionale de la GDR : la CNAMTS, optimiser le reporting du réseau en gestion du risque par la supervision des directeurs coordonnateurs sur les résultats de la démarche régionale de gestion du risque ; homogénéiser le pilotage des actions en matière de gestion du risque contribuant à l'amélioration des résultats collectifs.
- Redistribuer missions et moyens pour renforcer l'efficacité de l'ensemble des services informatiques.
- Réduire parallèlement la dispersion des performances et des coûts entre organismes
- Réformer l'indicateur « bénéficiaire actif pondéré »
- Poursuivre l'appropriation des outils de comptabilité analytique dans l'ensemble du réseau

Indicateurs de résultat

Mise en œuvre des actions de mutualisation

-90% des organismes engagés 6 actions d'ici la fin de la COG

Efficienc

- Evolution du ratio nombre de bénéficiaires consommateurs /ETP : +7,5 % en fin de COG

Indicateurs de suivi

Efficienc :

- Réduction de l'écart des Cpam les plus coûteuses à la moyenne des 30 CPAM les moins coûteuses

Calendrier prévisionnel :

2010 : Mise en place de la nouvelle direction de la coordination de la gestion du risque et des tableaux de bord de suivi des résultats régionaux

Achèvement de la départementalisation du réseau : fusion juridique et informatique des entités du réseau ; mise en œuvre du programme d'accompagnement RH des fusions ;

Présentation d'un bilan des mutualisations dans le réseau ;

Achèvement du déploiement de l'outil de comptabilité analytique OSCARR

Modification des règles de calcul de l'indicateur BAP

2011 : définition d'une stratégie pluriannuelle de mutualisation

Lancement d'une première vague de mutualisations (deuxième et troisième vague en 2012 et 2013)

Présentation à l'Etat d'une étude définissant l'organisation informatique cible et le calendrier ainsi que les modalités de réalisation

Déploiement de la première vague de processus médico-administratif rénovés (IJ et ententes préalables)

2012 : Achèvement du déploiement des organisations cibles des nouvelles caisses départementales

Choix et élaboration de la deuxième vague de processus médico-administratif

2013 :

Réalisation d'un bilan des opérations de mutualisation

Déploiement de la deuxième vague de processus médico administratifs

Certification harmonisée pour l'ensemble des caisses et des DRSM

Présentation d'un plan d'action pour une certification de réseau

PROGRAMME N° 15 : DEVELOPPER UNE POLITIQUE RH ADAPTEE AUX ENJEUX DU RESEAU

Objectifs :

- Approfondir la politique de recrutement et de formation des collaborateurs pour assurer le remplacement des compétences et assumer pleinement les nouveaux métiers
- Afficher pour les métiers de l'assurance maladie une politique de rémunération harmonisée sur l'ensemble du territoire.
- Renforcer dans l'ensemble des organismes des pratiques socialement responsables.
- Développer les leviers permettant une amélioration de la mobilité des agents, la diversification des parcours de carrières
- Travailler sur les sujets RH en concertation avec l'UCANSS

Enjeux :

Permettre à la branche maladie de développer sa politique de gestion du risque et d'installer de nouveaux services grâce à une politique de recrutement, de mobilité interne et de formation adaptée à ses enjeux et cohérents avec les travaux de l'UCANSS .

Les engagements de la CNAMTS :

- Définir des parcours qualifiants et transparents adossés à des dispositifs de formation opérationnels notamment pour les nouveaux métiers.
- Elaborer pour les métiers de la relation client, des services en santé et de la lutte contre la fraude, des référentiels de compétence permettant des recrutements adaptés.
- Favoriser pour les managers et les cadres dirigeants le partage d'expériences et diffuser les bonnes pratiques.
- Apporter au réseau une méthodologie de pesée des emplois permettant d'objectiver une politique de rémunération harmonisée.
- Déployer dans le réseau un système d'information ressources humaines rénové, intégrant un applicatif de gestion de la paie, des modules de gestion des compétences, de la formation et un outil de pilotage.
- Adapter les méthodes de recrutement et de formation aux salariés en situation de handicap et aux seniors et assurer l'harmonisation et le suivi des accords seniors conclus en 2009 et du protocole d'accord du 26 janvier 2010.
- Déployer une politique de prévention des risques psycho sociaux s'appuyant sur des expériences validées.
- Enrichir la culture de résultats par l'actualisation du projet d'entreprise de l'Assurance Maladie
- Concentrer le temps de travail des praticiens conseil et des professionnels paramédicaux sur les actions à valeur ajoutée médicale et paramédicale en favorisant les délégations de tâches.

Les engagements de l'Etat :

Indicateurs de résultat :

Emplois des travailleurs handicapés

- Réduction de 5% par an de la cotisation AGEFIPH + FIPH sur la période de la COG

Emploi des seniors

- 34% de salariés âgés de 55 ans et plus en 2013

Indicateur de suivi :

- Taux d'organismes ayant mis en place une politique de prévention des risques psychosociaux.

Calendrier prévisionnel :

Fin 2010 :

- signature de la convention bilatérale avec l'UCANSS

2010-2011

- élaboration des référentiels métiers et des dispositifs de formation pour les métiers de la relation client, de la lutte contre la fraude et des services en santé
- diffusion et promotion auprès des organismes d'une méthode de pesée des emplois
- résultat de l'enquête sur les conditions du dialogue social dans les DRSM

2012-2013

- fin du déploiement du SIRH (paie, gestion administrative, gestion des compétences et de la formation, décisionnel)

**PROGRAMME N° 16 : PROMOUVOIR UNE POLITIQUE IMMOBILIERE
DYNAMIQUE ET POURSUIVRE L'ENGAGEMENT DE LA BRANCHE EN MATIERE
DE DEVELOPPEMENT DURABLE**

Objectifs :

- Poursuivre la réhabilitation du parc immobilier en optimisant son occupation et en rationalisant les surfaces, en cohérence avec les orientations définies par l'Etat en 2010.
- Poursuivre la politique de restructuration des accueils, dans l'optique d'une généralisation sur deux périodes conventionnelles.
- Renforcer la démarche de développement durable et l'intégrer dans la gouvernance, les modalités de fonctionnement interne les décisions économiques du réseau.
- Renforcer les synergies entre branches, lorsque l'intérêt socio-économique et géographique est présent, en termes d'accueils communs, notamment en zone rurale, et de bornes interservices.

Enjeux :

- Disposer d'un parc immobilier répondant aux normes d'accueil de nos publics et d'hébergement de nos personnels, favorisant des modes d'organisation plus efficaces et la mise en œuvre de nouvelles technologies
- Maîtriser les coûts d'investissement et de fonctionnement tout en améliorant l'impact environnemental de ce patrimoine et en valorisant le patrimoine de branche

Les engagements de la CNAMTS :

- Actualiser le maillage territorial défini au travers du SDIL et permettant la prise en compte des nouveaux outils de relation client : la CNAMTS mettra à disposition la cartographie actualisée des différentes entités du réseau
- Privilégier les travaux de sécurité des personnes et des biens et de mise aux normes des éléments indispensables au fonctionnement des organismes et anticiper la nouvelle réglementation sur l'accessibilité : la CNAMTS visera la mise aux normes des bâtiments en matière d'accessibilité aux personnes en situation de handicap d'ici 2015.
- .
- Densifier l'occupation du parc immobilier en fonction des ratios exigés pour les services de l'Etat : la CNAMTS visera une surface utile nette de 12m² par poste de travail.
- Réduire les consommations d'énergie par des travaux d'isolation du clos et du couvert, par des programmes de construction intégrant les aspects relatifs au développement durable. Tendre à une réduction des consommations d'énergie de 12 % et des émissions de gaz à effet de serre de 16 % d'ici 2015.
- Poursuivre la cession des éléments de patrimoine devenus inadaptés, dans une optique de valorisation du patrimoine et d'optimisation de l'occupation du parc. La CNAMTS procédera au réexamen périodique des baux afin de profiter d'éventuelles possibilités d'optimisation des contrats de location, notamment au plan financier.
- Mettre à disposition de la CNAF, du RSI et de la MSA dès 2010 un accès aux outils RAPSODIE et PERL'S.
- La CNAMTS transmettra annuellement (avant la fin du 1^{er} trimestre de l'année n+1) un bilan de la stratégie immobilière.
- Développer des expériences d'accueils communs à d'autres branches et régimes, et les évaluer.

- Insérer des clauses environnementales et sociales dans tous les marchés qui le permettent. Au terme de la convention, la branche visera l'inclusion de clauses sociales et / ou environnementales dans au moins 50% des marchés.
- Inciter l'ensemble des organismes à disposer d'un parc de véhicules propres : la CNAMTS tendra sur la période vers l'objectif de 100% de véhicules propres émettant moins de 130g/km
- Déployer dans l'ensemble des organismes du matériel de visioconférence dans un but de limitation des déplacements au sein de la branche
- Poursuivre la politique d'économie des volumes de fluides consommés.

Indicateur de résultat :

200 000 m² cédés

Indicateur de suivi :

- Ratio m² SUN par poste de travail

Calendrier prévisionnel :

2010 : Recensement des besoins et formalisation du schéma pluriannuel de stratégie immobilière 2010-2013

 Déclinaison du SPSI dans les schémas directeurs immobiliers locaux au sein de l'ensemble des organismes

 Contribution à la cartographie interbranches et interrégimes des sites de la sécurité sociale

 Mise à disposition de la CNAF, du RSI et de la MSA des outils PERL'S et RAPSODIE

2011 : A partir de l'actualisation du maillage territorial, poursuite des opérations de cession /reconversion du patrimoine

2012 : Bilan carbone et exploitation en vue notamment de la préparation de la COG 2014-2017

2013 : Bilan du schéma pluriannuel de stratégie immobilière

Axe efficience – systèmes d'information

PROGRAMME N° 17 : CONTRIBUER A LA GESTION DU RISQUE

Objectifs :

Il s'agit d'accompagner la mise en œuvre de la politique de gestion du risque de l'assurance maladie.

Trois types d'actions sont distingués :

- des actions de court terme apportant des gains rapides
- des actions de moyen terme mais déjà engagées sur des premiers paliers produisant un gain structurel en matière de gestion du risque
- deux programmes autour de l'informationnel et de l'accompagnement des malades chroniques

Enjeux :

Accompagner la politique de gestion du risque de l'assurance maladie par la mise à disposition des outils adéquats.

Les engagements de la CNAMTS :

Les projets à gains rapides

- Gestion des campagnes de courriers de prévention santé par l'envoi de courriers aux assurés
- Alimentation du SNIIRAM par le PMSI
- Suivi des présences des assurés dans les établissements / en EPHAD
- Transporteurs - tableau de bord de l'adéquation entre les traces GPS et les données de facturation
- Transporteurs - contrôles des factures avec le référentiel national des transporteurs

Les autres projets:

- RFOS
- RNCPS
- Transporteurs

L'accompagnement des maladies chroniques

L'Assurance Maladie a mis en place Sophia, service d'accompagnement des patients chroniques, actuellement en phase d'expérimentation dans 21 départements, dont la généralisation est prévue dans les conditions prévues au chapitre 1.

Les travaux à mener pour ce programme sont :

- L'extension de l'usage sur la base technique actuelle
- La mise en place d'un outillage de questionnaire en ligne
- La définition et la sélection de la solution cible
- Déployer et intégrer la solution cible au SI de la CNAMTS
- L'étude de l'extension de l'usage des composants de la solution cible à d'autres champs que Sophia.

Programme Informationnel

La réorganisation du système décisionnel pour mettre à disposition un ensemble de pilotage de l'activité des caisses dans un objectif d'efficacité d'une part et de pilotage de l'Assurance maladie dans une logique d'assureur en santé d'autre part nécessite de :

- Définir l'architecture amont du système de pilotage de l'Assurance maladie et de la gestion du risque
- Redéfinir les finalités du SNIIR-AM en regard de l'évolution des politiques de gestion du risque et de santé publique
- Définir l'architecture cœur du système en tenant compte des contraintes CNIL et des profils et finalités des différents acteurs accédant aux données (Assurance Maladie, Etat, autres)
- Mener une étude de simplification à court terme de l'architecture technique
- Améliorer les conditions d'exploitation du SNIIR-AM notamment en redéfinissant les modalités d'accès selon les profils et les finalités.

Indicateur de suivi:

Taux de projet à gains rapides mis en œuvre dans les délais

**PROGRAMME N° 18 : METTRE EN ŒUVRE UNE OFFRE DE SERVICE DEDIEE AUX
ETABLISSEMENTS DE SANTE INCLUANT LA FACTURATION DIRECTE**

Objectifs :

- Mettre en œuvre la facturation directe :
- Mettre en œuvre l'expérimentation en 2011-2012
- Préparer la généralisation

Enjeux :

Mise en œuvre de la facturation directe à l'hôpital

Les engagements de la CNAMTS :

Pour l'expérimentation de la facturation directe, mettre en place :

1. le module de suivi des paiements en instances au niveau de chaque Caisse de paiement unique
2. la tarification et le paiement de factures individuelles des établissements MCO, séjours (sans détail des actes CCAM) et consultations externes ; la tarification des séjours avec détail des actes CCAM sur les factures de séjour,
3. Mettre en place le socle de contrôle nécessaire (GHS en borne basse, suppléments coûteux, cumul des GHS, contrôle des autorisations et des compatibilités, gestion de la part complémentaire des séjours, gestion des suppléments journaliers, gestion des médicaments...)
4. Pour la généralisation de la facturation directe, mettre en place en complément :
 - de nouveaux contrôles plus approfondis de la facturation
 - une vue consolidée des instanciers CPU pour permettre un pilotage national
 - l'intégration du web service de consultation des droits en ligne aux modules de facturation hospitalière

Les engagements de l'Etat :

- Evolution des textes législatifs et réglementaires nécessaires
- Pilotage du projet
- appui au déploiement du projet dans les hôpitaux
- Accompagnement de la gestion du changement dans les hôpitaux

Calendrier prévisionnel :

2011 : Démarrage de l'expérimentation de la facturation directe en avril 2011

2013 : Début de la généralisation de la facturation directe

PROGRAMME N° 19 : DEVELOPPER LES FONCTIONNALITES DES PORTAILS ET RENDRE PLUS EFFICIENTE LA GESTION DES BASES ASSURES

Objectifs :

Programme Portail assuré

- Simplifier, sécuriser et fluidifier la relation entre l'assuré et l'assurance maladie
- Mettre à la disposition des assurés une information sur la qualité et le coût des soins ainsi que sur les recommandations de bonnes pratiques
- Apporter aux assurés une information en santé fiable, neutre et validée.

Programme Portail professionnel de santé

- Mettre à disposition des professionnels de santé des téléservices en appui à leur pratique : arrêts de travail (en enrichissant le service existant), gestion des ententes préalables et des protocoles de soins
- Développer des outils de prescription en ligne et de référentiels d'aide à la prescription
- Contribuer aux objectifs de gestion du risque par l'intégration du contrôle en ligne.

Programme Bases de données assurés

La personnalisation de la relation à l'assuré et aux professionnels de santé, le développement de la contractualisation, le ciblage de certaines populations pour des actions de prévention et la simplification des démarches administratives, nécessitent un chantier d'optimisation des bases de données assurés, en réorganisant les bases de données autour de l'assuré.

Enjeux :

Programme Portail assuré

Développer une politique d'offre multicanale performante et diversifiée, accessible, simple d'accès et personnalisée.

.En complément des modalités d'accueil actuelles, permettre à l'assuré de réaliser directement en ligne certaines de ses démarches, par le biais de procédures intégralement dématérialisées et articulées avec le système de production.

Programme Portail Professionnel de santé

Mettre à disposition des services en ligne simplifiant les démarches et accompagnant la politique de gestion du risque, dans un cadre efficient pour la branche (gestion des pièces justificatives, contrôles en ligne, réduction des rejets).

L'offre de services en ligne destinée aux établissements sera enrichie, à l'instar des services proposés aux professionnels libéraux, en l'adaptant aux spécificités des établissements. Une réflexion sera engagée pour fédérer ces outils dans un portail.

Bases de données assurés

- Permettre la mise en place de traitements et services nationaux fiables et de qualité.
- Simplifier les processus métiers et réduire les complexités administratives pour les assurés

Contribuer à renforcer la qualité des données.

- Accompagner l'évolution du métier de l'Assurance Maladie, et en particulier la personnalisation de la relation à l'assuré.

Les engagements de la CNAMTS :

Programme Portail Assurés

Mise en place des principales démarches en ligne :

- Déclaration de perte/vol de la carte Vitale et suivi de la délivrance de la carte Vitale 2 ; - -
- Demande de CEAM
- Changement de coordonnées (domicile, banque)
- Lien avec les services du site Mon service public (changement de coordonnées, perte de papiers)
- Déclaration de changement de situation entraînant une mutation intra ou interrégimes
- Déclaration d'un nouvel ayant droit
- Signalement automatique de situation de fin de droits prochaine

Programme Portail Professionnel de santé

Déploiement de services sur le portail Internet et de services pour intégration dans les logiciels métier

Fusion fin 2010 des portails actuels du compte Ameli PS et de l'Espace Pro permettant le Déploiement progressif de nouveaux services (facturation, prescription...) sous réserve des autorisations de la CNIL

Programme Base assurés

Mener les études préalables :

- Identifier sur le plan fonctionnel les ensembles de données qui peuvent être centralisés au niveau national sous réserve des autorisations de la CNIL ;
- Définition du modèle de données publiques (gestion des individus, gestion des assurés).

Indicateur de résultat :

Taux de disponibilité des téléservices assurés, PS et employeurs de 99% en 2013

PROGRAMME N° 20 : LES PROJETS ACCOMPAGNANT LES EFFORTS D'EFFICIENCE

Objectifs :

Il s'agit d'accompagner les efforts d'efficience des caisses par la mise en œuvre de projets d'automatisation ou de facilitation des tâches des agents et praticiens conseils.

Trois types d'actions sont distingués :

- des actions de court terme apportant des gains rapides par l'automatisation de certaines tâches à faible valeur ajoutée
- des actions de moyen terme mais déjà engagées sur des premiers paliers produisant un gain structurel d'efficience
- un programme autour des interfaces de travail des agents et des praticiens conseil, permettant une amélioration de leur contexte de travail, qui se séquencera entre des actions de court, moyen et long terme

Enjeux :

Accompagner l'effort d'efficience de la branche.

Les engagements de la CNAMTS :

Projets de court terme à gains rapides :

- Attestations de droits en ligne sur le compte assuré
- Injecteurs DSIJ dématérialisés dans Progrès
- Télétransmission des pièces jointes scannées flux FSE
- Rapprochement automatique des FSE du flux papier des prescriptions
- Injecteur arrêts de travail dématérialisés dans Progrès
- Injecteur ententes préalables dématérialisées dans Hippocrate
- Injecteur protocoles de soins dématérialisés dans Hippocrate
- Injection des droits des retraités en partenariat avec la Cnav
- Injection des droits des bénéficiaires de la CAF (APE, APLC)
- Flux UNEDIC des chômeurs non indemnisés
- Injection des données saisies en ligne (changement d'adresse) sur le compte Assuré

Les projets générateurs de gains d'efficience à moyen terme

- Diadème : il s'agit de continuer le déploiement de la GED et des processus de work flow pour permettre une meilleure efficience des processus sur le back office et le service
- SIRH : il s'agit de doter l'Assurance maladie d'un système efficient de gestion de ses ressources humaines
- CLOE : il s'agit d'utiliser les potentialités de l'édition industrielle de l'assurance maladie dans la gestion du courrier personnalisé adressé par les CPAM
- Droits et échanges partenaires : il s'agit d'automatiser certaines procédures dans le cadre de la gestion des droits (échanges avec la CNAF notamment)
- CAMIEG : il s'agit de répondre aux engagements pris sur le SI pour la fin de l'année 2010
- projet EESSI

Un programme de refonte des interfaces de travail des agents et praticiens conseil

Aujourd'hui, les processus métiers de l'Assurance maladie sont supportés par des applicatifs cloisonnés qui impliquent le recours simultané à plusieurs applicatifs pour l'agent ou le praticien.

Ce programme implique de mener 3 chantiers :

- la mise en place d'un portail agent point d'accès unique des agents administratifs et des praticiens conseils aux services offerts par le SI, dont l'échéance sera fixée dans le cadre du SDSI
- la rénovation et l'homogénéisation des postes de travail (facilitée par la mise en place du portail agent)
- la mise en place d'outils collaboratifs

Indicateur de résultat

Taux de disponibilité des applications de production : 99.5% sur la période de la COG

Indicateur de suivi :

Taux de projet à gains rapides mis en œuvre dans les délais

Calendrier prévisionnel :

2011 : déploiement de l'ensemble des projets identifiés de court terme à gains rapides

2012 : déploiement de CLOE

Achèvement du déploiement du SIRH

2010- 2013 : poursuite du déploiement de DIADEME

PROGRAMME N° 21 : GOUVERNANCE DES EVOLUTIONS DU SI

Objectifs :

Mettre en place un schéma directeur des systèmes d'information

Se doter d'un outil de pilotage permettant d'éclairer les choix de priorité, prévoyant les mécanismes d'adaptation pour faire aux évolutions législatives et réglementaires ;

Assurer une gouvernance des évolutions du SI permettant de :

- développer les programmes prioritaires du SDSI
- développer les projets déjà engagés
- maintenir les applications du système d'information en condition opérationnelle, assurer le support d'expertise et prendre en compte les évolutions ne nécessitant pas une gestion en mode projet.

Enjeux :

Prioriser les programmes ; garantir les évolutions prioritaires dans le cadre des programmes et des projets prioritaires ; maintenir le système d'information en condition opérationnelle : maintenance corrective, support et constitution opérationnelle des versions applicatives.

Les engagements de la CNAMTS :

- Réaliser un SDSI intégrant des plans opérationnels déterminant les opérations majeures à mener sur la période de la COG, leur planification et l'évaluation des moyens nécessaires à la réalisation de chaque projet (ressources humaines et budgétaires attendues) ;
- Mettre en place un processus de pilotage et de suivi (outillage, tableaux de bord) et d'actualisation du SDSI
- Limiter la charge de maintenance et d'évolution par des développements plus adaptables et la réduction des besoins de maintenance du parc applicatif ancien lors de leur remplacement par de nouveaux applicatifs.
- Etablir un bilan annuel de l'état d'avancement du SDSI qui fera l'objet d'un examen avec les services de l'Etat avant la fin du 1^{er} semestre de l'année n+1

Les engagements de l'Etat :

Informar la Cnamts en amont des évolutions législatives et réglementaires envisagées et veiller en amont à l'impact de ces mesures sur les SI

Indicateur de suivi

- Taux d'exécution dans les délais des programmes du SDSI sur la période de la COG

L'action internationale de la CNAMTS

PROGRAMME N° 22 : L'ACTION INTERNATIONALE DE LA CNAMTS

Objectifs :

- Développer les comparaisons avec les systèmes et les bonnes pratiques mises en œuvre à l'étranger
- Assurer une veille en matière communautaire, notamment dans le cadre de l'ESIP, dans le cadre de la position menée par l'Etat
- Appliquer de façon homogène et adéquate le droit européen et les dispositions des conventions bilatérales.
- Développer les échanges institutionnels et l'expertise sur les sujets internationaux
- Contribuer au renforcement de la lutte contre les fraudes à l'international
- Contribuer, par le biais de partenariats, au développement d'assurances solidaires en santé à l'étranger, notamment par la participation à la coopération internationale en matière de sécurité sociale et la présence au sein de l'Adecric, du GIP SPSI et de l'AISS.

Enjeux :

Contribuer, par la veille et l'expertise internationales, à l'efficacité du système de santé français

Prendre en compte les enjeux liés à la mobilité des assurés français à l'étranger et prendre en compte plus systématiquement la dimension internationale des politiques publiques mises en œuvre.

Les engagements de la CNAMTS :

- Assurer la mise en œuvre des nouveaux règlements de coordination en matière de sécurité sociale, en développant la formation des personnels et la coopération avec les institutions des autres Etats européens, en lien avec le CLEISS.
- Améliorer la gestion des créances internationales relatives aux soins de santé, en renforçant la coopération avec le CLEISS, comme le recommande la Cour des Comptes.
- Optimiser le fonctionnement du CNSE.
- Organiser et rationaliser la gestion des pensionnés résidant à l'étranger (caisse de rattachement, centralisation du suivi et application des règles spécifiques).
- Contribuer à la lutte contre la fraude internationale, notamment par la constitution et l'échange de fichiers, mais aussi le dialogue concernant les schémas de fraude à l'international ou les bonnes pratiques en matière de lutte contre celle-ci.
- Assurer l'information des assurés et patients mobiles sur leurs droits en matière de soins à l'étranger.
- Assurer un suivi statistique et juridique spécifique concernant les frontaliers.
- Contribuer, en lien avec le CLEISS, au suivi des détachements et autres affiliations dérogatoires ou particulières

Calendrier prévisionnel :

2011

- Formations aux nouveaux règlements de coordination
- Constitution du groupe des caisses frontalières
- Définition – en lien avec la CNAV -d'une solution cible pour la gestion des droits des pensionnés non-résidents

2011-2012

- Mise en place d'une solution pérenne de gestion des pensionnés non-résidents

Etudes et Statistiques

PROGRAMME N° 23 : LES ETUDES ET LES STATISTIQUES

Objectifs et engagements de l'Etat et de l'Assurance Maladie :

Mettre en œuvre les objectifs du contrat Etat UNCAM relatifs à l'amélioration de la connaissance du risque.

Annexe 2 : les règles budgétaires

1. BUDGET DE GESTION

Le budget de gestion supporte les charges de fonctionnement et d'investissement de l'établissement public et des organismes du réseau.

1.1. Le cadrage budgétaire pluriannuel

Pour la période 2010-2013, l'ensemble des dépenses et des recettes fait l'objet d'une programmation pluriannuelle. La procédure budgétaire reste régie par la règle de l'annualité.

1.1.1. Le champ d'application du protocole budgétaire et pluriannualité des dépenses

Toutes les structures composant le réseau de l'assurance maladie sont concernées par la pluriannualité budgétaire. On distingue deux types de dépenses :

- les dépenses à caractère limitatif ;
- les dépenses à caractère évaluatif.

1.1.1.1. Les dépenses à caractère limitatif

Pour ces dépenses, les montants figurant dans l'annexe budgétaire de la présente convention sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice. Il s'agit :

- des dépenses de personnel,
- des autres dépenses de fonctionnement,
- des dépenses d'investissement :
 - o informatique,
 - o opérations immobilières et autres objets.
- de la contribution au financement des dépenses informatiques engagées par la CNAVTS pour le compte de la CNAMTS,
- de la contribution au financement des dépenses engagées par la CNAVTS pour le compte de la CNAMTS au titre des projets TDS et DADS.

1.1.1.2. Les dépenses à caractère évaluatif

Pour ces dépenses, les montants figurant dans l'annexe budgétaire sont arrêtés de manière indicative pour chaque exercice budgétaire. Ils peuvent être ajustés, dans le cadre du budget de gestion, au vu des décisions prises qui s'imposent à la caisse nationale de l'assurance maladie. Il s'agit :

- des dotations aux amortissements et provisions, ainsi que celles des unions immobilières
- des charges exceptionnelles (compte 67)
- de la contribution AGIRC-ARRCO au titre du financement du protocole du 24 décembre 1993 relatif aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance,

- de la contribution UCANSS au titre des frais d'imprimés et d'abonnement aux revues médicales
- de la contribution au FNGA de l'ACOSS et au FNGA de l'UCANSS
- de la contribution aux dépenses de fonctionnement des ARS.

1.1.2. La détermination de la base de référence

La programmation budgétaire pluriannuelle est établie à partir d'une base de référence, constituée des montants fixés dans le tableau chiffré de l'annexe budgétaire.

1.1.3. Les règles d'évolution pour la période 2010 à 2013

1.1.3.1. Evolution des crédits

➤ Les dépenses de personnel

Le montant des dotations budgétaires pour l'exercice 2010 est fixé dans le tableau de programmation. L'utilisation de ces dotations s'inscrit dans le cadre de la politique salariale définie par l'UCANSS au cours de la période conventionnelle.

Pour les trois exercices suivants, la base des dépenses pour l'année N inscrite dans le tableau de programmation évoluera suivant le taux prévisionnel d'inflation hors tabac de l'année N corrigé.

La correction de la base des dépenses de l'année N se fera par la prise en compte de la différence entre le taux prévisionnel d'inflation hors tabac de l'année N-1 (estimé lors de l'établissement du budget de gestion de l'exercice N-1) et le taux d'inflation hors tabac corrigé de l'année N-1 (établi par l'INSEE en début d'année N). Cette correction fait l'objet d'un budget rectificatif dans le courant de l'année N.

Une ligne budgétaire identifie les crédits destinés à financer la politique d'intéressement des personnels.

Les montants des crédits de personnel sont déterminés en tenant compte de 8400 départs à la retraite prévisionnels (en ETP) pour la période 2010-2013. Au dernier trimestre de l'année 2012, un bilan des départs à la retraite effectivement constatés depuis le début 2010 et des prévisions des départs jusqu'à la fin 2013 sera établi. Si le nombre de départs ainsi projeté est différent de celui initialement envisagé sur la période de la COG, les dépenses de personnels réellement engagées seront ajustées pour l'année 2013 en tenant compte tout à la fois de l'application sur les prévisions de départ en retraite du non remplacement d'un départ sur deux et du nombre des emplois liés aux nouvelles fonctions intégrées à la COG et à la réalisation des objectifs fixés dans la présente convention.

La présente convention pourra être révisée en cours de période par avenant, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, pour tenir compte de nouvelles missions confiées par les pouvoirs publics à la CNAMTS après la signature de la convention et modifiant significativement les charges de gestion.

➤ Les autres dépenses de fonctionnement ou investissement

Les montants annuels de ces crédits, ainsi que les autorisations de programmes, pour les investissements immobiliers, sont indiqués dans l'annexe budgétaire.

1.1.3.2. Mécanismes d'actualisation

➤ Actualisation des dépenses de personnel

Il n'y a pas d'actualisation autre que celle prévue au 1.1.3.1.

Cette actualisation est destinée à financer exclusivement :

- les hausses de prélèvements ayant un caractère obligatoire pour l'employeur,

- les mesures négociées au sein de l'UCANSS et agréées par l'Etat dans le respect de l'évolution générale de la RMPP définie par les pouvoirs publics.

➤ **Actualisation des autres dépenses de fonctionnement**

Pas d'actualisation. Reconduction en euros courants des montants fixés dans l'annexe budgétaire.

➤ **Actualisation des dépenses d'investissement**

Pas d'actualisation. Reconduction en euros courants des montants fixés dans l'annexe budgétaire.

➤ **Réajustements liés à la législation et à la réglementation**

Le présent contrat s'entend sur la base d'une législation et d'une réglementation constantes. Au cas où des évolutions viendraient à modifier significativement les charges de gestion, les parties signataires conviennent d'en mesurer exactement l'impact et d'en dégager si nécessaire les conséquences financières.

➤ **Autres réajustements exceptionnels éventuels**

Les parties s'entendront sur une révision dans le cas où un événement majeur dans l'environnement technique ou social des organismes viendrait affecter de manière significative leurs conditions de gestion.

1.2. Les règles de gestion

1.2.1. Le vote des budgets annuels

Le budget primitif présenté en N-1 et les budgets rectificatifs, sont soumis par le Directeur Général au vote du conseil. L'approbation par l'Etat de ces budgets est réputée acquise après le délai prévu par le code de la sécurité sociale, s'ils sont conformes à la convention d'objectifs et de gestion. Le budget de gestion présentera la répartition réalisée entre d'une part les organismes locaux et l'établissement public d'autre part.

1.2.2. Les virements de crédits

Il existe un principe de fongibilité à l'intérieur des groupes de dépenses limitatives suivantes :

- les dépenses de personnel,
- les autres dépenses de fonctionnement,
- les dépenses d'investissement immobilier et autres objets,
- les dépenses d'investissement informatique.

A l'intérieur de ces groupes de dépenses, les virements de crédits relèvent de l'autorité du Directeur général de la caisse nationale. La répartition des crédits entre les organismes, au sein de chaque groupe de dépenses, est établie ou modifiée par le Directeur général de la caisse nationale.

Les virements de crédits des dépenses de personnel vers les autres groupes de dépenses, et des autres dépenses de fonctionnement vers les dépenses d'investissement sont effectués par le Directeur général de la caisse nationale. Ils font l'objet d'une information du contrôleur général auprès de la CNAMTS

Tout autre virement fait l'objet d'une décision modificative soumise au vote du conseil et à l'approbation des services de l'Etat.

1.2.3. La réserve nationale

Une enveloppe de crédits, appelée la réserve nationale, faisant l'objet d'une ligne budgétaire spécifique, est ajoutée à la base de référence. Elle doit permettre à la caisse nationale de répondre aux événements imprévisibles affectant le fonctionnement des organismes au cours d'un exercice. Son utilisation est conditionnée par l'autorisation préalable des services de l'Etat. Une information est faite au conseil.

Les crédits non utilisés de la réserve nationale sont annulés en fin de chaque exercice.

1.2.4. Les règles de report des crédits non consommés

1.2.4.1. La constatation des crédits non consommés

Les crédits non consommés constatés au niveau des groupes de dépenses à caractère limitatif peuvent donner lieu, à l'exception de la réserve nationale, à un report, sur l'exercice suivant. Les crédits non consommés constatés au niveau des dépenses à caractère évaluatif au titre d'un exercice ne peuvent donner lieu à un report.

1.2.4.2. Le vote par le Conseil

Chaque année, après la clôture des comptes, à la constatation du niveau des dépenses exécutées et au regard de leur analyse et de l'estimation des besoins, les crédits non consommés au titre de l'année N-1 peuvent donner lieu à report sur l'exercice suivant et être affectés sur des dépenses à caractère non pérenne. Les reports de crédits aux organismes du réseau sont conditionnés à l'atteinte d'objectifs fixés dans leurs contrats pluriannuels de gestion, selon des modalités à définir conjointement entre la CNAMTS et l'Etat.

Les opérations immobilières soumises à autorisations de programme pourront faire l'objet de la constatation d'avances reportées. Si un organisme du réseau n'a pas pu utiliser dans l'exercice les crédits de paiement correspondant à une autorisation de programme délivrée par la caisse nationale, et qu'il souhaite reporter cette dépense sur l'exercice suivant, il a la possibilité de conserver les crédits de paiement après autorisation du Directeur Général de la Caisse nationale. Toutefois si ces crédits ne sont pas utilisés l'année suivante, l'organisme devra les restituer à la Caisse nationale.

Ces crédits augmentent à due concurrence le montant des autorisations de dépenses de l'exercice N et donnent lieu à présentation d'un budget rectificatif au conseil.

1.2.4.3. Les modalités d'approbation par les services de l'Etat

Pour les crédits reportés à l'intérieur du groupe de dépenses dont ils sont issus, l'approbation par les services de l'Etat est réputée acquise. Pour les crédits reportés dans un groupe de dépenses différent de celui dont ils sont issus, l'approbation de l'Etat est implicite dans un délai de vingt jours à compter de la réception du relevé de décision du conseil.

1.2.4.4. Les modalités d'information

La caisse nationale produit à l'appui de la décision du Conseil un état détaillé qui retrace d'une part, l'origine en N-1 des crédits reportés par ligne budgétaire en faisant la distinction entre les crédits notifiés aux organismes locaux et ceux conservés au niveau national et, d'autre part, leur destination en N par groupe de dépenses.

1.2.5. Les règles d'utilisation des recettes

1.2.5.1. Recettes constatées au niveau national

Les recettes atténuatives constatées au niveau national concernent :

- les remboursements d'avances en capital par les organismes du réseau. Ces produits ne donnent pas lieu à majoration de dépenses.
- les contributions reçues d'organismes extérieurs.

Si la réalisation de ces contributions est supérieure à l'évaluation faite lors de l'élaboration de l'annexe budgétaire de la COG elle peut donner lieu après autorisation de l'Etat à augmentation des dépenses d'égal montant lorsque ce supplément correspond à la compensation de frais de gestion engagés par la CNAMTS.

1.2.5.2. Recettes constatées par les organismes du réseau

Les recettes constatées par les organismes du réseau relèvent des catégories suivantes :

- les produits des services rendus entre organismes de la même branche ou d'une autre branche (Retraite - Famille - Recouvrement) ou d'un autre régime,
- les produits divers liés à la formation (remboursements forfaitaires...),
- les indemnités d'assurance,
- les dommages et intérêts perçus suite à une action en justice.

Ces produits donnent lieu à autorisation de majorer les dépenses limitatives d'égal montant après autorisation de l'Etat.

- les produits liés à des écritures comptables qui n'impliquent pas de sortie de trésorerie (reprises sur amortissements et provisions, produits liés au coût de production immobilisée).

Ces produits dont la contrepartie est comptabilisée en classe 2 ou classe 1 pour la reprise de provisions donnent lieu à autorisation de majoration de la dépense d'égal montant.

- Les produits liés à des cessions immobilières encaissées donnent lieu à autorisation de majorer les dépenses à hauteur de 50%.

La moitié des produits constatés viendront après encaissement alimenter l'enveloppe des autorisations de programme immobilier et des crédits de paiement ou seront réutilisés en financement de dépenses de fonctionnement autres que de personnel, notamment pour les locations, par décision du Directeur Général de la CNAMTS. Ces produits seront répartis comme suit : au maximum 50% en dépenses de fonctionnement et corrélativement au minimum 50% en opérations d'investissement. Une information précisant le montant de ces recettes par opération sera communiquée annuellement aux services de l'Etat.

- les autres produits constitués par :
 - o les subventions reçues dans le cadre des mesures emploi, les remboursements relatifs au personnel détaché, les produits liés à des régularisations de payes sur exercices antérieurs,
 - o les produits des activités annexes, précision étant apportée quant à la nature des activités concernées qui doivent être directement liées et compatibles avec la mission des organismes gestionnaires,
 - o les subventions d'équipement reçues,
 - o les produits des cessions d'actif autres qu'immobilières,
 - o les produits correspondant à des transferts de charges.

Si la réalisation de ces recettes est supérieure à l'évaluation faite lors de la définition de l'annexe budgétaire de la COG, la différence vient majorer le niveau des autorisations de dépenses limitatives non pérennes à hauteur de 75 % du dépassement de la prévision de recettes. Les 25 % restants viennent atténuer le prélèvement sur cotisations.

La constatation de l'augmentation des dépenses limitatives liées aux recettes donne lieu à budgets rectificatifs soumis au vote du conseil. L'approbation par l'Etat de ces budgets est réputée acquise s'ils sont conformes aux présentes règles et s'ils ne conduisent pas à majorer le prélèvement sur cotisations.

Si la réalisation de ces recettes est inférieure à l'évaluation faite lors de l'élaboration des annexes budgétaires de la COG, les autorisations de dépenses limitatives sont réduites dans la limite de 75% de la différence constatée.

- Le solde des autres produits constitué essentiellement des produits de gestion courante autres que les produits de services rendus et des produits exceptionnels autres que les produits de cessions.

Une augmentation de ces produits ne donne pas lieu à majoration de dépenses.

Un bilan annuel retraçant l'ensemble des recettes sera annexé au TBB 6.

1.2.6. Le bilan de l'exécution budgétaire

Le suivi consolidé de la répartition des crédits est assuré par une présentation du budget de gestion administrative au Conseil dans la même forme que celle figurant dans la convention. S'y ajoute une information sur les dépenses à caractère évaluatif et les opérations immobilières.

Le suivi du budget de gestion se fait au travers de tableaux de bord budgétaires établis sur le même modèle que le tableau de programmation financière de l'annexe, auxquels sont rajoutées les dépenses à caractère évaluatif ainsi que les prévisions de recettes.

1.2.6.1. Tableaux de bord budgétaires (TBB) du budget de gestion

La caisse nationale fournit pour chaque exercice budgétaire six tableaux de bord budgétaires accompagnés d'une analyse de l'exécution budgétaire. Ces documents permettent à l'Etat de produire des éléments chiffrés pour la commission des comptes de printemps et pour la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale. Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1 : au 15 juillet N-1, première prévision pour le budget N ;
- TBB 2 : au 1er novembre N-1, un projet de budget N tel que présenté au Conseil et sa prévision d'exécution ;
- TBB 3, 4 et 5 en avril, au 15 juillet et au 1er novembre N, comportant le niveau d'exécution de l'année N à la date de diffusion du TBB ainsi qu'une mise à jour de la prévision d'exécution du budget N ainsi que les budgets rectificatifs le cas échéant. Le TBB3 précise le montant des crédits n-1 reportés et non reportés ;
- TBB 6, au 10 avril N+1, comportant le budget exécuté N.

1.2.6.2. Immobilier

Un plan immobilier est arrêté pour la durée de la convention. Ce plan sera mis à jour en fonction de la consommation des AP et des CP. Il sera transmis au moins une fois par an aux services de l'Etat lors de la présentation du budget exécuté.

1.2.6.3. Informatique

Les dépenses informatiques (investissement et fonctionnement) feront l'objet d'un suivi budgétaire en prévision et en exécution. Des tableaux de suivi, établis en commun accord entre la caisse nationale et l'Etat, seront transmis aux services de l'Etat annuellement lors de la présentation du budget exécuté.

Les opérations de dépenses de fonctionnement et d'investissement informatiques faisant l'objet de crédits conditionnels donnent lieu à un suivi spécifique. La levée d'option sera réalisée à partir de la présentation du Schéma Directeur des Systèmes d'Information et d'un tableau prévisionnel des crédits engagés.

Ce tableau sera adressé à l'Etat qui disposera d'un délai de 20 jours pour se prononcer. Il sera également communiqué au Contrôleur Général Economique et Financier.

1.2.6.4. Effectifs

Un suivi des effectifs de l'ensemble du personnel de gestion administrative de la branche, par catégorie d'organisme, sera annexé au TBB 6 : il sera exprimé en ETP et distinguera CDI et CDD. Il présentera un état du recours à l'intérim au sein de la branche ainsi qu'un état du GVT.

1.2.7. Contrôle économique et financier de l'Etat

Le contrôle économique et financier de l'Etat auprès de la CNAMTS est tenu régulièrement informé des différentes phases relatives à la préparation et à l'exécution du budget de gestion. Il est destinataire des tableaux de bord et des notes transmises aux ministères de tutelle.

2. BUDGET D'INTERVENTION

2.1. Action sanitaire et sociale (FNASS)

2.1.1. Le cadrage budgétaire

2.1.1.1. Champ d'application

➤ Structures

Les structures concernées par la pluriannualité budgétaire sont les suivantes : les CPAM, les CARSAT, les CGSS, les UGECAM, l'établissement public.

➤ Dépenses

Entrent dans le champ d'application de la présente convention les dépenses de fonctionnement et les dépenses en capital relatives à l'action sanitaire et sociale ainsi que les dépenses relatives aux actions conventionnelles.

Tous les crédits ont un caractère pluriannuel.

Au cours de la période conventionnelle, toute mesure de nature législative ou réglementaire conduisant à un transfert de charge du FNASS vers un autre budget ou vers le risque maladie entraîne une annulation des crédits budgétés à due concurrence.

De même, toute nouvelle dépense mise à la charge du budget du FNASS entraîne un ajustement des crédits budgétés.

2.1.1.2. Programmation budgétaire

La programmation budgétaire pluriannuelle 2010-2013 figure en annexe de la présente convention.

Le budget du FNASS fait l'objet d'un vote chaque année par le Conseil. L'approbation par l'Etat, dans le délai prévu par le code de la sécurité sociale de ce budget est réputée acquise s'il est conforme à la convention d'objectifs et de gestion.

Le montant des dotations budgétaires pour l'exercice 2010 est fixé dans le tableau chiffré joint au présent document (cf. annexe).

Pour les exercices 2011 à 2013, sur la base des dépenses fixées dans l'annexe, les lignes budgétaires à caractère limitatif :

- dotations aux caisses / aide au maintien à domicile,
- dotations aux caisses / subventions de fonctionnement aux associations,
- CNAMTS / subventions de fonctionnement aux associations,
- CNAMTS / subventions affectées,

évoluent suivant le taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année corrigé.

La correction se fait par la prise en compte de la différence entre le taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année N-1 et le taux d'inflation hors tabac corrigé de l'année N-1 (établi par l'INSEE en début d'année N).

Toutes les autres dépenses de fonctionnement et d'investissement sont fixées en euros courants sur la période de la convention.

2.1.2. Règle de gestion

2.1.2.1. Notification des crédits

Le directeur général de la CNAMTS notifie annuellement aux structures locales la totalité des crédits en euros constants qui leurs sont alloués au sein du budget du FNASS avant la fin du premier trimestre.

Il notifie, avant la fin du deuxième trimestre, les dotations complémentaires issues du budget rectificatif portant report des crédits non consommés l'année précédente, selon les règles énumérées au & 2.3.3.

2.1.2.2. Virements des crédits

Le budget du FNASS se décompose en :

- section de fonctionnement relative à l'action sanitaire et sociale,
- section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles,
- section d'investissement relative aux établissements et œuvres de l'Assurance Maladie,
- section d'investissement relative aux établissements extérieurs.

Les virements de crédits sont effectués par le Directeur Général de la CNAMTS à l'intérieur de chacun de ces quatre groupes de dépenses, à l'exception des lignes « protocole d'accord du 9 avril 1998 » et « Autres » qui ne sont pas fongibles avec les autres lignes. Les virements de crédits entre les quatre groupes de dépenses cités précédemment font l'objet d'une décision modificative soumise au vote du Conseil et à l'approbation des services de l'Etat conformément à l'article L 224-10 du code de la sécurité sociale.

2.1.2.3. Reports de crédits non consommés

➤ Règles de report

Afin de permettre une gestion pluriannuelle des dépenses de l'action sanitaire et sociale, la CNAMTS et les caisses locales peuvent, après analyse des dépenses de l'exercice N et estimation des besoins de l'exercice N+1, reporter les crédits non consommés de l'exercice N sur l'exercice N+1 sur la période de la COG.

➤ Nature des crédits reportables

Tous les crédits non consommés au titre de l'exercice N sont reportables sur l'exercice N+1 dans la limite de la durée de la COG.

➤ **Modalités de report**

Chaque année, après la clôture des comptes de l'exercice N-1, la caisse nationale constate le niveau des dépenses exécuté au titre de l'année N-1.

Les crédits non consommés au titre de l'année N-1 peuvent être reportés sur l'exercice N et affectés sur décision du Conseil de la CNAMTS. Ces crédits augmentent ainsi à due concurrence le montant des autorisations de dépenses de l'exercice N. Une décision modificative du budget du FNASS retrace l'ensemble de ces opérations.

Pour les crédits reportés à l'intérieur de la section de fonctionnement relative à l'action sanitaire et sociale, à l'intérieur de la section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles, à l'intérieur de la section d'investissement relative aux établissements et œuvres de l'Assurance Maladie, et à l'intérieur de la section d'investissement relative aux établissements extérieurs, l'approbation par les services de l'Etat est réputée acquise.

Pour les crédits reportés faisant l'objet d'un virement entre les quatre groupes de dépenses cités précédemment, l'approbation des services de l'Etat se fait conformément à l'article L 224-10 du code de la sécurité sociale.

Les crédits non utilisés au titre des dépenses à caractère limitatif donnent lieu à une réaffectation systématique aux caisses locales à hauteur :

- 100% des montants constatés pour les organismes présentant une consommation en N-1 supérieure ou égale à 90%
- 80% des montants constatés pour les organismes présentant une consommation N-1 inférieure à 90% mais supérieure ou égale à 70%,
- 50% des montants constatés pour les organismes présentant une consommation N-1 inférieure à 70%,

le solde étant mutualisé au niveau national et attribué sur demande ponctuelle circonstanciée.

2.1.2.4. Immobilier

Un plan immobilier est arrêté pour la durée de la convention en autorisations de programme et en crédits de paiement. Ce plan sera mis à jour en fonction de l'exécution des projets immobiliers. Les autorisations de programme non ouvertes donnent lieu à report sur l'exercice suivant dans leur intégralité.

Les opérations immobilières soumises à autorisation de programme pourront faire l'objet de la constatation d'avances reportées : si un organisme du réseau n'a pas pu utiliser dans l'exercice les crédits de paiement correspondant à une autorisation de programme délivrée par la Caisse Nationale, et qu'il souhaite reporter cette dépense sur l'exercice suivant, il a la possibilité de conserver les crédits de paiement après autorisation du Directeur Général de la CNAMTS. Toutefois, si ces crédits ne sont pas utilisés l'année suivante, l'organisme devra les restituer à la Caisse Nationale.

Les produits liés à des cessions immobilières peuvent donner lieu à autorisation de majorer les dépenses limitatives d'égal montant, à l'exception de la section de fonctionnement et des lignes « protocole d'accord du 9 avril 1998 » et « autres ».

Ils viendront après encaissement alimenter l'enveloppe des autorisations de programme et des crédits de paiement. Un bilan annuel précisant le montant de ces recettes par opération sera communiqué aux services de l'Etat et annexé au TBB 6.

2.1.2.5. Le bilan de l'exécution budgétaire

Les modalités de suivi du Budget du FNASS, notamment celles relatives à la communication des TBB à la tutelle, sont identiques à celles établies pour le suivi du Budget de Gestion (cf 2.6.1. du A).

2.2. Prévention, éducation et information sanitaire (FNPEIS)

2.2.1. Le cadrage budgétaire

2.2.1.1. Champ d'application

Entrent dans le champ d'application de la convention les dépenses relatives aux actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi que les dépenses relatives aux centres d'examens de santé. Tous les crédits ont un caractère pluriannuel.

Au cours de la période conventionnelle, toute mesure de nature législative ou réglementaire conduisant à un transfert de charge du FNPEIS vers un autre fonds ou vers le risque entraîne une annulation des crédits budgétés à due concurrence.

De même, toute dépense mise à la charge du budget FNPEIS entraîne un ajustement des crédits budgétés.

2.2.1.2. Programmation budgétaire

La programmation budgétaire pluriannuelle 2010-2013 figure en annexe.

Le budget du FNPEIS fait l'objet d'un vote chaque année par le Conseil. L'approbation par l'Etat de ces budgets, après le délai prévu par le code de la sécurité sociale, est réputée acquise s'ils sont conformes à la présente convention.

Le montant des dépenses est fixé en euros courants pour la période de la convention.

Un état des effectifs en ETP des centres d'examen de santé en gestion directe sera présenté chaque année aux services de l'Etat en annexe du TBB 6.

2.2.2. Règle de gestion

2.2.2.1. Notification de crédits

Dès l'approbation du FNPEIS, le Directeur Général de la CNAMTS notifie aux structures régionales et locales des dotations leur permettant d'assurer le financement des dépenses autorisées par la CNAMTS dont le montant est fixé limitativement (dépistage des cancers, activité des CES, actions locales de prévention, accompagnement local de programmes nationaux...). Les dépenses des caisses primaires et des CGSS résultant de la liquidation de prestations prises en charge sur le FNPEIS (EBD, forfaits substituts nicotiques, TM d'actes pris en charge sur le Risque) donnent lieu à une créance sur la CNAMTS, soldée à la clôture des comptes. Tout dépassement constaté au niveau la consolidation nationale, par rapport au montant approuvé du budget, sur une ligne de programme, donne lieu à une décision modificative du budget par virement de crédit entre lignes.

2.2.2.2. Virements de crédits

Les virements de crédits entre les lignes de programmes du budget du FNPEIS font l'objet d'une décision modificative soumise au vote du Conseil et à l'approbation des services de l'Etat conformément à l'article L 224-10 du code de la Sécurité Sociale.

Les virements de crédits vers les lignes CES et CETAF sont interdits.

A l'intérieur de chaque ligne de programme, les virements de crédits sont effectués par le Directeur Général de la CNAMTS et font l'objet d'une information du contrôleur général auprès de la CNAMTS.

2.2.2.3. Programmation budgétaire

➤ Règle de report

Afin de permettre une gestion pluriannuelle des dépenses de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, et des centres d'examens de santé, la CNAMTS est autorisée à reporter les crédits non consommés d'un exercice N-1 sur l'exercice N sur la période de la COG.

➤ Nature des crédits reportables

Tous les crédits non consommés au titre d'un exercice N-1 peuvent donner lieu à report sur l'exercice N.

➤ Modalités de report

Chaque année , après la clôture de l'exercice N-1, à la constatation des dépenses exécutées au titre de l'année précédente, les crédits non consommés peuvent donner lieu à report sur l'exercice suivant sous réserve du respect de la nature des crédits et au regard de l'analyse des besoins. Ces crédits augmentent ainsi à due concurrence le montant des autorisations de dépenses de l'exercice N et donnent lieu à un budget rectificatif présenté au conseil.

2.2.2.4. Le bilan de l'exécution budgétaire

Les modalités de suivi du FNPEIS, notamment celles relatives à la communication des TBB à la tutelle, sont identiques à celles établies pour le suivi du FNG (cf 2.6.1. du A).

Annexe 3 : les fonds

- **FNG**
- **FNASS**
- **FAC**
- **FNPEIS**

FNG - COG 2010-2013

FNG COG 2010-2013	EXECUTE 2009 Retraité	Moyenne 2010 / 2013	BASE COG 2010	BASE COG 2011	BASE COG 2012	BASE COG 2013	TOTAL COG 2010 - 2013	Evolution 2013/2009
EN MILLIERS D'EUROS								
<i>A-DEPENSES A CARACTERE LIMITATIF</i>								
I-PERSONNEL								
Dotations des organismes du réseau	4 051 338	3 947 211	4 004 781	3 959 558	3 930 372	3 894 133	15 788 844	
Intéressement des organismes du réseau	50 982	52 000	52 000	52 000	52 000	52 000	208 000	
Réserve SI			-	-	3 763	1 758	5 521	
CNAMTS établissement public	172 609	189 716	184 445	189 141	191 544	193 732	758 862	
Intéressement CNAMTS établissement public	1 284	1 325	1 325	1 325	1 325	1 325	5 300	
TOTAL I-DEPENSES DE PERSONNEL	4 276 213	4 190 252	4 242 551	4 202 024	4 179 004	4 142 948	16 766 527	-3,1%
II-AUTRES COMPTES								
Autres comptes de fonctionnement réseau + UGECAM	640 488	602 559	616 730	609 122	608 184	576 200	2 410 236	-10%
Autres comptes de fonctionnement CNAMTS établissement public	46 418	45 933	47 200	47 995	46 535	42 000	183 730	-10%
Autres comptes de fonctionnement	686 906	648 492	663 930	657 117	654 719	618 200	2 593 966	-10%
Autres subventions (GIE SIPS - CIRES - IDS - Subventions conseillers ...)	11 389	10 605	10 780	10 710	10 680	10 250	42 420	-10%
Remises de gestion	377 113	370 425	393 900	375 900	360 900	360 800	1 491 300	-4,4%
<i>Sous total autres comptes non informatique</i>	<i>1 075 408</i>	<i>1 029 522</i>	<i>1 068 610</i>	<i>1 043 727</i>	<i>1 026 299</i>	<i>989 050</i>	<i>4 127 686</i>	
Dotations des organismes - CTI informatique	12 111	13 723	14 000	14 640	14 250	12 000	54 890	
Réserve d'accompagnement SI			-	244	8 241	3 851	12 336	
GIE SESAM-Vitale, GIP ASIP SANTE, GIP MDS + convention CNAVTS	66 323	67 495	69 310	67 780	67 000	65 890	269 980	
CNAMTS établissement public - MOE (Hors logiciels sous traités) - tranche ferme	54 433	51 079	54 500	52 500	52 500	44 815	204 315	
CNAMTS établissement public - MOE (Hors logiciels sous traités) - tranche conditionnelle		3 238	-	6 450	6 500	-	12 950	
CNAMTS établissement public - MOE (logiciels sous traités)	25 100	21 921	25 000	25 400	23 500	13 735	87 685	
CNAMTS établissement public - AMOA - tranche ferme	3 249	7 813	8 750	8 750	8 750	5 000	31 250	
CNAMTS établissement public - AMOA - tranche conditionnelle		2 838	-	6 100	5 250	-	11 350	
<i>Sous total autres comptes informatique</i>	<i>161 216</i>	<i>168 105</i>	<i>171 560</i>	<i>181 864</i>	<i>186 041</i>	<i>145 291</i>	<i>684 756</i>	-10%
TOTAL II-AUTRES COMPTES	1 236 624	1 197 627	1 240 170	1 225 591	1 212 340	1 134 341	4 812 442	
Sous - total Fonctionnement	5 512 837	5 387 878	5 482 721	5 427 615	5 391 344	5 277 289	21 578 969	-4,3%
III-INVESTISSEMENTS								
Immobilier des organismes du réseau + Cnamts Etablissement Public (1)	86 393	60 000	52 200	68 000	60 000	59 800	240 000	
Informatique des organismes du réseau et Cnamts Etablissement Public - tranche ferme	131 700	118 865	128 650	128 650	111 580	106 580	475 460	
Informatique des organismes du réseau et Cnamts Etablissement Public - tranche conditionnelle		25 210	-	28 550	38 550	33 740	100 840	
Autres objets des organismes du réseau	41 125	37 000	37 000	37 000	37 000	37 000	149 000	
Investissement SESAM - Vitale	10 090	10 800	9 600	9 600	12 000	12 000	43 200	
Autres objets Cnamts Etablissement Public	1 637	1 821	939	5 686	330	329	7 284	
TOTAL III-INVESTISSEMENTS	270 945	253 696	228 389	277 486	259 460	249 449	1 014 784	-7,9%
Total dépenses à caractère limitatif	5 783 782	5 641 574	5 711 110	5 705 101	5 650 804	5 526 738	22 593 753	-4,4%
<i>DEPENSES A CARACTERE EVALUATIF</i>								
Autres contributions								
AGIRC ARRCO	56 137	36 000	56 000	56 000	32 000	-	144 000	
UCANSS	118	200	200	200	200	200	800	
FNGA de l'ACOSS et FNGA de l'UCANSS	596 847	597 000	597 000	597 000	597 000	597 000	2 388 000	
Contribution aux ARS	-	141 320	112 400	150 960	150 960	150 960	565 280	
Réserve Nationale	-	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	40 000	
Amortissements & Provisions								
Amortissements et provisions Organismes du réseau	139 586	140 000	140 000	140 000	140 000	140 000	560 000	
Amortissements des cartes Vitale 2	2 030	6 866	3 942	5 862	7 782	9 836	27 422	
Amortissements et provisions CNAMTS établissement public yc logiciels créés	73 397	96 434	65 182	87 062	115 278	118 214	385 736	
Amortissements et provisions des UIOSS	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	24 000	
Charges exceptionnelles - Pénalités V2 et cartes non amorties	-	2 500	2 000	4 000	2 000	2 000	10 000	
Charges à répartir (2)	-	8 750	35 000	-	-	-	35 000	
Informatique Cnamts Etablissement Public logiciels créés et en cours	41 926	57 759	48 316	62 810	62 810	57 100	231 036	
Total dépenses à caractère évaluatif	916 050	1 102 819	1 076 040	1 119 894	1 124 030	1 091 310	4 411 274	19,1%
TOTAL DES DEPENSES BRUTES	6 699 832	6 744 393	6 787 150	6 824 995	6 774 834	6 618 048	27 005 027	-1,2%
Recettes propres des organismes du réseau	- 132 107	- 114 950	- 114 950	- 114 950	- 114 950	- 114 950	- 459 800	
Recettes Cnamts	- 144 748	- 183 427	- 141 342	- 178 117	- 206 123	- 208 126	- 733 708	
Recettes atténuatives GA	- 229 770	- 228 200	- 228 200	- 228 200	- 228 200	- 228 200	- 912 800	
FINANCEMENT DU FNAM ET DU FNAT	6 193 207	6 217 816	6 302 658	6 303 728	6 225 561	6 066 772	24 898 719	-2,0%

(1) Montant des autorisations de programme 2010-2013 : 270 millions €

(2) Produits de cessions constatés en 2009 réutilisés

FNASS - COG 2010-2013

	2010	2011	2012	2013	TOTAL COG 2010-2013
DEPENSES D'INTERVENTION (F)					
DOTATIONS AUX CAISSES LOCALES					
prestations obligatoires					
- cures thermales	14 000,000	14 000,000	14 000,000	14 000,000	56 000,000
- suivi post professionnel	1 100,000	1 100,000	1 100,000	2 300,000	5 600,000
TOTAL PRESTATIONS OBLIGATOIRES	15 100,000	15 100,000	15 100,000	16 300,000	61 600,000
prestations facultatives					
- paramétrique enveloppe non affectée	97 000,000	97 000,000	97 000,000	97 000,000	388 000,000
- subventions aux œuvres	3 000,000	3 000,000	3 000,000	3 000,000	12 000,000
- charges exceptionnelles	300,000	300,000	300,000	300,000	1 200,000
- retour et maintien à domicile	26 000,000	27 000,000	28 500,000	30 500,000	112 000,000
- subventions aux associations (fonctionnement et actions ciblées)	8 500,000	8 500,000	8 500,000	8 500,000	34 000,000
TOTAL PRESTATIONS FACULTATIVES	134 800,000	135 800,000	137 300,000	139 300,000	547 200,000
sous-total caisses locales	149 900,000	150 900,000	152 400,000	155 600,000	608 800,000
prestations UGECAM					
- protocole d'accord du 9 avril 1998	350,000	2 250,000	850,000	550,000	4 000,000
- autres	1 000,000	300,000	1 500,000	700,000	3 500,000
TOTAL PRESTATIONS UGECAM	1 350,000	2 550,000	2 350,000	1 250,000	7 500,000
CNAMTS					
- subventions aux associations	650,000	650,000	650,000	650,000	2 600,000
- subventions affectées	4 800,000	4 800,000	4 800,000	4 800,000	19 200,000
- études et recherches	2 000,000	2 000,000	2 000,000	2 000,000	8 000,000
sous-total CNAMTS	7 450,000	7 450,000	7 450,000	7 450,000	29 800,000
TOTAL INTERVENTION (F)	158 700,000	160 900,000	162 200,000	164 300,000	646 100,000
DEPENSES D'INTERVENTION (K)					
Etablissements et œuvres (CP)	54 252,000	76 300,000	77 500,000	51 948,000	260 000,000
Etablissements et œuvres (AP)	105 000,000	84 500,000	10 000,000	650,000	200 150,000
- Etablissements extérieurs (personnes âgées / personnes handicapées) (CP)	47 500,000	14 000,000	0,000	0,000	61 500,000
Etablissements extérieurs (personnes âgées / personnes handicapées) (AP)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
TOTAL INTERVENTION (K)	101 752,000	90 300,000	77 500,000	51 948,000	321 500,000
TOTAL enveloppe d'AP	105 000,000	84 500,000	10 000,000	650,000	200 150,000
TOTAL ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	260 452,000	251 200,000	239 700,000	216 248,000	967 600,000
FPC / FCC					
- Formations	68 500,000				68 500,000
- Indemnités des formations	54 500,000				54 500,000
- Autres dotations / avance trésorerie	110,000				110,000
TOTAL FPC / FCC	123 110,000				123 110,000
TOTAL DEPENSES BRUTES	383 562,000	251 200,000	239 700,000	216 248,000	1 090 710,000
Recettes des organismes du réseau	31 000,000	31 000,000	31 000,000	31 000,000	124 000,000
Recettes atténuatives du FNASS	50 000,000	50 000,000	50 000,000	50 000,000	200 000,000
TOTAL DEPENSES NETTES	302 562,000	170 200,000	158 700,000	135 248,000	766 710,000

FAC – COG 2010-2013

SECTIONS	DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	BUDGET INITIAL 2010 (en euros)	BUDGET INITIAL 2011 (en euros)	BUDGET INITIAL 2012 (en euros)	BUDGET INITIAL 2013 (en euros)
MEDECINS	Sous Section 1				
	MICA AllocationsADR	9 546 000	6 682 200	4 677 540	-
	Frais de gestion	1 440 000	1 008 000	705 600	-
	Dotation aux provisions	800 000	560 000	392 000	-
	Autres charges	1 020 000	714 000	499 800	-
	Exédent CARMF	11 036 000	7 725 200	5 407 640	-
	Total Sous-Section 1	23 842 000	16 689 400	11 682 580	-
	Sous Section 2				
	Rémunération d'honoraires	3 000	2 100	1 470	-
	EPP	-	10 000 000	-	-
	Actions d'indemnisation - formation	-	78 360 350	78 360 350	78 360 350
	Aide à la reconversion	2 000	1 400	980	-
	Diverses charges techniques	50 000	35 000	24 500	-
Formation à la connaissance de l'institution - CPAM de Grenoble	(1) -	40 000	40 000	40 000	
Aides conventionnelles	25 345 250	57 690 500	68 065 500	73 784 250	
Total Sous-Section 2	25 400 250	146 129 350	146 492 800	152 184 600	
TOTAL MEDECINS	49 242 250	162 818 750	158 175 380	152 184 600	
Excédent	11 010 000	7 707 000	5 394 900	-	
PS autres que médecins	FCC - Actions et Indemnisations	(1) -	44 639 650	44 639 650	44 639 650
	Aides conventionnelles	75 214 750	76 987 500	77 809 500	80 696 750
TOTAL FONCTIONNEMENT		124 457 000	284 445 900	280 624 530	277 521 000
SECTIONS	DEPENSES EN CAPITAL	BUDGET INITIAL 2010	BUDGET INITIAL 2011	BUDGET INITIAL 2012	BUDGET INITIAL 2013
MEDECINS	Avance OGC	(1) -	-	-	-
	Avance autre gestionnaire	(1) -	-	-	-
TOTAL CAPITAL					
TOTAL DEPENSES FONDS D' ACTIONS CONVENTIONNELLES		124 457 000	284 445 900	280 624 530	277 521 000

SECTIONS	RECETTES	BUDGET INITIAL 2010	BUDGET INITIAL 2011	BUDGET INITIAL 2012	BUDGET INITIAL 2013
MEDECINS	Sous Section 1				
	MICA - Cotisations ADR	22 042 000	15 429 400	10 800 580	-
	Autres produits	1 000 000	700 000	490 000	-
	Reprise sur provisions	800 000	560 000	392 000	-
	Contribution Assurance Maladie	25 345 250	136 090 850	146 465 850	152 184 600
Total Sous-Section 1	49 187 250	152 780 250	158 148 430	152 184 600	
Ensemble des sections hors Médecins / Sous Section 1	Divers produits	29 000	20 300	14 210	-
	Contribution Assurance Maladie	75 214 750	121 627 150	122 449 150	125 336 400
	Prélèvement FIQCS	-	10 000 000	-	-
	Déficit	26 000	18 200	12 740	-
Total Hors Médecins - Sous Section 1	75 269 750	131 665 650	122 476 100	125 336 400	
TOTAL RECETTES FONDS D' ACTIONS CONVENTIONNELLES		124 457 000	284 445 900	280 624 530	277 521 000

(1) 2010 : prise en charge par le FNASS

FNPEIS - COG 2010-2013

	Exécuté 2009	2010	2011	2012	2013	Evolution moyenne annuelle 2009/2013
<u>ACTIONS NATIONALES</u>	189 765 291	212 600 000	201 622 000	210 260 000	218 200 000	3,55%
Vaccinations	43 735 570	45 000 000	28 372 000	24 560 000	25 000 000	-13,05%
Vaccination anti grippale (yc campagne de communication)	15 197 586	21 000 000	21 000 000	16 800 000	17 000 000	2,84%
Vaccination ROR (yc campagne de communication)	6 806 748	7 000 000	7 372 000	7 760 000	8 000 000	4,12%
Réserve vaccination méningite et autres risques- grippe A H1N1*	21 731 236	17 000 000				
Prévention bucco-dentaire	51 507 498	51 000 000	52 000 000	53 000 000	54 000 000	1,19%
HBD/ E.B.D et plan de prévention bucco-dentaire/campagne	51 507 498	51 000 000	52 000 000	53 000 000	54 000 000	1,19%
Bon usage du médicament:	4 911 696	13 500 000	6 000 000	9 000 000	3 000 000	-11,60%
Antibiotiques / tdr	4 911 696	13 500 000	6 000 000	9 000 000	3 000 000	-11,60%
Actions de prévention et d'accompagnement	4 404 090	10 000 000	15 000 000	19 000 000	28 000 000	58,79%
VIH			3 500 000	3 500 000	3 500 000	
Entretien de santé 16/25 ans	0	1 000 000	2 000 000	2 900 000	2 900 000	
Contraception d'urgence	2 603 979	3 000 000	3 150 000	3 300 000	3 400 000,0	6,90%
Substituts nicotiniques	15 658 494	17 000 000	20 000 000	23 000 000	26 000 000	13,52%
Subventions	66 943 964	72 100 000	71 600 000	72 000 000	72 400 000	1,98%
INPES*	56 270 000	60 000 000	58 700 000	58 700 000	58 700 000	1,06%
A.F.D.P.H.E. & dépistages des mal. Génétiques	8 912 464	10 000 000	10 700 000	11 000 000	11 300 000	6,11%
Autres	1 761 500	2 100 000	2 200 000	2 300 000	2 400 000	8,04%
<u>ACTIONS LOCALES</u>	124 484 358	126 250 000	129 950 000	137 650 000	145 650 000	4,00%
Actions de dépistage	76 048 090	79 100 000	82 800 000	90 500 000	98 500 000	6,68%
Dépistage des cancers	76 048 090	79 100 000	82 800 000	90 500 000	98 500 000	6,68%
Actions territorialisées	48 436 268	47 150 000	47 150 000	47 150 000	47 150 000	-0,67%
dont actions territorialisées dans le cadre des PRSP						
dont dotations aux caisses / actions de prévention	11 031 974	9 500 000	9 500 000	9 500 000	9 500 000	-3,67%
dont GRSP/ARS	37 399 207	37 500 000	37 500 000	37 500 000	37 500 000	0,07%
dont dépistage du saturnisme 150 K€ X 4	5 087	150 000	150 000	150 000	150 000	NS
<u>AUTRES</u>	153 102 739	157 800 000	158 600 000	159 300 000	160 000 000	1,11%
Centres d'exams de santé	148 364 611	153 000 000	154 000 000	155 000 000	156 000 000	1,26%
Cetaf	4 738 128	4 800 000	4 600 000	4 300 000	4 000 000	-4,15%
TOTAL DEPENSES BUDGETAIRES	467 352 388	496 650 000	490 172 000	507 210 000	523 850 000	2,89%

Annexe 4 : Indicateurs COG

- **Indicateurs de suivi**
- **Indicateurs de réalisation des objectifs**

COG 2010-2013 - INDICATEURS

INDICATEURS DE SUIVI

GESTION DU RISQUE	
PROGRAMME	Libellé
PROMOUVOIR L'ACTION DE LA MAITRISE MEDICALISEE ET DEVELOPPER L'UTILISATION DE REFERENTIELS	Suivi de la participation de l'assurance maladie aux programmes de la directive CNP
GARANTIR L'ACCES AUX SOINS ET REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE	Inégalité de répartition des professionnels de santé et des établissements de santé : Amélioration des indices de gini
PROMOUVOIR L'ACTION DE LA MAITRISE MEDICALISEE ET DEVELOPPER L'UTILISATION DE REFERENTIELS	Nombre de contacts avec les professionnels hospitaliers
	Taux de délivrance des génériques dans le répertoire
SERVICE	
PROGRAMME	Libellé
S'ENGAGER SUR UNE OFFRE ACCESSIBLE ET DE QUALITE	Taux de sites d'accueil des sièges conformes aux 3 niveaux préconisés
AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURE	Taux des assurés dont les droits sont à justifier
ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE COMPTE ASSURE	AMELI Assurés : Nombre moyen de connexions par adhérent et par an
STRUCTURER NOTRE RELATION ET ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET ETABLISSEMENTS DE SANTE	Taux de montée en charge des services Protocoles de Soins Electroniques et Avis d'Arrêt de Travail dématérialisés
	Nombre de Professionnels de Santé adhérents à espace pro
EFFICIENCE RESEAU	
PROGRAMME	Libellé
OPTIMISER LA STRUCTURATION DU RESEAU ET TRAVAILLER COLLECTIVEMENT DE MANIERE PLUS EFFICIENTE	Efficience : réduction de l'écart des CPAM les plus coûteuses à la moyenne des 30 CPAM les moins coûteuses
DEVELOPPER UNE POLITIQUE RH ADAPTEE AUX ENJEUX DU RESEAU	Taux d'organismes ayant mis en place une politique de prévention des risques psycho-sociaux
PROMOUVOIR UNE POLITIQUE IMMOBILIERE DYNAMIQUE ET POURSUIVRE L' ENGAGEMENT DE LA BRANCHE EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DURABLE	Ratio m2 SUN par agent
EFFICIENCE SYSTEME D'INFORMATION	
PROGRAMME	Libellé
CONTRIBUER A LA GESTION DU RISQUE + LES PROJETS ACCOMPAGNANT LES EFFORTS D'EFFICIENCE	Taux de projets à gains rapides mis en œuvre dans les délais (Quick Wins)
GOUVERNANCE DES EVOLUTIONS DU SI	Taux d'exécution dans les délais des programmes du SDSI sur période COG

COG 2010-2013 - INDICATEURS
INDICATEURS DE REALISATION DES OBJECTIFS
GESTION DU RISQUE

PROGRAMME	Libellé	2009	2010	2011	2012	2013
PROMOUVOIR L'ACTION DE LA MAITRISE MEDICALISEE ET DEVELOPPER L'UTILISATION DE REFERENTIELS	Evolution de l'ONDAM	LFSS	LFSS	LFSS	LFSS	LFSS
	Evolution de l'objectif soins de ville	LFSS	LFSS	LFSS	LFSS	LFSS
GARANTIR L'ACCES AUX SOINS ET REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE	Taux des caisses d'assurance maladie mettant en place des actions pour les enfants de CP en zones défavorisées (au moins 2 classes)	<75%	75,0%	80,0%	85,0%	90%
	Dépistage du cancer du sein : Progression de la participation des femmes bénéficiant de la cmu complémentaire au moins égale à celle des autres femmes à l'issue de la COG (indicateur à créer en 2011)		-	+ 2 points	+ 1,5 point	+ 1,5 point
	Part des personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de services dans les CES	44,18%	45,50%	47,00%	48,50%	50%
AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES	Sophia : Nombre d'adhérents au service	52 639	80 000	120 000	210 000	300 000
	Patients diabétiques : Taux de prise en charge de trois des quatre actes majeurs (définition du Commonwealth institute)	31%	32,50%	34%	35,50%	36%
AIDER LES ASSURES A MIEUX GERER LEUR SANTE	Fréquentation mensuelle du site amel.direct	200 000	250 000	400 000	450 000	500 000
PROMOUVOIR L'ACTION DE LA MAITRISE MEDICALISEE ET DEVELOPPER L'UTILISATION DE REFERENTIELS	Économies réalisées chaque année par champ d'action de maîtrise médicalisée - objectifs prévus par l'annexe 9 de la LFSS	LFSS	LFSS	LFSS	LFSS	LFSS
	Nombre de médecins ayant signé un CAPI	13 288	14 900	15 200	16 000	20 000
	Nombre de contacts avec les professionnels de santé	431 000	440 000	460 000	480 000	500 000
DEVELOPPER ET PROMOUVOIR LA PREVENTION	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	45,50%	46,75%	48%	49,25%	50,50%
	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du colon	33,20%	37,35%	41,50%	45,65%	49,80%
	Taux de participation au programme de prévention dentaire pour les jeunes (M'T dents)	32,20%	33,20%	34,20%	35,20%	36,20%
	Taux de vaccination contre la grippe des personnes de plus de 65 ans	63,30%	63,55%	63,80%	64,05%	64,30%
FACILITER L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE L'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE POUR TOUS	Taux de bénéficiaires d'une aide complémentaire à l'ACS (dispositifs de complément à l'ACS et/ou d'effet de seuil ACS) par rapport à la population du régime général ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire	1,75%	1,85%	2,00%	2,30%	2,70%
	Nombre de bénéficiaires d'une attestation ACS	549 000	575 000	600 000	625 000	650 000
	Délai de traitement pour 90% des dossiers CMUC	39 jours	37 jours	35 jours	33 jours	30 jours
	Délai de traitement pour 90% des dossiers AME	57 jours	35 jours	33 jours	33 jours	30 jours
	Montant du préjudice subi détecté des fraudes fautes et abus au cours de chaque année de la période	151 600 000	Montant pris en compte dans l'élaboration de l'ONDAM			
POURSUIVRE ET RENFORCER LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	Evolution du montant des indus frauduleux recouvrés		+5%	+5%	+5%	+5%
	Nombre des pénalités financières (Articles L. 162-1-14 et L. 323-6 du CSS) notifiées par l'Assurance Maladie	560 pénalités financières	900	1 600	2 000	2 400

COG 2010-2013 - INDICATEURS
INDICATEURS DE REALISATION DES OBJECTIFS

SERVICE

PROGRAMME	Libellé	2009	2010	2011	2012	2013
S'ENGAGER SUR UNE OFFRE ACCESSIBLE ET DE QUALITE	Taux de courriel traités en moins de 48 heures ouvrées		66%	70%	75%	75%
	Taux d'appels aboutis	86%	90%	90%	90%	90%
	Taux d'usagers reçus en moins de 20 minutes dans les accueils physiques	90,80%	85%	85%	85%	85%
	Taux de réclamation traitées en 21 jours	92,60%	90%	90%	90%	90%
SIMPLIFIER LA RELATION AVEC LES ASSURES	Taux de FSE + EDI dans l'ensemble des feuilles de soins	86,30%	87,70%	89,10%	90,60%	92,1%
	Délai de remboursement des FSE assurés pour le 9eme décile	7 j	7 j	7 j	7 j	7 j
	Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés		90% des CPAM ont mis en œuvre les 4 parcours attentionnés diffusés par la CNAMTS	90% des CPAM ont mis en œuvre les 7 parcours attentionnés diffusés par la CNAMTS	90% des CPAM ont mis en œuvre les 9 parcours attentionnés diffusés par la CNAMTS	90% des CPAM ont mis en œuvre les 11 parcours attentionnés diffusés par la CNAMTS
	Taux de fiabilité des paiements des PN et PE		99,30%	99,30%	99,30%	99,30%
	Délai moyen de règlement de la 1ère IJ non subrogée	46,7 jours	40 jours	35 jours	30 jours	30 jours
AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURE	Taux d'assurés satisfaits ou très satisfaits		75%	76,5%	78%	80%
	Taux de certification des bénéficiaires (assurés + ayants-droit)	99,40%	99,50%	99,50%	99,50%	99,50%
ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE COMPTE ASSURE	Délai moyen de délivrance de la carte Vitale	22,5 jours	22 jours	21 jours	20 jours	19 jours
ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE COMPTE ASSURE	Nombre d'adhérents au compte assuré	4,1M	6 300 000	8 300 000	10 000 000	11 000 000
STRUCTURER NOTRE RELATION ET ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET ETABLISSEMENTS DE SANTE	Nombre de PS adhérents à AMELI PS	245000	260000	275000	287000	296000
	Taux de professionnels de santé satisfaits ou très satisfaits		70%	71%	71,5%	72%
STRUCTURER NOTRE RELATION ET ENRICHIR L'OFFRE EN LIGNE POUR LES EMPLOYEURS	Taux d'employeurs satisfaits ou très satisfaits		70%	72%	74%	75%
	Taux de DSIJ	36%	39%	42%	45%	48%

EFFICIENCE RESEAU

PROGRAMME	Libellé	2009	2010	2011	2012	2013
OPTIMISER LA STRUCTURATION DU RESEAU ET TRAVAILLER COLLECTIVEMENT DE MANIÈRE PLUS EFFICIENTE	Taux de mise en oeuvre des actions de mutualisation			90 % des organismes ont engagé 2 actions	90 % des organismes ont engagé 4 actions	90 % des organismes ont engagé 6 actions
	Evolution du ratio nombre de bénéficiaires consommateurs/ETP		x	x	x	7,5%
DEVELOPPER UNE POLITIQUE RH ADAPTEE AUX ENJEUX DU RESEAU	Emploi des travailleurs handicapés : taux de réduction de la cotisation AGEFIPH + FIPH de 5 % par an	3 574 630	-5% par rapport à 2009	-5% par rapport à 2010	-5% par rapport à 2011	-5% par rapport à 2012
	Taux d'emploi des salariés âgés de 55 ans et plus	25,00%	27,00%	29,00%	31,00%	34,0%
PROMOUVOIR UNE POLITIQUE IMMOBILIERE DYNAMIQUE ET POURSUIVRE L'ENGAGEMENT DE LA BRANCHE EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DURABLE	200 000 m2 cédés		50 000	50 000	50 000	50 000

EFFICIENCE SYSTEME D'INFORMATION

PROGRAMME	Libellé	2009	2010	2011	2012	2013
LES PROJETS ACCOMPAGNANT LES EFFORTS D'EFFICIENCE	Taux de disponibilité des applications de production	99,5%	99,5%	99,5%	99,5%	99,5%
DEVELOPPER LES FONCTIONNALITES DES PORTAILS ET RENDRE PLUS EFFICIENTE LA GESTION DES BASES ASSURES	Taux de disponibilité des téléservices Assurés, PS et employeurs	ND	98%	98,5%	99%	99%