

CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION

entre l'État et la Cnam

2018 > 2022



SOMMAIRE

1. RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ TERRITORIALE ET FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SOINS	8
1. Comprendre et réduire le renoncement en accompagnant les assurés dans leur accès aux soins	9
2. Lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins	10
3. Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins.....	12
2. CONTRIBUER À LA TRANSFORMATION ET À L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	14
1. Faire de la prévention un axe stratégique de la gestion du risque.....	15
2. Renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de la gestion du risque	17
3. Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude	20
3. RENDRE AUX USAGERS UN SERVICE MAINTENU À UN HAUT NIVEAU DE QUALITÉ	22
1. S'engager sur la performance du service	23
2. Simplifier les démarches des assurés	24
3. Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé	25
4. Structurer une nouvelle offre de service pour les entreprises	26
4. ACCOMPAGNER L'INNOVATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ	28
1. Étendre l'offre de service numérique de l'Assurance Maladie	29
2. S'appuyer sur le numérique pour améliorer la prise en charge des patients.....	30
3. Rendre les systèmes d'information plus agiles et performants.....	31
5. RÉUSSIR L'INTÉGRATION D'AUTRES RÉGIMES EN GARANTISSANT UN FONCTIONNEMENT EFFICIENT DE LA BRANCHE	34
1. Conduire avec succès les opérations d'intégration et d'adossement des régimes partenaires.....	35
2. Consolider la politique de gestion des ressources humaines	36
3. Renforcer les coopérations entre les organismes et entre les branches	37
4. Renforcer la qualité et la performance des établissements du Groupe Ugecam.....	39

FICHES THÉMATIQUES

1. Comprendre et réduire le renoncement en accompagnant les assurés dans leur accès aux soins	42
2. Lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins	50
3. Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et favoriser un exercice coordonné des pratiques.....	58
4. Faire de la prévention un axe stratégique de la gestion du risque	66
5. Renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de la gestion du risque	74
6. Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude	86
7. S'engager sur la performance du service	94
8. Simplifier les démarches des assurés	102
9. Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé	110
10. Structurer une nouvelle offre de service pour les entreprises	114
11. Étendre l'offre de service numérique de l'Assurance Maladie	118
12. S'appuyer sur le numérique pour améliorer la prise en charge des patients ...	126
13. Rendre les systèmes d'information plus agiles et plus performants	134
14. Conduire avec succès les opérations d'intégration et d'adossment des régimes partenaires.....	142
15. Consolider la politique de gestion des ressources humaines.....	148
16. Renforcer les coopérations entre les organismes et entre les branches	156
17. Renforcer la qualité et la performance des établissements du Groupe Ugecam....	164

ANNEXES

Annexe 1 : les ressources et les règles budgétaires.....	175
Annexe 2 : indicateurs de résultat inscrits dans la COG	215
Annexe 3 : le dispositif de suivi et de révision de la COG	218

PRÉAMBULE

En application de l'article L227-1 du Code de la Sécurité sociale, l'État conclut avec la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) une convention d'objectifs et de gestion (COG) qui détermine les objectifs pluriannuels, les actions mises en œuvre par chaque signataire et les moyens de fonctionnement de la branche.

La COG 2018-2022 de l'Assurance Maladie s'élabore alors que le système de santé est confronté à trois défis principaux.

Le premier est lié au vieillissement de la population et à la transition épidémiologique. L'augmentation du nombre de maladies chroniques (diabète, maladies respiratoires, maladies psychiques, maladies cardiovasculaires, cancer...) modifie la demande de soins et pose la question de la juste réponse aux nouveaux besoins de santé. Cela doit conduire l'Assurance Maladie à construire une meilleure prise en charge des assurés au travers notamment d'une articulation renforcée des soins de ville avec l'hôpital ou le médico-social, selon le principe fondateur de solidarité entre les bien-portants et les malades.

Le deuxième défi est lié à la soutenabilité financière de notre modèle de protection sociale. La progression spontanée des dépenses de santé atteint en France un rythme annuel proche de 4 % par an, alors que notre capacité à respecter l'équilibre de notre système de solidarité conduit à devoir respecter un objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé chaque année autour de 2 % par an, ce qui suppose de modérer la progression des dépenses à hauteur d'environ 4 milliards d'euros chaque année.

Le dernier défi porte sur la nécessité d'une transformation de notre système de santé pour lui permettre précisément de répondre à une demande de soins durablement croissante tout en assurant la pérennité d'un niveau de protection élevée, au cœur du modèle social. Cette évolution profonde suppose de combler des faiblesses persistantes, notamment dans les domaines de la prévention et des inégalités d'accès, des cloisonnements d'organisation dans l'offre de soins, des dispositifs encourageant et mesurant la pertinence et la qualité des prises en charge, dans le retard pris en matière d'innovations technologiques et de e-santé. Répondre à ces enjeux décisifs pour l'avenir de notre système de soins devra être au cœur des engagements de l'Assurance Maladie pour cette prochaine COG. À cet égard, les partages d'expériences au niveau international, en particulier au sein de l'Union européenne, seront poursuivis, dans le cadre d'échanges bilatéraux ou

d'institutions ad hoc, et pourront ainsi utilement alimenter les réflexions. Une nouvelle stratégie nationale de santé a été rendue publique en décembre 2017. L'Assurance Maladie devra prendre toute sa part à sa mise en œuvre en contribuant fortement aux nouveaux chantiers de transformation qu'il conviendra d'ouvrir dans les prochaines années.

Au regard de l'ensemble de ces enjeux, la COG 2018-2022 de l'Assurance Maladie poursuivra cinq grands objectifs.

Renforcer l'accès au système de soins. Cet objectif, au cœur même de la mission de l'Assurance Maladie, constituera la première des priorités. La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé suppose de proposer de nouvelles modalités d'intervention tant à destination des assurés que des professionnels de santé. L'Assurance Maladie déploiera une démarche complète en permettant aux assurés, et particulièrement aux plus vulnérables d'entre eux, de bénéficier d'un accès facilité à leurs droits, d'une réduction des restes à charge sur les soins où le renoncement est aujourd'hui encore élevé, en luttant enfin contre les difficultés territoriales d'accès aux soins, notamment grâce à un soutien accru aux structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS), à une meilleure organisation des soins et un développement rapide de la télémédecine.

Contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé. La préservation de notre système de protection sociale suppose de garantir la promotion des bonnes pratiques médicales et la pertinence des soins qui sont délivrés. À cette fin, l'Assurance Maladie conduira une politique renforcée de gestion du risque et attachera une attention particulière à la prévention. Elle contribuera au renforcement de la qualité et de la pertinence des parcours de soins, en s'appuyant sur des démarches plus personnalisées auprès des professionnels de santé et en direction des établissements sanitaires et médico-sociaux, en contribuant à la diffusion de modes innovants de rémunération des professionnels de santé, notamment dans le cadre du fonds de financement des innovations en santé. Dans le même temps, une politique rigoureuse de détection et de sanction à l'égard des comportements frauduleux et fautifs sera poursuivie.

Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité. L'engagement sur un service performant et homogène sur tout le territoire, mais aussi la simplification et

l'accessibilité des démarches dans l'accès aux droits et aux prestations constituent la première attente des différents publics (assurés, professionnels de santé, employeurs). L'offre de service de l'Assurance Maladie sera au cours de la prochaine COG amenée à répondre à un niveau d'exigence légitimement plus élevé. Elle devra pour cela se renforcer, se moderniser et s'étendre aux nouveaux ressortissants du régime général (RG), et notamment les travailleurs indépendants et les étudiants, afin que leur intégration se déroule dans les meilleures conditions et qu'ils bénéficient de la même qualité de service.

Accompagner l'innovation numérique en santé. Les projets dits de « e-santé » devront être fortement développés dans les prochaines années afin d'ouvrir des perspectives inédites d'évolution des parcours de soins et des prises en charge, au profit de l'ensemble des publics de l'Assurance Maladie. La révolution numérique constitue également une opportunité pour approfondir l'analyse des données de santé. L'Assurance Maladie étendra son offre de service numérique autour de projets structurants comme celui de la e-carte Vitale, la prescription électronique et la facturation en ligne. La généralisation à l'horizon 2021 du dossier médical partagé (DMP) constituera un levier majeur pour améliorer la prise en charge des patients, décloisonner le système de santé et éviter les actes redondants. Pour réussir ces chantiers, un investissement renforcé dans l'évolution des systèmes d'information de l'Assurance Maladie sera nécessaire.

Réussir l'intégration des autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche. Au cours de la prochaine COG, l'Assurance Maladie devra assurer la couverture maladie de plus de sept millions d'assurés supplémentaires du fait du rapprochement avec le régime social des indépendants (RSI) et d'autres régimes (régimes étudiants ou autres régimes obligatoires d'assurance maladie). L'Assurance Maladie sera ainsi amenée à réaliser dans un temps relativement court, des opérations de grande ampleur sur les plans juridiques, techniques ou informatiques, et à offrir aux personnels concernés des conditions d'accueil adaptées, par une anticipation de l'évolution des besoins et des métiers au regard des objectifs prioritaires de la branche.

La Cnam sera ainsi amenée à prendre toute sa part dans la mise en œuvre des grands chantiers de transformation dont le système de santé a besoin. Elle le fera en respectant trois grands principes d'action.

Le premier est celui du partenariat. Pour garantir la réussite des projets qui lui seront confiés, l'Assurance Maladie conduira ses actions en lien étroit avec ses différents

partenaires au premier rang desquels le ministère en charge de la Santé, les agences sanitaires nationales et les agences régionales de santé (ARS), ainsi que les représentants des professionnels de santé, des patients et de la sphère sociale.

Le deuxième principe d'action est celui de l'évaluation. Pour mettre en œuvre des actions pertinentes, l'Assurance Maladie utilisera sa capacité d'évaluation et d'analyse des données de santé. En outre, ses nouveaux projets feront l'objet d'une démarche évaluative renforcée tout au long de leur mise en œuvre, afin de s'assurer de l'atteinte des objectifs fixés.

Le troisième principe porte sur la pleine mobilisation des compétences des collaborateurs de l'Assurance Maladie, dans la diversité de leurs missions et de leur expertise. C'est l'une des grandes forces de cette institution que de disposer ainsi d'un réseau puissant, ancré dans les territoires, fonctionnant de manière cohérente, capable de gagner en efficience tout en préservant un très haut niveau de service. Il s'agira dans les prochaines années de préserver absolument cet atout et de garantir ainsi la capacité de l'Assurance Maladie à assumer son rôle et ses ambitions au service du système de santé.

Les engagements et moyens contractualisés dans la présente COG traduisent les ambitions associées à ces cinq grands objectifs pour la période 2018-2022. Ils pourront être enrichis et modifiés en cours de COG pour intégrer les résultats des travaux menés dans le cadre du programme « Action publique 2022 » le cas échéant.

Attaché à la bonne réalisation de ces orientations et à l'atteinte des objectifs inscrits dans la COG, le Conseil de la Cnam se dotera d'un comité de suivi et d'évaluation. Il permettra notamment, chaque année, d'analyser précisément le niveau de réalisation des projets, d'évaluer l'impact de l'intégration des activités d'autres régimes sur la qualité, la mutualisation et l'efficience du service, d'examiner les résultats atteints, et de proposer d'éventuels ajustements. Dans cette logique, le comité établira deux rapports, l'un en 2020 et l'autre en fin de COG.

1

Renforcer
l'accessibilité territoriale et
financière du système
de soins

Au terme des études menées en partenariat entre l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) et l'Assurance Maladie, il apparaît que les déterminants du non-recours aux soins sont multiples et nécessitent des actions pour réduire le coût des soins restant à la charge des assurés mais aussi d'autres facteurs jouant sur le renoncement.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie entend engager une démarche complète, permettant de fluidifier le parcours du patient et de faciliter l'ouverture et la connaissance de ses droits, l'accès territorial comme financier aux soins, et de proposer aux personnes en situation de vulnérabilité un accompagnement attentionné permettant l'accès effectif aux soins dont elles ont besoin.

1. COMPRENDRE ET RÉDUIRE LE RENONCEMENT EN ACCOMPAGNANT LES ASSURÉS DANS LEUR ACCÈS AUX SOINS

La période conventionnelle précédente a permis à l'Assurance Maladie d'élaborer une large gamme d'actions d'accompagnements au profit des assurés en difficulté pour accéder au système de santé. La mise en œuvre de la protection universelle maladie (PUMa), à compter du 1^{er} janvier 2016 a permis de fluidifier considérablement la gestion des droits et de simplifier les démarches des assurés en ouvrant des droits sans limite de durée, sous réserve du respect d'une résidence stable et régulière sur le territoire.

Les situations de rupture de droits peuvent néanmoins survenir à l'occasion de mutations entre deux régimes ou d'accidents de vie (changement de situation personnelle, décès d'un proche, accident...). C'est pourquoi la période 2018-2022 visera le déploiement complet de l'outil Optima, qui organise des échanges automatiques entre les différents organismes et régimes, et accélère par conséquent le processus de mutation.

L'intervention de l'Assurance Maladie visera également à renforcer l'ouverture des droits à une couverture santé complémentaire, en cherchant à augmenter le taux de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) d'une part, et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), d'autre part.

Au-delà des actions de communication ciblées qui seront poursuivies, l'Assurance Maladie entend simplifier les démarches des bénéficiaires potentiels. À cet égard, elle

travaillera avec les pouvoirs publics à des mesures de simplifications, notamment réglementaires, permettant de limiter le nombre de pièces justificatives (notamment liées à la situation financière de l'assuré), afin de pouvoir proposer une demande en ligne d'attribution initiale ou de renouvellement de la CMU-C ou de l'ACS à partir du compte ameli.

Bien évidemment, ces actions qui visent à fluidifier l'attribution d'une couverture complémentaire, s'accompagneront de contrôles ciblés, a priori et a posteriori, afin que les droits ouverts le soient à bon escient.

L'accompagnement personnalisé des publics fragilisés constituera également un axe d'intervention prioritaire dans le cadre de la COG 2018-2022. À cet égard, les plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass), dont la généralisation sera achevée au printemps 2018 auront vocation à monter en charge au cours des prochaines années dans une logique de complémentarité avec d'autres acteurs (guichets sociaux des collectivités locales, associations...). L'objectif est de détecter les situations de renoncement aux soins et de proposer, dans le cadre d'un accompagnement global et personnalisé, les actions permettant aux assurés d'accéder aux prestations en espèces et aux soins dont ils ont besoin, en délivrant si nécessaire une aide au titre de l'action sanitaire et sociale. Une attention toute particulière sera portée aux personnes en situation de handicap.

Plus généralement, les phénomènes de renoncement aux soins étant par nature multifactoriels, la construction d'outils d'intervention pertinents repose sur la capacité à comprendre les mécanismes à l'œuvre. C'est pourquoi la Cnam entend créer en son sein une mission nationale chargée d'approfondir les actions d'évaluation et de recherche sur ce sujet, de construire le cadre stratégique d'action de la branche et de veiller à la cohérence d'ensemble des démarches initiées localement.

2. LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES D'ACCÈS AUX SOINS

En France le « reste à charge » supporté par les patients représente un peu plus de 8% de la dépense de santé, ce qui correspond à l'un des taux les plus faibles des pays de l'OCDE. Pour autant, les situations de renoncement aux soins pour raisons financières sont réelles, et il appartient à l'Assurance Maladie de prendre toute sa part dans la lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins.

Les actions conduites au cours des dernières années ont permis, pour la première fois, d'obtenir une réduction du taux global de dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins de secteur 2. Afin de conforter cette évolution, la convention médicale signée le 25 août 2016 a créé une option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), et pour les chirurgiens et obstétriciens de secteur 2 un Optam-CO. Son déploiement sur la période conventionnelle devra couvrir le plus grand nombre possible des médecins de secteur 2 éligibles à ce dispositif, afin d'accentuer la réduction du taux de dépassement observé et de renforcer encore la part des actes réalisés à tarifs opposables. En complément, des actions individualisées de sensibilisation seront engagées auprès des professionnels de santé dont les pratiques tarifaires peuvent être considérées comme excessives.

Dans le même objectif, il conviendra que l'Assurance Maladie accompagne la mise en œuvre des dispositifs qui interviendront dans les prochaines années afin de réduire fortement les restes à charge subis aujourd'hui par les assurés dans les domaines de l'optique, de l'audioprothèse et du soin dentaire.

Parallèlement, le déploiement du tiers payant se poursuivra afin de permettre le développement de sa pratique dans des conditions fiabilisées par toutes les professions de santé, avec une exigence particulière pour les publics pour lesquels la dispense d'avance de frais constitue un droit.

La politique d'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie tournée vers le soutien financier à l'accès aux soins des patients sera également amenée à évoluer au cours de la période 2018-2022. En conformité avec les orientations déjà approuvées par le Conseil de la Cnam et avec les pratiques adoptées par de nombreuses caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), l'attribution automatique des aides complémentaires à l'ACS, hors lissage de l'effet de seuil, sur critères de ressources se réduira progressivement, les caisses conservant bien évidemment la possibilité de délivrer une aide sur la base d'un examen individualisé des situations.

Parallèlement, les fonds d'actions sanitaire et sociale pourront être davantage orientés vers les assurés accompagnés par les Pfidass, l'appui au virage ambulatoire, ou encore la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). La fixation du niveau de dotation de chaque organisme tiendra compte de leur environnement ou contraintes spécifiques, en particulier pour les caisses d'outre-mer.

3. LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS

Selon les études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 8,1 % de la population, soit 5,3 millions de personnes réparties sur 9 000 communes se trouvent dans une situation de faible accessibilité au système de soins.

Pour répondre aux difficultés identifiées, le plan gouvernemental pour renforcer l'accès territorial aux soins, présenté le 13 octobre 2017, propose un ensemble de leviers d'actions prioritaires. L'Assurance Maladie contribuera pleinement à leurs déclinaisons locales, en veillant à les adapter aux caractéristiques des territoires, notamment en outre-mer.

À travers la négociation d'accords conventionnels, des dispositifs de régulation des conventionnements dans les zones dites surdotées seront mis en place pour les professions de santé présentant une dynamique démographique importante. L'Assurance Maladie renforcera également les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones fragiles, à l'instar des aides prévues dans la convention médicale signée en août 2016, qui ont vocation à s'étendre aux autres professions de santé. En lien avec les ARS, les conditions d'installation des professionnels de santé seront facilitées dans le cadre d'une offre de service globale.

L'Assurance Maladie favorisera également le déploiement à grande échelle de la télé-médecine, qui a vocation à entrer dans la pratique courante des professionnels de santé et permettra ainsi un accès facilité à des prises en charge médicales rapides et de qualité, notamment de second recours, sur l'ensemble du territoire. Dès 2018, des négociations conventionnelles seront engagées, plus particulièrement avec les médecins, afin d'intégrer les téléconsultations et les actes de téléexpertise dans le droit commun de la nomenclature des actes pris en charge par l'Assurance Maladie. Pour véritablement se développer, cette évolution majeure des pratiques devra s'accompagner d'actions de communication, conduites le cas échéant en partenariat.

La coordination entre les professionnels du soin et du médico-social constitue une autre condition essentielle d'accès à un parcours de soins de qualité. Aussi, l'Assurance Maladie encouragera le développement de l'exercice pluriprofessionnel ou regroupé, en assurant notamment la promotion de l'accord interprofessionnel de

2017 qui renforce l'attractivité de l'exercice ambulatoire. Elle apportera également son expertise à l'appui des projets de création des structures pluriprofessionnelles ou de CPTS, à la fois dans le cadre des études préalables de besoin, et dans les démarches nécessaires à la création de la structure.

2

Contribuer à
la transformation et
à l'efficacité
du système
de santé

L'efficacité du système de santé et la maîtrise du niveau de dépense constituent les conditions essentielles de préservation du système français de protection sociale.

Engagée depuis de nombreuses années dans les actions de gestion du risque et le soutien à la politique de prévention, en partenariat avec les autres acteurs institutionnels, l'Assurance Maladie amplifiera pour la période 2018-2022 ses actions de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé en favorisant la qualité et la pertinence des parcours de soins. La maîtrise médicalisée des dépenses, qui contribue chaque année de manière décisive à la tenue de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), mobilisera fortement la Cnam et son réseau.

À cette fin, l'Assurance Maladie devra s'attacher à faire émerger de nouvelles modalités d'accompagnement, à se doter des outils qui permettront d'identifier et de diffuser de façon plus réactive les innovations, et à renforcer le pilotage et la coordination entre les acteurs de la gestion du risque, tant au niveau national que local.

1. FAIRE DE LA PRÉVENTION UN AXE STRATÉGIQUE DE LA GESTION DU RISQUE

La stratégie nationale de santé place la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie, au cœur de la politique de santé et de lutte contre les inégalités sociales de santé. La réduction des facteurs et des comportements à risque doit permettre de limiter considérablement la survenance de maladies et de décès : au premier chef, le tabagisme génère 73 000 décès par an et reste la première cause de décès évitables en France. Plus largement, l'essor des actions de prévention doit conduire à réduire les coûts liés à l'apparition des pathologies, estimés à 12,8 milliards d'euros pour le tabac ou 10 milliards d'euros pour l'alcool, pour ne citer que ces exemples.

Dans le respect des orientations portées par les pouvoirs publics et en partenariat avec les acteurs locaux, l'Assurance Maladie déploiera ses programmes de prévention sur l'ensemble du territoire en cohérence avec le plan national de santé publique et les projets régionaux de santé. Elle proposera des actions accessibles à tous, tout en développant un accompagnement ciblé et individualisé des populations qui en ont le plus besoin.

Les interventions seront ainsi concentrées en direction des publics les plus exposés, en les adaptant dans la mesure du possible au contexte local, notamment en outre-mer. Des actions seront déployées auprès des enfants, avec la promotion de la déclaration systématique d'un médecin traitant, la prise en charge de soins buccodentaires, le dépistage précoce des troubles du langage ou de la fonction visuelle ou des troubles auditifs. Dans le contexte de l'intégration des activités du régime des étudiants, des programmes de prévention seront également développés vers les jeunes entre 16 et 25 ans, en partenariat avec les missions locales et l'Éducation nationale sur des thématiques telles que le tabagisme, le mal-être et la fragilité psychique ou la contraception. De même, l'Assurance Maladie veillera à adapter ses orientations stratégiques et leurs déclinaisons opérationnelles pour proposer des actions adaptées aux travailleurs indépendants.

Au titre des actions portant sur des pathologies et des comportements à risque, l'Assurance Maladie interviendra notamment sur les programmes de dépistage des cancers et la lutte contre le tabagisme. Les programmes de dépistage organisé des cancers seront appuyés par des actions de promotion et d'incitation ciblées et partenariales afin de détecter au plus tôt pour soigner plus facilement. Le programme de lutte contre le tabagisme sera également renforcé, en particulier auprès des publics prioritaires, dans le cadre notamment des actions financées par le « Fonds tabac » dont la gestion a été confiée à la Cnam.

La Cnam fera également évoluer les modalités d'animation de son réseau en matière de prévention en veillant par exemple à intégrer cette démarche dans la politique générale de gestion du risque; orientation qui se traduira par l'identification d'un volet prévention dans les plans régionaux de gestion du risque arrêtés par les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque (DCGDR). L'Assurance Maladie mobilisera par ailleurs le réseau des centres d'examen de santé (CES) comme des centres de santé gérés par les caisses pour relayer les démarches de prévention, notamment auprès des assurés les plus éloignés du système de santé.

La réussite de la politique de prévention dépendra également de la capacité de l'Assurance Maladie à convaincre les patients de leur rôle, qui doit être pleinement reconnu, pour rester en bonne santé. Aussi, les actions pédagogiques d'éducation à la santé seront renforcées, le cas échéant en partenariat avec les associations de patients. Le recours aux « patients experts » sera notamment

développé, afin que des patients atteints d'une même pathologie puissent échanger sur leur expérience.

L'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques, inspiré des démarches de « disease management », s'étendra à travers le programme d'accompagnement des malades chroniques (sophia), qui concerne désormais les patients souffrant de diabète, d'insuffisance cardiaque chronique ou d'asthme.

La Cnam veillera particulièrement à réaliser et à partager des évaluations de l'impact médico-économique des programmes qu'elle conduit.

2. RENFORCER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES PARCOURS DE SOINS ET MODERNISER LES OUTILS DE LA GESTION DU RISQUE

En cohérence avec les orientations fixées par les pouvoirs publics, l'Assurance Maladie entend faire du renforcement de la qualité et de la pertinence des soins en ville comme à l'hôpital un axe prioritaire d'intervention.

Cela implique en premier lieu de faire évoluer les actions de gestion du risque qui, si elles poursuivent des objectifs traditionnels d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins, se déploieront selon des modalités et dans des secteurs nouveaux.

Cette ambition repose sur la capacité de l'Assurance Maladie à développer une connaissance plus précise du système de santé et de ses évolutions. C'est pourquoi la réalisation de travaux de recherche, en interne à l'Assurance Maladie ou dans le cadre de partenariats, constituera une priorité stratégique. Au regard des financements qui peuvent être mobilisés par la branche, il conviendra d'orienter ces travaux de recherche sur des domaines insuffisamment étudiés à l'heure actuelle, et en particulier sur les soins primaires. L'Assurance Maladie s'attachera également, en lien avec les autres acteurs compétents, à développer des études en vie réelle des produits de santé pour confirmer l'efficacité des médicaments et dispositifs médicaux et mieux connaître les conditions de leur prescription.

L'analyse du système de santé passe également par une plus grande capacité à exploiter les données disponibles, dans le respect des lois qui protègent la confidentialité des

informations personnelles. Disposant d'une source exceptionnelle d'informations, il est essentiel que l'Assurance Maladie demeure un acteur central en matière d'exploitation et d'analyse des données. Par ailleurs, l'Assurance Maladie veillera à faire évoluer le système national des données de santé (SNDS), afin de l'enrichir d'informations portant sur des champs nouveaux tels que la situation sociale des patients ou les facteurs de risque.

La promotion des programmes d'accompagnement du retour à domicile (Prado) permettra d'améliorer la qualité du parcours de soins après une hospitalisation et de favoriser la coordination entre médecins libéraux et hôpital. Le programme Prado maternité concerne désormais près d'une naissance sur deux chaque année. L'Assurance Maladie entend à présent renforcer prioritairement son action, et donc l'intervention des conseillers de l'Assurance Maladie (CAM), sur la chirurgie et les patients atteints de pathologies chroniques, afin de poursuivre l'amélioration des parcours, réduire les durées d'hospitalisation, et éviter les réhospitalisations.

Dans le prolongement de l'expérimentation d'un programme personnalisé d'accompagnement des médecins, les démarches réalisées auprès des professionnels de santé en relais des bonnes pratiques médicales évolueront dans leurs modalités, afin que les échanges soient davantage centrés sur l'analyse et l'évolution de la pratique individuelle du praticien. Celles-ci portent sur des thématiques plus larges, choisies en concertation avec lui, liées à la prise en charge de pathologies chroniques ou à la situation de patients au parcours complexe. Dans le même temps, les programmes de gestion du risque à destination des établissements de soins seront renforcés, notamment dans le cadre des nouveaux contrats portés conjointement avec les ARS sur la qualité et la pertinence.

La maîtrise des dépenses liées aux indemnités journalières (IJ) constituera un enjeu particulièrement important au cours des prochaines années. Elle appelle une démarche globale impliquant à la fois les prescripteurs, les patients et les employeurs. Les personnels des caisses primaires, du service médical et du service social de l'Assurance Maladie seront mobilisés pour renforcer les actions de gestion du risque en direction des prescripteurs, en s'appuyant sur des référentiels repères, et pour mettre en place un suivi régulier et attentionné des assurés en arrêt de travail (AT). Par ailleurs, l'Assurance Maladie et la branche risques professionnels proposeront aux entreprises présentant un niveau d'absentéisme maladie atypique un accompagnement individualisé, pour mieux comprendre et analyser les déterminants de cette situation.

Au-delà du dialogue avec les employeurs, l'Assurance Maladie développera, en coopération avec la branche risques professionnels, ses actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle (PDP) des assurés en arrêt maladie. Outre les effets recherchés sur les dépenses de santé, la PDP permet d'accompagner l'assuré, afin de sécuriser sa situation professionnelle et lui garantir un parcours de soins adapté. Les différentes parties prenantes (CPAM, service médical, service social, service prévention des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail [Carsat], médecins traitants, services de santé au travail, employeurs, associations) proposeront une approche mieux coordonnée pour favoriser le repérage et l'accompagnement précoces des assurés fragilisés.

La diffusion au grand public d'informations constitue également un levier pour faciliter la bonne compréhension de tous de notre système de santé et renforcer la capacité des patients à s'orienter et prendre les bonnes décisions. À cet effet, l'Assurance Maladie diffusera davantage d'informations concernant les droits, le niveau et la nature des dépenses consacrées à la santé, mais aussi la qualité et la pertinence des parcours de soins en lien avec la Haute Autorité de santé (HAS).

Enfin, comme le souligne le rapport « Charges et produits » pour l'année 2018, la France se caractérise par un processus de détection, d'évaluation et de généralisation des innovations dans le système de santé largement perfectible. Aussi, l'Assurance Maladie entend-elle particulièrement développer, au cours de la période conventionnelle, les leviers qui permettront de susciter, repérer et promouvoir les projets porteurs d'efficacité dans l'organisation comme la délivrance des soins.

En application de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018, la mise en place d'un fonds de financement des innovations en santé, dans le cadre d'une gouvernance partagée avec l'État, constituera un levier d'intervention nouveau pour identifier et, après évaluation, déployer, à grande échelle et dans des délais rapides, des pratiques innovantes portant à la fois sur la qualité, l'efficacité et l'organisation des soins. Seront notamment examinées dans ce cadre, les expérimentations concernant les projets visant une meilleure coordination des soins primaires, ou le « bundled payment », autrement dit le paiement forfaitaire de structures ou d'équipes médicales en fonction d'un épisode de soins, voire des organisations de soins intégrées sur un territoire donné.

3. RENFORCER L'EFFICACITÉ DE LA POLITIQUE DE CONTRÔLE ET DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Eu égard au poids occupé par l'Assurance Maladie dans la dépense publique, le paiement à bon droit des prestations et plus particulièrement la politique de contrôle et de lutte contre la fraude constituent des enjeux fondamentaux. Le plan d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022 placent logiquement la démarche de prévention et de répression des fraudes parmi les leviers majeurs de respect de la trajectoire financière des dépenses. Les actions de l'Assurance Maladie pour promouvoir, auprès de l'ensemble des offreurs de soins, la pertinence des actes et des prescriptions constitueront à ce titre l'un des axes majeurs du Plan.

L'Assurance Maladie poursuivra dès lors une politique rigoureuse de détection et de sanction à l'égard des comportements frauduleux, fautifs ou abusifs.

Elle adaptera sa stratégie en termes de programmes de contrôle en se reposant sur une meilleure identification des risques potentiels de fraudes, une concentration sur les actions à forts enjeux financiers et sur la poursuite de l'amélioration des techniques de détection de la fraude (dataming, big data). Seront engagées des actions en vue de partager les informations avec les autres acteurs concernés, d'harmoniser les pratiques sur le territoire et d'améliorer la coopération avec les partenaires (sensibilisation des représentants de l'autorité judiciaire).

Elle mettra également particulièrement l'accent sur la prévention de la fraude. Dans cette optique, elle développera sa stratégie de communication et mettra en place des programmes de contrôle à visée dissuasive sur les nouvelles prestations ou les nouveaux droits.

Pour renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude (LCF), il conviendra aussi d'optimiser les voies d'actions contentieuses en accompagnant les organismes dans leurs stratégies.

Plus généralement, les politiques de contrôle des organismes de l'Assurance Maladie devront gagner en efficacité. À l'heure actuelle, les actions de contrôle issues des plans des agents comptables, des démarches de gestion du risque ou des programmes de LCF, obéissant à des logiques et des procédures différentes, peuvent être conduites,

dans le même temps et par des équipes différentes auprès des mêmes usagers, et en particulier les professionnels de santé. Il apparaît donc nécessaire d'améliorer la cohérence, la lisibilité et donc l'efficacité de ces actions, sans rien céder évidemment à l'exigence d'efficacité dans la lutte contre les activités frauduleuses ou fautives.

L'optimisation de la stratégie de contrôle reposera également sur une meilleure articulation avec les actions de maîtrises médicalisées et de contrôles ciblés, en s'interrogeant notamment sur l'efficacité respective des contrôles a priori et a posteriori.

Enfin, l'Assurance Maladie renforcera les actions engagées pour optimiser les recours contre tiers, qui correspondent à un enjeu de près d'un milliard d'euros chaque année.

3
—

Rendre aux usagers
un service maintenu
à un haut niveau
de qualité

Le service offert par l'Assurance Maladie a connu de réelles améliorations au cours des dernières années, sur le plan de la performance comme sur celui de l'homogénéité des résultats atteints sur l'ensemble du territoire. À titre d'exemple entre 2015 et 2016, le nombre d'organismes n'atteignant pas les objectifs de performance a été réduit de moitié pour ce qui concerne les délais de paiement des IJ, et divisé par quatre en matière de réponse téléphonique.

Eu égard à ce constat, l'Assurance Maladie entend conforter cette tendance et proposer à l'ensemble des usagers, assurés sociaux, professionnels de santé et entreprises un service plus performant et plus individualisé.

Une attention particulière sera portée aux nouveaux ressortissants du régime général, et notamment les travailleurs indépendants et les étudiants, afin que leur intégration se déroule dans les meilleures conditions et qu'ils bénéficient de la même qualité de service.

1. S'ENGAGER SUR LA PERFORMANCE DU SERVICE

La performance et la qualité du service constituent l'attente première et légitime des usagers de l'Assurance Maladie. C'est pourquoi les améliorations enregistrées par le passé devront être confirmées au cours de la COG, notamment pour ce qui concerne les délais de règlement des prestations en nature ou en espèces, l'obtention d'une carte Vitale, l'instruction d'une demande de CMU-C, ou la rapidité d'accès à une réponse en ligne comme à l'accueil téléphonique.

La qualité perçue du service sera également mesurée à travers des enquêtes de satisfaction dont la méthodologie comme le contenu seront amenés à évoluer, en analysant notamment de façon plus approfondie les assurés ayant réitéré leurs demandes auprès des services.

Le traitement, dans des délais maîtrisés, et l'analyse conjointe des réclamations par les services experts des organismes et les conciliateurs, permettront également d'identifier les axes de progrès et les thématiques sur lesquelles se focalisent les attentes prioritaires des usagers.

Même si la fréquentation des accueils physiques tend à se réduire depuis deux ans, ces derniers demeurent un pilier essentiel de l'offre de service de l'Assurance Maladie. À cet égard, la politique d'accueil sur rendez-vous sera élargie, permettant aux agents de consacrer le temps nécessaire à l'examen des situations les plus complexes.

2. SIMPLIFIER LES DÉMARCHES DES ASSURÉS

L'Assurance Maladie portera au cours de la COG plusieurs projets visant à rendre plus simples et plus fluides les démarches opérées par les assurés sociaux, conformément aux attentes qui sont régulièrement exprimées.

En premier lieu, l'Assurance Maladie examinera avec les services de l'État des projets de simplification de la réglementation, afin de rendre le service plus accessible et plus compréhensible, en veillant à éviter toute charge supplémentaire pour les finances publiques.

Les échanges de données automatisés entre organismes de la sphère publique contribueront également à limiter les démarches et les justificatifs que les assurés sociaux sont amenés à produire. En conformité avec la logique « dites-le nous une fois », le développement de ces échanges permettra aux caisses de réunir l'ensemble des informations nécessaires au traitement complet des demandes sans solliciter l'utilisateur, en s'appuyant par exemple sur la déclaration sociale nominative (DSN) en ce qui concerne les salaires.

La contribution de l'Assurance Maladie au projet « France Connect », qui permet aux usagers de mener de nombreuses démarches administratives en utilisant les identifiants du compte ameli, sera également confortée.

L'Assurance Maladie et la branche risques professionnels développeront de nouveaux parcours attentionnés, c'est-à-dire une offre de service complète, dédiée à certaines situations de vie. Ces nouveaux parcours seront élaborés en s'appuyant notamment sur des études marketing approfondies des usagers qui sollicitent les caisses, afin d'identifier des « catégories » d'utilisateurs qui présentent des besoins similaires, et les meilleurs outils permettant d'y répondre.

Enfin, l'Assurance Maladie pourra s'appuyer sur les compétences et l'expertise du service social pour proposer un accompagnement personnalisé aux usagers en situation de fragilité. Conformément aux conclusions rendues par une mission nationale de réflexion copilotée par la Cnam et des représentants du réseau, les interventions du service social seront recentrées pour la période conventionnelle sur des enjeux prioritaires, parmi lesquels figure bien évidemment l'accompagnement des patients en arrêt de travail.

3. SIMPLIFIER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé obéit à la fois à une exigence de qualité de service envers les usagers de l'Assurance Maladie, et à la volonté de favoriser l'accès aux soins en contribuant à libérer du temps médical au profit du patient.

Dans ce double objectif, les organismes de l'Assurance Maladie poursuivront les actions d'accompagnement à l'élargissement du tiers payant, afin d'en favoriser la généralisation par la mise à disposition d'outils répondant aux exigences des professionnels de santé en termes de fiabilité et de simplicité d'usage. La promotion du logiciel ADRi (acquisition des droits intégrée) qui permet aux professionnels de santé de connaître la situation actualisée des droits de l'assuré, sera à cet égard renforcée.

De même, l'accompagnement proposé par les délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et les praticiens-conseils sera amélioré afin de délivrer aux professionnels de santé une information à la fois plus récente et plus individualisée sur leur pratique (cf. point 4.1).

En partenariat avec les ARS, l'Assurance Maladie contribuera également sur la période conventionnelle à la mise en place de « guichets uniques d'information et d'orientation », accessibles par téléphone ou par Internet, afin d'être accompagnés dans leurs démarches administratives par des équipes dédiées, depuis leur installation jusqu'à leur retraite.

Enfin, en application de l'article 63 de la convention médicale du 25 août 2016, l'Assurance Maladie optimisera la relation téléphonique, qui demeure le canal de contact privilégié par les professionnels de santé, en mettant en place des plateformes regroupant des compétences à la fois médicales et administratives.

4. STRUCTURER UNE NOUVELLE OFFRE DE SERVICE POUR LES ENTREPRISES

La relation de service entre les entreprises et l'Assurance Maladie présente des particularités auxquelles les organisations actuelles ne répondent que partiellement. En particulier, les besoins propres aux employeurs appellent une coopération plus étroite entre les organismes des branches maladie et risques professionnels (services médical et administratif en CPAM, services tarification et prévention en Carsat).

C'est pourquoi l'Assurance Maladie souhaite, au cours de la COG 2018-2022, ajuster à la fois l'organisation et les outils mis à disposition des employeurs, pour in fine professionnaliser davantage la relation de service avec ce public.

En soutien à la montée en charge d'une relation de service professionnalisée et multi-canal, l'Assurance Maladie se dotera d'un référentiel de coordonnées de contact des entreprises cohérent avec d'autres opérateurs de la sphère publique. L'Assurance Maladie entend également étendre aux entreprises la notion de « parcours client », et proposer une offre de service globale correspondant à des situations spécifiques, telles que la création d'entreprises avec salariés, ou à destination de certains acteurs, comme les experts-comptables.

Ces projets seront élaborés et conduits en étroite collaboration avec la branche risques professionnels, en cohérence avec les orientations définies dans la COG risques professionnels 2018-2022 et les champs d'intervention de chacune des branches.

4
—

Accompagner
l'innovation numérique
en santé

Le déploiement du numérique offre des perspectives inédites d'évolution des parcours de soins comme de la prise en charge des usagers, à travers les projets dits de e-santé. Consciente de cette opportunité, la Cnam entend mobiliser pleinement ses ressources pour porter des innovations majeures au profit de l'ensemble de ses publics.

1. ÉTENDRE L'OFFRE DE SERVICE NUMÉRIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE

Si l'Assurance Maladie s'est déjà largement investie dans le déploiement des télé-services, la période 2018-2022 marquera une accélération du déploiement de projets structurants qui renouvelleront son offre de service, confortant ainsi son image de service public moderne et innovant.

Les organismes poursuivront les actions de déploiement des télé-services à destination des professionnels de santé, dans l'objectif d'une prise en charge plus rapide de leurs patients. Dans cette perspective, l'usage systématique des feuilles de soins électroniques (FSE) sera notamment recherché. Les télé-services seront également promus au sein des établissements de soins, en concentrant les efforts sur les outils tels que la prescription d'arrêts de travail ou les déclarations de grossesse, permettant d'optimiser le traitement des prestations dans les caisses, et d'alimenter les programmes de gestion du risque. L'identification des prescripteurs hospitaliers constitue à cet égard un enjeu majeur.

Les employeurs sont également des utilisateurs réguliers des outils numériques, notamment à travers le portail net-entreprises. C'est pourquoi, dans le cadre d'une stratégie de service renouvelée, l'Assurance Maladie développera d'ici à 2022 des télé-services à l'usage des entreprises, facilitant notamment les échanges par messageries électroniques et la gestion des réclamations.

Au profit des assurés sociaux, l'Assurance Maladie procédera à l'enrichissement régulier des fonctionnalités du compte ameli, en élargissant les prises de rendez-vous en ligne, en permettant la transmission dématérialisée de pièces, ou en proposant de gérer depuis leur compte personnel une série d'applications santé.

Plus fondamentalement, la période conventionnelle sera marquée par le déploiement du dispositif e-carte Vitale, offrant aux patients la possibilité de disposer sur leur smartphone des capacités d'identification permettant au professionnel de santé de réaliser une feuille de soins électronique, même lorsque la carte « physique » ne peut être présentée. Cette innovation majeure, d'une grande portée symbolique et pratique, apportera ainsi la garantie d'un règlement plus rapide au patient ou au professionnel de santé dans le cadre du tiers payant.

Dans cette logique d'une dématérialisation croissante des procédures, qui se traduit par une plus grande rapidité, fiabilité, et accessibilité du service, disponible à tout moment, l'Assurance Maladie souhaite expérimenter, à l'instar de nombreux autres services publics, des services totalement digitalisés.

Soucieuse, dans le même temps, de garantir l'accès de tous au service public, l'Assurance Maladie développera, en complément des parcours attentionnés mentionnés précédemment, des actions d'inclusion numérique en appelant les organismes à engager un accompagnement des assurés dans l'usage des services numériques, ou à proposer des actions adaptées aux contraintes de certains publics (majeurs protégés...).

Parallèlement, une attention particulière sera portée à l'accessibilité des services aux personnes en situation de handicap. À ce titre, les opérations d'aménagement physique des espaces d'accueil seront naturellement poursuivies, et les téléservices déployés répondront aux conditions posées par le référentiel général d'accessibilité pour les administrations (RGAA).

2. S'APPUYER SUR LE NUMÉRIQUE POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

La montée en charge de l'intégration et de l'analyse des données véhiculées par les systèmes d'information de l'Assurance Maladie permettra, au cours de la prochaine COG, de renforcer les retours d'information précis et réactifs aux professionnels de santé. L'enjeu est de permettre aux prescripteurs de procéder à une analyse de leur propre pratique et de favoriser par conséquent son évolution pour des soins plus efficaces et de meilleure qualité.

Poursuivant cette même ambition, l'Assurance Maladie approfondira ses partenariats avec les sociétés savantes, et notamment le Collège de la médecine générale (CMG), pour développer de nouveaux référentiels et les intégrer autant que possible dans les logiciels utilisés par les professionnels de santé. Dans le strict respect de la liberté de prescription, il s'agit d'offrir au professionnel l'ensemble des informations nécessaires à une prise de décision éclairée dans l'intérêt du patient.

L'Assurance Maladie souhaite ainsi faire évoluer les modalités de facturation des prestations en nature, dans une logique de transmission plus rapide et fiable des informations entre professionnels et avec les organismes du réseau. L'Assurance Maladie développera la prescription électronique pour les prescripteurs en ville et en établissements de santé afin de faciliter leur pratique mais également l'articulation avec les autres projets de dématérialisation engagés comme la facturation en ligne ou encore le DMP. La prescription en ligne sera déployée en privilégiant une solution technique reposant sur une base de données partagée qui permette une dématérialisation intégrale de la chaîne de facturation, seule à même d'apporter l'intégralité des gains attendus.

Enfin, une étape essentielle dans l'évolution de l'organisation et de la coordination des parcours de soins sera franchie au cours de la COG avec la généralisation du DMP. À cet effet, l'Assurance Maladie entend mobiliser l'ensemble de ses réseaux pour accompagner ce déploiement en intervenant auprès des patients, des professionnels de santé libéraux comme des établissements pour obtenir un nombre d'ouvertures significatif, une alimentation régulière des DMP et une appropriation par l'ensemble des acteurs, usagers comme professionnels de santé, pour plus de qualité et d'efficacité du système de soins.

3. RENDRE LES SYSTÈMES D'INFORMATION PLUS AGILES ET PERFORMANTS

Eu égard à la multiplicité et à la complexité des projets portés par l'Assurance Maladie dans le cadre de la COG 2018-2022, qui portent à la fois sur le fonctionnement interne de la branche mais aussi sur l'évolution globale du système de santé, l'investissement dans l'évolution des systèmes d'information apparaît comme une condition essentielle de réussite.

Plus largement, il semble indispensable de poser dès la présente COG les jalons d'une stratégie de rénovation du système d'information, dont la réalisation devra être échelonnée sur une dizaine d'années, et qui s'articulera autour de grandes priorités. Ces rénovations applicatives rendront les systèmes d'information plus agiles et permettront ainsi une implémentation plus rapide des différentes évolutions. Elles rendront possibles des évolutions que la conception actuelle des systèmes ne permet pas aisément.

Au-delà de la capacité à répondre à l'ensemble des enjeux nouveaux associés aux ambitions inscrites dans la COG, des chantiers seront ouverts dans le cadre du prochain Schéma directeur du système d'information (SDSI), afin de notamment résorber une part de la dette technique, fruit de l'évolution continue des logiciels et matériels rendant les versions utilisées obsolètes au fil du temps.

Les évolutions attendues permettront également, à court et moyen terme, de faire aboutir les projets de dématérialisation et d'automatisation des process qui contribueront aux gains de productivité attendus pour la branche. Ces nouveaux développements informatiques seront conduits, dans la mesure du possible, en permettant une interopérabilité avec les autres régimes. Seront également engagées des actions de rénovation du patrimoine applicatif et des outils métiers, afin d'offrir aux collaborateurs des organismes des modalités de travail plus simples et plus ergonomiques.

Enfin, la période de la COG permettra de renforcer l'efficacité de la fonction informatique au sein de la branche, en trouvant une meilleure articulation entre les activités prises en charge par la Cnam et par les organismes du réseau. En cohérence avec les conclusions de la mission déléguée pilotée conjointement par des représentants de la caisse nationale et des organismes locaux, la Cnam déploiera les actions qui permettront de capitaliser davantage sur les initiatives du réseau. Pour cela, elle fera évoluer la gouvernance des projets de développement informatique, en mettant à disposition des organismes des outils adaptés et en organisant une plus grande coopération au sein du réseau, d'une part, et entre le réseau et la caisse nationale d'autre part. Cette démarche garantira une prise en compte, dès la phase initiale de conception, des besoins et des contraintes tant techniques que fonctionnelles permettant une généralisation plus simple et plus rapide des outils développés.

En cohérence avec ces objectifs, le Conseil de la Cnam se saisira dès 2018 de propositions portant sur les pistes possibles d'évolution de la gouvernance des centres informatiques de l'Assurance Maladie.

5

Réussir l'intégration
d'autres régimes
en garantissant
un fonctionnement
efficace de
la branche

L'Assurance Maladie sera appelée, dans la période conventionnelle, à optimiser son fonctionnement interne en s'appuyant sur l'ensemble des leviers d'efficacité. Cette ambition s'avère d'autant plus exigeante que, d'une part, elle fait suite aux efforts déjà consentis au cours des précédentes COG, et que, d'autre part, elle s'inscrit dans un contexte d'intégration au sein du RG de plusieurs millions d'assurés sociaux supplémentaires.

La Cnam exercera dès lors une vigilance accrue pour maîtriser les impacts de ces projets particulièrement ambitieux et complexes, et dont la réussite dépend largement de la capacité du réseau à favoriser la mobilisation des collaborateurs et les coopérations entre les organismes.

Les unions de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie (Ugecam) et leurs établissements seront également au cœur de la stratégie de la branche, et contribueront à l'ensemble des objectifs en matière d'accessibilité et d'efficacité du système de soins, de qualité du service, et de performance interne.

1. CONDUIRE AVEC SUCCÈS LES OPÉRATIONS D'INTÉGRATION ET D'ADOSSEMENT DES RÉGIMES PARTENAIRES

Au cours de la période conventionnelle interviendront plusieurs opérations structurelles de nature différente (suppression du RSI et du régime étudiant, transfert de la part obligatoire des remboursements pour La Mutuelle Générale), qui se traduiront par le rattachement au RG de plusieurs millions d'assurés supplémentaires et le transfert de milliers de collaborateurs.

Si l'Assurance Maladie a déjà démontré par le passé sa capacité à conduire ce type de projets, la période qui s'ouvre est singulière du fait du nombre et de l'ampleur des opérations à mener.

La Cnam se mobilisera pour piloter, en partenariat avec les pouvoirs publics et les organismes du réseau, l'ensemble des opérations juridiques et techniques préalables aux transferts des activités et des personnels, en garantissant la continuité et la fluidité du service pour l'ensemble des assurés sociaux nouvellement affiliés au RG. Les stratégies de service, de même que les actions de prévention et de gestion du risque seront bien évidemment adaptées aux caractéristiques de ces nouveaux assurés.

L'Assurance Maladie veillera à ce que ces projets se déroulent sans perturber le bon fonctionnement de la branche, en veillant à une bonne adéquation, à l'échelle de chaque organisme, entre la charge d'activité et les ressources transférées. Il conviendra dès lors de prendre par anticipation les mesures d'organisation des activités qui permettront de préserver une qualité de service homogène pour l'ensemble des assurés sociaux.

Au-delà de leur dimension technique, ces évolutions trouveront une traduction sur les plans budgétaires et financiers. Aussi, l'Assurance Maladie déterminera avec les pouvoirs publics le périmètre de chacun de ces projets, en évaluant leur impact sur la trajectoire d'évolution des emplois, des coûts de fonctionnement, des investissements de la branche et de la réalisation des gains escomptés en termes de qualité de service et d'efficience.

Enfin, la Cnam portera une attention toute particulière au volet « ressources humaines (RH) » de ces chantiers, en proposant à chaque salarié transféré un accompagnement personnalisé et supervisé par la caisse nationale, permettant de préparer au mieux les intégrations au sein du réseau, en tenant compte des compétences détenues et des besoins des organismes.

2. CONSOLIDER LA POLITIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La réalisation des ambitions portées dans la COG n'est envisageable qu'avec le concours et l'implication de l'ensemble des collaborateurs de la branche.

L'Assurance Maladie se doit dès lors d'être particulièrement attentive à la qualité de sa politique de gestion des RH mais aussi à sa bonne mise en œuvre au sein des organismes de son réseau.

Dès 2018, le schéma directeur des ressources humaines (SDRH), élaboré en associant les organismes formalisera la stratégie de la branche et fixera un cadre de gestion permettant un pilotage partagé entre la Cnam et le réseau en matière de politique RH. Parmi les priorités du SDRH figurera notamment la volonté de faire progresser le niveau de maturité du réseau en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des

compétences dans un contexte d'évolution forte et rapide des métiers et des besoins de l'Assurance Maladie. Le schéma directeur soulignera également la nécessité d'un déploiement opérationnel de ses orientations, et intégrera pleinement la dimension RH dans le dialogue de gestion entre la Cnam et les organismes, afin d'évaluer les impacts des politiques locales.

La COG 2018-2022 permettra également de confirmer l'engagement de l'Assurance Maladie dans le champ de la responsabilité sociétale des organisations (RSO), en renforçant les travaux permettant de lutter contre les discriminations, de favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes, et de conforter le dialogue social. Des actions nouvelles d'échanges d'expériences et de bonnes pratiques seront également engagées avec pour objectif de réduire l'absentéisme de courte durée d'ici la fin de la période conventionnelle.

Enfin, une démarche d'évaluation et, le cas échéant, de rénovation de la gestion des cadres dirigeants sera développée, en privilégiant une approche commune aux services administratif et médical.

3. RENFORCER LES COOPÉRATIONS ENTRE LES ORGANISMES ET ENTRE LES BRANCHES

Les dispositifs d'entraide, ponctuelle ou durable, entre les organismes, de même que la mise en commun de ressources pour éviter les redondances et diffuser les pratiques les plus performantes, constituent des leviers d'efficience qui seront de nouveau mobilisés au cours de la période conventionnelle 2018-2022. Le projet de travail en réseau à l'Assurance Maladie (Tram), engagé depuis deux ans, a permis de développer une dynamique de coopération qu'il s'agit de déployer jusqu'à son terme et d'enrichir.

Le mécanisme d'entraide Phare, qui a démontré son rôle déterminant pour maintenir la qualité du service de façon durable et homogène, sera renforcé sur les processus déjà pris en charge afin notamment de prendre en compte les déséquilibres territoriaux entre la charge et les ressources transférées en lien avec les opérations d'adossement des régimes. Il sera aussi étendu à de nouvelles activités telles que les contrôles opérés dans le cadre de la PUMa.

L'Assurance Maladie engagera par ailleurs de nouvelles actions de mutualisation au sein de la branche et des risques professionnels, en complément de la finalisation du déploiement du projet Tram. Des pôles régionaux d'expertise sur les achats seront constitués pour accroître la proportion de marchés mutualisés dans ce domaine et maîtriser ainsi les dépenses de fonctionnement. De plus, la Cnam proposera un cadre juridique de mutualisation régionale, permettant aux organismes qui le souhaitent de s'inscrire, selon une démarche homogène sur le territoire, dans des actions de mise en commun des expertises rares, notamment dans les domaines statistique, juridique, immobilier...

La mutualisation sera par ailleurs recherchée en partenariat avec les autres branches du RG, en proposant des actions communes en matière d'édition ou de gestion des marchés bancaires.

Le domaine immobilier permettra également des coopérations interbranches, l'Assurance Maladie souhaitant proposer à ses partenaires de bénéficier des compétences des pôles régionaux d'expertise immobilière, et assurant, selon le principe « financeur majoritaire/gestionnaire unique », le pilotage des opérations concernant les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et 24 unions immobilières.

À ce titre, il est également précisé que la politique immobilière de la branche maladie s'articulera autour de quatre ambitions prioritaires :

- la mise aux normes du patrimoine en matière de sécurité et d'accessibilité ;
- l'amélioration de la performance énergétique des sites, domaine dans lequel l'Assurance Maladie portera une politique ambitieuse ;
- l'optimisation des surfaces occupées en maîtrisant la densité d'occupation et en accompagnant le développement du télétravail et les initiatives d'aménagements d'espaces de travail collaboratifs (flex office, co-working...);
- la modernisation du parc immobilier par la réhabilitation ou la poursuite des mutations patrimoniales.

Cette stratégie immobilière devra par ailleurs prendre en compte les transferts d'activités et de personnels que va entraîner le transfert au RG des activités du RSI ou du régime étudiant.

Enfin, la recherche d'une plus grande efficacité dans le fonctionnement du réseau se traduira par un pilotage de la caisse nationale visant à réduire les écarts de performance entre les organismes, tout en tenant compte des déterminants et contraintes locaux. À cet effet, la Cnam souhaite rénover les modalités de son dialogue de gestion avec les organismes, pour le rendre à la fois plus complet et plus individualisé. De plus, l'Assurance Maladie poursuivra le déploiement du système de management intégré (SMI), qui permet aux organismes de piloter, pour chaque processus, la maîtrise des risques et les leviers de performance.

4. **RENFORCER LA QUALITÉ ET LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DU GROUPE UGECAM**

Dans un contexte financier particulièrement exigeant pour les établissements du Groupe Ugecam, il est nécessaire au cours de la COG de poursuivre les actions de transformations amorcées au cours des dernières années.

Une trajectoire financière visant un retour à l'équilibre financier en fin de période conventionnelle sera définie. Cela conduira à envisager des plans d'accompagnement des structures en recherchant une plus grande efficacité et une meilleure cohérence dans l'organisation des établissements. L'amélioration de la gouvernance du Groupe Ugecam passera par une consolidation du pilotage national.

De par leurs missions propres, les établissements du Groupe Ugecam agissent directement pour réaliser chacune des ambitions fixées par la COG.

Les établissements inscriront leurs projets médicaux dans les grandes priorités de la branche et les orientations de santé publique définies au niveau national et régional.

Par ailleurs, le Groupe Ugecam amplifiera sa stratégie de regroupements d'établissements et de mutualisation d'activités. Il contribuera directement au virage ambulatoire en poursuivant le développement de l'hospitalisation de jour, en favorisant les prises en charge en externat, et en participant à l'organisation du retour des patients à leur domicile ou vers les structures médico-sociales. Les établissements s'intégreront dans les démarches d'accompagnement personnalisé déployées par les organismes,

dans le cadre des Pfidass ou de la gestion des AT complexes notamment. Les établissements Ugecam seront particulièrement mobilisés sur les actions de gestion du risque engagées par l'Assurance Maladie en lien avec les ARS.

Enfin, les engagements de l'Assurance Maladie en matière de qualité des parcours de soins seront également intégrés à la stratégie des Ugecam, ce qui se traduira en particulier par la poursuite de la démarche d'obtention de la certification HAS par les établissements sanitaires, l'extension des évaluations internes/externes pour les établissements médico-sociaux, ou la réalisation d'enquêtes de satisfaction systématiques auprès des personnes accueillies.



—
Les fiches
thématiques
—

Fiche n° 1

Comprendre et réduire le renoncement en accompagnant les assurés dans leur accès aux soins

ENJEUX

L'accessibilité au système de soins constitue une mission fondamentale de l'Assurance Maladie, et demeure, dans le contexte actuel, une préoccupation majeure des assurés. En contact permanent avec ces derniers, les organismes peuvent déployer des actions d'accompagnement adaptées à la situation individuelle des patients et aux caractéristiques des territoires.

Pourtant, le renoncement aux soins reste prégnant, et obéit à des mécanismes complexes, qui ne se résument pas exclusivement à la question de l'accessibilité financière. C'est pourquoi l'Assurance Maladie souhaite contribuer aux recherches permettant de mieux comprendre les phénomènes liés au renoncement et ajuster son offre de service en conséquence.

L'ouverture des droits aux prestations, préalable indispensable à l'accès aux soins, a été considérablement fluidifiée par la mise en œuvre de la PUMa à compter de 2016, associée au développement d'actions locales des organismes dans le cadre des plans locaux d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (Planir). Forte de ces acquis, l'Assurance Maladie entend proposer des démarches nouvelles, qui viseront notamment à élargir l'accès à la CMU-C.

À cet effet, l'Assurance Maladie pourra s'appuyer sur les outils développés au cours de la précédente COG, et en particulier sur les Pfidass, dont la généralisation s'achèvera en avril 2018.



Les compétences du service social seront également mobilisées, en complémentarité avec les autres acteurs de la branche et les partenaires, pour rendre cet accompagnement plus pertinent et plus efficace. Cet engagement du service social s'inscrit dans la logique de priorisation de ses activités autour de cinq missions essentielles.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin de comprendre et réduire le renoncement et de mieux accompagner les assurés dans leur accès aux soins, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Se doter d'une mission nationale sur l'accessibilité. Pour être performants, les programmes d'accès aux droits et aux soins doivent être conduits de façon transversale, en favorisant la coopération entre les organismes et les réseaux, et en permettant aux acteurs locaux de proposer des actions cohérentes avec la stratégie de la branche. C'est pourquoi la Cnam se dotera d'une mission nationale chargée de construire ce cadre stratégique en se fondant sur des travaux de recherche et un appui scientifique. Elle aura également pour mission d'animer les réflexions du réseau, de veiller à maintenir l'implication des différents acteurs et favoriser l'émergence et la diffusion des actions innovantes.

Développer les dispositifs permettant l'ouverture des droits. Dans le contexte de la PUMa, l'Assurance Maladie orientera prioritairement ses actions d'accompagnement des publics fragiles vers l'amélioration du taux de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Le renforcement de l'accès aux droits nécessite de proposer de nouvelles simplifications des procédures pour l'assuré. Ces simplifications pourront reposer quand cela sera pertinent sur une évolution de la réglementation et porteront notamment sur les points suivants :

- envisager une simplification des procédures de renouvellement de la CMU-C, en particulier pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) ;
- proposer un service dématérialisé de demande de CMU-C/ACS ouvert à l'ensemble des bénéficiaires potentiels disposant d'un compte ameli. Pour offrir aux assurés une réponse rapide, le téléservice devra permettre une gestion aussi automatisée que possible, incluant une injection automatique des informations dans les chaînes de traitement ;
- simplifier le formulaire de demande de CMU-C/ACS ;



- équilibrer les contrôles a priori et a posteriori des conditions d'attribution, en élaborant un plan de contrôle qui s'appuie sur les informations disponibles auprès des partenaires de la sphère publique ;
- poursuivre la promotion de l'ACS, notamment grâce aux actions de communication qui se sont montrées efficaces au cours de la précédente COG, et assurer la bonne information des assurés sur les évolutions que connaîtra le dispositif au terme de la première mise en concurrence des contrats.

Garantir la continuité de droits de base. L'Assurance Maladie s'engage à accélérer la gestion des mutations, en élargissant les processus de digitalisation et d'automatisation. Cette démarche vise à réduire les sollicitations de l'usager en obtenant les informations indispensables à la réalisation des mutations via d'autres canaux.

Elle s'engage également dans le cadre de la suppression du RSI à mener, en lien notamment avec l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), les opérations techniques et informatiques dans des conditions permettant de sécuriser l'affiliation des travailleurs indépendants.

Renforcer les accompagnements individualisés des usagers. En complément des actions initiées au niveau national, les organismes du réseau poursuivront la démarche Planir, qui permet de mobiliser l'ensemble des entités de l'Assurance Maladie en faveur de l'accès aux droits et aux soins, en élaborant localement de nouveaux plans centrés sur une dizaine d'actions prioritaires, parmi lesquelles figureront notamment l'accompagnement à l'utilisation du numérique (Planir Digital), la lutte contre les incompréhensions, ou la gestion attentionnée des créances. À l'appui de cette démarche, les Pfidass qui seront généralisées à toutes les CPAM d'ici fin 2018 et constitueront un levier privilégié d'intervention auprès des publics en situation de renoncement aux soins, et d'approfondissement des partenariats. L'Assurance Maladie assurera un suivi régulier de l'efficacité des accompagnements, diffusera au sein de son réseau les pratiques les plus efficaces, et s'attachera à diversifier les sources de détection des situations de renoncement aux soins.

Prévenir la désinsertion professionnelle. L'Assurance Maladie s'engage à développer les politiques de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) des assurés dont l'état de santé est durablement atteint, en lien étroit avec la branche risques professionnels. Il s'agira de renforcer le repérage et l'intervention précoce des cellules de PDP et



d'améliorer l'articulation de l'action des CPAM avec les services de santé au travail et les structures de soins.

Mobiliser le service social. Enfin, pour faciliter la réponse aux besoins sanitaires et sociaux des assurés en situation de fragilité en prenant en compte les caractéristiques de leur environnement, les interventions du service social se déploieront autour de cinq axes prioritaires :

- santé et accès aux soins pour réduire le renoncement aux soins ;
- santé et employabilité pour favoriser le maintien dans l'emploi des assurés en arrêt de travail ;
- santé et sorties d'hospitalisation pour réduire les réhospitalisations des personnes en fragilité ;
- santé et bien-vieillir à domicile en lien avec la branche retraite pour prévenir la perte d'autonomie financière et physique des personnes âgées ;
- santé et prévention pour promouvoir les dispositifs de prévention de l'Assurance Maladie et de la branche retraite.

Cette logique opérationnelle a vocation à clarifier le positionnement du service social et à renforcer l'articulation de ses interventions avec celles des acteurs du domaine médico-social.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à rendre le dispositif de l'ACS plus attractif lors de la prochaine mise en concurrence des contrats.

L'État veillera à appuyer l'harmonisation des téléservices de demandes CMU-C/ACS proposées par les régimes et la simplification des informations et services mis à disposition des assurés.

ENGAGEMENTS INTERBRANCHES/INTERRÉGIMES

L'Assurance Maladie associera les autres branches (famille/vieillesse) à la réflexion qui sera menée par la cellule nationale sur l'accessibilité.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Se doter d'une mission nationale sur l'accessibilité	1.1	Formaliser le cadrage de la mission nationale
2	Développer les dispositifs permettant l'ouverture des droits	2.1	Envisager une simplification des procédures de renouvellement de la CMU-C, en particulier pour les bénéficiaires du RSA
		2.2	Équilibrer les contrôles des conditions d'attribution au travers d'un plan de contrôle a priori et a posteriori
		2.3	Mettre en place un téléservice de demande de CMU-C et d'ACS (grâce notamment à la réduction du nombre de pièces demandées)
		2.4	Poursuivre les actions de communication sur la CMU-C et l'ACS
		2.5	Intégrer dans les courriers de bienvenue au moment de l'autonomisation des jeunes assurés, des informations sur leurs droits en matière de couvertures obligatoire et complémentaire (PUMa, CMU-C, ACS)
		2.6	Diminuer les sollicitations des assurés dans le cadre des mutations
3	Renforcer les accompagnements individualisés des usagers	3.1	Renouveler les Planir autour d'actions prioritaires : Planir Digital (accompagnement numérique), réduction de la réitération des contacts (volet incompréhensions), gestion attentionnée des créances...
		3.2	Piloter la progression des accompagnements Pfidass
		3.3	Diversifier les sources de détection du renoncement en s'appuyant notamment sur les partenaires
4	Prévenir la désinsertion professionnelle	4.1	Développer les accompagnements en partenariat avec les différents acteurs
5	Mobiliser le service social	5.1	Concentrer les interventions du service social autour de 5 missions prioritaires



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Lettre de mission de la cellule nationale sur l'accessibilité	X				
2.1	Validation des propositions d'évolution du dispositif de renouvellement de la CMU-C	X				
2.2	Diffusion du plan de contrôle			X		
2.3	Déploiement du service	X				
2.4	Plan de communication annuel	X				
2.5	Diffusion des courriers enrichis d'informations sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) et sur l'assurance maladie complémentaire (AMC)	X				
2.6	Déployer les prochains paliers d'Optima pour automatiser les mutations	X	X			
3.1	Diffusion au réseau des nouvelles actions labellisées		X		X	
3.2	Tableau de bord de suivi des accompagnements créés et aboutis	X				
3.3	Proposer la signature de conventions de partenariats au niveau national		X		X	
4.1	Suivi du nombre d'accompagnements mis en place	X	X	X	X	X
5.1	Suivi annuel de l'activité du service social	X	X	X	X	X



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Étudier les propositions d'évolution du dispositif de renouvellement de la CMU-C

INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS
2	Nombre d'accompagnements Pfidass aboutis
3	Nombre d'assurés accompagnés au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle



ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT

ÉCHÉANCES

2018 2019 2020 2021 2022

Décisions sur les propositions d'évolution du dispositif de renouvellement de la CMU-C

X

CIBLES
2020

2018

2019

2021

2022

6 600 000

6 713 000

6 850 000

7 000 000

7 150 000

33 000

60 000

78 750

100 000

100 000

+2,5% / 2017

+2,5% / 2018

+2,5% / 2019

+2,5% / 2020

+2,5% / 2021

Fiche n° 2

Lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins

ENJEUX

En France, le reste à charge moyen supporté par les assurés s'élève à 8,3 % de l'ensemble de la dépense de santé, ce qui en fait un des plus faibles des pays de l'OCDE.

Pour autant, des situations de renoncement aux soins pour des raisons financières demeurent. Pour certaines catégories de dépenses de santé, les restes à charge peuvent néanmoins atteindre des niveaux beaucoup plus importants. C'est principalement le cas pour les prothèses dentaires, l'optique et les audioprothèses. C'est également le cas pour les soins médicaux lors de dépassements d'honoraires importants.

Il appartient à l'Assurance Maladie, en lien avec les autres financeurs du système de santé, de réduire ces obstacles financiers qui peuvent compromettre l'accès aux soins des assurés.



ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour contribuer à renforcer l'accès aux soins dans les prochaines années, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Au cours des prochaines années, l'Assurance Maladie accompagnera la mise en œuvre des dispositifs visant à réduire les restes à charge subis par les assurés dans les domaines des soins dentaires, de l'audioprothèse et de l'optique. En ce qui concerne les soins dentaires, elle veillera à la mise en œuvre et à l'évaluation des dispositions issues de la négociation en cours avec les chirurgiens-dentistes. L'objectif est de permettre aux assurés de bénéficier d'une prise en charge complète sur certains soins dentaires identifiés. Pour les secteurs de l'audioprothèse et de l'optique, l'Assurance Maladie participera aux concertations et le cas échéant aux travaux du comité économique des produits de santé (Ceps). Elle travaillera également avec les différents acteurs de ces secteurs en vue de définir une offre de prise en charge élargie.

Renforcer la lutte contre les dépassements d'honoraires. Les actions conduites au cours des dernières années par l'Assurance Maladie ont permis pour la première fois depuis la création du secteur 2 d'aboutir à une réduction du taux global de dépassement d'honoraires pratiqués par les médecins exerçant dans ce secteur. Afin de conforter cette évolution, la dernière convention médicale a créé une option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) dotée d'une déclinaison spécifique pour les chirurgiens et obstétriciens du secteur 2 (Optam-CO).

Au cours des prochaines années, l'Assurance Maladie contribuera au déploiement de ces deux contrats auprès des professionnels de santé concernés par ce dispositif, afin d'encourager à la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarifs opposables. En complément, des actions individualisées de sensibilisation seront engagées auprès des professionnels de santé dont les pratiques tarifaires peuvent être considérées comme excessives, ces actions pouvant aller jusqu'à l'application de sanctions, dans le respect des procédures définies avec les professionnels de santé.



Poursuivre le déploiement du tiers payant. Le tiers payant contribue également, en dispensant les assurés d'avancer les frais, à lutter contre le non-recours aux soins pour des raisons financières. Au cours des précédentes années, il est devenu une réalité pour les assurés bénéficiant de la CMU-C, de l'ACS, les personnes en accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) et les personnes en affection de longue durée (ALD) ou en congé maternité.

Dans les prochaines années, l'Assurance Maladie participera activement à la concertation prévue par l'article 63 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018, et contribuera au développement du tiers payant, afin de permettre sa généralisation dans des conditions fiabilisées et simplifiées. À cet effet, le déploiement de l'outil ADRe, permettant aux professionnels de consulter en temps réel les droits ouverts pour leurs patients, sera renforcé. L'Assurance Maladie compte également étendre à de nouvelles professions de santé le service téléphonique dédié au traitement des questions relatives au tiers payant. La coordination avec les organismes complémentaires sera amplifiée pour permettre aux professionnels d'exercer un suivi des paiements reçus dans des conditions optimisées.

Afin de permettre une évolution plus souple des contrats ACS, l'Assurance Maladie veillera à la prise en compte par les systèmes d'information de la mise en œuvre des nouveaux engagements liés au tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS.

En lien avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, l'Assurance Maladie poursuivra ses efforts pour permettre la généralisation du tiers payant dans des conditions satisfaisantes tant pour les professionnels de santé que pour les assurés, en veillant notamment à proposer des solutions facilitées de recouvrement pour les participations forfaitaires et les franchises.



ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État contribuera à la limitation des restes à charge dans les secteurs dentaire, optique, audioprothèse.

Il étudiera les moyens de renforcer l'incitation à l'adhésion aux contrats Optam et Optam-CO en faisant le cas échéant évoluer les dispositions relatives aux contrats responsables.

Il associera par ailleurs l'Assurance Maladie à la concertation visant à rendre le tiers payant intégral généralisable à tous les assurés dans des conditions fiabilisées et compatibles avec ses systèmes d'information.

Enfin, l'État informera le plus en amont possible l'Assurance Maladie de l'évolution des garanties des nouveaux contrats ACS afin de rendre l'adaptation des systèmes d'information réalisable dans un délai raisonnable.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Accompagner la mise en œuvre des dispositifs visant à réduire fortement les restes à charge subis par les assurés dans les domaines des soins dentaires, de l'audioprothèse et de l'optique	1.1	Négocier la convention dentaire
		1.2	Mettre en œuvre la convention dentaire / règlement arbitral
2	Renforcer la lutte contre les dépassements d'honoraires	2.1	Promouvoir les contrats de maîtrise des dépassements d'honoraires Optam et Optam-CO
		2.2	Appliquer les procédures de sanctions pour pratiques tarifaires excessives (PTE)
3	Poursuivre le déploiement du tiers payant	3.1	Poursuivre le déploiement d'ADRi
		3.2	Étendre à de nouvelles professions de santé le service téléphonique dédié au tiers payant
		3.3	Amplifier la coordination avec les organismes complémentaires



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Conclusion de la convention	X				
1.2	Évolution des tarifs	X	X	X	X	X
2.1.1	Nombre de contrats signés	X	X	X	X	X
2.1.2	Évolution du taux de dépassement d'honoraires pour les signataires des contrats Optam et Optam-CO	X	X	X	X	X
2.2	Nombre de procédures pour PTE	X	X	X	X	X
3.1	Pourcentage de logiciels FSE utilisés par les différentes catégories de professionnels de santé intégrant ADRI	X	X	X	X	X
3.2	Catégories de professions de santé bénéficiant du service téléphonique dédié au tiers payant	X	X	X	X	X
3.3	Mise en place et animation quadrimestrielle d'un comité de coordination AMO/AMC de la généralisation du tiers payant	X	X	X	X	X



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Contribuer à la limitation des restes à charge dans les secteurs dentaires, optique, audioprothèses
2	Étudier les moyens de renforcer l'incitation à l'adhésion aux contrats Optam et Optam-CO en faisant, le cas échéant, les dispositions relatives aux contrats responsables
3	Associer l'Assurance Maladie à la concertation visant à rendre le tiers payant intégral généralisable à tous les assurés dans des conditions fiabilisées et compatibles avec ses systèmes d'information
4	Informier le plus en amont possible l'Assurance Maladie de l'évolution des garanties des nouveaux contrats ACS afin de rendre l'adaptation des systèmes d'information possible dans un délai raisonnable

INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Évolution du taux de dépassement des médecins de secteur 2 et 1 droit permanent à dépassement (DP)
2	Part des actes à tarifs opposables (toutes catégories : CMU-C, ACS...)



	2018	2019	ÉCHÉANCES 2020	2021	2022
	X	X	X	X	X
	X				
	X				
	X	X			

	2018	2019	CIBLES 2020	2021	2022
	49,5%	48%	47%	46,5%	46%
	41%	42%	43%	44%	45%

Fiche n° 3

Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et favoriser un exercice coordonné des pratiques

ENJEUX

La répartition des professionnels de santé au plus près des besoins des assurés n'étant pas garantie partout en France, l'accessibilité aux soins dans tous les territoires doit encore être renforcée au cours des prochaines années. La politique conventionnelle conduite par l'Assurance Maladie avec l'ensemble des professionnels de santé traite ainsi systématiquement de leur répartition, en proposant des dispositifs d'installation et des conditions d'exercice adaptés aux zones considérées comme fragiles.

La coordination entre l'ensemble des acteurs de l'offre de soins est par ailleurs essentielle pour garantir une prise en charge de qualité des patients, notamment entre professionnels de santé exerçant en ville ou à l'hôpital, ou entre professionnels de « premier » et « second » recours. Cette coordination est particulièrement nécessaire à certains moments du parcours de soins du patient, par exemple au moment des sorties d'hospitalisation, ou pour certains patients avec des pathologies complexes qui peuvent nécessiter un échange entre plusieurs professionnels de santé. La coordination entre acteurs de soins n'est pourtant pas toujours garantie car elle peut s'avérer très consommatrice de temps pour les professionnels de santé.

Le plan gouvernemental présenté le 13 octobre 2017 vise à renforcer l'accès territorial aux soins et propose un ensemble de leviers d'actions prioritaires. L'Assurance Maladie a vocation à intervenir dans leur mise en œuvre au cours des cinq prochaines années.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour contribuer à renforcer l'accessibilité territoriale aux soins et favoriser une meilleure organisation des soins dans les prochaines années, les engagements de l'Assurance Maladie s'inscrivent dans le cadre d'une déclinaison partenariale du plan gouvernemental.

Favoriser l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones sous-denses. En lien avec les acteurs locaux de l'offre de soins, l'Assurance Maladie fera la promotion des contrats adoptés dans le cadre de la dernière convention médicale. Ils visent à inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-denses (médecins en exercice libéral ou centres de santé, autres professions de santé). En lien avec les ARS, l'Assurance Maladie simplifiera également les conditions d'installation pour les professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. Elle continuera à évaluer l'efficacité et à améliorer les dispositifs de régulation du conventionnement dans les zones sur-dotées pour les professionnels de santé concernés (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes).

Contribuer au développement de l'exercice pluriprofessionnel ou regroupé. Ce mode d'exercice contribue à une plus grande attractivité de l'exercice ambulatoire. Il est aujourd'hui privilégié par les jeunes diplômés, et peut constituer un lieu de consultations avancées pour certaines spécialités. Au cours des prochaines années, l'Assurance Maladie mettra en œuvre et évaluera les engagements de l'accord interprofessionnel de 2017, qui accompagne les maisons de santé et les centres de santé en contribuant à financer notamment les fonctions de coordination et l'équipement informatique de ces structures, en valorisant la diversité de l'offre de soins offerte. L'Assurance Maladie, en lien avec ses partenaires, veillera également au cours des prochaines années à soutenir le développement des maisons et centres de santé, et des nouvelles communautés professionnelles de territoire. Elle apportera en lien avec les ARS et en cohérence avec les plateformes territoriales d'appui son expertise en soutien des projets de création des structures pluriprofessionnelles ou des CPTS, à la fois dans le cadre des études préalables des besoins et dans les démarches nécessaires à la création de la structure.

Améliorer la coordination des soins. Dans les prochaines années, l'Assurance Maladie aura recours au levier conventionnel pour renforcer la coordination des soins entre les différents acteurs de l'offre de soins, et les liens entre les différents secteurs



de l'offre de soins. Les accords conventionnels pourront ainsi valoriser le suivi pluriprofessionnel en sortie d'hospitalisation au travers de prises en charge des patients par des équipes de soins, rémunérées autour d'un épisode de soins. L'Assurance Maladie continuera de faciliter le retour à domicile des patients après une hospitalisation, dans la perspective de préserver leur qualité de vie et leur autonomie, et d'accompagner la diminution de la durée des séjours hospitaliers. Au cours des prochaines années, les programmes chirurgie, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et insuffisance cardiaque continueront d'être déployés, les programmes personnes âgées et accident vasculaire cérébral (AVC) seront évalués et déployés le cas échéant. Un e-Prado sera développé pour faciliter l'inclusion dans les programmes ainsi que les sorties d'hospitalisation en favorisant l'échange d'informations entre l'hôpital et la ville.

Permettre le déploiement à grande échelle de la télémédecine. Parce qu'elle abolit les distances, la télémédecine constitue un levier majeur pour renforcer l'accès aux soins. Après plusieurs phases d'expérimentation, elle a désormais vocation à entrer dans la pratique courante des professionnels de santé pour renforcer l'accès aux soignants et permettre aux patients de bénéficier de téléconsultations et aux professionnels de santé de solliciter des téléexpertises. Dès 2018, des négociations conventionnelles seront engagées, tout d'abord avec les médecins puis avec d'autres professionnels de santé, pour intégrer les téléconsultations et les actes de téléexpertise dans le droit commun de la nomenclature des actes pris en charge par l'Assurance Maladie.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État mettra en œuvre les engagements prévus dans le plan accès aux soins, et les mesures visant à faciliter l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-denses.

***ENGAGEMENTS INTERBRANCHES/INTERRÉGIMES***

L'Assurance Maladie veillera à articuler les offres Prado personnes âgées avec les services proposés par la branche vieillesse en permettant, si nécessaire, le déclenchement du dispositif d'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH), dans les 48 heures suivant la sortie et une évaluation sociale systématique dans un délai raccourci pour sécuriser le retour à domicile des personnes âgées.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Favoriser l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones sous-denses	1.1	Contribuer à une meilleure régulation de l'installation des professionnels de santé
		1.2	Simplifier l'installation
2	Contribuer au développement de l'exercice pluriprofessionnel ou regroupé	2.1	Accompagner les professionnels dans la constitution de la structure avec une offre de service complète en lien avec les ARS
		2.2	Accompagner de manière attentionnée les structures créées
		2.3	Promouvoir l'exercice pluriprofessionnel ou regroupé le plus tôt possible, au moment opportun, auprès des étudiants (ARS/ Assurance Maladie)
3	Améliorer la coordination des soins	3.1	Accompagner les sorties précoces dans le cadre du Prado maternité
		3.2	Poursuivre le déploiement du Prado chirurgie, insuffisance cardiaque et BPCO
		3.3	Procéder à l'évaluation des programmes Prado
		3.4	Généraliser, après expérimentations, le Prado personnes âgées et le Prado AVC
		3.5	Élaborer et expérimenter le Prado post-soins de suite et de réadaptation (SSR) et un Prado cancer



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1.1	Nombre de contrats d'aide à l'installation des médecins (Caim) et de contrats de solidarité territoriale médecins (CSTM) signés	X	X	X	X	X
1.1.2	Application des mesures de régulation démographique pour les infirmières, sages-femmes, masseurs-kinés	X	X	X	X	X
1.2.1	Élargissement des parcours installations et actualisation de ceux existants (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, sages-femmes)	X	X	X	X	X
2.1.1	Réalisation des études préalables sur la base d'analyses médico-économiques	X	X	X	X	X
2.1.2	Proposition d'une ingénierie de projet pour la création de maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou CPTS	X	X	X	X	X
2.1.3	Accompagnement des acteurs sur les questions d'équipement informatique	X	X	X	X	X
2.1.4	Promotion de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) (MSP) et la rémunération associée	X	X	X	X	X
2.2	Amplification du rôle du référent MSP en collaboration avec les autres ressources de la caisse : DAM, conseiller informatique service (CIS), service médical, prévention	X	X	X	X	X
2.3	Développement de l'information pendant les études de médecins et de l'ensemble des professions de santé, en incitant à la réalisation de stages au sein des MSP, en expérimentant des aides aux stagiaires		X	X	X	X
3.1	Suivi du nombre d'adhérents Prado sorties précoces	X	X	X	X	X
3.2	Suivi mensuel des adhésions et analyse annuelle de la consommation de soins des patients adhérant à Prado, au regard des recommandations le cas échéant	X	X	X	X	X
3.3	Évaluation externes des programmes généralisés (sous réserve d'un nombre d'adhésions significatif)					
	Chirurgie et IC	X				
	BPCO		X			
	Maternités sorties précoces			X		
3.4	Évaluations des expérimentations		X			
3.5	Expérimentation Prado SSR et cancer				X	



N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
4	Déployer la télémédecine	4.1	Engager des négociations conventionnelles avec les médecins puis d'autres professions de santé pour faire basculer la télémédecine dans le droit commun de la facturation des actes
		4.2	Mettre en œuvre les textes négociés

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Mettre en œuvre les engagements prévus dans le plan d'accès aux soins
2	Mettre en œuvre les mesures visant à faciliter l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-denses

INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Nombre de contrats démographiques incitatifs signés
2	Nombre de contrats ACI/MSP signés
3	Durée moyenne de séjour pour les adhérents au Prado chirurgie
4	Nombre d'actes de télémédecine



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
4.1	<ul style="list-style-type: none"> • Signature d'un accord conventionnel sur la télémédecine avec les médecins • Signature d'accords conventionnels sur la télémédecine avec d'autres professionnels de santé 	X				
4.2	Proposition d'actes et évolution des tarifs		X	X	X	X

ÉCHÉANCES					
	2018	2019	2020	2021	2022
	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X

CIBLES					
	2018	2019	2020	2021	2022
	546 Caim 85 CSTM	896 Caim 150 CSTM	1246 Caim 200 CSTM	1596 Caim 250 CSTM	1746 Caim 300 CSTM
	720	980	1280	1530	1800
	4,75	4,55	4,35	4,15	4
		500000	700000	1000000	1400000

Fiche n° 4

Faire de la prévention un axe stratégique de la gestion du risque

ENJEUX

L'augmentation des maladies chroniques et la persistance de nombreux décès évitables liés à des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme...) rendent nécessaire un renforcement des actions de prévention. La promotion des comportements favorables à la santé contribue en effet à réduire les facteurs de risque qui induisent des coûts sociaux considérables.

Le renouvellement des actions de prévention est d'autant plus justifié que le système de santé français reste trop orienté vers le curatif par rapport aux approches préventives. Il convient dans les prochaines années de rééquilibrer ces deux priorités d'actions.

L'enjeu pour l'Assurance Maladie sera au cours des prochaines années d'accentuer et de renouveler ses actions de prévention, pour en faire un axe majeur de sa politique de gestion du risque et de maîtrise des dépenses de santé. Elles doivent concerner les assurés dès leur plus jeune âge, et se poursuivre tout au long de la vie. Elles doivent également contribuer à réduire les inégalités sociales de santé en mettant en œuvre des actions spécifiquement à destination des personnes les plus socialement défavorisées et les plus éloignées des programmes de prévention. Ces objectifs seront poursuivis en lien avec le médecin traitant, notamment dans le cadre conventionnel.

L'Assurance Maladie mènera ses actions de prévention dans le cadre défini par la stratégie nationale de santé et décliné dans les programmes régionaux de santé, en coordination étroite avec l'ensemble des acteurs de la prévention



(ARS, Santé publique France...), et en veillant à produire des évaluations régulières de ses programmes.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour faire de la prévention un axe prioritaire de la gestion du risque, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Lutter contre le tabagisme et les pratiques addictives. Le « Fonds tabac » constituera au cours des prochaines années un levier majeur permettant de soutenir, d'évaluer et de généraliser des actions de lutte contre le tabagisme efficaces, afin de nous permettre de faire diminuer la prévalence. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie poursuivra la prise en charge des substituts nicotiques pour accompagner l'ensemble des patients qui souhaitent arrêter de fumer. L'application de e-coaching, mise en ligne à l'automne 2016, sera améliorée, en lien avec Santé publique France. Des projets seront sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets « Moi(s) sans tabac » pour contribuer à lutter contre le tabagisme, notamment auprès des publics les plus précaires, qui sont les plus concernés. Par ailleurs, au-delà du tabac, la prévention de l'alcoolisme et de l'usage des substances psychoactives feront également l'objet de démarches spécifiques.

Renforcer la protection vaccinale de la population. La vaccination permet non seulement de se protéger individuellement des maladies infectieuses graves, mais également de protéger son entourage. Dans le cadre de l'élargissement de la politique vaccinale, la Cnam amplifiera ses actions notamment pour la vaccination grippe, rougeole-oreillons-rubéole (ROR), et contre la méningite. D'une façon plus générale, elle contribuera par le biais d'actions de communication à la promotion de la vaccination chez les adultes et les enfants.

Porter une attention particulière aux enfants et aux jeunes. L'Assurance Maladie renforcera en premier lieu la promotion de la déclaration de médecin traitant pour les enfants. Elle poursuivra ses actions de sensibilisation sur les soins bucco-dentaires dans les classes de CP. L'Assurance Maladie expérimentera plusieurs actions de prévention auprès des enfants : dépistage précoce des troubles du langage ou de la fonction visuelle en milieu scolaire et prévention des maladies liées à la nutrition, notamment autour de l'obésité de l'enfant et de la prévention du diabète. Dans le contexte de la reprise en gestion des régimes étudiants, les jeunes de 16 à



25 ans feront également l'objet d'actions spécifiques d'information sur les thèmes qui les concernent le plus, c'est-à-dire la prévention des conduites addictives (tabac, alcool) ou à risque (santé mentale et santé sexuelle). Ces actions seront conduites en partenariat avec les ARS, les missions locales et le ministère de l'Éducation nationale.

Contribuer au dépistage des cancers. Les programmes de dépistages organisés des cancers seront renforcés par des actions de promotion et d'incitation ciblées et partenariales qui permettront d'atteindre les objectifs inscrits dans la COG. La branche maladie prendra en charge les invitations en interrégimes pour les trois campagnes de dépistage organisé.

Renforcer les actions de prévention à destination des personnes diabétiques, asthmatiques et insuffisants cardiaques, en prenant appui sur le programme sophia. L'Assurance Maladie développera une approche plus personnalisée de l'accompagnement des assurés. Des actions de coaching en santé ciblées en fonction des pathologies et des facteurs de risque connus seront proposées, en s'appuyant sur l'infrastructure du service sophia, et notamment une communication multicanale incluant courriers, e-mails et téléphone.

Améliorer la prise en charge de la santé mentale. On constate à la fois un sur et un sous-diagnostic de la dépression, et une utilisation large des antidépresseurs. L'Assurance Maladie mettra en œuvre, en partenariat avec les acteurs régionaux, une expérimentation permettant une prise en charge coordonnée des thérapies non-médicamenteuses pour les troubles de la santé mentale d'intensité légère à modérée, et pourrait, sous réserve d'une évaluation positive, généraliser cette expérimentation.

Mobiliser le réseau des centres d'examens de santé (CES). Le réseau des CES sera pleinement intégré à la politique de prévention de la branche, notamment en renforçant ses actions vers les publics précaires.



ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

Dans le cadre des opérations d'adossement de régimes partenaires qui se réaliseront durant la période de la COG, l'État et l'Assurance Maladie s'engagent à définir les actions de prévention complémentaires à initier vers les assurés nouvellement intégrés au RG.

ENGAGEMENTS INTERBRANCHES/INTERRÉGIMES

L'Assurance Maladie s'engage à mener des actions de prévention coordonnées dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et la lombalgie avec la branche risques professionnels dans le champ de la santé au travail.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Lutter contre le tabagisme et les pratiques addictives	1.1	Poursuivre et renforcer le programme de lutte contre le tabagisme
2	Renforcer la protection vaccinale de la population	2.1	Promouvoir la vaccination par des actions ciblées vers les assurés et les professionnels de santé
3	Porter une attention particulière aux jeunes et aux enfants	2.2	Déployer des actions à destination des enfants
		2.3	Déployer des actions à destination des jeunes de 16 à 25 ans
4	Contribuer au dépistage des cancers	4.1	Prendre en charge les invitations aux dépistages organisés du cancer en interrégimes
5	Renforcer les actions de prévention à destination des personnes diabétiques, asthmatiques et insuffisants cardiaques	5.1	Proposer aux patients des actions plus ciblées en fonction des pathologies et des facteurs de risque en utilisant le service sophia
6	Améliorer la prise en charge de la santé mentale	6.1	Mettre en œuvre une expérimentation de prise en charge coordonnée



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1.1	Production d'un bilan annuel de la consommation de substituts nicotiques	X	X	X	X	X
1.1.2	Production d'un bilan annuel de l'appel à projets « Moi(s) sans tabac »	X	X	X	X	X
1.1.3	Production d'un bilan annuel des actions financées par le Fonds	X	X	X	X	X
2.1	Taux de participation vaccination antigrippale Rosp	X	X	X	X	X
2.2.1	Augmentation du nombre de déclarations de médecins traitants de l'enfant (indicateur Rosp)	X	X	X	X	X
2.2.2	Mise en œuvre et évaluation médicale des actions de prévention buccodentaire en classes de CP en zones défavorisées	X	X	X	X	X
2.2.3	Évaluation de l'expérimentation de prévention du risque d'obésité infantile	X	X	X	X	X
2.2.4	Définition d'axes prioritaires pour le programme santé des enfants	X				
	Mise en œuvre de ces priorités : parcours maternité et naissance, prévention de l'obésité, prévention buccodentaire, vaccinations, réduction du tabagisme dans l'entourage (tabagisme passif)...		X	X	X	X
2.3	Bilan annuel de la diffusion de l'e-news jeunes (information aux jeunes sur leurs droits et les offres de prévention et sur le bon usage du système de santé)	X	X	X	X	X
	Signature d'un partenariat avec l'Éducation nationale, dans les CES avec les consultations jeunes consommateurs, les missions locales, etc. et en offrant un accompagnement attentionné		X	X		
4.1.1	Expérimentation Généralisation		X	X	X	X
4.1.2	Promotion de la participation aux trois dépistages organisés par des actions ciblées et partenariales	X	X	X	X	X
5.1	Taux des adhérents au service coaching santé active ayant suivi l'intégralité du programme	X	X	X	X	X
6.1	Évaluation de l'expérimentation			X		



N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
7	Mobiliser les CES	7.1	Conforter la capacité des CES à améliorer l'accès aux soins des publics précaires Contribuer aux études de santé publique, en particulier le suivi de la cohorte Constances sera poursuivi

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Définir les actions de prévention complémentaires à initier vers les assurés nouvellement intégrés au régime général

INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
2	Dépistage organisé du cancer colorectal
3	Dépistage organisé du cancer du sein
4	Taux de recours global aux chirurgiens-dentistes pour les classes d'âge concernées par l'examen buccodentaire



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
7.1	Évaluation annuelle du pourcentage de publics précaires accueillis dans les CES Atteinte des objectifs de la cohorte (200 000 inclusions)	X	X	X	X	X
			X			

ÉCHÉANCES				
2018	2019	2020	2021	2022
X	X	X	X	X

CIBLES				
2018	2019	2020	2021	2022
+ 4 pts/2017	+ 1 pt/2018	+ 1 pt/2019	+ 1 pt/2020	+ 1 pt/2021
+ 5 pts/2017	+ 3 pts/2018	+ 1 pt/2019	+ 1 pt/2020	+ 1 pt/2021
+ 1 pt/2017	+ 1 pt/2018	+ 1 pt/2019	+ 1 pt/2020	+ 1 pt/2021
61 %	62 %	63 %	64 %	65 %

Fiche n° 5

Renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de la gestion du risque

ENJEUX

La qualité et la pertinence d'un système de santé se mesurent à sa capacité à délivrer au patient le bon soin, au bon moment, au bon endroit. Pour l'Assurance Maladie, il s'agit de garantir l'efficacité médico-économique du soin, en s'assurant que ses prises en charge résultent d'un recours approprié à un acte ou à une prestation dans le parcours de soins ou lors d'un épisode de soins, à des montants justifiés.

Le développement de la pertinence des soins contribue à la mise en œuvre d'une offre de soins fondée sur la qualité et la sécurité. La recherche de la pertinence est donc au cœur du modèle de régulation dont l'Assurance Maladie est porteuse et qu'elle souhaite continuer de développer en partenariat avec d'autres acteurs du système de santé, au premier rang desquels figurent la HAS et les sociétés savantes.

Les actions de gestion du risque visent ainsi à favoriser le juste soin au juste coût. Elles s'appuient sur des programmes et des outils visant à faire évoluer les comportements de recours aux soins, les pratiques médicales, en s'appuyant sur les recommandations de la HAS. La gestion du risque constitue une mission majeure pour l'Assurance Maladie, qu'elle mettra en œuvre en cohérence avec les priorités définies par le plan d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022. Ces priorités seront au cœur du prochain contrat entre l'État et l'Uncam, le programme national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins. L'objectif est de contribuer à une maîtrise des dépenses de santé respectant l'Ondam, tout en garantissant la qualité des soins. Ainsi, à titre d'exemple, l'action de l'Assurance Maladie en direction des praticiens des établissements de santé, du secteur médico-social, des



professionnels exerçant en ville, visera à développer fortement le recours aux médicaments génériques et médicaments bio-similaires permettant une prise en charge de qualité à un coût moindre. Dans un contexte de maîtrise de l'évolution de l'Ondam et des dépenses de santé, la mobilisation du réseau de la Cnam en coordination avec les autres acteurs de la régulation, comme les ARS, est un enjeu essentiel des cinq prochaines années.

L'ambition est d'améliorer l'efficacité des actions conduites par l'Assurance Maladie en renouvelant les approches et les méthodes d'accompagnement des assurés (en contribuant à faire du patient un acteur de sa santé), des professionnels de santé et des établissements de santé et médico-sociaux. En cohérence avec les orientations fixées par les pouvoirs publics, il s'agira de recourir à un large spectre d'outils allant de la sensibilisation/information, à l'incitation et à la facilitation des démarches des acteurs. L'Assurance Maladie s'appuiera sur les évaluations des dispositifs afin d'ajuster les programmes de pertinence des soins. Ce travail sera à mener avec l'ensemble des acteurs concernés. L'enjeu sera enfin d'engager une réflexion autour de l'évolution des modes de rémunération des professionnels de santé, car le système de financement à l'activité, s'il contribue à la productivité, peut également se révéler coûteux et contribue à entretenir des cloisonnements entre les acteurs.

Pour ce faire, la Cnam mettra en œuvre une politique d'animation du réseau et développera avec ses partenaires institutionnels et professionnels de santé une culture commune de la pertinence et de la qualité des soins.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin de renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et de moderniser les outils de la gestion du risque, l'Assurance maladie prend les engagements suivants.

Mobiliser la capacité de recherche de l'Assurance Maladie au service de la pertinence et de l'évaluation de ses actions. Le financement de travaux de recherche par l'Assurance Maladie sera prioritairement orienté sur des domaines insuffisamment étudiés à l'heure actuelle alors même qu'ils peuvent être sources de gains majeurs en termes de qualité de la prise en charge et de pertinence, comme c'est le cas notamment de la recherche en soins primaires. L'Assurance Maladie soutiendra dans ce sens, en lien avec la conférence nationale des généralistes enseignants et le CMG, la mise en place d'une plateforme de recueil et d'analyse de données sur les pratiques en médecine générale. Cet observatoire, conçu dans une finalité de recherche et de production des connaissances sur les pratiques médicales et



l'état de santé de la population, comprendra des données pseudonymisées collectées auprès d'un échantillon de médecins volontaires, qu'il sera possible d'apparier avec celles des bases médico-administratives existantes. En lien avec l'ensemble de ses partenaires, l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les autres régimes, l'Assurance Maladie contribuera à la réalisation du programme de recherche, d'études et d'enquêtes de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Elle développera des partenariats de recherche et des collaborations avec les différents acteurs du domaine de la santé en particulier les professionnels de santé et les sociétés savantes, notamment par le biais des appels à projets de recherche de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp). Dans ce cadre, elle contribuera au développement de la recherche sur les services de santé qui vise à identifier les formes d'organisation du système de soins (y compris la prévention) qui permettent d'optimiser l'accessibilité, la pertinence et la qualité des soins. Enfin, elle continuera d'observer et d'analyser les politiques et les innovations menées à l'international, notamment en soutenant les travaux de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Enfin, les études en vie réelle seront développées sur les produits de santé.

Développer les usages des données de santé pour mieux comprendre le fonctionnement du système de santé et pour initier, réaliser, évaluer les actions/innovations dans le champ de la santé. Les données de l'Assurance Maladie (historique de remboursements, éléments sur les parcours de soins...), constituent une source exceptionnelle d'informations. L'Assurance Maladie, au cours des prochaines années, continuera à analyser et exploiter ces données afin d'éclairer les décisions à prendre ou les actions à conduire sur les populations étudiées. Elle veillera, en partenariat avec la Drees, à faire évoluer le SNDS en assurant son enrichissement avec des informations médico-sociales ou en provenance des organismes complémentaires. L'Assurance Maladie poursuivra ses partenariats dans le cadre de projets d'appariement et d'enrichissement des systèmes d'observation dans le domaine social et médico-social. Il s'agira de permettre le développement d'études portant sur des champs nouveaux, tels que la situation sociale des patients ou les facteurs de risques et l'analyse des parcours de soins contextualisée (géographie, offre de soins, exposition à des risques professionnels ou environnementaux...). Dans le cadre des services d'exploitation et de diffusion associés au SNDS, la Cnam développera la mise à disposition des données et de sous-ensembles de données thématiques facilitant leur utilisation par tous les acteurs de la santé jusqu'à la diffusion en open data de données anonymes. L'Assurance Maladie investira en parallèle dans les méthodes d'utilisation des données. Elle consolidera son partenariat avec l'École polytechnique pour promouvoir l'utilisation de solutions en lien avec le big data et proposer de nouvelles solutions de datavisualisation.

**Favoriser le déploiement à grande échelle des innovations organisationnelles en santé.**

L'Assurance Maladie participera activement à la gouvernance du fonds qui a été créé par la LFSS pour 2018 afin d'accompagner des projets d'évolution d'organisation innovants. En partenariat avec l'ensemble des autres acteurs du fonds, elle contribuera à identifier, sélectionner et accompagner des projets visant à améliorer la pertinence et la qualité des soins. Ces projets auront la possibilité de déroger à plusieurs règles d'organisation actuelle (facturation, réglementation...) avant d'être évalués et généralisés quand cela le justifie.

L'Assurance Maladie participera à la définition des méthodologies d'évaluation en prenant appui, le cas échéant, sur les données médico-administratives dont dispose l'Assurance Maladie.

Diversifier les actions de gestion du risque. Engagée depuis de nombreuses années dans les actions de gestion du risque en partenariat avec les ARS, l'Assurance Maladie renforcera sa capacité à maîtriser l'évolution des dépenses de santé. Les actions de maîtrise médicalisée des dépenses, qui contribuent chaque année de manière décisive à la tenue de l'Ondam seront amplifiées et renouvelées.

En direction des assurés, il s'agira notamment d'introduire des programmes visant à développer la connaissance des patients sur les soins et renforcer leur adhésion à un traitement. À cet effet, l'Assurance Maladie travaillera en partenariat avec les associations de patients pour construire et déployer des programmes nouveaux, portant sur le diabète ou l'hypertension artérielle. Dans le même temps, elle produira des études visant à mieux appréhender la question de l'observance. Elle mettra en place des programmes d'accompagnement des assurés (campagnes de communication ciblées vers les assurés, extension des services d'accompagnement tels que sophia, programmes d'éducation thérapeutique).

Les programmes en direction des assurés devront être pensés en articulation avec ceux conçus pour les professionnels. Ainsi, la mise en œuvre et le suivi de la convention signée avec les pharmaciens en 2017 permettront tout à la fois de renforcer leur rôle lors de la dispensation des produits de santé et de les conforter dans les missions de santé publique telle que l'amélioration de l'observance.

L'ensemble de ces programmes évoluera suivant les résultats de leur évaluation médico-économique qui mesurera leur impact, notamment en termes d'efficience.



Personnaliser l'accompagnement des professionnels de santé. L'enjeu sera au cours des prochaines années, de développer de nouvelles méthodes d'accompagnement des professionnels de santé, plus personnalisées, afin de répondre au mieux à leurs besoins. L'objectif sera de mettre à disposition des professionnels de santé des retours d'informations pertinentes et actualisées régulièrement sur leur pratique, avec notamment une plus grande production et valorisation de profils individualisés, pour permettre des comparaisons aussi pertinentes que possible. Pour cela, l'Assurance Maladie s'appuiera sur les référentiels produits par la HAS. Elle travaillera en appui et en relais des sociétés savantes, notamment avec le CMG. L'Assurance Maladie mettra également en place un accompagnement renforcé en termes de gestion du risque dans les structures d'exercice regroupé, adaptées aux particularités de cette forme d'exercice à l'aide d'analyse et de diagnostic de l'activité de la structure, de la patientèle, des pathologies, d'identification des thèmes les plus propices à une action collective. Dans le même temps, l'Assurance Maladie interviendra dans le cadre des études des professionnels de santé pour faire mieux connaître les aspects concrets de la pratique de la médecine.

Renforcer les actions d'accompagnement des établissements sanitaires et médico-sociaux. En cohérence avec la loi de modernisation de notre système de santé et la mise en œuvre du plan de transformation du système de santé, l'Assurance Maladie renforcera ses relations avec les établissements sanitaires et médico-sociaux. L'ensemble de ces actions sera mené en collaboration avec les ARS. L'enjeu est de réussir à construire des relations plus étroites avec les établissements, fondées sur le dialogue et une compréhension partagée des enjeux et des évolutions nécessaires. L'Assurance Maladie dynamisera dans les prochaines années ses actions d'amélioration de la pertinence des soins, en lien avec l'État et la HAS, et adoptera un plan national pluriannuel d'amélioration de la pertinence en partenariat avec la HAS, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), la direction générale de l'offre de soins au ministère en charge de la Santé (DGOS) et la Direction de la Sécurité sociale (DSS) sur le recours aux urgences, les épisodes de soins et les parcours de soins. Elle mettra en place des coopérations avec les sociétés savantes pour promouvoir les chemins cliniques. Elle développera la contractualisation comme outil d'incitation à l'efficacité en partenariat avec les établissements de santé, en utilisant pleinement le levier du nouveau contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) qui permettra de mobiliser les établissements sur les prescriptions des transports, des produits de santé et la pertinence des actes et des modes de prises en charge. L'Assurance Maladie continuera à mobiliser le levier de la mise sous accord préalable en complément de la contractualisation avec les établissements pour les inciter à mettre en œuvre les recommandations. Elle renforcera également ses actions de gestion du risque pour les établissements



médico-sociaux qui sont confrontés à des réformes structurantes sur les plans organisationnel, généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous ; et financier, réforme financière établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Serafin-PH, dotation modulée à l'activité (DMA)... en diffusant des informations relatives notamment aux modalités de facturation des soins pour ces structures, en contribuant à la réalisation d'analyses statistiques et médico-économiques et à la mise en place d'un outil spécifique Resid-ESMS.

Proposer un accompagnement aux entreprises présentant un niveau d'absentéisme maladie atypique. L'Assurance Maladie se mobilisera pour renforcer les actions de gestion du risque en direction des prescripteurs, en s'appuyant sur des référentiels repères, et en mettant en place un suivi régulier et attentionné des assurés en arrêt de travail. Par ailleurs, l'Assurance Maladie et la branche risques professionnels proposeront aux entreprises de plus de 200 salariés présentant un niveau d'absentéisme maladie atypique comparativement à un secteur d'activité ou une région, un accompagnement individualisé, pour mieux comprendre et analyser les déterminants de cette situation. Cette offre portera sur trois familles de pathologies prioritaires : troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres supérieurs, lombalgies et risques psychosociaux.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à accompagner la montée en charge du SNDS en mobilisant les moyens financiers nécessaires ; en faisant évoluer si cela s'avère nécessaire le cadre juridique et en associant les acteurs producteurs et fournisseurs de données.

Il favorisera également la mise en œuvre des dispositifs de récupération des données de santé.

Par ailleurs, l'État facilitera le développement de système informationnel cohérent et interopérable des acteurs de santé (professionnels de santé libéraux, établissements de santé et médico-sociaux, centres de santé).

Enfin les travaux engagés pour définir précisément les prestations contenues dans les financements des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et les règles d'affectation des dépenses afin de permettre la diffusion d'informations sur les règles de facturation (transport, orthophonie...) seront poursuivis.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Contribuer au développement de recherches portant sur le système de santé	1.1	Réaliser et publier des études portant sur les services de santé, la qualité et la sécurité des soins
		1.2	Réaliser ou faire réaliser des études évaluatives nécessaires à l'amélioration des services proposés par l'Assurance Maladie
		1.3	Développer les partenariats de recherche
		1.4	Développer un système d'information sur le premier recours (observatoire de la médecine générale)
2	Développer les usages des données de santé	2.1	Enrichir les systèmes d'observation en veillant aux enjeux de sécurité et en optimisant la documentation sur les données
		2.2	Développer les appariements
		2.3	Investir dans les méthodes d'utilisation des données (big data, datavisualisation...)
		2.4	Développer les systèmes d'information relatifs aux produits de santé pour renforcer la maîtrise des dépenses dans ce domaine
3	Favoriser le déploiement à grande échelle des innovations organisationnelles en santé	3.1	Participer à la gouvernance du fonds d'innovation
		3.2	Contribuer à l'émergence d'innovations et à leur déploiement
		3.3	Contribuer à l'évaluation des innovations dans toutes leurs dimensions médicales, économiques, organisationnelles



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Études publiées portant sur les services de santé, la qualité et la sécurité des soins	X	X	X	X	X
1.2	Taux de participation vaccination antigrippale Rosp	X	X	X	X	X
1.3	Partenariats conclus	X	X	X	X	X
1.4	Nombre de médecins généralistes inclus dans le dispositif				X	X
2.1.1	Enrichir les données dans les domaines social, médico-social et plus largement les champs non couverts : invalidité, situation sociale, résultats cliniques, politique de la ville	X	X	X	X	X
2.1.2	Contribuer au pilotage de la politique d'audit et de contrôle du SNDS	X	X	X	X	
2.2	Enquêtes, échantillon démographique permanent de l'Insee « EDP Santé », échantillon personnes âgées bénéficiaires prestation de soutien à l'autonomie ou l'hébergement « panel Eneas »	X	X	X	X	X
2.3	Acquisition et utilisation de nouvelles méthodes d'utilisation des données	X	X	X	X	X
2.4	Mettre à disposition les systèmes d'information dans les conditions définies par la LFSS 2018 (article L.162-17-3-1)	X	X	X	X	X
3.1	Assistance auprès de la rapporteure générale et du comité technique	X	X	X	X	X
3.2	Nombre de projets autorisés	X	X	X	X	X
3.3	Nombre de projets faisant l'objet d'une évaluation		X	X	X	X



N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
4	Optimiser les leviers et les outils de la gestion du risque vers les professionnels de santé	4.1	Développer de nouvelles méthodes d'accompagnement des professionnels de santé
5	Développer les actions de gestion du risque vers les établissements	5.1	Déployer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée en renforçant la contractualisation avec les offreurs de soins
		5.2	Adoption d'un plan national pluriannuel d'amélioration de la pertinence en partenariat avec la HAS/Atih/DGOS sur le recours aux urgences, les épisodes de soins et les parcours de soins
		5.3	Développer des outils prédictifs de recours aux urgences, des outils de suivi de parcours pour des pathologies traceuses
		5.4	Faciliter l'intégration des outils d'aide à la décision en adoptant une stratégie numérique et un modèle économique viable
		5.5	Accompagner les ESMS pour diffuser les informations relatives au périmètre tarifaire des structures
6	Proposer un accompagnement aux entreprises présentant un niveau d'absentéisme maladie atypique	6.1	Élaborer une méthode de ciblage des entreprises atypiques en matière d'absentéisme
		6.2	Accompagnement des entreprises présentant le plus fort niveau d'absentéisme et évaluation des résultats



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
4.1.1	Nombre de plans personnalisés d'accompagnement (PPA)	X	X	X	X	X
4.1.2	Valorisation et modernisation des profils individualisés, supports et aides	X	X	X	X	X
4.1.3	Contribution à la diffusion d'outils d'aide à la décision			X	X	X
4.1.4	Promotion des bonnes pratiques et suivi adapté des patients en s'appuyant sur la coordination et l'exercice coordonné des professionnels de santé	X	X	X	X	X
5.1.1	Formation du réseau à la démarche de contractualisation en vue de la promotion du Caqes	X	X			
5.1.2	Déploiement des volets Prescriptions hospitalières exécutées en ville (Phev), transports et pertinence des Caqes	X	X	X	X	X
5.1.3	Participation au développement des nouvelles modalités d'intéressement dans le cadre du Caqes	X	X	X	X	X
5.2	Partenariat avec des sociétés savantes pour un accompagnement personnalisé en vue de l'évolution de pratiques. Expérimentation de plan personnalisé pertinence avec les centres hospitaliers universitaires (CHU)	X	X	X	X	X
5.3	Développement d'outils prédictifs de recours aux urgences et de suivi de parcours pour des pathologies traceuses, analyse des motifs et des multirequérants		X	X		
5.4	Définition des modalités d'usage des outils et de leur financement			X		
5.5	Diffusion d'informations sur les règles de facturation (transport, orthophonie...)	X	X	X	X	X
6.1	Mise à disposition des organismes d'une méthode de ciblage des entreprises atypiques sur les motifs identifiés (lombalgies/troubles psychosociaux et troubles musculo-squelettiques [TPS/TMS])	X				
6.2	Nombre d'entreprises accompagnées Évolution du nombre d'arrêts dans les entreprises accompagnées	X	X	X	X	X
				X	X	X



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Faciliter le développement de système informationnel cohérent et interopérable des acteurs de santé (professionnels de santé libéraux, établissements de santé et médico-sociaux, centres de santé)
2	Accompagner la mise en œuvre des dispositifs de récupération des données de santé
3	Poursuivre les travaux engagés pour définir précisément les prestations contenues dans les financements des ESMS et les règles d'affectation des dépenses afin de permettre la diffusion d'information sur les règles de facturation (transport, orthophonie...)
4	Accompagner la montée en charge du système national des données de santé (SNDS) en mobilisant les moyens financiers nécessaires ; en faisant évoluer si cela s'avère nécessaire le cadre juridique et en associant les acteurs producteurs et fournisseurs de données

INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Taux de respect de l'Ondam
2	Taux de respect des objectifs de maîtrise médicalisée
3	Mise en place de la dématérialisation des demandes d'accord préalable (DAP)
4	Nombre de volets pertinence signés avec les établissements de santé dans le cadre des Cages Taux d'établissements bénéficiant d'un intéressement (se substitue au 2 à compter de 2020)
6	Écart de la durée moyenne d'IJ entre les professionnels de santé ayant utilisé/n'ayant pas utilisé l'avis d'arrêt de travail (AAT) dématérialisé (cible à fixer)

* soit 1 050 établissements médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD) et SSR



ÉCHÉANCES					
2018	2019	2020	2021	2022	
X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	

CIBLES					
2018	2019	2020	2021	2022	
100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
	Masseurs-kinésithérapeutes	Orthophonistes	Orthoptistes		
200	250	40 %	40 %	40 %	
	X	X	X	X	

Fiche n° 6

Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude

ENJEUX

Les actions de contrôle des prestations et des droits visent à assurer le respect de la réglementation. Elles prennent plusieurs formes : contrôles embarqués dans les logiciels de production, contrôles sur prestations du service médical, lutte contre la fraude (LCF), contrôles ciblés de facturation...

Elles ont toutes leur place dans l'ensemble des actions de maîtrise des dépenses de prestations : en termes financiers, les enjeux sont considérables puisque les anomalies à incidence financière (qui comprennent les fraudes) sont estimées à 1,2 milliard d'euros par an. Ces actions permettent d'éviter des dépenses et, grâce aux indus détectés, de récupérer des sommes versées à tort. Elles permettent aussi d'acquérir une connaissance des anomalies précieuse pour les actions de maîtrise médicalisée (fiche 5) et, le cas échéant, pour des propositions d'évolutions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Dans cet ensemble, la prévention, la détection et la répression des fraudes constituent l'un des objectifs prioritaires de la branche comme des pouvoirs publics, car elles contribuent à sauvegarder l'équilibre financier mais aussi la légitimité du système de protection sociale : ainsi, près de 900 millions d'euros de fraudes et activités fautives ont été détectés et stoppés par l'Assurance Maladie au cours de la précédente COG.

La LCF, les activités fautives et abusives s'est ainsi intensifiée et professionnalisée au sein de l'Assurance Maladie, et constitue désormais l'un des axes du plan d'appui



à la transformation du système de santé 2018-2022. Le contrôle des indemnités journalières fait par exemple l'objet d'actions détaillées, prévoyant un renforcement des moyens de détection des fraudes, ou encore l'évolution de la procédure de mise sous objectif et sous accord préalable des prescriptions d'arrêt de travail. Une stratégie globale de communication pourra appuyer les différents plans de contrôle mis en œuvre, notamment celui relatif aux indemnités journalières.

En complément de l'activité de contrôle, le recours contre tiers a permis de recouvrer 1,1 milliard d'euros en 2016. L'Assurance Maladie souhaite poursuivre la démarche d'optimisation engagée sur cette activité dans le cadre du projet Tram, avec le regroupement de cette activité sur 35 caisses, en s'appuyant sur la professionnalisation des personnels, et une plus grande homogénéité du traitement des dossiers.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin de renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Élaborer une stratégie globale de contrôle. L'Assurance Maladie fera évoluer les modalités d'élaboration des stratégies de contrôle, pour s'appuyer sur des catégories de prestations contrôlées (correspondant aux catégories de professionnels de santé libéraux, établissements, IJ, rentes...) plutôt que sur des types de contrôle (gestion du risque, LCF, facturation, accord préalable...), ou des acteurs (directeur, agent comptable, service médical). Il s'agit d'associer l'ensemble des intervenants (ordonnateur, comptable, service médical dont les plans de contrôle respectifs demeurent mais sont coordonnés) à la stratégie définie au niveau national puis déclinée au niveau régional/local, en garantissant une marge d'adaptation selon les caractéristiques de la région. Les stratégies de contrôle seront ainsi adaptées aux caractéristiques de chaque prestation¹ contrôlée. L'objectif final est la diminution du taux d'anomalies mesuré dans les échantillons aléatoires représentatifs des prestations. Les stratégies de contrôle seront régulièrement adaptées au regard des résultats constatés sur ces échantillons, qui permettent d'obtenir une connaissance plus fine des anomalies, et des évaluations réalisées sur la pertinence des différents contrôles. La réalisation des actions de contrôle fera partie intégrante des objectifs assignés aux organismes.

.....
¹ Les contrôles des droits sont inclus dans la mesure où les droits génèrent des prestations.



À cet égard, l'Assurance Maladie attachera une importance particulière à la réalisation des contrôles associés à la mise en œuvre de la PUMa.

Afin d'optimiser les ressources consacrées aux contrôles, l'Assurance Maladie recherchera à la fois leur plus large automatisation, prioritairement lorsqu'ils sont réalisés avant paiement pour ne pas dégrader les délais du point de vue de l'utilisateur ; et un meilleur ciblage des contrôles, prenant en compte le niveau de récurrence des anomalies et leurs impacts financiers, en s'appuyant sur l'amélioration des requêtes, la poursuite des expérimentations de datamining, et également en proportionnant les contrôles aux risques, c'est-à-dire à la fréquence d'anomalies (erreurs et fraudes) constatée et le cas échéant à l'impact financier de ces anomalies.

Les agents comptables seront appelés à réaliser une synthèse du risque financier local (CPAM et service médical) qui permettra de concentrer les actions sur les prestations les plus à risque et d'établir une cartographie consolidée des risques au niveau national. Une consolidation sera réalisée au niveau national.

Renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude. Dans le cadre de cette stratégie globale, l'Assurance Maladie s'engage à mieux formaliser et partager les enjeux stratégiques à l'origine des programmes nationaux de lutte contre la fraude, en les liant davantage aux risques potentiels identifiés. Cette démarche s'appuiera en particulier sur l'élaboration d'un référentiel national de LCF dans le cadre du système de management intégré (SMI), et visera à concentrer les efforts sur les actions à fort enjeu financier. Elle permettra notamment de renouveler les modalités de détection des fraudes par le recours au datamining. L'Assurance Maladie favorisera par ailleurs la prévention des fraudes, en mettant en place chaque année au moins deux programmes nationaux de contrôle contentieux à visée dissuasive et en assurant une meilleure communication des contrôles réalisés.

La Cnam entend également optimiser les actions contentieuses en renforçant les relations avec les comités opérationnels départementaux anti-fraude (Codaf), les services de police ou les autorités judiciaires, et en diffusant au réseau des bonnes pratiques en matière de gestion des actions contentieuses.

Par ailleurs, la Cnam travaillera avec les organismes d'assurance maladie complémentaires à la mise en place d'échanges d'informations permettant de mutualiser leurs efforts de lutte contre les pratiques frauduleuses.



Enfin, l'Assurance Maladie poursuivra **l'optimisation des recours contre tiers**, en poursuivant la professionnalisation des caisses et des services médicaux au regard de l'augmentation des dossiers sériels et de leur degré de complexité. Elle engagera aussi des discussions avec les assureurs dans l'objectif de renégocier le protocole relatif aux accidents de la route.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à examiner les propositions formulées par l'Assurance Maladie touchant à des évolutions de réglementations qui permettent de rendre les contrôles plus efficaces (alignement des conditions de ressources...).

L'État veillera également à publier rapidement les textes réglementaires prévus par la loi et contribuant à la mise en œuvre d'actions de contrôle et de lutte contre la fraude plus efficaces.

ENGAGEMENTS INTERBRANCHES/INTERRÉGIMES

L'Assurance Maladie s'engage à renforcer les partenariats avec les autres branches du régime général en matière de lutte contre la fraude en :

- améliorant les échanges de signalements et leur exploitation entre organismes,
- partageant les méthodes et outils d'investigation de la lutte contre la fraude LCF en interbranches,
- expérimentant la mise sous objectifs (MSO) IJ en interrégimes,
- étendant tous les programmes nationaux contrôles contentieux établissements en interrégimes.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Élaborer une stratégie globale de contrôle	1.1	Élaborer un prototype de plan de contrôle sur une catégorie de professionnels de santé et sur une catégorie de frais de santé
		1.2	Généraliser la démarche de plan de contrôle sur les principales catégories de professionnels de santé et de prestations en espèces
		1.3	Élaborer une méthode de mesure du risque financier et un tableau de bord type au plan local
		1.4	Finaliser le déploiement des contrôles issus de la PUMa
2	Renforcer l'efficacité de la LCF	2.1	Élaborer une note de cadrage de la stratégie des programmes nationaux
		2.2	Élaborer un référentiel national de processus (RNP) sur la LCF
		2.3	Établir une cartographie des risques incluant la réalisation d'un RNP fraudes
		2.4	Élargir le périmètre d'investigation (nouveaux programmes basés sur outils et méthodes existants, innovations et expérimentations basées sur nouveaux outils ou méthodes)
		2.5	Favoriser la prévention de la fraude en renforçant la communication externe
		2.6	Déployer chaque année deux programmes contentieux à visée dissuasive
		2.7	Renforcer les relations avec les services police/justice et Codaf
		2.8	Diffuser au réseau les bonnes pratiques en matière de gestion des actions contentieuses
3	Optimiser le recours contre tiers	3.1	Renforcer les actions de professionnalisation
		3.2	Renégocier le protocole relatif aux accidents de la route



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Plan de contrôle sur une catégorie de professionnels de santé et sur une prestation en espèces	X				
1.2	Plans rédigés		X			
1.3	Tableau type avec explications méthodologiques	X				
1.4	Mise en œuvre du plan de contrôle	X				
2.1	Production de la note de cadrage de la stratégie des programmes nationaux		X			
2.2	Production du RNP sur la LCF		X			
2.3	Production de la cartographie des risques			X		
2.4.1	Nouveaux programmes basés sur des outils existants	X				
2.4.2	Expérimentations datamining		X			
2.4.3	Expérimentations big data				X	
2.5	Production d'un bilan L114-9 adapté aux standards actuels de la communication externe		X			
2.6	Deux programmes nationaux à visée dissuasive déployés dans l'année	X	X	X	X	X
2.7	Mise en place d'une task force sur les dossiers complexes	X				
2.8	Diffusion d'instructions aux réseaux	X				
3.1	Nombre de personnes formées dans le réseau	X	X			
3.2	Nouvelle version du protocole		X			



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Examiner les propositions formulées par l'Assurance Maladie touchant à des évolutions de réglementation qui permettent de rendre les contrôles plus efficaces
2	Publier rapidement les textes réglementaires prévus par la loi contribuant à la mise en œuvre d'actions de contrôle et de LCF plus efficaces

INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Montant des préjudices frauduleux et fautifs subis
2	Montant des préjudices frauduleux et fautifs évités
3	Taux de recouvrement des indus frauduleux
4	Taux de recouvrement des indus non frauduleux
5	Taux de couverture des contrôles PUMa pour les bénéficiaires consommateurs
6	Taux d'incidence financière des erreurs (TIF) : taux de fiabilité des prestations en nature (PN) en montant
7	Taux d'incidence financière des erreurs (TIF) : taux de fiabilité des prestations en espèces (PE) en montant
8	Taux de qualité des dossiers en volume après paiement (IQV) : indicateur de fiabilité des prestations en nature (IFPN) en volume
9	Taux de qualité des dossiers en volume après paiement (IQV) : indicateur de fiabilité des prestations en espèces (IFPE) en volume
10	Montants recouverts au titre du recours contre tiers



	2018	2019	CIBLES 2020	2021	2022
	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X

	2018	2019	CIBLES 2020	2021	2022
	200 M€	201 M€	202 M€	203 M€	203 M€
	50 M€	54 M€	58 M€	62 M€	62 M€
	+ 1 pt/2017	+ 1 pt/2018	+ 1 pt/2019	+ 1,5 pt/2020	+ 1,5 pt/2020
	99 %	99 %	99 %	99 %	99 %
	100 % de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes	100 % de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes	100 % de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes	100 % de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes	100 % de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes
	1,34 % (intervalle de confiance $\pm 0,3$)	1,27 % (intervalle de confiance $\pm 0,3$)	1,19 % (intervalle de confiance $\pm 0,3$)	1,12 % (intervalle de confiance $\pm 0,3$)	1,04 % (intervalle de confiance $\pm 0,3$)
	2,83 % (intervalle de confiance $\pm 0,58$)	2,78 % (intervalle de confiance $\pm 0,58$)	2,69 % (intervalle de confiance $\pm 0,58$)	2,59 % (intervalle de confiance $\pm 0,58$)	2,46 % (intervalle de confiance $\pm 0,58$)
	5,5 % (intervalle de confiance $\pm 1,55$)	5,2 % (intervalle de confiance $\pm 1,55$)	4,9 % (intervalle de confiance $\pm 1,55$)	4,6 % (intervalle de confiance $\pm 1,55$)	4,26 % (intervalle de confiance $\pm 1,55$)
	9 % (intervalle de confiance $\pm 1,77$)	8,7 % (intervalle de confiance $\pm 1,77$)	8,4 % (intervalle de confiance $\pm 1,77$)	8,1 % (intervalle de confiance $\pm 1,77$)	7,7 % (intervalle de confiance $\pm 1,77$)
	1 035 273 559 €	1 085 479 263 €	1 141 849 402 €	1 205 284 299 €	1 276 817 950 €

Fiche n° 7

S'engager sur la performance du service

ENJEUX

Au cours de la précédente COG, la performance du service rendu par l'Assurance Maladie a connu des progrès notables, témoignant de la mobilisation de la Cnam comme de l'ensemble des organismes des réseaux.

Les délais de règlement des feuilles de soins électroniques (FSE) et l'accessibilité de l'accueil téléphonique se sont maintenus à un niveau satisfaisant. La qualité du service s'est améliorée pour ce qui concerne le traitement des feuilles de soins papier résiduelles, et surtout le paiement des prestations en espèces, le délai moyen de règlement de la première IJ non subrogée étant pour la première fois en 2016 inférieur à trente jours.

Pour atteindre ces résultats, l'Assurance Maladie a déployé une offre de service complète et renouvelée, associée à des mécanismes d'entraide pour les organismes en difficulté, qui ont permis de stabiliser le niveau de performance dans la durée et de le rendre plus homogène sur le territoire.

L'offre de service en accueil physique a également profondément évolué, avec le déploiement progressif des espaces libre-service et de l'accueil sur rendez-vous pour les situations les plus complexes.

Au-delà de la qualité de service objectivement mesurée par les indicateurs de délais et de fiabilité, l'Assurance Maladie porte également une attention particulière à la qualité perçue par les usagers, à travers les enquêtes de satisfaction ou l'examen des réclamations, et compte mobiliser l'ensemble des compétences des réseaux pour confirmer dans la durée la progression engagée.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour garantir la qualité du service rendu aux usagers, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Délivrer, pour l'ensemble des publics, un service rapide et fiable sur l'ensemble des dimensions du service de base. La progression du niveau de performance atteint au cours des deux dernières années devra être confortée, étant précisé que la mise en œuvre de nouvelles mesures de simplification constitue une condition essentielle pour atteindre cet objectif.

La performance du service sera notamment évaluée au regard :

- des délais de paiement des feuilles de soins, qu'elles soient électroniques ou, de façon résiduelle, papier, à destination des professionnels de santé comme des assurés sociaux, en s'appuyant sur la promotion de l'utilisation de la carte Vitale ;
- des délais de paiement des IJ subrogées ou non subrogées, en renforçant la dématérialisation des procédures notamment grâce au chaînage par le numéro d'inscription au répertoire (NIR) pour les contrats de travail intrarégime général et pour les contrats interrégimes (RG et Mutualité sociale agricole [MSA]) ;
- des délais d'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS ;
- de l'accessibilité de l'accueil téléphonique ;
- de la fiabilité de la réponse sur les différents canaux de contact ;
- de la satisfaction des usagers, traduisant notamment l'homogénéité de la performance au sein du réseau ;



- du traitement et de l'analyse des réclamations, qui doivent permettre en retour d'améliorer la qualité du service.

En complément de la mesure de la satisfaction, l'analyse des réclamations et des demandes réitérées viendra enrichir le système d'identification des attentes du public consolidant ainsi la démarche « d'écoute clients » initiée lors des précédentes COG.

Enrichir l'offre de service. Pour ce faire, elle s'appuiera sur la complémentarité entre les différents canaux de contact, proposera une gamme de services complète, enrichie et équilibrée. Le développement de l'usage des téléservices constituera bien évidemment un enjeu essentiel, abordé dans l'axe 4 de la présente COG.

Sous l'effet cumulé des évolutions de réglementation, de l'accroissement de l'usage des téléservices, et de l'amélioration de la qualité du service rendu, une tendance à la réduction du nombre de sollicitations sur les canaux traditionnels est observée sur la période récente. Ces canaux feront néanmoins l'objet d'engagements forts pour répondre aux besoins des publics.

Dans le prolongement des évolutions récentes de l'offre de service, l'Assurance Maladie diffusera de nouvelles orientations en matière de politique d'accueil, qui permettront d'élargir les situations dans lesquelles un rendez-vous est proposé (IJ complexes en situation de multi-employeurs ou passage en invalidité par exemple) et d'enrichir le contenu du rendez-vous (gestion de bout en bout de la demande de CMU-C par exemple, avec communication immédiate de la décision). La politique de l'Assurance Maladie en matière d'accueil physique sera optimisée, en prenant notamment en compte les travaux menés par le Commissariat à l'égalité des territoires, sur la base d'une évaluation du service rendu par les maisons de services au public (MSAP).



ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à encourager et porter, auprès de chacun des opérateurs de la sphère sociale, les projets visant à optimiser les échanges automatisés d'informations.

L'État s'engage également à diffuser auprès de l'ensemble des opérateurs contributeurs, les informations et données relatives à l'activité des MSAP, tant au niveau national qu'en local.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Délivrer, pour tous les publics, un service rapide et fiable sur l'ensemble des dimensions du service de base	1.1	Optimiser les process de délivrance du service pour améliorer la performance
2	Renforcer la satisfaction de l'utilisateur	2.1	Mesurer la satisfaction des publics
		2.2	Analyser les motifs de réclamation pour identifier les irritants et les réduire
		2.3	Évaluer et réduire les répétitions de contacts
3	Enrichir l'offre de service	3.1	Développer une offre structurée de rendez-vous élargie et ciblée
		3.2	Enrichir le contenu des rendez-vous

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Optimiser les échanges automatisés d'informations entre partenaires de la sphère sociale	1.1	Définir les projets concernés
2	Diffuser les informations et données relatives à l'activité des MSAP	2.1	Organiser le reporting de l'ensemble des MSAP au niveau national et local



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Respect des objectifs touchant à la performance du service	X	X	X	X	X
2.1	Participer à la convergence méthodologique interbranches des enquêtes	X	X	X	X	X
2.2	Diffusion d'un bilan annuel d'analyse des réclamations assorti de recommandations	X	X	X	X	X
2.3	Livraison de la stratégie de contacts omnicanal, prenant appui sur la segmentation des assurés Participation de la Cnam aux travaux interbranches consacrés aux réitérations	X	X			
3.1	Diffusion d'une lettre réseau et d'un plan marketing de ciblage	X				
3.2	Diffusion des instructions au réseau Mise en œuvre d'une liste élargie de motifs de rendez-vous dans le compte ameli	X X				

N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Livraison d'un plan pluriannuel d'enrichissement des échanges automatisés	X	X	X	X	X
2.1	Livraison des outils de reporting et diffusion mensuelle des résultats (synthèse annuelle)	X	X	X	X	X



INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Délai de remboursement des FSE assurés (9° décile)
2	Délai de paiement de la première IJ non subrogée (délai moyen)
3	Délai de traitement des demandes de CMU-C/ACS (9° décile)
4	Taux d'appels téléphoniques aboutis
5	Taux de courriels traités dans le délai de 48h
6	Taux de satisfaction globale des assurés
7	Taux de satisfaction des assurés par canal de contact (e-mail, téléphone, Internet, papier, physique)
8	Taux de satisfaction sur la réitération
9	Taux de satisfaction globale des professionnels de santé
10	Taux de satisfaction globale des employeurs
11	Taux de réclamations traitées dans les délais (dix jours)



	2018	2019	CIBLES 2020	2021	2022
	7 j	7 j	7 j	7 j	7 j
	28 j	28 j	27 j	26 j	25 j
	33 j	32 j	31 j	30 j	29 j
	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
	93 %	93 %	93 %	93 %	93 %
	80 %	80,5 %	81 %	81,5 %	82 %
		À déterminer	À déterminer	À déterminer	À déterminer
	86 %	86,5 %	87 %	87,5 %	88 %
	87,5 %	88 %	88,5 %	89 %	89,5 %
	82 %	83 %	84 %	85 %	85 %

Fiche n° 8

Simplifier les démarches des assurés

ENJEUX

Avant d'être un enjeu en matière d'efficience, la simplification et la fluidification du service constituent des exigences prioritaires des usagers, comme le montrent régulièrement les enquêtes de satisfaction.

À cet égard, l'aboutissement des projets de simplification, qu'elles portent sur les modalités de gestion interne des organismes ou sur des évolutions réglementaires, apparaît comme une condition essentielle pour offrir aux usagers un service plus compréhensible, plus rapide et plus fiable.

L'Assurance Maladie prendra toute sa part à la mise en œuvre des projets d'évolution numérique du service public, à travers l'enrichissement du portail numérique des droits sociaux (PNDS) ou le développement de l'interopérabilité entre les acteurs, dans le but d'une prise en charge globale de la personne, de la simplification des démarches, de la diminution des sollicitations et d'une meilleure information du public sur ses droits. Elle portera ces enjeux de simplification et de régulation dans l'ensemble des instances de pilotage installées par les pouvoirs publics.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour simplifier les démarches des assurés, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Poursuivre la démarche de simplification. L'Assurance Maladie s'engage à expertiser les modalités actuelles de gestion des prestations par les caisses, afin, d'une part, de les rendre plus homogènes sur le territoire et, d'autre part, de les simplifier en conformité avec la réglementation actuelle. Ces travaux seront menés en lien avec la MSA dans le but d'assurer une uniformisation des pratiques pour l'ensemble des assurés salariés et une équité de traitement sur le territoire.

Parallèlement à ces travaux, l'Assurance Maladie proposera aux pouvoirs publics des mesures de simplification de la réglementation, en recherchant à maintenir les droits des assurés et en évitant toute charge supplémentaire pour les finances publiques et les entreprises. Dans ce cadre, trois thématiques sont d'ores et déjà priorisées et feront l'objet d'analyses approfondies :

- le processus de liquidation et les modalités de calcul des IJ ;
- l'instruction des demandes d'attribution et de renouvellement de la CMU-C ;
- la prise en charge des transports sanitaires : révision des conditions médico-administratives.

Développer les échanges automatisés de données. L'Assurance Maladie poursuivra les actions visant à renforcer les échanges de données avec ses partenaires et leur traitement automatisé, pour simplifier ses relations avec les publics et réduire le nombre de sollicitations des usagers.

À ce titre, les travaux viseront principalement à :

- intégrer les données issues de la déclaration sociale nominative (DSN) et les utiliser dans le cadre du calcul des indemnités journalières, de l'instruction du droit à la CMU-C ou l'ACS ou encore de la vérification des revenus des pensionnés d'invalidité en activité professionnelle ;
- échanger des données avec les établissements de soins concernant les hospitalisations pour obtenir les périodes d'arrêt de travail ;



- échanger des données avec le ministère de l'Intérieur concernant le renouvellement des titres de séjour afin de vérifier la condition de résidence régulière sur le territoire ;
- contribuer à la mise en œuvre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu ;
- mettre en place la liquidation unique des IJ pour poly-actifs du RG uniquement puis les poly-actifs MSA/RG.

L'Assurance Maladie s'engage également à élargir les actions initiées dans le cadre du dispositif « France Connect », en tant que fournisseur d'identité et fournisseur de données pour ses partenaires.

Afin que les assurés sociaux n'aient pas à s'identifier auprès de chaque partenaire, l'Assurance Maladie proposera une offre de fournisseur d'identité « renforcée » pour répondre à des niveaux de sécurité supérieurs. De même, les échanges de données par Application Programming Interface (API) vers les partenaires seront amplifiés, après recueil du consentement des usagers, de sorte que ces derniers n'aient pas à communiquer la même information à plusieurs interlocuteurs.

Dans le même objectif, l'Assurance Maladie contribuera au développement et à l'enrichissement du PNDP, afin que les usagers accèdent à une information globale sur leurs droits et puissent engager plus rapidement et plus facilement leurs démarches.

Proposer une offre de service personnalisée et attentionnée. L'Assurance Maladie poursuit le développement de la démarche marketing écoute et relation clients, afin d'accéder à une meilleure connaissance des attentes de ses publics et de proposer des services adaptés à une « population cible » (jeunes, futurs parents, seniors, précaires...) ou à une situation de vie spécifique déterminant de nouveaux modes d'usage.

Cette démarche analytique conduira, pour les assurés sociaux, à définir des profils types, qui répondent aux caractéristiques essentielles de l'utilisateur (problématiques, comportements, attentes), et visent à déterminer ses besoins spécifiques. Cette analyse permettra de proposer des services nouveaux et d'enrichir la stratégie multicanal de l'Assurance Maladie.



Par ailleurs, les accompagnements personnalisés réalisés par le service social et le déploiement de nouveaux téléservices, qui sont présentés dans les fiches 1 et 11, contribueront également à rendre les démarches plus simples et accessibles au plus grand nombre.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'attachera à examiner les dispositions législatives ou réglementaires de simplification proposées par l'Assurance Maladie.

L'État s'engage par ailleurs à encourager et porter, auprès de chacun des opérateurs de la sphère sociale, le développement de solutions informationnelles interopérables, permettant les échanges automatisés d'informations dont l'exploitation conduit à actualiser directement les bases décisionnelles. En particulier, la réception d'informations issues de Pôle emploi via la DSN permettrait de traiter beaucoup plus rapidement les IJ des assurés présentant des carrières discontinues alternant périodes salariées et périodes de chômage.

ENGAGEMENTS INTERBRANCHES/INTERRÉGIMES

L'Assurance Maladie contribuera à la montée en charge de la DSN (IJ...) et à la mise en place des projets de prélèvements à la source et d'alimentation des bases ressources pour les prestations.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Poursuivre les démarches de simplification	1.1	Optimiser les process de délivrance du service pour améliorer la performance
2	Développer les échanges dématérialisés avec les partenaires	2.1	Mettre en œuvre les prochains paliers de la DSN
		2.2	Utiliser les informations de la DSN concernant les revenus pour calculer les IJ ou instruire une demande de CMU-C/ACS
		2.3	Organiser des échanges avec le ministère de l'Intérieur concernant les titres de séjour
		2.4	Contribuer à la mise en œuvre du prélèvement à la source
		2.5	Mettre en place la liquidation unique des IJ pour les poly-actifs RG et pour les poly-actifs RG/MSA (utilisation du chaînage par le NIR)
		2.6	Assurer le rôle de fournisseur d'identité dans le cadre de « France Connect »
		2.7	Mettre à disposition des partenaires les API Assurance Maladie
		2.8	Contribuer au développement du PNDS
3	Proposer une offre de service attentionnée prenant en compte les situations de vie et profils des assurés	3.1	Élaborer une segmentation du public assuré
		3.2	Identifier les déterminants des contacts par processus métiers et proposer les bonnes pratiques de régulation des flux
		3.3	Piloter et évaluer les cycles de vie des services et des parcours client



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Propositions de simplification par la Cnam	X	X			
2.1	Actualisation et diffusion des consignes métiers à chacun des paliers de la DSN		X	X		
2.2	Actualisation des consignes et procédures métiers IJ et CMU-C		X	X		
2.3	Échanges opérationnels		X	X	X	X
2.4	Actualisation et diffusion des consignes métiers		X			
2.5	Définition et livraison du process de liquidation		X			
2.6	Mise en œuvre d'une offre de fourniture d'identité renforcée en 2018 puis de niveau eIDAS 2 en 2020	X		X		
2.7	Mise en œuvre d'une première API en 2018 dans le cadre du dispositif « France Connect »	X				
2.8	Participation de la Cnam aux travaux PNDS	X	X	X	X	X
3.1	Livraison du kit de déploiement et d'usage de la segmentation du public assuré	X				
3.2	Livraison de l'analyse des parcours de contacts et du plan d'actions opérationnel	X	X			
3.3	Actualisation et livraison des mises à jour des parcours clients			X	X	



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Examiner les propositions de mesures éventuelles de simplification réglementaire sur les sujets prioritaires
2	Portage auprès des opérateurs de la sphère sociale, des échanges automatisés d'informations



ÉCHÉANCES					
	2018	2019	2020	2021	2022
	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X

Fiche n° 9

Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé

ENJEUX

La simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé constitue une priorité pour l'Assurance Maladie.

L'enjeu est de faciliter l'exercice quotidien des professionnels de santé et de limiter autant que possible leur charge de travail administratif. Les professionnels de santé sont en effet confrontés à des complexités d'ordre informationnel et organisationnel qui obèrent l'efficacité de la stratégie de l'Assurance Maladie, tant en termes relationnels, d'accès aux soins que de maîtrise des dépenses de santé. L'Assurance Maladie doit répondre à la fois à une exigence de qualité de service mais également permettre indirectement de favoriser l'accès aux soins en contribuant à libérer le temps médical des professionnels de santé, au bénéfice de la relation avec leurs patients.

Au cours de la dernière COG, l'Assurance Maladie a poursuivi la structuration de son dispositif d'accompagnement des professionnels de santé, tout particulièrement en ce qui concerne les pratiques médicales ou l'utilisation des téléservices. Elle a pour cela pu bénéficier de l'appui de son réseau de médecins-conseils, de DAM et de CIS.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin de simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Poursuivre la simplification du recours au tiers payant par les professionnels de santé afin d'en simplifier la généralisation. L'Assurance Maladie mettra à disposition de l'ensemble des professionnels de santé, notamment ceux qui sont actuellement encore les plus éloignés de la pratique du tiers payant (chirurgiens-dentistes, médecins) des outils répondant à leurs besoins en termes de fiabilité et de simplicité d'usage. La promotion du dispositif ADRi qui permet aux professionnels de santé de connaître la situation actualisée des droits de l'assuré, sera également renforcée. Pour mener à bien cette action, l'Assurance Maladie s'appuiera sur son réseau de CIS. Des actions spécifiques envers quelques professions de santé (chirurgiens-dentistes) ou pour résoudre des points de complexité éventuels (professionnels de santé en mobilité) seront également engagées.

Renforcer l'accompagnement proposé par les DAM et les praticiens-conseils en mettant en œuvre un nouveau partenariat plus personnalisé et plus réactif avec les médecins.

Ce nouveau partenariat devra permettre de renforcer la portée des messages de l'Assurance Maladie et d'accroître l'impact des interventions dans un objectif de soutien et de pérennité de l'évolution des pratiques des médecins. Le DAM aura vocation à se positionner de plus en plus en conseiller personnel auprès du médecin pour une gestion privilégiée des difficultés administratives. Le médecin-conseil échangera avec le médecin sur les situations des assurés posant des difficultés de prise en charge. Le développement des modalités d'échanges sécurisés d'informations médicales favorisera l'efficacité de ce dispositif. En outre, l'Assurance Maladie fournira des informations concernant la patientèle des médecins afin de donner aux médecins de la visibilité sur la participation de leurs patients aux actions de prévention. Elle mettra à disposition des professionnels de santé des indicateurs de résultats de prises en charge de pathologies chroniques traceuses (diabète, hypertension artérielle TA, AVC, cancer...).

Contribuer à la mise en place d'un guichet unique d'orientation et d'information. en partenariat avec les ARS qui sera accessible par téléphone ou par Internet. Ce service doit permettre d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches administratives par des équipes dédiées, depuis leur installation jusqu'à leur retraite.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

Pour permettre aux médecins de bénéficier d'un aperçu en temps réel de la situation de leur patientèle, l'État s'engage à étudier la possibilité de faire évoluer le cadre juridique actuel afin de permettre la consultation de ces informations de dépistage ou de prévention qui ne sont actuellement accessibles qu'en présence des patients et ce de façon individuelle.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Renforcer l'utilisation d'ADRI pour simplifier le recours au tiers payant	1.1	Accompagnement renforcé via les CIS
2	Renforcer l'accompagnement personnalisé des professionnels de santé	2.1	Mise en place d'un programme personnalisé d'accompagnement pour les médecins Mise en place d'un accompagnement spécifique pour les MSP
3	Contribuer à la mise en place des guichets uniques d'information et d'orientation en partenariat avec les ARS et les autres acteurs (organismes sociaux comme les Urssaf, caisses de retraite, ordres, etc.)	3.1	Mise en place de groupes de travail avec les acteurs pour unifier et coordonner les procédures et informations nécessaires aux professionnels de santé de l'installation à la retraite
4	Déployer de nouveaux outils de prévention à destination des médecins	4.1	Conception et développement d'une offre de téléservices par paliers sur la COG



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Augmentation du taux de déploiement d'ADRI sur les postes de travail	X	X	X	X	X
2.1.1	Nombre de visites effectuées	X	X	X	X	X
2.2.2	Nombre de visites spécifiques effectuées auprès des MSP	X	X	X	X	X
3.1	Nombre de guichets uniques installés		X	X	X	X
4.1	Premier pallier de téléservices donnant aux médecins de la visibilité sur la participation des patients aux actions de prévention et enrichissement les années suivantes afin de leur permettre d'actionner les offres et services en santé de l'Assurance Maladie	X				

Fiche n° 10

Structurer une nouvelle offre de service pour les entreprises

ENJEUX

La COG 2014-2017 a priorisé le développement des services « métiers », concourant à la promotion des téléservices, au déploiement de la DSN, au versement rapide des IJ ou à la gestion du risque AT/MP, mobilisant de fait moins de ressources sur la relation clients vis-à-vis des entreprises, en termes de communication opérationnelle, de marketing, d'offres et de déclinaison de services en ligne. Les branches maladie et risques professionnels doivent aujourd'hui adapter et renforcer leur offre à toutes les entreprises. Celle-ci nécessite d'être structurée, outillée et automatisée afin d'assurer une relation de service opérée en coordination avec les branches retraite et recouvrement.

La multiplicité potentielle d'interlocuteurs au sein de l'entreprise selon l'objet de la relation administrative (chefs d'entreprise, comptables, experts-comptables, directeurs financiers, responsables du personnel), un tissu d'entreprises très majoritairement TPE/PME dont le cycle de vie est particulièrement court, le recours important aux tiers de confiance, sont autant d'éléments qui viennent complexifier la conception de cette offre de service.

Le développement de la relation clients répond cependant à une forte attente des entreprises, comme en témoigne l'utilisation importante de la plateforme téléphonique « employeurs » et des services en ligne. Cette démarche de service doit être appréhendée dans une approche interbranches, pilotée conjointement par les branches maladie et risques

professionnels. Elle doit permettre l'accomplissement en ligne des formalités déclaratives non encore dématérialisées, répondre aux attentes les plus fréquemment formulées, et proposer des offres de service spécifiques selon les situations ou tailles des entreprises.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin de proposer aux entreprises une offre de service plus structurée, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Piloter et mettre en œuvre la relation de service vers les entreprises en interbranches.

La relation de service sera renforcée sur la période de la COG avec la montée en charge d'un dispositif structuré de gestion de la relation clients (GRC) multicanal, reposant sur des outils adaptés (annuaire des données de contacts, messagerie...).

Enrichir l'offre de service. L'Assurance Maladie entend par ailleurs élargir l'offre de service des plateformes téléphoniques actuellement en place : l'enjeu est de simplifier les démarches des entreprises, rendre plus efficaces les contacts de premier niveau, sécuriser les orientations vers les prises en charge adaptées et proactives des demandes. L'ensemble des produits proposés sur les plateformes téléphoniques doit également permettre de traiter les courriers électroniques et développer les contacts sortants.

Faire connaître et valoriser les actions de la branche auprès des entreprises. Afin d'en démultiplier les effets, des plans de communication multicanaux et multicibles seront élaborés portant des campagnes de promotion de l'offre. Les moyens utilisés (médias et hors médias) permettront de toucher non seulement les entreprises mais également les partenaires et les relais d'opinion.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à accompagner la Cnam, au besoin par des clarifications réglementaires, pour la mise en œuvre au bénéfice des employeurs de la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique.



ENGAGEMENTS INTERBRANCHES/INTERRÉGIMES

L'Assurance Maladie s'engage à assurer avec la Cnav et l'Acoss, la convergence des orientations en matière de relations de service.

En partenariat avec l'Acoss, l'Assurance Maladie développera des « parcours attentionnés » autour d'une situation particulière (démarches dans le cadre de la création d'entreprise) ou à l'intention de publics cibles (experts-comptables).

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Piloter et mettre en œuvre la relation de service vers les entreprises en interbranches	1.1	Développement de plateformes de gestion de la relation clients en multicanal (GRC)
2	Enrichir l'offre de service	2.1	Concevoir et mettre en œuvre des services adaptés aux tailles et aux situations des entreprises
3	Faire connaître et valoriser les actions de la branche auprès des entreprises	3.1	Valorisation des actions de la branche

INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Nombre de plate-formes de services (PFS) employeurs multicanal



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1.1	Mise en place des plateformes			X	X	X
1.1.2	Mise en place d'un téléservice attestant la législation applicable			X		
2.1.1	Conception et mise en œuvre de parcours attentionnés (création d'entreprise et experts-comptables)		X	X		
2.1.2	Ouverture d'un service dématérialisé de demande de formulaires attestant de la législation applicable		X			
3.1	Plans de communication et de promotion opérationnels	X	X	X	X	

2018	2019	CIBLES 2020	2021	2022
		6	9	13

Fiche n° 11

Étendre l'offre de service numérique de l'Assurance Maladie

ENJEUX

L'Assurance Maladie a su développer une offre de téléservices de qualité tant à destination de ses assurés que des professionnels de santé. Pour les années à venir, l'enjeu est de prolonger cette dynamique, en cohérence avec l'ambition du programme « Action Publique 2022 », en proposant de nouveaux services dans un esprit de simplification pour l'ensemble des publics et d'efficience tout en veillant à l'inclusion numérique des différents publics.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour étendre son offre de service numérique, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Élargir les services numériques proposés aux assurés sociaux. Les services numériques répondent à des enjeux de rapidité, de qualité, d'efficience, et permettent d'élargir l'accessibilité du service de l'Assurance Maladie en étant, pour la plupart, disponibles à tout moment.

Largement utilisé et apprécié, le compte ameli constituera le premier support de cette stratégie, avec l'ajout de nouvelles fonctionnalités, rendues progressivement disponibles sur l'ensemble des supports (ordinateur, smartphone, tablette) avec une ergonomie adaptée :



- déploiement d'« ameli plateforme » dans le compte ameli pour permettre aux assurés de gérer leurs consentements et leurs échanges de données avec des sites et applicatifs partenaires dans le domaine de la santé, enrichissant à cette occasion le DMP et le système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) ;
- dépôt de pièces justificatives dans le compte, l'objectif étant à terme d'obtenir une injection automatique des pièces numérisées par l'utilisateur. Cette fonctionnalité sera prioritairement développée pour les demandes d'attribution de la CMU-C et de l'ACS, la transmission de feuilles de soins papier, ou les changements de situation des assurés (changement de noms...). Les assurés auront également la possibilité de compléter un dossier en réponse à une demande adressée par la CPAM ;
- transmission d'une déclaration sur l'honneur relative aux ressources pour les assurés bénéficiaires d'une pension d'invalidité ;
- demande de rendez-vous en ligne sur une gamme élargie de motifs (salariés ayant plusieurs employeurs ou passage en invalidité par exemple).

Dans le prolongement de cette démarche d'accélération de l'utilisation des outils numériques, et à l'instar d'autres branches du RG, l'Assurance Maladie expérimentera la mise en place de services intégralement digitalisés.

La période conventionnelle permettra également d'expérimenter la e-carte Vitale, nouveau dispositif sécurisé et dématérialisé sur smartphone d'identification, d'authentification et de signature des assurés. À moyen terme, la e-carte Vitale constitue une solution complémentaire de la carte Vitale physique. Associée à une obtention des droits en ligne, elle permettra notamment l'usage des feuilles de soins électroniques lorsque l'assuré ne peut présenter sa carte, et facilitera également la pratique de la télémédecine.

Proposer des téléservices assurés accessibles au plus grand nombre. Pour que ces démarches simplifiées soient très largement accessibles et accroître l'usage des services en ligne, l'Assurance Maladie mènera également des actions d'inclusion numérique, en s'associant le cas échéant à des partenaires locaux pour renforcer les compétences numériques des usagers (cf. fiche 1).



L'Assurance Maladie s'engage également à ce que ses services et ses supports d'information demeurent accessibles aux personnes en situation de handicap et/ou maîtrisant mal la langue française. À cet effet, l'Assurance Maladie élaborera et diffusera dans ses réseaux une « charte de la communication universelle » qui fixera les codes visuels et sémantiques et les gabarits les mieux à même de rendre compréhensible l'information diffusée. Par ailleurs, le site ameli.fr et le compte [ameli](https://www.facebook.com/Ameli) évolueront pour se maintenir au niveau AA du Référentiel général d'Accessibilité pour les Administrations (RGAA).

Conforter l'usage des téléservices par les professionnels de santé. Une gamme de téléservices étendue sera proposée aux professionnels de santé, en appui aux programmes de prévention ou aux actions de maîtrise médicalisée (certificat médical AT/MP, bilan de soins infirmiers...). Pour être largement utilisée, cette offre sera offerte via le portail de l'Assurance Maladie destiné aux professionnels de santé ou au sein des logiciels métiers en partenariat avec les éditeurs de logiciels. L'incitation et l'accompagnement à leur usage seront portés par les CIS. L'offre digitale sera optimisée tout au long de la période conventionnelle sur la base des retours d'expérience des utilisateurs. Les MSP, dont le développement contribue à améliorer l'accès aux soins comme la coordination entre les professionnels, bénéficieront du développement de services numériques spécifiques.

Les établissements feront également l'objet d'un accompagnement, afin de faire progresser l'usage de services en ligne tels que les déclarations de grossesse, les arrêts de travail, les certificats médicaux AT/MP, et la prescription électronique de transports dans les plateformes de régulation. Il conviendra à cet effet d'adapter les modalités d'utilisation de ces téléservices aux caractéristiques propres aux établissements. Ces adaptations viseront notamment à garantir la fiabilité des informations clients avec ou sans l'utilisation de la carte Vitale, ou encore à développer un dispositif présentant des garanties de sécurité similaires à l'utilisation de la carte professionnelle de santé (CPS).

Accompagner le déploiement de la facturation directe des établissements de santé. La facturation directe des actes et consultations externes, des séjours, des soins de suite et de réadaptation et des forfaits sera mise en œuvre par les hôpitaux publics et l'Assurance Maladie. Cette facturation se réalisera avec l'appui des organismes du réseau, et en faisant évoluer les systèmes d'information pour traiter et payer les factures des hôpitaux. L'Assurance Maladie conduira des travaux, en prenant en



compte les spécificités de fonctionnement des hôpitaux, sur les actes et consultations externes (déploiement et évolution des consultations des droits intégrés, consultation des droits intégrés (CDRi), traitement des causes de rejets, production d'indicateurs de suivi...) et sur les séjours hospitaliers (coordination des référentiels, évolution des modalités de liquidation des factures), en lien avec l'Atih, afin de mettre à disposition une première version de la solution cible de facturation directe en 2019.

Mettre en place une stratégie digitale pour les entreprises. Les services accessibles en ligne sont actuellement relativement limités : déclaration de salaire pour le versement des indemnités journalières (DSIJ) ; DSN ; déclaration d'accident du travail (DAT) ; certificat médical initial (CMI) pour les professionnels de santé. Les branches maladie et risques professionnels s'engagent sur le temps de la COG 2018-2022 à moderniser leurs téléservices et téléprocédures au bénéfice de la simplification des démarches et dans la perspective de développement multicanal de la relation clients. Il s'agit notamment de développer un « compte entreprise » au sein d'un environnement sécurisé et gérant des portefeuilles d'habilitations. Cet engagement inclut un ensemble de téléservices copilotés par les branches maladie et risques professionnels afin de répondre aux attentes des entreprises.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Élargir l'offre de service numérique proposée aux assurés sociaux	1.1	Doter le compte ameli de nouvelles fonctionnalités
		1.2	Définir les cas d'usage de la e-carte, réaliser une expérimentation et définir une cible de généralisation
		1.3	Expérimenter des services 100 % digitaux
2	Proposer des téléservices assurés accessibles au plus grand nombre	2.1	Élaborer et diffuser une charte de la communication universelle
		2.2	Maintenir le compte ameli et le site ameli.fr au niveau AA du RGAA
		2.3	Proposer un service téléphonique adapté aux sourds et malentendants
3	Conforter l'usage des téléservices par les professionnels de santé	3.1	Rénover régulièrement le portail espace pro
		3.2	Enrichir la gamme des téléservices intégrés dans les logiciels (certificat médical AT/MP, bilan de soins infirmiers...)
		3.3	Proposer une offre de service destinée aux nouvelles organisations de soins pour accompagner leur déploiement
4	Accompagner le déploiement de la facturation directe pour les établissements de santé	4.1	Généraliser la facturation directe des actes et consultations externes
		4.2	Généraliser la facturation directe des séjours
		4.3	Généraliser la facturation directe des soins de suite et réadaptation
		4.4	Généraliser la facturation directe de tous les forfaits
5	Mettre en place une stratégie digitale pour les entreprises	5.1	Concevoir et mettre en œuvre progressivement un bouquet de services aux employeurs à partir du compte entreprise
		5.2	Développer des plateformes téléphoniques en cible multicanal



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Mise en production de trois versions par an	X	X	X	X	X
1.2	Lancement d'une expérimentation	X				
	Suivi de la montée en charge	X	X	X	X	X
1.3	Diffusion d'instructions aux réseaux et actions de communication auprès des usagers	X	X	X	X	X
2.1	Diffusion de la charte	X				
2.2	Les nouveaux téléservices ouverts respecteront les exigences du RGAA au niveau AA	X				
2.3	Mise en œuvre du dispositif	X				
3.1	Version du portail espace pro	X	X	X	X	X
3.2	Nombre de TLS intégrés	X	X	X	X	X
3.3	Proposition offre de service	X				
4.1	Facturation directe de tous les actes et consultations externes, notamment par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)	X	X	X	X	X
4.2	Facturation directe de tous les séjours		X	X	X	X
4.3	Facturation directe de tous les soins de suite et de réadaptation			X	X	X
4.4	Facturation directe de tous les forfaits	X	X	X	X	X
5.1	Mettre en œuvre le SDSI des risques professionnels	X	X	X	X	X
5.2	Déploiement des PFS employeurs multicanal		X	X	X	X



INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices assurés : <ul style="list-style-type: none">○ téléservices existants : relevé IJ, demande de carte Vitale, attestations de droits, déclaration nouveau-né○ nouveaux téléservices : déclaration trimestrielle sur l'honneur invalidité
2	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : déclaration médecin traitant (MT), certificat médical accident du travail (AT), avis d'arrêt de travail (AAT), protocole de soins électroniques (PSE)
3	Taux d'utilisation d'e-DAT par les employeurs



	2018	2019	CIBLES 2020	2021	2022
	RIJ : 91 % Vitale : 40 % Att D : 70 % Nouveau-né : 30 %	RIJ : 92 % Vitale : 50 % Att D : 74 % Nouveau-né : 50 % DSH Inva : 25 %	RIJ : 93 % Vitale : 60 % Att D : 77 % Nouveau-né : 75 % DSH Inva : 50 %	RIJ : 94 % Vitale : 65 % Att D : 80 % Nouveau-né : 95 % DSH Inva : 75 %	RIJ : 95 % Vitale : 70 % Att D : 83 % Nouveau-né : 95 % DSH Inva : 80 %
	DMT : 83 % Certificat médical AT/MP : 17 % AAT : 40 % PSE : 60 %	DMT : 87 % Certificat médical AT/MP : 21 % AAT : 50 % PSE : 66 %	DMT : 91 % Certificat médical AT/MP : 26 % AAT : 60 % PSE : 73 %	DMT : 95 % Certificat médical AT/MP : 30 % AAT : 70 % PSE : 80 %	DMT : 95 % Certificat médical AT/MP : 35 % AAT : 75 % PSE : 83 %
	73 %	75 %	77 %	79 %	81 %

Fiche n° 12

S'appuyer sur le numérique pour améliorer la prise en charge des patients

ENJEUX

Les technologies du numérique sont porteuses de changements majeurs dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé.

Elles permettent non seulement de moderniser les organisations actuelles, mais également d'imaginer de nouvelles pratiques. Alors que l'informatique traditionnelle est déjà largement présente chez les professionnels de santé, et de plus en plus chez les patients, l'enjeu dans les prochaines années pour l'Assurance Maladie sera de soutenir et d'accompagner le développement de dispositifs numériques innovants, dans l'intérêt d'une meilleure prise en charge des patients.

Notre système de santé a besoin de ces innovations pour dépasser les difficultés de coordination entre professionnels de santé, pour faire face à la part croissante de patients atteints de maladies chroniques, pour permettre aux patients et citoyens d'être plus impliqués dans leur prise en charge.

La e-santé peut en effet faciliter et favoriser la coordination entre les professionnels de santé tout au long du parcours des patients. Elle peut représenter un levier de développement de la qualité des soins en permettant une traçabilité et un échange d'informations efficaces entre les acteurs. Elle constitue également un facteur de connaissance en rendant accessible les données de santé au plus grand nombre, et peut s'avérer un facteur d'amélioration de la qualité du travail des professionnels de



santé. L'utilisation de solutions numériques contribue enfin à lutter contre les inégalités territoriales de santé en participant à l'abolition des distances entre l'offre et la demande de soins.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour soutenir et accompagner les dispositifs numériques innovants au service d'une meilleure prise en charge des patients, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Au cours de la prochaine COG, l'Assurance Maladie développera deux outils essentiels à la coordination des soins. Elle déploiera le DMP dont le pilotage lui a été confié par la loi de modernisation du système de santé. Le DMP a vocation à devenir le carnet de santé numérique des assurés, en recensant les informations utiles à une prise en charge de qualité (antécédents, allergies, comptes rendus d'hospitalisation, résultats d'examens, etc.). L'enjeu dans les prochaines années sera à la fois de multiplier le nombre de dossiers médicaux mais également de contribuer à son appropriation par les assurés et les professionnels de santé, à travers leurs usages et l'intégration de nouvelles fonctionnalités. Dans ce cadre, l'accès direct par le patient à ses données de santé sera enrichi en lui offrant la possibilité d'en consulter le contenu sur une application mobile. L'Assurance Maladie contribuera également à généraliser l'utilisation de la messagerie sécurisée de santé (MSS), un système simplifié d'échanges d'informations entre professionnels de santé par mail, de manière sécurisée et confidentielle, dans le respect de la réglementation en vigueur. La généralisation qui a débuté en avril 2017, se poursuivra pendant la durée de la COG.

L'Assurance Maladie généralisera la prescription électronique pour l'ensemble des professionnels de santé qu'ils exercent en établissement de santé ou en ville.

La prescription électronique permet de dématérialiser et de sécuriser les échanges entre le médecin et le pharmacien en codifiant le contenu de la prescription (dans un premier temps uniquement de la prescription de médicaments). Elle contribue ainsi à une meilleure prise en charge des patients. Elle s'appuie sur l'utilisation, par les professionnels de santé, de logiciels d'aide à la prescription certifiés dans le respect des référentiels de la HAS, et à terme, de logiciels d'aides à la décision. L'Assurance Maladie évaluera, en 2018, l'expérimentation « e-prescription » de médicaments pour identifier ses modalités de déploiement à grande échelle à compter de 2019, et



notamment la possibilité d'élargir cette prescription électronique à d'autres domaines (prescription d'examen biologiques, actes des auxiliaires médicaux, etc.). La dématérialisation de la prescription facilitera l'appropriation des indications et des règles de prescription de la liste des produits et prestations (LPP) contribuant ainsi à une meilleure pratique. L'articulation de la prescription électronique avec le DMP pourrait également faciliter la coordination des soins. Dans un deuxième temps, la e-prescription pourra être étendue à d'autres actes et concernera d'autres professions de santé (biologistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers) dès 2020.

La facturation en ligne en lien avec la prescription sera renforcée. Cette démarche permettra de fiabiliser la facturation des prestations à l'Assurance Maladie, de réduire les taux de rejet des professionnels de santé et de simplifier la gestion des pièces justificatives : transports, biologie, liste des produits et prestations (LPP), actes de télémédecine, etc.

L'Assurance Maladie contribuera, en partenariat avec la HAS et les sociétés savantes, à la diffusion d'outils d'aide à la décision pour les professionnels de santé. Ces outils peuvent être intégrés dans des logiciels d'aide à la pratique et à la prescription, au moyen d'arbres de décisions susceptibles de guider le professionnel de santé dans sa pratique et sa prescription.

L'Assurance Maladie proposera des retours d'informations aux professionnels de santé dans l'objectif de communiquer des données pour favoriser la qualité de la prise en charge. L'Assurance Maladie mettra à disposition des professionnels de santé des éléments liés à leurs pratiques sur un support dématérialisé (soit dans le portail professionnel de santé ameli pro soit de manière intégrée dans leurs logiciels métiers) afin de leur permettre d'adapter régulièrement leurs pratiques pour une meilleure prise en charge des patients (profils de prescription d'arrêts de travail, de génériques, d'examen de dépistage, comparaison avec les pratiques de leurs pairs). Elle s'appuiera pour cela sur son réseau de CIS.



ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'assurera de la complémentarité des projets numériques qu'il pilote avec le déploiement du DMP et de la MSS.

Il favorisera la création et l'alimentation du DMP en utilisant le levier du plan hôpital numérique.

L'État contribuera à mettre en place les leviers nécessaires pour engager les professionnels de santé dans la e-prescription en privilégiant une solution technique reposant sur une base de données partagée qui permette une dématérialisation intégrale de la chaîne de facturation, seule à même d'apporter l'intégralité des gains attendus.

Enfin, l'État favorisera l'accès effectif aux technologies numériques pour l'ensemble des usagers (médiation numérique pour les publics les plus en écart, via les maisons de services au public (MSAP) et la couverture numérique du territoire).



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Déployer le DMP et la MSS	1.1	Généraliser le dossier médical partagé
		1.2	Déployer la MSS
2	Mettre en œuvre la prescription électronique	2.1	Évaluer l'expérimentation « e-prescription de produits de santé »
		2.2	Définir le dispositif de généralisation
		2.3	Lancer la généralisation
		2.4	Extension à d'autres prescriptions
3	Déployer la facturation en ligne	3.1	Facturation en ligne taxi
		3.2	Nouveaux modes de facturation
4	Offrir des retours d'informations aux professionnels de santé sur leurs pratiques	4.1	Conception et développement d'une offre de téléservices par paliers sur la COG
		4.2	Enrichir progressivement ces retours d'informations

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Veiller à la complémentarité des projets numériques pilotés par l'État avec le déploiement du DMP et de la MSS
2	Favoriser la création et l'alimentation du DMP en utilisant le levier du plan hôpital numérique
3	Appuyer les évolutions réglementaires nécessaires à la généralisation de la prescription électronique et à l'extension de la facture en ligne



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Nombre de DMP créés/alimentés	X	X	X	X	X
1.2	Nombre de MSS créées	X	X	X	X	X
2.1	Rapport d'évaluation de l'expérimentation	X				
2.2	Définir le dispositif de généralisation		X			
2.3	Lancement effectif		X			
2.4.1	Étude sur les conditions techniques, juridiques et organisationnelles d'extension à d'autres prescriptions : biologie, kinésithérapie, actes infirmiers		X			
2.4.2	Mise à disposition de la prescription de biologie puis d'actes d'infirmiers			X	X	
3.1	Démarrage du déploiement de la facturation en ligne taxi		X			
3.2	Démarrage d'un nouveau type de prestations facturées en ligne		X			
4.1	Premier pallier de téléservices proposant des retours d'informations sur les profils de prescription d'AT, de génériques puis enrichissement les années suivantes des profils proposés		X			
4.2	Nature des enrichissements fournis			X	X	

		ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
		X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X
			X			



INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Nombre de DMP ouverts
2	Nombre de professionnels ayant recours à la e-prescription en établissement et en ville



	2018	2019	CIBLES 2020	2021	2022
	3,5 millions	10 millions	20 millions	30 millions	40 millions
		5 000	10 000	20 000	30 000

Fiche n° 13

Rendre les systèmes d'information plus agiles et plus performants

ENJEUX

Les fortes inflexions que connaissent les politiques de l'Assurance Maladie en matière de santé, de prévention, de prise en charge et d'organisation des soins requièrent une évolution en profondeur du système d'information pour répondre aux nouveaux impératifs d'ouverture, d'interopérabilité et d'exploitation d'un grand volume de données. Le numérique permet en effet de concevoir des services et des systèmes plus décloisonnés, efficaces et structurés autour de bases de données dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité.

C'est la raison pour laquelle l'Assurance Maladie souhaite poursuivre son action, développer et enrichir les données du SNDS, déployer le DMP.

Parallèlement, l'Assurance Maladie s'efforcera d'apporter un service de qualité à l'ensemble de ses publics tout en veillant à accroître l'efficacité des organisations et des processus sur les plans du traitement rapide des situations et de la maîtrise des risques. La stratégie de contrôle optimisée comprenant l'ensemble des dimensions (maîtrise des risques, des dépenses, contrôle comptable...) sera soutenue par une automatisation et une contextualisation des contrôles intégrés plus en amont dans les chaînes informatiques de liquidation.



ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour rendre ses systèmes d'information plus agiles et plus performants, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Définir et mettre en œuvre une trajectoire de rénovation du système d'information et du patrimoine applicatif. L'Assurance Maladie mettra en œuvre une stratégie de rénovation du système d'information (SI) autour de grandes priorités, dont la réalisation devra être échelonnée sur une dizaine d'années. Ses ambitions à dix ans permettront d'accentuer la souplesse, l'interopérabilité et la performance attendues par les publics de l'Assurance Maladie. À cet égard, les travaux en matière de réduction de la dette technique seront poursuivis, tant sur le plan des infrastructures que sur celui des logiciels de base, pour optimiser les coûts de fonctionnement du système d'information et garantir sa disponibilité et sécurité.

Le système d'information historique de l'Assurance Maladie a été conçu en silo par applicatif métier comprenant l'ensemble des fonctions (mise à jour des données du bénéficiaire, traitement des opérations, réalisation des courriers au sein d'un même applicatif). La dispersion des données dans les applications, mais également la structure géographique des bases de données compliquent l'exposition des données, le pilotage global, la consolidation à des fins d'analyse. Aussi, l'Assurance Maladie organisera son système d'information autour de bases de données structurées, de référence, interconnectées voire ouvertes. Pour ce faire, elle lancera un projet de base de données nationale des individus qui aura vocation à devenir un référentiel sur lequel viendront s'adosser l'ensemble des applications et des processus. Elle s'appuiera sur les échanges de données DSN et la possible constitution par les acteurs publics d'une base ressources et facilitera ainsi la coopération entre les organismes et les branches.

La démultiplication des fonctions transverses (archivage, dépôt, notification, exposition de services...) dans chaque applicatif crée une complexité supplémentaire et une charge importante tant pour le développement que pour la maîtrise des régressions éventuelles. Aussi, l'Assurance Maladie a engagé une stratégie, basée sur le déploiement d'une architecture informatique « en mode service » et mis en place des briques élémentaires réutilisables. La capitalisation et l'extension du périmètre couvert par des briques d'intérêt commun ainsi que la mise en place d'API apporteront souplesse



et ouverture pour faciliter la prise en charge de nouveaux projets et les échanges avec les partenaires notamment avec « France Connect ». Déjà fournisseur d'identité au travers du compte ameli, l'Assurance Maladie souhaite devenir fournisseur de données pour faciliter les démarches des assurés et leur éviter de communiquer des pièces justificatives complémentaires ainsi que pour fluidifier les échanges avec des partenaires.

L'ouverture du système d'information et le contexte actuel où les menaces s'intensifient amèneront la Cnam à renforcer sa politique de sécurité sur l'ensemble des champs : intégration de la sécurité dans les projets, tests d'intrusion, mise en place d'infrastructures sécurisées, dispositifs de traçabilité des accès.

L'ensemble de ces évolutions et la rénovation des composants d'infrastructure et des socles techniques obsolètes seront conduits dans le cadre d'une politique d'optimisation visant à rendre le système d'information efficient. À cet effet, le recours aux logiciels libres sera privilégié.

Au-delà de la simple résorption de la dette technique, dans un contexte marqué par les transformations numériques et digitales, la mise à l'état de l'art technique du système d'information constitue une clé de voûte incontournable. Aussi, l'Assurance Maladie capitalisera sur les filières digitale et de haute disponibilité déjà mises en place ainsi que sur le développement du big data. Cette capitalisation permettra de répondre à de fortes exigences de disponibilité, d'exploitabilité et d'évolutivité et d'enrichir le catalogue technologique de la direction déléguée des systèmes d'information (DDSI) vers des composants plus modernes.

Contribuer aux gains de productivité de la branche. L'Assurance Maladie renforcera son offre de service numérique par le développement des téléservices pour tous les publics assurés, professionnels de santé/établissements, employeurs, par la rénovation des modalités de facturation tout en veillant à accroître l'accessibilité des services par l'ensemble de la population (inclusion numérique, accessibilité aux personnes handicapées).



Elle conduira des actions pour améliorer les outils internes permettant aux agents des réseaux de traiter les dossiers et services en poursuivant les travaux autour du poste de travail agents et en repensant la chaîne de traitement entre le service médical et le service administratif.

En parallèle, l'Assurance Maladie s'inscrit dans un mouvement permettant le déploiement des projets innovants en santé par la transformation de son système d'information autour de dispositifs d'échange de données en temps réel (par exemple la MSS, les prescriptions en ligne), de stockage et de partage des données (par exemple le DMP), de collecte, stockage et exploitation de données de santé (par exemple le SNDS). Elle contribuera également à la mise en place d'un environnement de facturation unifié pour tous les acteurs de l'offre de soins, en renforçant sa contribution au déploiement de la facturation individuelle dans les établissements de santé.

Contribuer aux projets de modernisation portés par les pouvoirs publics et pilotés par d'autres administrations ou branches de la Sécurité sociale. L'Assurance Maladie contribuera activement à la mise en œuvre du prélèvement à la source pour les prestations délivrées par son réseau. Elle participera également aux travaux de modernisation de la délivrance de certaines prestations sociales qui nécessiteraient de mettre en place des transferts d'informations interbranches et plus particulièrement à ceux liés à la modernisation des bases ressources des allocations logement en lien avec la branche famille.

Permettre un développement partagé des outils entre la Cnam et le réseau. L'Assurance Maladie développera un dispositif et des outils pour faciliter l'articulation entre les développements informatiques locaux et nationaux. Cette démarche a vocation à mettre à disposition des organismes du réseau (CPAM...) les outils et les procédures visant à accroître la qualité des développements réalisés, et favoriser la mutualisation.



ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à préciser les actions, les échéances et les responsabilités pour la conduite du schéma stratégique des systèmes d'information (SSI) du service public de la Sécurité sociale.



ENGAGEMENTS INTERBRANCHES/INTERRÉGIMES

L'Assurance Maladie proposera des offres de service pour faciliter l'adossement des régimes et la reprise du RSI.

L'Assurance Maladie mettra en place un protocole d'interopérabilité des réseaux génériques permettant d'ouvrir un catalogue de solutions soutenant les projets partagés entre la branche maladie et risques professionnels.

L'Assurance Maladie contribuera à la mise en œuvre du SSSI de la Sécurité sociale, notamment :

- en participant à la montée en charge du portail national des droits sociaux « mesdroits sociaux.fr » en s'attendant prioritairement à l'exposition de ses données utiles à travers des API ;
- en participant aux travaux d'identification de parcours usagers transverses aux branches de la Sécurité sociale permettant une amélioration de l'expérience usager au sein de la sphère « Sécurité sociale » ;
- en contribuant à l'étude d'opportunité de mutualisation et de progicalisation du système d'information des ressources humaines (Sirh) ;
- en mettant à disposition des référents et animateurs dans le cadre de la communauté des systèmes d'information, dispositif visant à faire échanger les branches autour de problématiques complexes et à partager des retours d'expériences sur des thématiques numériques ;
- en appliquant le modèle de coût système d'information « sécu » élaboré dans le cadre du schéma stratégique des systèmes d'information (SSSI) et permettant une meilleure appropriation par la branche mais aussi par la DSS de l'évolution des coûts système d'information de la branche ;
- en adaptant son offre de service éditique aux besoins de l'ensemble des organismes de Sécurité sociale du RG et de la MSA.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Définir une trajectoire de rénovation du SI et du patrimoine applicatif	1.1	Réduction de la dette technique
		1.2	Développement d'un référentiel individu
2	Contribuer aux gains de productivité de la branche en accroissant la dématérialisation	2.1	Développement des téléservices (assurés, professionnels de santé, employeurs)
		2.2	Rénover le poste agent
		2.3	Repenser la chaîne de traitement service médical/ service administratif
3	Permettre un développement partagé des outils entre la Cnam et le réseau	3.1	Mettre en place un dispositif et des outils pour faciliter l'articulation entre les développements informatiques locaux et nationaux

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Préciser les actions, les échéances et les responsabilités pour la conduite du schéma stratégique des systèmes d'information du service public de la Sécurité sociale

INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Taux de disponibilité des portails Portail PS
2	Taux de disponibilité des portails Portail assurés



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Objectifs fixés dans le cadre de la roadmap annuelle sur la gestion de l'obsolescence technique	X	X	X	X	X
1.2	Définition du calendrier Avancement du programme sur la base du calendrier	X	X	X	X	X
2.1	Mise en production des différents téléservices tels qu'ils seront définis dans les roadmaps annuelles	X	X	X	X	X
2.2	Mise en production des différents processus de gestion rattachés au poste agent	X	X	X	X	X
2.3.1	Définition du calendrier	X				
2.3.2	Avancement du programme sur la base du calendrier		X	X	X	X
3.1	Mise en œuvre du plan d'action de la MD 23 et des échéances associées	X	X	X	X	X

ÉCHÉANCES				
2018	2019	2020	2021	2022
X	X	X	X	X

CIBLES				
2018	2019	2020	2021	2022
99,5%	99,55%	99,6%	99,64%	99,67%
99%	99,05%	99,1%	99,2%	99,25%

Fiche n° 14

Conduire avec succès les opérations d'intégration et d'adossement des régimes partenaires

ENJEUX

Au cours des dernières années, l'Assurance Maladie a conduit avec succès plusieurs opérations complexes de rapprochements avec des partenaires tels que La mutuelle des étudiants (LMDE), la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM), ou la mutuelle nationale territoriale.

Qu'elles soient engagées à l'initiative des pouvoirs publics ou des instances dirigeantes des régimes partenaires, ces opérations témoignent de la confiance de l'ensemble des acteurs dans la capacité de l'Assurance Maladie à offrir aux ressortissants d'autres régimes un service performant. Elles contribuent également au mouvement engagé vers une couverture plus simple et universelle des dépenses de santé, dans la logique originelle de notre modèle de protection sociale.

Les rapprochements à venir sont toutefois d'une autre ampleur que ceux qui ont déjà été menés. Au cours des prochaines années, l'Assurance Maladie devrait s'élargir à 7 millions nouveaux bénéficiaires, et intégrer près de 4000 collaborateurs dans ses effectifs. La suppression du RSI, votée dans la LFSS pour 2018, du régime social des étudiants prévue dans le projet de loi sur l'orientation et la réussite étudiante, de même que les discussions engagées entre l'Assurance Maladie et plusieurs mutuelles de la fonction publique, constituent autant de projets d'ampleur qui devront être menés à bien d'ici la fin de la COG.

L'enjeu pour l'Assurance Maladie est de conduire ces très importants chantiers de transformation en garantissant ou améliorant la qualité de service pour les assurés. Cela nécessitera de mettre en place des solutions opérationnelles pour gérer les conséquences importantes de ces réformes sur le fonctionnement du réseau et les ressources de la branche.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin de conduire le rapprochement avec les régimes partenaires dans des conditions satisfaisantes, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Sécuriser les transferts d'activité. L'Assurance Maladie préparera et conduira, en lien avec les régimes cédant leurs activités, les opérations techniques et informatiques (transferts des bases de données notamment) qui permettront de garantir la continuité du service pour les assurés sociaux transférés vers le RG, et la qualité du service rendu pour le remboursement de leurs frais de santé ou le versement de prestations en espèces. Elle garantira l'ouverture des droits et le service des prestations des travailleurs indépendants débutant leur activité à compter du 1^{er} janvier 2019 et de l'ensemble des travailleurs indépendants à compter de 2020. Dans le cadre des opérations d'intégration du RSI, l'Assurance Maladie participera aux instances de gouvernance qui seront créées. Elle engagera également des actions de communication auprès des publics concernés par ces réformes pour qu'ils puissent se repérer sans difficulté dans la nouvelle organisation qui sera retenue.

Adapter l'offre de service aux assurés nouvellement affiliés au RG. L'Assurance Maladie fera bénéficier les usagers issus d'autres régimes des mêmes services que ceux bénéficiant déjà aux assurés du régime général (compte ameli, accueil physique et téléphonique...), avec une qualité identique en termes d'accessibilité, de rapidité et de fiabilité.

Elle adaptera par ailleurs son offre quand cela sera nécessaire pour les nouveaux affiliés. Ainsi, des programmes de prévention portant sur des actions de santé publique pourront être adaptés pour mieux répondre aux caractéristiques des nouvelles populations couvertes, notamment les travailleurs indépendants et les étudiants.



Plus spécifiquement, la suppression du RSI conduira l'Assurance Maladie à adapter son offre de service afin de renforcer la coordination avec les autres branches du RG. Ainsi, en 2020 au plus tard, les caisses primaires pourront transférer vers les autres branches du régime général des demandes complexes formulées par les indépendants, dans une logique de « guichet coordonné ». Dans ce cadre, seront notamment signalées aux Urssaf des situations de précarité qui nécessiteraient une attention particulière au titre du recouvrement des cotisations sociales. Parallèlement, les services d'accueil des autres branches pourront prendre, pour le compte d'un indépendant, un rendez-vous personnalisé dans une CPAM. Enfin, un parcours client interbranches sera proposé aux usagers au moment de leur installation en tant qu'indépendant.

Proposer un accompagnement adapté en matière de ressources humaines. La dimension RH sera déterminante dans la réussite de ces projets. L'Assurance Maladie veillera à ce que les transferts de personnel puissent se dérouler dans les meilleures conditions, en apportant aux salariés transférés toutes les informations utiles pour répondre à leurs préoccupations, créant ainsi les conditions de leur bonne et rapide intégration au sein de la branche. En particulier, l'Assurance Maladie s'engage à proposer à chaque salarié transféré un accompagnement personnalisé, supervisé par la Cnam, permettant de préparer au mieux la prise de fonction au sein du réseau au regard des compétences détenues et des besoins des organismes. Ces propositions s'inscriront dans le cadre des dispositions conventionnelles négociées par l'Ucanss. La Cnam élaborera par ailleurs un dispositif d'accompagnement pour les organismes du réseau, afin de garantir l'efficacité et l'homogénéité de la gestion des transferts de personnels, qui portera notamment sur la réalisation d'entretiens individuels, les parcours de formation, les modalités de transposition des rémunérations...

Conduire ces opérations sans affecter le niveau de performance de la branche. Ces opérations de transfert de bénéficiaires, d'activité et de personnels créeront un risque de déséquilibres importants, en termes d'adéquation entre la charge et les ressources, au niveau des organismes locaux : certaines caisses accueilleront de très nombreux bénéficiaires sans nouveaux effectifs et inversement. L'Assurance Maladie prendra au cours des prochaines années les mesures d'organisation des activités au sein du réseau permettant de garantir durablement une qualité de service homogène pour l'ensemble des usagers. Le schéma d'organisation prendra en compte l'impact pour le réseau des éventuels déséquilibres entre les transferts d'activités et les transferts de personnels.



ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

Dans le cadre des opérations d'intégration à l'Assurance Maladie d'autres régimes de sécurité sociale, l'État s'engage à associer le plus tôt possible les services de la caisse nationale, afin qu'elle contribue au cadrage juridique et technique des projets.

L'État s'engage par ailleurs à mener, conjointement avec la Cnam, une analyse permettant de mesurer pour chaque opération les impacts à envisager sur la trajectoire d'évolution des emplois, de la masse salariale et des dépenses de fonctionnement et d'investissement.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Sécuriser le transfert d'activité	1.1	Préparer et conduire les opérations techniques assurant une continuité de service aux usagers : RSI, La Mutuelle générale (LMG)
2	Adapter l'offre de service aux assurés nouvellement affiliés	2.1	Adapter les programmes de prévention aux publics issus d'autres régimes (indépendants, étudiants)
		2.2	Organiser une plus grande coordination entre les branches au profit des travailleurs indépendants
3	Proposer un accompagnement RH adapté	3.1	Élaborer un process d'accompagnement RH des personnels transférés
4	Conduire ces opérations sans affecter le niveau de performance de la branche	4.1	Prendre les mesures d'organisation des activités garantissant la qualité du service

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Associer la Cnam en amont des opérations

INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Taux de réalisation d'un bilan RH personnalisé pour les personnels transférés
2	Délai de traitement de la première IJ pour les indépendants (à fixer en 2019)



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Bilan de clôture des opérations de reprises de données		X	X		
2.1	Mise en œuvre des actions de prévention (bilan annuel travailleur indépendant et bilan annuel étudiant)		X	X	X	X
2.2	Mise en place du parcours création entreprise 2019	X				
	Participation de la Cnam aux instances de pilotage	X	X	X	X	X
3.1	Formalisation et diffusion du processus RH	X				
	Réalisation d'un bilan RH après chaque opération		X	X		
4.1	Élaboration d'un schéma stratégique de développement de Phare	X				
	Prise en compte pour chaque organisme de l'impact des régimes intégrés dans le cadre du dialogue de gestion	X				

ÉCHÉANCES				
2018	2019	2020	2021	2022
X	X	X	X	X

CIBLES				
2018	2019	2020	2021	2022
100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
COG RSI	COG RSI	À déterminer	À déterminer	À déterminer

Fiche n° 15

Consolider la politique de gestion des ressources humaines

ENJEUX

Dans un contexte marqué par des évolutions permanentes, liées au développement du digital, aux réformes du système de santé, ou aux évolutions du travail en réseau, la pertinence et l'efficacité des politiques de GRH constituent un levier déterminant pour répondre aux préoccupations des salariés et contribuer à la performance de la branche.

Les possibilités de recrutements externes étant limitées, l'Assurance Maladie entend en premier lieu conforter sa capacité à définir et déployer au sein des réseaux une politique de gestion des ressources humaines adaptée, en fixant les orientations stratégiques des branches maladie et risques professionnels et en faisant de la politique RH l'un des sujets évoqués dans le cadre du dialogue de gestion avec le réseau.

Les tendances d'évolution de la structure des effectifs observées au cours des dernières années, et appelées à se poursuivre (réduction de la proportion des effectifs dédiés à la production et aux fonctions support) supposent d'accompagner l'émergence de missions nouvelles autour notamment de la gestion du risque ou de l'accompagnement personnalisé des publics. Dès lors, la caisse nationale devra favoriser le développement d'un niveau de maturité homogène des réseaux en matière de gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Identifiée depuis de nombreuses années comme un employeur socialement responsable et attentive à la sécurité et au bien-être de ses salariés, l'Assurance Maladie

entend conforter cet engagement en poursuivant une action dynamique, destinée à reconnaître la performance sociale des organismes comme un facteur de performance globale de la branche.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour consolider sa politique de gestion des ressources humaines, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

En premier lieu, elle formalisera sa stratégie globale dans un SDRH qui s'attachera à définir un cadre de gestion permettant un pilotage des RH partagé entre la Cnam et ses réseaux. L'objectif de cette orientation est de réduire les écarts de performance sociale entre organismes de la branche, grâce à l'identification des points forts et des axes de progrès des organismes.

En effet, les contraintes pesant sur les recrutements, conjuguées à l'obligation d'assurer de nouvelles missions justifient qu'une certaine homogénéité dans la gestion des RH soit recherchée.

Ainsi, les questions relatives à la mobilité fonctionnelle, à l'accès des salariés à la formation tout au long de leur vie professionnelle, à l'évolution du mode de management, à l'association des agents à la réflexion sur leur activité feront l'objet d'un pilotage et d'un suivi par le niveau national.

Le SDRH affichera l'ambition de l'Assurance Maladie de se mobiliser pour identifier et diffuser largement les innovations RH jugées comme pertinentes. Il s'agira en particulier de promouvoir une démarche d'innovation propre à la branche en mobilisant les organismes et en veillant à ce que la caisse nationale garantisse la diffusion des démarches les plus pertinentes et leur appropriation.

L'Assurance Maladie renforcera la capacité de ses réseaux à élaborer et conduire une gestion prévisionnelle des emplois et compétences adaptée aux évolutions démographiques, techniques et métiers de la branche, en développant :

- une démarche nationale d'évaluation des impacts RH provenant des évolutions majeures de l'Assurance Maladie et des risques professionnels (analyse à moyen



terme de l'évolution quantitative/qualitative des métiers) permettant un partage, au sein du réseau, des actions à engager ;

- l'accompagnement des organismes dans le déploiement des projets importants (RSI, adossement des mutuelles au régime général...) par la diffusion de préconisations, notamment en matière de dialogue social et de participation des salariés ;
- l'appui apporté aux organismes dans l'élaboration des SDRH locaux et/ou de leur politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

L'Assurance Maladie poursuivra par ailleurs les actions engagées au titre de la RSO.

Il conviendra notamment de tirer les conséquences de l'impact du renouvellement des générations sur les attentes des salariés en matière de sens au travail, d'autonomie et de développement professionnel pour susciter l'implication des salariés dans les évolutions de leur activité et promouvoir une politique managériale s'inscrivant dans les valeurs de l'Assurance Maladie (solidarité, responsabilité, universalité, innovation).

Rendre visible l'engagement de l'Assurance Maladie à être un employeur responsable sera l'un des leviers de la démarche de « communication employeur » propre à la branche, visant à rendre ses métiers attractifs. Elle sera articulée avec les travaux menés en interbranches par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss).

Dans le contexte de mise en place d'un comité central d'entreprise, la Cnam s'attachera à favoriser le dialogue social, notamment autour des projets d'évolution d'organisation du service médical, et engagera la négociation d'accords garantissant une harmonisation des pratiques entre les directions régionales du service médical (DRSM).

L'Assurance Maladie entend par ailleurs faire évoluer sa politique de gestion des cadres dirigeants en privilégiant une approche commune entre service administratif et service médical, de manière à renforcer une culture partagée permettant de créer les synergies nécessaires à l'atteinte des objectifs de la branche. L'Assurance Maladie favorisera en particulier le développement de dispositifs communs dans les domaines du repérage des potentiels, du développement professionnel, de l'accompagnement et de la formation. Ces actions seront menées en cohérence avec les travaux conduits par l'Ucanss (revues de viviers, attendus vis-à-vis des agents de direction, évolution de la convention collective des agents de direction).



Au-delà de la définition des orientations stratégiques, la Cnam s'attachera **à évaluer leur niveau de mise en œuvre au sein des organismes**, en ayant accès à un système d'information RH plus complet et en intégrant dans les dialogues de gestion un socle d'objectifs et d'indicateurs portant sur la politique RH.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

Afin de conforter l'élaboration d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences efficace, l'État s'engage à organiser des échanges d'informations et de bonnes pratiques avec les différents régimes de sécurité sociale.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Élaborer et diffuser au réseau les orientations stratégiques de la Cnam dans le cadre d'un dialogue de gestion renforcé	1.1	Favoriser la mise en œuvre de politiques RH harmonisées dans le réseau
		1.2	Déployer une GPEC partagée
		1.3	Faire évoluer la gestion des cadres dirigeants en favorisant la parité hommes/femmes et les dispositifs communs réseau administratif/réseau médical
2	Accompagner les évolutions stratégiques de la branche	2.1	Accompagner les réseaux dans la mise en œuvre des projets à fort impact RH
		2.2	Accompagner les mutations des métiers de la branche en proposant une offre de formation initiale et continue adaptée
		2.3	Renforcer l'attractivité de la branche maladie
3	Confirmer l'engagement de la branche en matière de RSO	3.1	Poursuivre les actions en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap
		3.2	Prendre les mesures permettant de réduire l'absentéisme de courte durée
		3.3	Améliorer la qualité de vie au travail

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Favoriser la mise en œuvre d'une GPEC partagée au sein de la Sécurité sociale	1.1	Organiser des échanges d'informations et de bonnes pratiques entre les différents régimes de sécurité sociale



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1.1	Diffusion du SDRH de branche auprès des organismes du réseau	X				
1.2.1	Accompagnement des organismes dans l'élaboration de leur SDRH local et de leur GPEC	X	X	X	X	X
1.2.2	Réalisation d'une cartographie des emplois et des compétences prospective de la branche pour le service médical			X		
1.3.1	Déploiement d'actions de formation et de développement professionnel réseau administratif - réseau médical	X	X	X	X	X
1.3.2	Accompagnement des cadres dirigeants en lien avec l'Ucanss (revues de viviers nationales, définition des attendus de la fonction d'agents de direction)	X	X	X	X	X
2.1	Production de guides et offre de conseil personnalisé		X	X	X	X
2.2	Réalisation d'un bilan de la politique de formation de l'Assurance Maladie incluant notamment un point relatif au déploiement de parcours qualifiants			X		X
2.3	Définition d'un programme d'actions coordonnées en faveur de la valorisation des métiers de l'Assurance Maladie		X	X	X	X
3.1	Indicateur de suivi : respect du taux d'emploi des salariés handicapés	X	X	X	X	
3.2	Établissement d'une démarche nationale de prévention de l'absentéisme et proposition d'un accompagnement individualisé des organismes	X	X	X	X	X
3.3	Poursuite du développement du télétravail afin d'encourager la conciliation vie privée/vie professionnelle	X	X	X	X	

N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	Tenue d'une réunion annuelle	X	X	X	X	X



INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Taux d'absentéisme pour maladie de courte durée inférieure à 8 jours
2	Taux de formation des agents
3	Taux minimum du genre le moins représenté (taux de féminisation) aux postes de directeurs
4	Évolution de la consommation d'énergie



	2018	2019	CIBLES 2020	2021	2022
	1,12 %	1,10 %	1,08 %	1,05 %	1,02 %
	58 %	60 %	60 %	60 %	60 %
	37 %	40 %	43 %	46 %	50 %
	-2 %	-2 %	-2 %	-2 %	-2 %

Fiche n° 16

Renforcer les coopérations entre les organismes et entre les branches

ENJEUX

Au cours des COG précédentes, l'Assurance Maladie a mis en place de nouveaux dispositifs d'entraide et de mise en commun des ressources des réseaux pour gagner en efficacité, dans la délivrance du service comme dans son fonctionnement interne.

Cette orientation s'est traduite notamment par des opérations de mutualisation concernant douze processus, déclinées dans le projet Tram, et par le dispositif d'entraide Phare qui permet de maintenir une qualité de service durable et homogène sur le territoire.

L'Assurance Maladie entend prolonger cette dynamique de fonctionnement en réseau, en renforçant les mécanismes de coopération entre les organismes de la branche comme avec les autres branches du RG.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour renforcer les coopérations entre les organismes comme avec les autres branches du régime général, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Approfondir les modalités de coopération. Confirmant un schéma d'organisation qui repose sur la compétence départementale des CPAM, l'Assurance Maladie s'engage à approfondir les modalités de coopération au sein du réseau comme avec les autres branches.

Elle s'attachera en premier lieu à finaliser le déploiement du projet Tram, sur l'ensemble des activités concernées.

L'Assurance Maladie entend également améliorer le fonctionnement des activités support en renforçant les coopérations régionales sur plusieurs expertises :

- consolider le rôle des pôles régionaux de compétence immobilière (P.RE.C.I.) pour sécuriser la réalisation des schémas directeurs immobiliers. L'offre de service aux organismes portera sur les activités actuelles des P.RE.C.I. et pourra s'élargir à l'assistance à maîtrise d'ouvrage renforcée pour les organismes dépourvus d'expertise immobilière et/ou devant réaliser des opérations immobilières importantes ;
- constituer des pôles régionaux d'expertise sur les achats pour développer les marchés mutualisés. Dans le contexte du renforcement de la mutualisation des achats au niveau national (branche ou interbranches) et régional, ces pôles régionaux pourront relayer localement la stratégie nationale et répondre aux besoins d'expertise ponctuelle ou pérenne dans ce domaine. Ils seront les interlocuteurs privilégiés des organismes (réseau administratif, médical, centres de traitement informatiques [CTI]) confrontés à des difficultés juridiques ou techniques, et piloteront les marchés régionaux appelés à se développer ;
- proposer un cadre régional de mutualisation sur les fonctions d'expertise pour maintenir le niveau de compétence nécessaire au bon fonctionnement du réseau. La Cnam proposera pour la branche un dispositif conventionnel qui permettra de favoriser les coopérations plus intégrées dans plusieurs domaines d'expertise prioritaires tels que les fonctions d'aide au pilotage (contrôle de gestion, statistiques...), les fonctions RH, les analyses juridiques, l'informatique. Les mutualisations de moyens entre service médical et service administratif seront en particulier recherchées dans ce cadre juridique rénové.

L'Assurance Maladie compte également renforcer son dispositif d'entraide Phare, qui s'avère extrêmement efficace pour soutenir les organismes confrontés à des difficultés ponctuelles, en accroissant la capacité d'action des pôles Phare à intervenir sur les activités déjà prises en charge : mails, IJ, feuilles de soins papier (FSP), lecture automatisée des documents (LAD), réponse téléphonique, CMU-C/ACS) et en élargissant le périmètre à de nouvelles activités telles que les contrôles issus du référentiel national PUMa.



Renforcer le pilotage de la performance. La recherche d'une plus grande efficacité collective reposera sur un pilotage de la performance visant à réduire les écarts au sein des réseaux. La caisse nationale s'engage ainsi à organiser un dialogue de gestion rénové, plus complet et plus individualisé, pour tenir compte de la différenciation croissante des activités exercées par chaque organisme.

La coopération et la complémentarité des responsabilités entre la Cnam et les organismes se traduiront également par les travaux permettant d'optimiser les processus en poursuivant le déploiement du SMI.

Conduire une politique immobilière conforme aux objectifs d'efficience et de RSO.

La politique immobilière de l'Assurance Maladie concourra à l'efficience globale de la branche et à l'atteinte des objectifs fixés en matière de RSO. Elle se déploiera à partir de quatre critères de priorité :

- la sécurité des personnes et des biens grâce aux mises aux normes du parc en matière de sécurité, sûreté, salubrité et accessibilité ;
- l'amélioration de la performance énergétique des sites afin de placer la branche dans les objectifs de moyen et long terme de la loi sur la transition énergétique ;
- l'optimisation des ratios d'occupation des surfaces par des actions de densification fonctionnelles, des accompagnements au télétravail et des opérations d'aménagements d'espaces collaboratifs de types flex-office, co-working ;
- la modernisation du parc immobilier par des opérations de réhabilitation globales ou de mutations patrimoniales en harmonie avec les besoins futurs des organismes.

La politique immobilière tiendra compte également de l'intégration des bâtiments du RSI au sein du RG.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

Afin de favoriser les actions de pilotage et de financement unique des opérations immobilières concernant des patrimoines communs à plusieurs branches, l'État s'engage à adapter les modalités de négociation des plans immobiliers des branches et des budgets associés.

ENGAGEMENTS INTERBRANCHES/INTERRÉGIMES

L'Assurance Maladie s'engage à participer aux travaux de mutualisation conduits avec les autres branches du RG et pilotera notamment les actions concernant :

- **la gestion immobilière** : la Cnam s'investira dans le pilotage national unique des opérations immobilières relevant de patrimoines communs afin de simplifier la gestion de ces opérations. Selon la règle du « financeur majoritaire/gestionnaire unique » la branche maladie financera et suivra les opérations concernant l'ensemble des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et 24 unions immobilières tout en cédant à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) le financement et le suivi des opérations des Carsat.

Par ailleurs la Cnam proposera par convention l'expertise immobilière des P.RE.C.I. aux branches qui n'en disposent pas à ce jour : assistance aux campagnes nationales (mise à jour des surfaces, expertise du vieillissement des bâtiments), assistance à la rédaction de schémas directeurs et de programmes fonctionnels, avis techniques pour les organismes nationaux et locaux...

Cette offre de service s'inscrit en cohérence avec les missions assurées par l'Ucanss auprès des différents réseaux ;

- **l'éditique** : l'Assurance Maladie renforcera les démarches engagées avec la branche vieillesse et proposera un partenariat avec les branches recouvrement et famille ;
- **la gestion des achats** : la Cnam s'engage à rendre systématique dans son réseau le recours aux marchés mutualisés interrégimes notamment ceux portés par l'Ucanss (sauf démonstration d'une offre plus avantageuse) ;
- **la gestion des marchés bancaires** : la Cnam s'engage à mutualiser cette activité au profit de la cellule d'expertise animée par l'Acoss qui est en charge de la passation des marchés pour le compte des caisses nationales qui restent responsables de la mise en exécution des marchés ;
- **la cession des actifs** : la Cnam participera en 2018 à l'expérimentation menée par l'Ucanss relative à la mise en place de portefeuilles d'arbitrage visant à céder des actifs qui ne trouvent pas preneurs sur le marché.



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION
1	Approfondir les modalités de coopérations	1.1	Finaliser le déploiement du projet Tram
		1.2	Consolider le rôle des P.RE.C.I. et proposer une offre de service plus complète
		1.3	Constituer des pôles régionaux d'expertise sur les achats
		1.4	Proposer un cadre régional de mutualisation sur les fonctions d'expertise
		1.5	Accroître la capacité d'intervention sur les activités déjà prises en charge (téléphone, IJ, CMU-C et mail), et étendre Phare à de nouvelles activités
2	Renforcer le pilotage de la performance	2.1	Définir un nouveau dispositif de dialogue de gestion
		2.2	Poursuivre le déploiement du SMI : couvrir l'ensemble des processus
		2.3	Piloter l'efficience de la branche
3	Conduire une politique immobilière conforme aux objectifs d'efficience et de RSO	3.1	Adapter le parc immobilier pour optimiser les surfaces utilisées
4	Contribuer aux actions de mutualisation en interbranche	4.1	Mettre en place la gestion unique des patrimoines communs
		4.2	Proposer aux autres branches l'expertise des P.RE.C.I.
		4.3	Mutualiser la gestion des marchés bancaires
		4.4	Systématiser dans le réseau le recours aux marchés interbranches

ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT
1	Adapter les plans immobiliers et les budgets des branches au principe de pilotage unique des opérations



N° D'ÉVAL°	ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.1	100% des processus déployés conformément au schéma cible Tram		X			
1.2	Proposition de l'offre de service enrichie (assistance conduite de projet d'opérations immobilières)	X				
1.3	Mise en place des 13 pôles régionaux		X			
1.4	Diffusion d'un cahier des charges		X			
1.5.1	Élaboration d'un schéma stratégique de développement de Phare (évaluation des capacités des sites, modalités d'intervention...)	X				
1.5.2	Mise en œuvre du schéma stratégique de développement		X	X	X	X
2.1	Organisation avec l'ensemble des organismes d'un dialogue de gestion en deux temps sur la période de la COG	X		X		
2.2	Déploiement de l'ensemble des référentiels nationaux de processus				X	
2.3	Suivi du coût par bénéficiaire consommant pondéré	X	X	X	X	X
3.1	Élaboration du plan immobilier national Suivi des cessions (m ² de surfaces cédées)	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X
4.1	Signature de la convention de gestion	X				
4.2	Signature de la convention	X				
4.3	Lancement de l'appel d'offres Mise en œuvre opérationnelle		X	X	X	
4.4	Inscription de la règle dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des organismes	X				

ÉCHÉANCES				
2018	2019	2020	2021	2022
X				



INDICATEURS

N°	INDICATEURS
1	Taux de mutualisation des achats en intra et interbranches
2	Ratio de surface utile par agent
3	Amélioration de la productivité sur le processus « gestion des FSE »
4	Amélioration de la productivité sur le processus « gestion des IJ »
5	Coût de gestion par bénéficiaire consommant (coût de gestion hors investissement/nombre de bénéficiaires consommant)



	2018	2019	CIBLES 2020	2021	2022
	43 %	43 %	44 %	45 %	46 %
	12 m ²	12 m ²	12 m ²	12 m ²	12 m ²
	+ 3 %	+ 3 %	+ 3 %	+ 3 %	+ 3 %
	+ 2,5 %	+ 2,5 %	+ 5 %	+ 5 %	+ 5 %
Diminution annuelle de 0,5 % en moyenne sur la période					

Fiche n° 17

Renforcer la qualité et la performance des établissements du groupe Ugecam

ENJEUX

Partie intégrante de l'Assurance Maladie, le Groupe Ugecam gère des établissements sanitaires et médico-sociaux. Dans un environnement sanitaire et médico-social en constante évolution, les établissements du Groupe Ugecam seront confrontés dans les prochaines années à un double défi : renforcer la pertinence et la qualité de leurs prises en charge et de leurs accompagnements, redresser leur trajectoire financière.

La COG 2018-2022 s'inscrit, comme la précédente, dans une trajectoire financière exigeante. Par ailleurs, les modalités de financement des SSR vont largement évoluer avec le déploiement de la DMA jusqu'en 2022, qui concernera plus de la moitié des recettes du Groupe (soit plus de 500 millions d'euros). Parallèlement, les établissements médico-sociaux vont être soumis à la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et à la mise en place de la réforme de tarification des services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées (Serafin-PH).

Au-delà de ces enjeux externes, le Groupe Ugecam devra également gérer deux enjeux internes : la situation financière complexe de plusieurs Ugecam (déficits d'exploitation, tensions de trésorerie, niveau d'endettement...), d'une part, et la vétusté de son parc immobilier, d'autre part, qui peut entraver l'activité de certains de ses établissements, voire réduire leur performance.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour améliorer la qualité et la performance des établissements du Groupe Ugecam, l'Assurance Maladie prend les engagements suivants.

Garantir la pertinence de l'activité des établissements et la « juste prise en charge ».

Pour répondre à la gradation des besoins sanitaires et médico-sociaux de la population, le Groupe Ugecam cherchera à mettre en place une gradation des modalités de prise en charge afin d'en renforcer la pertinence.

S'agissant de la nature des prises en charge, les établissements veilleront à s'inscrire dans les priorités de santé publique nationales, régionales (plans régionaux de santé 2018-2022) et territoriales selon leurs champs d'activité et d'expertise respectives. Localement, afin d'améliorer l'adressage vers les établissements SSR, les Ugecam se rapprocheront des adresseurs potentiels de leurs territoires. Les Ugecam définiront une stratégie de positionnement de leurs établissements sanitaires et médico-sociaux par rapport aux groupements hospitaliers de territoires (GHT) de leurs territoires afin d'articuler leur offre avec celle des établissements publics.

S'agissant des modalités de prises en charge, les établissements renforceront la part de leur activité ambulatoire, incluant l'hospitalisation de jour et les actes et consultations externes (ACE) désormais valorisés depuis 2017 afin de répondre aux exigences attendues et cibles de l'ensemble des établissements de santé. Dans le champ médico-social, les Ugecam développeront les prises en charge en externat, l'offre de service (Sessad, Savs, Samsah) dans une vision inclusive de l'accompagnement des personnes handicapées.

Développer les participations des Ugecam aux innovations organisationnelles en santé. Les Ugecam contribueront également à la mise en place d'organisations innovantes, en expérimentant des dispositifs innovants d'organisation de l'offre tels que les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), les plateformes territoriales d'appui (PTA), l'emploi accompagné (EA).

Par ailleurs, le Groupe Ugecam mettra son expertise du champ des SSR et de la prise en charge du handicap au service de l'Assurance Maladie. Ainsi, les établissements



SSR chercheront par exemple à participer aux expérimentations de l'Assurance Maladie relatives au « sport sur ordonnance », aux plateformes Pfidass, à la démarche Planir mais aussi aux expérimentations de la branche risques professionnels sur la gestion des cas complexes.

Garantir la qualité des prises en charge et des accompagnements. Le renforcement de la démarche qualité globale du Groupe Ugecam passera par :

- l'obtention de résultats A ou B pour la certification HAS pour les établissements sanitaires et de l'évaluation interne et externe pour les établissements médico-sociaux ;
- le déploiement progressif de processus communs nationaux de prise en charge dans l'ensemble des établissements du Groupe Ugecam ;
- la prise en compte de la satisfaction des personnes accueillies sera renforcée notamment dans le cadre d'enquêtes de satisfaction systématisées. Sur leur politique qualité, les Ugecam renforceront les échanges de bonnes pratiques entre établissements sanitaires et médico-sociaux.

Définir une trajectoire d'équilibre financier. Dans un contexte contraint, face à des recettes durablement limitées, les Ugecam devront maintenir, voire renforcer les démarches actives permettant de rétablir l'équilibre de leurs comptes.

Le développement des recettes passera tout d'abord par une maîtrise des leviers de la DMA. S'agissant de la maîtrise des dépenses, des analyses des organisations seront réalisées afin de s'assurer de la juste adéquation des ressources en personnel. Par ailleurs, les Ugecam et la direction nationale veilleront à calibrer au mieux les projets d'investissements afin de garantir l'équilibre des établissements ainsi construits.

Les fonctions support des établissements feront l'objet de mutualisations dans le champ de la paie, de la comptabilité et des supports informatiques dans un objectif de sécurisation des processus, de continuité de l'activité et de performance. De même, des outils conjoints seront déployés sur les gestions économiques et financières (GEF) et sur les fonctions métiers (logiciel sanitaire commun et logiciel médico-social commun), sur la base de processus communs à l'ensemble des établissements du Groupe Ugecam.

Le pilotage financier du Groupe sera renforcé, sur la base de comptes certifiés par des commissaires aux comptes et de tableaux de bord de pilotage partagés.



Pour les établissements du Groupe les plus fragiles (situation financière, taille critique, difficultés de recrutement des médecins), l'accompagnement tripartite (direction nationale, Ugecam, établissement) visera à définir un diagnostic partagé et un plan d'action adapté.

Le Groupe Ugecam se positionnera dans une dynamique de développement maîtrisé en particulier dans le champ médico-social visant à renforcer la performance du Groupe.

Faire évoluer le pilotage des Ugecam. Après 17 ans de fonctionnement des Ugecam, le Groupe consolidera son pilotage national et régional afin de renforcer la performance de gestion des établissements.

S'agissant de l'organisation interne du Groupe, une réflexion sera menée sur les évolutions pertinentes dans le maillage territorial des Ugecam, en tenant compte notamment du périmètre géographique des ARS mais aussi de la nécessité d'un pilotage de proximité.

ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT

L'État s'engage à réformer le financement des soins de suite et de réadaptation, en portant une attention particulière au sujet de l'appareillage et de la pédiatrie.

L'État facilitera la mise en place de filières universitaires incluant des établissements SSR du Groupe Ugecam.

ENGAGEMENTS INTERBRANCHES/INTERRÉGIMES

Dans le cadre du déploiement de la convention Ucanss/Agéfiph 2016-2019, le Groupe Ugecam mettra à disposition des organismes de Sécurité sociale son expertise en matière de formation et de recrutement des travailleurs handicapés notamment dans le cadre du programme d'accompagnement des travailleurs handicapés pour l'accès généralisé à l'emploi (Parthage).

**ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHÉANCES**

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION	N° D'ÉVAL°
1	Garantir la pertinence de l'activité des établissements	1.1	Renforcer le virage ambulatoire en SSR	1.1
		1.2	Réaliser des audits sur la pertinence des patients pris en charge en SSR	1.2
2	Participer à la mise en place d'innovations	2.1	Innovations des pouvoirs publics	2.1
		2.2	Innovations de l'Assurance Maladie	2.2
3	Garantir la qualité des prises en charge et des accompagnements	3.1	Garantir un niveau satisfaisant de certification HAS des SSR	3.1
		3.2	Déployer les processus communs du Groupe	3.2
		3.3	Réaliser une enquête de satisfaction	3.3



ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
	2018	2019	2020	2021	2022
Accroître la part d'hospitalisation de jour (HDJ) dans l'activité des SSR	X	X	X	X	X
Nombre d'audits pertinence réalisés	100% des établissements en tripartite	100% des SSR			
Nombre de participations à des innovations organisationnelles par l'État (PCPE, EA, fonctionnement en dispositif Itep)	X	X	X	X	1 par Ugecam
Nombre de participations à des innovations Assurance Maladie (ateliers lombalgie, Prado SSR, sport sur ordonnance...)	X	X	X	X	1 par Ugecam
Part des établissements certifiés A ou B	X	X	X	X	X
Taux de déploiement des processus communs métiers	Établissements sanitaires pilotes	Établissements sanitaires (logiciel sanitaire) Logiciel MS pour les établissements sanitaires pilotes	Logiciel MS pour l'ensemble des établissements MS		
Pourcentage d'établissements ayant réalisé une enquête de satisfaction	X	X	X	X	X



N° D' ENGT	ENGAGEMENT	N° D'ACT°	ACTION	N° D'ÉVAL°	
4	Définir une trajectoire d'équilibre financier	4.1	Maîtriser les leviers de la DMA	4.1	
		4.2	Renforcer la performance des fonctions soignantes et d'accompagnement	4.2	
		4.3	Renforcer la performance des fonctions supports	4.3.1	
				4.3.2	
				4.3.3	
		4.4	Renforcer le pilotage financier	4.4.3	
				4.4.4	
				4.4.5	
5	Faire évoluer le pilotage des Ugecam	5.1	Examiner les évolutions pertinentes du maillage territorial des Ugecam	5.1.1	



ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
	2018	2019	2020	2021	2022
Élaborer un plan d'action par Ugecam validé par la Cnam et le mettre en œuvre	X	X	X	X	X
Analyse de l'adéquation des ratios des personnels de soins et d'accompagnement dans les établissements		pour 50 % des établissements sanitaires	pour 100 % des établissements sanitaires	X	X
Déployer un outil de gestion économique et financière commun	X				
Mutualiser la paie des Ugecam (montée en charge progressive sur cinq ans)	X	X	X	X	X
Suivi du ratio fonctions support/ fonctions soignantes et d'accompagnement	X	X	X	X	X
Généraliser la comptabilité analytique en SSR (participation à l'ENC, Crea)	X	X			
Renforcer la démarche d'accompagnement tripartite des établissements les plus fragiles	X	X	X	X	X
Mettre en place un outil commun de suivi de la trésorerie	X				
Note d'analyse	X				



ACTIONS À CONDUIRE PAR L'ÉTAT ET ÉCHÉANCES (LE CAS ÉCHÉANT)

N° D' ENGT	ENGAGEMENT	ÉCHÉANCES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Mettre en place la réforme du financement des SSR, en portant une attention particulière sur l'appareillage et la pédiatrie	X	X	X	X	X
2	Faciliter la mise en place de filières universitaires incluant les SSR du Groupe Ugecam	X	X	X	X	X

INDICATEURS

N°	INDICATEURS	CIBLES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Augmentation du nombre de journées en hospitalisation de jour (HDJ) dans les SSR	+ 2%/2017	+ 2%/2018	+ 2%/2019	+ 2%/2020	+ 2%/2021

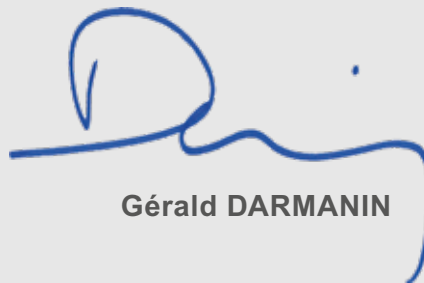
Fait à Paris, le 15 février 2018

La Ministre des Solidarités et
de la Santé



Agnès BUZYN

Le Ministre de l'Action et
des Comptes publics



Gérald DARMANIN

Le Directeur général
de la Caisse nationale de
l'Assurance Maladie



Nicolas REVEL

Le Président
de la Caisse nationale de
l'Assurance Maladie



William GARDEY

Annexe 1



Les ressources et les règles budgétaires



LE FONDS NATIONAL DE GESTION (FNG)

Le budget de gestion comprend les charges de fonctionnement et d'investissement de l'établissement public et de l'ensemble des organismes du réseau.

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE PLURIANNUEL

Pour la période 2018-2022, 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. 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. Dépenses à caractère limitatif

- Pour ces dépenses, les montants figurant dans la présente convention sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice. Il s'agit :
 - des dépenses de personnel ;
 - des autres dépenses de fonctionnement, dont celles liées à l'adossement du RSI ;
 - des dépenses d'investissement relatives :



- à l'informatique,
- aux opérations immobilières sur les sites propres à la branche maladie,
- aux opérations immobilières relatives aux sites en patrimoine commun avec d'autres branches ou régimes,
- aux autres objets.
- Pour chacun de ces groupes de dépenses, l'annexe budgétaire de la présente convention distingue les montants relatifs à l'établissement public et ceux relatifs à l'ensemble des organismes du réseau.

1.1.2. Dépenses à caractère évaluatif

Pour ces dépenses, les montants 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 Cnam. Il s'agit :

- des dotations aux amortissements et provisions, ainsi que celles des unions immobilières ;
- des charges exceptionnelles (compte 675) ;
- de la contribution au Fonds national de gestion administrative (FNGA) de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) et au FNGA de l'Ucanss ;
- de la contribution aux dépenses de fonctionnement des ARS ;
- de la contribution au financement des juridictions sociales ;
- des logiciels créés et en cours de création.

1.2. 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 page 190.



1.3. RÈGLES D'ÉVOLUTION POUR LA PÉRIODE 2018-2022

1.3.1. Actualisation des dépenses de personnel

Le pilotage de la masse salariale repose sur trois leviers :

- la trajectoire d'évolution des effectifs arrêtée pour la durée de la COG ;
- le cadrage de la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP) fixé par les pouvoirs publics ;
- l'enveloppe limitative de frais de personnel.

La détermination de la masse salariale repose sur trois éléments :

- le plafond d'emplois annuel arrêté pour la durée de la COG ;
- le cadrage de RMPP (en masse) fixé par les pouvoirs publics ;
- les glissements divers en masse (dont l'effet noria et l'effet de structure) au sens de la commission interministérielle d'audit salarial du secteur public (Ciassp).

La caisse nationale et les services de l'État procèdent à l'actualisation de la masse salariale sur la base d'un tableau partagé sous-jacent à la programmation budgétaire pluriannuelle, arrêté en commun lors de la négociation de la COG.

La dotation (base COG) de l'année N est actualisée, soit lors du vote du budget initial en N - 1, soit lors du vote du budget rectificatif en avril de l'année N, du différentiel de niveau de RMPP (en masse) arrêté pour l'année N par les pouvoirs publics par rapport à celui retenu pour la construction de la masse salariale de l'année N figurant dans la COG.

Lors du vote du budget rectificatif en avril de l'année N, la masse salariale reconductible de l'année précédente est corrigée du montant correspondant à l'écart de masse salariale de N - 1 résultant du différentiel entre le niveau de glissement vieillesse-technicité (GVT) négatif (effet noria) et d'effet de structure effectivement constaté à la clôture des comptes de l'année N - 1 et celui retenu pour la construction de la masse salariale dans le dernier budget approuvé de l'année N - 1.

La dotation de masse salariale de l'année N est corrigée du montant correspondant à l'écart de masse salariale de N - 1 résultant du différentiel entre le GVT négatif et d'effet de structure effectivement constaté à la clôture des comptes de l'année N - 1 et celui retenu pour la construction de la masse salariale dans le dernier budget approuvé de l'année N - 1.



La régularisation du GVT négatif (effet noria) et de l'effet structure se fera en fonction des départs et arrivées constatés en N - 1 à partir des effectifs rémunérés sur le FNG et non en fonction des glissements divers en masse au sens de la Ciassp afin de tenir compte des particularités propres aux différents fonds de la caisse nationale.

Cette actualisation ne prend pas en compte l'effet « variation des effectifs ».

L'actualisation au titre de l'année N intègre les effets cumulés des actualisations du niveau de RMPP et des glissements divers constatés sur les exercices COG précédents et réalisés conformément aux paragraphes précédents.

La dotation (base COG) de l'année N est également actualisée en fonction des hausses ou des baisses de prélèvement ayant un caractère obligatoire pour l'employeur.

1.3.2. Actualisation des autres dépenses administratives et d'investissement

Il n'y a pas d'actualisation des crédits relatifs aux dépenses administratives d'intervention et d'investissement (reconduction en euros courants des montants fixés dans le tableau page 190).

Un ajustement du montant des autres dépenses administratives de fonctionnement liées à l'adossement du régime des travailleurs indépendants est réalisé le cas échéant en 2019, compte tenu du schéma définitif de répartition des implantations immobilières du RSI.

Pour les investissements immobiliers et informatiques, les montants inscrits dans le tableau de programmation budgétaire correspondent à des crédits de paiement. Le montant total des autorisations d'engagement sur la période conventionnelle est équivalent au montant total des crédits de paiement sur la période. Les montants annuels des autorisations d'engagement font l'objet d'une chronique propre.

1.3.3. Autres réajustements particuliers liés à la période COG

- Budget unique des CGSS
Dans le cadre de la mise en place du budget unique des CGSS, le FNG de la Cnam est abondé sur chaque ligne budgétaire correspondante (masse salariale, autres



dépenses de fonctionnement, investissement [hors immobilier]) du montant de la quote-part correspondant aux autres branches.

- Immobilisation immobilière du patrimoine partagé

Les crédits immobiliers sont décomposés en deux lignes budgétaires :

- Immobilier propre à l'Assurance Maladie ;
- Immobilier partagé des CGSS et des Unions immobilières des organismes de sécurité sociale (Uioss).

La dotation aux amortissements correspondant à ces acquisitions sera portée par la branche les finançant.

En cas de cession de ces biens immobiliers, le produit de cession reviendra à chaque branche participante en fonction de la quote-part d'origine.

Si une difficulté de gestion particulière apparaissait dans la période de la présente COG, les modalités de gestion pourraient être revues, avec l'accord des services de l'État, sans augmentation des crédits globaux de l'ensemble des branches.

- Juridictions sociales

Une ligne budgétaire spécifique de dépenses à caractère évaluatif est positionnée au sein du FNG dans le cadre de la réforme des juridictions sociales du XXI^e siècle. Des crédits sont par ailleurs positionnés au niveau de la masse salariale, permettant de financer le personnel des juridictions sociales qui souhaiterait rester dans la branche. Ces crédits budgétaires de précaution ne sont pas fongibles avec d'autres et ne peuvent être utilisés qu'après accord préalable des services de l'État.

1.3.4. Autres réajustements exceptionnels éventuels

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.

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.



2. LES RÈGLES DE GESTION

2.1. 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'État de ces budgets est réputée acquise après le délai prévu par le code de la Sécurité sociale, s'ils sont conformes à la COG. Le budget de gestion présentera la répartition réalisée entre, d'une part, les organismes locaux et l'établissement public, d'autre part.

2.2. RÉPARTITION DES CRÉDITS DU BUDGET DE GESTION

Les notifications de crédits aux organismes de base sont conformes à la segmentation des montants budgétaires, selon trois grandes masses : dépenses de personnel, autres dépenses de fonctionnement, dépenses d'investissement. Une information est communiquée au contrôle général économique et financier auprès de la caisse nationale selon une périodicité convenue avec lui.

2.3. 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.

À 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. Par exception, à l'intérieur du groupe des dépenses d'investissement immobilier et autres objets, les crédits relatifs aux sites en patrimoine commun ne peuvent faire l'objet d'aucune fongibilité avec les autres lignes budgétaires d'investissement sauf à titre exceptionnel, après accord préalable des services de l'État, par une décision modificative soumise au vote du Conseil. 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 économique et financier auprès de la Cnam et des services de l'État. Il en est de même des virements de crédits des dépenses d'investissement informatique vers les dépenses Cnam établissement public – maîtrise d'œuvre (MOE) au sein des autres dépenses de fonctionnement, notamment quand ils sont justifiés par le recours à des services externes en lieu et place de l'acquisition d'infrastructures matérielles et/ou logicielles ou – dans le cadre des projets applicatifs – quand ils sont destinés à ajuster les équilibres entre les développements nouveaux et les évolutions d'une application existante.

Tout autre virement est interdit sauf à titre exceptionnel, après accord préalable des services de l'État, par une décision modificative soumise au vote du Conseil.

2.4. 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'État. Une information est faite au Conseil.

Les crédits non utilisés de la réserve nationale sont annulés en fin de chaque exercice.

2.5. RÈGLES DE REPORT DES CRÉDITS NON CONSOMMÉS

2.5.1. Règles de report et d'affectation des crédits non consommés pendant la période de la COG

2.5.1.1. Constatation des crédits non consommés

Les crédits non consommés constatés au niveau des groupes de dépenses à caractère limitatif peuvent donner lieu 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.



2.5.1.2. 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 crédits non consommés en dernière année de COG ne sont pas reportables.

Les opérations immobilières soumises à autorisations d'engagement 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 d'engagement 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 d'engagement de l'exercice N et donnent lieu à présentation d'un budget rectificatif au Conseil.

2.5.1.3. Modalités d'approbation par les services de l'État

Pour les crédits reportés à l'intérieur du groupe de dépenses dont ils sont issus, l'approbation par les services de l'État est réputée acquise. Pour les crédits reportés dans un groupe de dépenses différent de celui dont ils sont issus, l'approbation de l'État est implicite dans un délai de vingt jours à compter de la réception du relevé de décision du Conseil.

2.5.1.4. 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.



2.6. RÈGLES D'UTILISATION DES RECETTES

2.6.1. 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 à une augmentation des dépenses d'égal montant lorsque ce supplément correspond à la compensation de frais de gestion engagés par la Cnam.

2.6.2. Recettes constatées par les organismes du réseau

Si la réalisation des recettes pour l'année N pour les comptes appartenant à la liste ci-après est supérieure à l'évaluation faite à l'annexe budgétaire au titre du même exercice, la différence vient majorer le niveau des autorisations de dépenses limitatives non pérennes, à hauteur de 75 % du dépassement de la prévision de recette. Les 25 % restant viennent atténuer le prélèvement sur cotisation. Par exception, certains comptes précisés infra peuvent faire l'objet d'une réutilisation de la différence par rapport à l'évaluation inscrite dans la programmation budgétaire à hauteur de 100 %.

Si la réalisation de ces recettes est inférieure à l'évaluation faite lors des négociations de la COG, les autorisations de dépenses limitatives sont réduites à due concurrence.

La réutilisation du différentiel entre les recettes réutilisables constatées au titre de l'année N et prévisionnelles vient majorer le montant des dépenses limitatives de l'année N + 1. En première année de COG, peut être réutilisé selon les mêmes modalités le différentiel entre les recettes réutilisables prévisionnelles et constatées au titre de la dernière année de la COG précédente. En cas de recettes inférieures à l'évaluation, la réduction à due concurrence du montant des dépenses limitatives est également effectuée au titre de l'exercice N + 1. Dans le cadre de projets ponctuels et bien identifiés,



les services de l'État peuvent, au cas par cas, autoriser une réutilisation de recettes sur l'année en cours sur la base d'une prévision communiquée par la caisse nationale.

S'agissant des produits de cessions immobilières, la différence entre le prix de vente et la valeur nette comptable de l'actif vient impacter, à due concurrence, les autorisations d'investissements en autorisation d'engagement et crédits de paiement de l'exercice N + 1. Elle peut également abonder l'enveloppe des loyers et charges locatives de la branche sur une période de dix ans (à hauteur d'un dixième du différentiel par exercice). Ces crédits réutilisés ne peuvent donner lieu à un autre usage.

Ces produits de cessions immobilières constatées la dernière année de la COG sont reportés sur la COG suivante. En cas de vente immobilière entre organismes du régime général, le montant de celle-ci correspond à la valeur nette comptable du bien.

NATURE DE LA RECETTE		% DE RÉUTILISATION DES RECETTES	MOYENNE 2014-2015-2016
703	Ventes de produits résiduels		-
704	Travaux		-
705	Études		6 325,64
706	Prestations de services		1 587
707	Ventes de marchandises		608
7081	Produits des services exploités dans l'intérêt du personnel		288 905
7082	Commissions et courtages		-
7083	Locations diverses		866 495
7084	Mise à disposition de personnel facturé	100 %	3 162 019
7087	Bonification obtenue de clients et prime de vente		-
7088	Autres produits d'activités annexes (hors sécurité sociale)	100 %	1 922 929
741	Subventions d'exploitation reçues de l'État	100 %	6 149
742	Subvention reçue des régions	100 %	264 716
743	Subvention reçue des départements	100 %	109 222



NATURE DE LA RECETTE		% DE RÉUTILISATION DES RECETTES	MOYENNE 2014-2015-2016
744	Subvention reçue des communes	100 %	17 833
745	Subvention reçue des établissements publics nationaux	100 %	199 045
746	Subvention reçue des établissements publics locaux	100 %	60 000
747	Subvention reçue d'entreprises et d'organismes privés	100 %	210 762
748	Subvention reçue d'autres entités publiques	100 %	12 174
752	Revenus des immeubles non affectés à des activités professionnelles		436 864
755241	Contributions des partenaires au coût du transfert des données sociales		-
755242	Contributions des partenaires au coût d'expédition et édition des Dads		-
75527	Contribution de l'Ircem au coût de saisie des DNT		-
75525	Contribution Cnamts aux coûts informatiques des centres régionaux	100 %	-
75528	Contributions diverses		-
7553	Subventions de gestions courantes		36 087
7554	Services rendus entre organismes (d'une même branche)	100 %	12 673 712
7555	Prod. gestion courante pour annulation d'ordre de dépenses sur ex. antérieurs		1 491 306
7556	Divers transferts de gestion courante (services rendus entre branches et régimes)		617 193
75581	Frais de poursuites et de contentieux – Divers autres produits de gestion courante – Frais de justice et de cont.		30 594
75588	Autres divers/autres produits de gestion courante	100 %	1 262 543
7588	Divers autres produits techniques	100 %	-
sauf 758836	Pénalités et sanctions		-



NATURE DE LA RECETTE		% DE RÉUTILISATION DES RECETTES	MOYENNE 2014-2015-2016
7711	Débits et pénalités reçues sur achats et ventes		169 706
7712	Condamnation pécuniaire prononcée par le juge		1 000
7713	Libéralités reçues		140 556
7717	Dégrèvements d'impôts autres qu'impôts sur bénéfices		75 378
77182	Produits exceptionnels provenant de l'annulation d'ordres de dépenses des exercices antérieurs		754 587
77183	Divers produits exceptionnels s/titres immob.		16 295
77187	Divers produits sur opérations de gestion courante		656 884
775	Autres produits des cessions d'éléments d'actifs (hors cessions immobilières)		602 249
777	Quote-part subv invest virée résultat ex		117 335
778	Autres produits exceptionnels		207 537
7911	Prise en charge des frais de formation (remboursements forfaitaires)		3 472 277
7912	Indemnités d'assurance (remboursement)		780 023
7918	Autres transferts de charges d'exploitation		1 476 926
797	Transfert de charges exceptionnelles		172 195



2.7. BILAN DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

Le suivi consolidé de la répartition des crédits est assuré par une présentation du budget de gestion 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.

2.7.1. Tableaux de bord budgétaires (TBB) du budget de gestion

La caisse nationale fournit pour chaque exercice budgétaire quatre tableaux de bord budgétaires accompagnés d'une analyse de l'exécution budgétaire. Ces documents permettent à l'État de produire des éléments chiffrés pour la Commission des comptes et pour la préparation de la LFSS. Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1, 2 et 3 au 15 avril, au 15 juillet et au 1^{er} 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 TBB 2 précise le montant des crédits N - 1 reportés et non reportés ;
- TBB 4, au 15 avril N + 1, comportant le budget exécuté N.

Les TBB seront accompagnés d'un tableau qui traduit sur quels numéros de compte du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) s'impute chaque dépense présentée dans le TBB.

2.7.2. Immobilier

Un plan immobilier est arrêté pour la durée de la convention. Ce plan est mis à jour en fonction de la consommation des AE et des CP. Il est transmis au moins une fois par an aux services de l'État lors de la présentation du budget exécuté.

2.7.3. Informatique

Les dépenses informatiques (investissement et fonctionnement) feront l'objet d'un suivi budgétaire en prévision et en exécution. Des tableaux de suivi, renseignés en



consommation des AE et des CP s'agissant des investissements, établis en commun accord entre la caisse nationale et l'État, seront transmis aux services de l'État annuellement lors de la présentation du budget exécuté.

Les opérations 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.

Ces tableaux seront également communiqués au contrôleur général.

2.7.4. Effectifs

Un suivi des effectifs de l'ensemble du personnel de la branche maladie par catégorie d'organisme, caisse nationale, centres informatiques, organismes de base, caisses générales de sécurité sociale (CGSS), caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM) et caisse commune de sécurité sociale de Lozère (CCSS) et par catégorie de personnel, sera annexé aux TBB 3 et 4 notamment en termes de flux d'entrées et de flux de sorties : il sera exprimé en ETP moyen annuel et distinguera CDI et CDD. Il présentera un état du recours à l'intérim au sein de la branche.

Les TBB 2 et 3 comportent un état des ETP moyens annuels constatés à sa date de diffusion d'une part, et une prévision à fin d'année d'autre part. Le TBB 4 indique la consommation définitive constatée des effectifs.

Les TBB détaillent les hypothèses sous-jacentes (hypothèses de rendus d'effectifs, de GVT, d'effets « noria » et de structure et glissements divers, d'impact des variations de charges obligatoires, des mesures générales et catégorielles) des prévisions de frais de personnel transmises, et retracent la prévision et la réalisation des dépenses effectuées au titre de l'intéressement du personnel.

2.8. CONTRÔLE ÉCONOMIQUE ET FINANCIER DE L'ÉTAT

Le contrôle économique et financier de l'État auprès de la Cnam 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.



EN MILLIERS D' EUROS	TBB EXÉCUTION PRÉVISIONNELLE		
	2017	2018	2019
<i>A-DÉPENSES À CARACTÈRE LIMITATIF</i>			
I/ PERSONNEL			
Dotation des organismes du réseau	3 732 000	3 690 554	
Intéressement des organismes du réseau	60 900	61 935	
Cnamts établissement public	208 000	209 375	
Intéressement Cnamts établissement public	2 100	2 136	
TOTAL I/ DÉPENSES DE PERSONNEL	4 003 000	3 964 000	
II/ AUTRES COMPTES			
Autres comptes de fonctionnement réseau + Ugecam	488 000	482 494	
Autres comptes de fonctionnement Cnamts établissement public	38 000	37 050	
Autres comptes de fonctionnement des travailleurs indépendants	-	-	
Autres subventions (GIE Sips - IDS - Pnai - subventions conseillers...)	13 163	14 000	
Remises de gestion	272 610	257 034	
<i>Sous-total autres comptes non informatiques</i>	<i>811 773</i>	<i>790 578</i>	
Dotations des organismes - CTI informatique	13 300	11 650	
GIE Sesam-Vitale, GIP Asip Santé, GIP MDS, Cnavts/Cnaf, Ucanss	51 190	56 870	
Cnamts établissement public - MOE (yc DMP)	88 276	87 855	
Cnamts établissement public - Amoa	9 189	11 432	
<i>Sous-total autres comptes informatiques</i>	<i>161 955</i>	<i>167 807</i>	
TOTAL II/ AUTRES COMPTES	973 728	958 385	
Sous-total fonctionnement	4 976 728	4 922 385	
III/ INVESTISSEMENTS			
Immobilier des organismes du réseau	165 400	89 850	
Immobilier Cnam établissement public		150	
Informatique des organismes du réseau	192 100	41 937	
Informatique Cnam établissement public		88 641	
Autres objets des organismes du réseau	134 893	70 000	
Autres objets Cnamts établissement public	800	800	
TOTAL III/ INVESTISSEMENTS	493 193	291 378	
Total dépenses à caractère limitatif	5 469 921	5 213 763	

TAUX D'ÉVOLUTION
COG 2022/
EXÉCUTION
PRÉVISIONNELLE
2017

	2020	2021	2022	TOTAL	
3 678 700	3 798 262	3 756 028	3 709 510	18 633 054	- 0,6%
62 988	64 059	65 148	66 255	320 385	8,8%
208 790	208 430	208 108	207 600	1 042 303	- 0,2%
2 172	2 209	2 246	2 285	11 048	8,8%
3 952 650	4 072 960	4 031 530	3 985 650	20 006 790	- 0,4%
466 635	460 155	428 585	410 585	2 248 454	- 15,9%
36 124	35 221	33 810	32 410	174 615	- 14,7%
-	41 163	39 587	37 932	118 681	ns
15 334	15 176	15 026	15 026	74 562	14,2%
210 250	195 086	142 815	139 544	944 729	- 48,8%
728 343	746 801	659 823	635 497	3 561 041	- 25,9%
11 504	11 360	11 218	11 078	56 810	- 16,7%
55 340	55 808	57 349	55 534	280 901	8,5%
91 463	95 746	99 787	104 291	479 142	18,1%
12 523	12 523	12 523	12 522	61 523	36,3%
170 830	175 437	180 877	183 425	878 376	13,3%
899 173	922 238	840 700	818 922	4 439 417	- 19,6%
4 851 823	4 995 198	4 872 230	4 804 572	24 446 207	- 4,1%
58 800	58 800	49 750	40 000	297 200	- 75,8%
1 200	1 200	250	-	2 800	
36 145	34 758	34 027	35 059	181 926	- 26,5%
90 623	89 978	89 636	106 196	465 074	
70 000	70 000	70 000	70 000	350 000	- 48,1%
800	800	800	800	4 000	0,0%
257 568	255 536	244 463	252 055	1 301 000	- 48,9%
5 109 391	5 250 734	5 116 693	5 056 627	25 747 207	- 7,6%



EN MILLIERS D' EUROS	TBB EXÉCUTION PRÉVISIONNELLE		
	2017	2018	2019
<i>DÉPENSES À CARACTÈRE ÉVALUATIF</i>			
Autres contributions			
FNGA de l'Acosss et FNGA de l'Ucanss	570 000	570 000	
Contribution aux ARS	154 000	154 000	
Réserve nationale	-	10 000	
Amortissements & provisions			
Amortissements et provisions organismes du réseau	178 000	178 000	
Amortissements et provisions Cnamts établissement public yc logiciels créés	108 000	108 000	
Amortissements et provisions des Uioss	8 800	8 800	
Juridictions sociales	-	39 970	
Charges à répartir	-	26 000	
Charges exceptionnelles	24 000	15 000	
Informatique Cnamts établissement public logiciels créés et en cours + réseau	39 600	39 600	
Total dépenses à caractère évaluatif	1 082 400	1 149 370	
TOTAL DES DÉPENSES BRUTES	6 552 321	6 363 133	
Recettes propres des organismes du réseau	- 150 000	- 84 620	
Recettes Cnamts	- 140 000	- 143 200	
Recettes atténuatives GA	- 245 000	- 304 020	
FINANCEMENT DU FNAM ET DU FNAT	6 017 321	5 831 293	



	2020	2021	2022	TOTAL	TAUX D'ÉVOLUTION COG 2022/ EXÉCUTION PRÉVISIONNELLE 2017
570 000	570 000	570 000	570 000	2 850 000	0,0%
154 000	154 000	154 000	154 000	770 000	0,0%
10 000	10 000	10 000	10 000	50 000	ns
178 000	178 000	178 000	178 000	890 000	0,0%
108 000	108 000	108 000	108 000	540 000	0,0%
8 800	8 800	8 800	8 800	44 000	0,0%
				-	ns
39 970	39 970	39 970	39 970	199 850	ns
-	-	-	-	26 000	ns
15 000	15 000	15 000	15 000	75 000	- 37,5%
39 600	39 600	39 600	39 600	198 000	0,0%
1 123 370	1 123 370	1 123 370	1 123 370	5 642 850	3,8%
6 232 761	6 374 104	6 240 063	6 179 997	31 390 057	- 5,7%
- 84 620	- 84 620	- 84 620	- 84 620	- 423 100	- 43,6%
- 143 200	- 143 200	- 143 200	- 143 200	- 716 000	2,3%
- 304 020	- 303 420	- 303 420	- 303 420	- 1 518 300	23,8%
5 700 921	5 842 864	5 708 823	5 648 757	28 732 657	- 6,1%

LE FONDS NATIONAL D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE (FNASS)

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE PLURIANNUEL

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.

Tous les crédits ont un caractère pluriannuel et limitatif.

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.

1.2. PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure en page 198.



Le budget du Fnass fait l'objet d'un vote chaque année par le Conseil. L'approbation par l'État, dans le délai prévu par le Code de la Sécurité sociale de ce budget est réputée acquise s'il est conforme à la COG.

Le montant des dotations budgétaires pour l'exercice 2018 est fixé dans le tableau chiffré joint au présent document (cf. annexe).

Pour les exercices 2019 à 2022, sur la base des dépenses fixées, les lignes budgétaires suivantes évoluent selon le taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année corrigé :

- dotations aux caisses/aide au maintien à domicile ;
- dotations aux caisses/subventions de fonctionnement aux associations ;
- Cnam/subventions de fonctionnement aux associations ;
- Cnam/subventions affectées.

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.

Au cours de la COG, l'État et la Cnam réalisent un bilan national de l'utilisation des aides au vu des demandes adressées au réseau des caisses.

1.3. RÈGLES DE GESTION

1.3.1. Notification des crédits

Le directeur général de la Cnam notifie annuellement aux structures locales les crédits en euros constants qui leur 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.



1.3.2. Virements des crédits

Le budget du Fnass se décompose en :

- section de fonctionnement relative à l'action sanitaire et sociale ;
- 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 Cnam à l'intérieur de chacun de ces trois groupes de dépenses, à l'exception des lignes « accompagnement des organismes » et « établissements » des Ugecam qui ne sont pas fongibles avec les autres lignes. Les virements de crédits entre les trois 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'État conformément à l'article L 224-10 du Code de la Sécurité sociale.

1.3.3. Reports de crédits non consommés

- Règles de report

Afin de permettre une gestion pluriannuelle des dépenses de l'action sanitaire et sociale, la Cnam 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 constatés au niveau des dépenses 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. 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 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'État est réputée acquise.



Pour les crédits reportés faisant l'objet d'un virement entre les trois groupes de dépenses cités précédemment, l'approbation des services de l'État se fait conformément à l'article L. 224-10 du Code de la Sécurité sociale.

Les crédits non utilisés au titre des dépenses peuvent donner lieu à une ré-affectation aux caisses, le solde des crédits étant mutualisé au niveau national.

1.3.4. Immobilier

Un plan immobilier est arrêté pour la durée de la convention en autorisations d'engagement et en crédits de paiement. Ce plan est mis à jour en fonction de l'exécution des projets immobiliers. Les autorisations d'engagement non ouvertes donnent lieu à report sur l'exercice suivant dans leur intégralité.

Les opérations immobilières soumises à autorisation d'engagement 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 d'engagement 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 Cnam.

Toutefois, si ces crédits ne sont pas utilisés l'année suivante, l'organisme devra les restituer à la caisse nationale.

S'agissant des produits de cessions immobilières, la différence entre le prix de vente et la valeur nette comptable de l'actif vient impacter, à due concurrence, les autorisations d'investissements en AE et CP de l'exercice N + 1.

Ces produits de cessions immobilières constatées la dernière année de la COG sont reportés sur la COG suivante.

1.3.5. 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.

FNASS – ACTION SANITAIRE ET SOCIALE – EXÉCUTION (F)		2017
Prestations obligatoires		
Cures thermales		4 950 000
Prestations facultatives		
Dotation paramétrique et ReMaDom + Prado		121 600 000
Subventions aux œuvres		2 550 000
Charges exceptionnelles		650 000
Subventions aux associations		7 280 000
Total fonctionnement réseau hors Ugecam		137 030 000
Subventions aux associations		645 000
Subventions affectées		2 970 000
Études et recherches		1 000 000
Total fonctionnement Cnamts		4 615 000
Total fonctionnement hors Ugecam		141 645 000
FNASS – ACTION SANITAIRE ET SOCIALE – EXÉCUTION (I)		2017
Œuvres CP		5 840 000
Œuvres AP		-
Étab. extérieur (personnes âgées ou handicapées) CP		-
Total - Action sanitaire et sociale (F+I)		147 485 000
FNASS – UGECAM – (F)		2017
Accompagnement des organismes		1 225 000
FNASS – UGECAM – (I)		2017
Établissement (CP)		56 400 000
Établissement (AP)		134 700 000
Total - Ugecam		57 625 000



	PROPOSITION 2018	PROPOSITION 2019	PROPOSITION 2020	PROPOSITION 2021	PROPOSITION 2022	VAR 2017/2022
	5 500 000	5 500 000	5 500 000	5 500 000	5 500 000	11,1%
	107 885 000	105 635 000	103 435 000	99 735 000	98 500 000	-19,0%
	2 600 000	2 600 000	2 600 000	2 600 000	2 600 000	2,0%
	700 000	700 000	700 000	700 000	700 000	7,7%
	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	9,9%
	124 685 000	122 435 000	120 235 000	116 535 000	115 300 000	-15,9%
	650 000	650 000	650 000	650 000	650 000	1%
	2 900 000	2 900 000	2 900 000	2 900 000	2 900 000	-2%
	1 300 000	1 600 000	2 300 000	3 000 000	3 000 000	200%
	4 850 000	5 150 000	5 850 000	6 550 000	6 550 000	41,9%
	129 535 000	127 585 000	126 085 000	123 085 000	121 850 000	-14,0%
	PROPOSITION 2018	PROPOSITION 2019	PROPOSITION 2020	PROPOSITION 2021	PROPOSITION 2022	VAR 2017/2022
	8 008 000	5 669 000	3 369 000	3 115 000	2 550 000	N.S.
	5 885 000	500 000	300 000	500 000	500 000	N.S.
	280 000	-	-	-	-	
	137 823 000	133 254 000	129 454 000	126 200 000	124 400 000	-15,65%
	PROPOSITION 2018	PROPOSITION 2019	PROPOSITION 2020	PROPOSITION 2021	PROPOSITION 2022	VAR 2017/2022
	6 000 000	6 000 000	5 000 000	5 000 000	3 000 000	144,9%
	PROPOSITION 2018	PROPOSITION 2019	PROPOSITION 2020	PROPOSITION 2021	PROPOSITION 2022	VAR 2017/2022
	37 009 500	79 887 700	81 978 200	40 239 300	40 885 500	N.S.
	36 783 100	33 990 800	59 026 300	47 431 900	72 768 100	N.S.
	43 009 500	85 887 700	86 978 200	45 239 300	43 885 500	-23,8%

LE FONDS NATIONAL DE PRÉVENTION, D'ÉDUCATION ET D'INFORMATION SANITAIRE (FNPEIS)

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE

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 CES. 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 Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) entraîne un ajustement des crédits budgétés.

1.2. PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure page 203.

Le budget du FNPEIS fait l'objet d'un vote chaque année par le Conseil. L'approbation par l'État 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 CES en gestion directe sera présenté chaque année aux services de l'État en annexe du TBB 4. Cet état comporte une décomposition des effectifs par fonctions.

2. LES RÈGLES DE GESTION

2.1. NOTIFICATION DE CRÉDITS

Dès l'approbation du FNPEIS, le directeur général de la Cnam notifie aux structures régionales et locales des dotations leur permettant d'assurer le financement des dépenses autorisées par la Cnam dont le montant est fixé limitativement (dépistage des cancers, activité des CES, actions locales de prévention, déploiement et 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 (examen buccodentaire [EBT] ticket modérateur [TM] d'actes pris en charge sur le risque) donnent lieu à une créance sur la Cnam, soldée à la clôture des comptes.

Tout dépassement constaté au niveau de 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. VIREMENTS DE CRÉDITS

Les virements de crédits entre les grandes 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'État conformément à l'article L 224-10 du Code de la Sécurité sociale. Les virements de crédits vers les lignes CES et centres techniques d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) ne peuvent excéder un montant total de deux millions d'euros par an.

À l'intérieur de chaque ligne de programme, les virements de crédits sont effectués par le directeur général de la Cnam et font l'objet d'une information du contrôleur général auprès de la Cnam.



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 CES, la Cnam 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. L'affectation de ces reports entre les lignes de programme s'effectue 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.

2.4. 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.



EN MILLIONS D'EUROS	PRÉVISIONS EXÉCUTION 2017	PRÉVISIONS 2018	PRÉVISIONS 2019	PRÉVISIONS 2020	PRÉVISIONS 2021	PRÉVISIONS 2022	BUDGET TOTAL COG 2018/2022
ACTIONS NATIONALES	149,9	143,8	147,4	145,3	143,1	140,2	719,8
Vaccinations	26,2	31,3	33,7	35,1	37,8	37,6	175,5
Vaccination anti grippale	16	22,3	23,7	25,1	27,8	27,6	126,5
Dont dépenses com	1,7	2	2,3	2,4	2,5	2,3	11,5
Vaccination ROR	7,2	8	9	9	9	9	44,0
Autres vaccinations	3	1	1	1	1	1	5,0
Prévention buccodentaire	54,0	67,9	67,4	67,9	66,9	67,5	337,6
Bon usage du médicament	7,8	9,2	11,0	7,8	5,1	3,6	36,7
Actions de prévention et d'accompagnement	11,0	23,3	26,0	25,2	24,0	22,1	120,6
Financement axes prioritaires – nouveaux projets de santé publique	0,0	5,0	7,0	9,0	9,0	7,0	37,0
Lutte contre les infections VIH/hépatites	4,0	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	15,5
Contraception d'urgence	3,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	17,5
Subventions	11,9	5,5	2,7	2,7	2,7	2,8	16,4
AFDPHE & dépistage des mal. génétiques	9,0	2,8	0,0	0	0	0	2,8
Autres associations	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	13,6
ACTIONS LOCALES	71,9	82,1	80,6	78,6	75,1	75,1	391,5
Actions de dépistage des cancers	68,0	81,0	79,5	77,5	74,0	74,0	386,0
Actions territorialisées	3,9	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	5,5
AUTRES	153,8	153,8	153,4	153,3	153,3	153,3	767,1
Centres d'examens de santé	150,0	150,0	149,6	149,5	149,5	149,5	748,1
Cetaf	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	19,0
TOTAL DÉPENSES BUDGÉTAIRES	375,6	379,7	381,4	377,2	371,5	368,6	1 878,4

LE FONDS NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE

1.1. CHAMP D'APPLICATION

En application de l'article L 137-27 du Code de la Sécurité sociale est créé au sein de la Cnam un fonds de lutte contre le tabac.

Ce fonds est chargé de la participation au financement des actions de lutte contre le tabac sur la base d'orientations prioritaires fixées par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

Entrent dans le champ d'application de la présente convention, le financement d'actions de lutte contre le tabagisme, fixées par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, après avis du conseil de gestion du fonds.

1.2. PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure page 205.

Les dépenses du fonds sont engagées et exécutées dans la limite des plafonds définis par la COG et du montant de la contribution affectée au fonds.

Le budget du « Fonds tabac » fait l'objet d'un vote chaque année par le Conseil. L'approbation par l'État 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.

2. LES RÈGLES DE GESTION

2.1. NOTIFICATION DE CRÉDITS

Dès l'approbation du « Fonds tabac », le directeur général de la Cnam, sur la base des décisions du conseil de gestion et de l'arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, notifie au porteur de projet désigné les crédits visant à financer les actions correspondantes.

2.2. PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

- Règle de report
Afin de permettre une gestion pluriannuelle des dépenses, la Cnam 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.

2.3. BILAN DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

Les modalités de suivi du « Fonds tabac », notamment celles relatives à la communication des TBB à la tutelle, sont identiques à celles établies pour le suivi du FNPEIS.

Le bilan des actions financées fait l'objet d'une transmission aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

EN MILLIONS D'EUROS	PRÉVISIONS 2018	PRÉVISIONS 2019	PRÉVISIONS 2020	PRÉVISIONS 2021	PRÉVISIONS 2022	BUDGET TOTAL 2018 - 2022
Plafond de dépenses	100	120	130	130	130	610

LE FONDS DES ACTIONS CONVENTIONNELLES (FAC)

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE

1.1. CHAMP D'APPLICATION

- Structures

Les structures concernées par la pluriannualité budgétaire du FAC sont les suivantes : les CPAM, CGSS et l'établissement public national.

- Dépenses

Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures mentionnées à l'article L 6323-1 du Code de la Santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu et participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation.

Tous les crédits ont un caractère pluriannuel et limitatif.

Au cours de la période conventionnelle, toute mesure de nature législative ou réglementaire conduisant à un transfert de charge du FAC vers un autre budget ou vers le risque entraîne une annulation des crédits budgétés à due concurrence.

De même, toute nouvelle dépense mise à la charge du budget du FAC entraîne un ajustement des crédits budgétés.



1.2. PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure page 210.

Le budget initial du FAC, et rectificatif s'il existe, font l'objet d'un vote chaque année par le Conseil de la Cnam.

L'approbation par l'État, dans le délai prévu par le Code de la Sécurité sociale, de ce budget, est réputée acquise s'il est conforme à la COG.

Les montants des dotations budgétaires pour les exercices 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 sont fixés en euros constants dans le tableau chiffré joint au présent document.

1.3. RÈGLES DE GESTION

1.3.1. 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'État de ces budgets est réputée acquise après le délai prévu par le Code de la Sécurité sociale, s'ils sont conformes à la COG.

1.3.2. Virements des crédits

Le budget du FAC se décompose en quatre groupes de dépenses :

- subvention de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) ;
- subvention de la Fédération française des maisons et des pôles de santé (FFMPS) ;
- mesures issues des accords conventionnels ;
- aides conventionnelles à l'informatisation.



À l'intérieur de ces groupes de dépenses, les virements de crédits relèvent de l'autorité du directeur général de la caisse nationale.

Les virements de crédits entre groupes font l'objet d'une décision modificative soumise au vote du Conseil et à l'approbation des services de l'État. Une information préalable est faite au contrôleur général économique et financier auprès de la Cnam.

1.3.3. Reports de crédits non consommés

- Règles de report

Afin de permettre une gestion pluriannuelle des dépenses du fonds d'actions conventionnelles, la Cnam 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 - 1 sur l'exercice N sur la période de la COG.

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.

- Nature des crédits reportables

Tous les crédits non consommés au titre de l'exercice N peuvent être reportables sur l'exercice N + 1 dans la limite de la durée de la COG.

- 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, et d'autre part, leur destination en N par groupe de dépenses.

1.4. RECETTES

Les recettes de l'exercice N - 1 sont non récupérables sur l'exercice N.



2. SUIVI DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

2.1. BILAN DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

Le suivi consolidé de la répartition des crédits est assuré par une présentation du budget du FAC au Conseil dans la même forme que celle figurant dans la COG.

2.2. TABLEAUX DE BORD BUDGÉTAIRES (TBB) DU FAC

La caisse nationale fournit pour chaque exercice budgétaire quatre tableaux de bord budgétaires accompagnés d'une analyse de l'exécution budgétaire. Ces documents permettent à l'État de produire des éléments chiffrés pour la commission des comptes de printemps et pour la préparation de la LFSS. Le calendrier de production des TBB relatifs à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1, 2 et 3 au 15 avril, au 15 juillet et au 15 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 TBB 3 précise le montant des crédits N - 1 reportés et non reportés ;
- TBB 4, au 15 avril N + 1, comportant le budget exécuté N et le budget rectificatif.

2.3. CONTRÔLE ÉCONOMIQUE ET FINANCIER DE L'ÉTAT

Le contrôle économique et financier de l'État auprès de la Cnam 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 tutelles.



FONDS DES ACTIONS CONVENTIONNELLES (RG + SLM + RSI) (EN €)	PRÉVISIONS 2017 NOVEMBRE	
Subventions ANDPC	182 000 000	
Subventions FFMPs		
Vie conventionnelle	3 100 000	
Aides conventionnelles (autres PS)	128 000 000	
	<i>Dont RSI</i>	
TOTAL DÉPENSES BRUTES FAC	313 100 000	
RECETTES	21 000 000	
TOTAL DÉPENSES NETTES FAC	292 410 000	



	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL COG 2018-2022
	186 186 000	190 468 000	194 850 000	199 331 000	203 915 000	974 750 000
	155 000	155 000	155 000	155 000	155 000	775 000
	2 700 000	2 700 000	2 700 000	2 700 000	2 700 000	13 500 000
	148 656 000	156 500 000	170 100 000	173 250 000	176 315 000	824 821 000
			7 852 679	8 325 075	8 384 445	24 562 199
	337 697 000	349 823 000	367 805 000	375 436 000	383 085 000	1 813 846 000
	21 483 000	21 977 000	12 827 000	13 122 000	13 424 000	82 833 000
	316 214 000	327 846 000	354 978 000	362 314 000	369 661 000	1 731 013 000

LE FONDS NATIONAL POUR LA DÉMOCRATIE SANITAIRE (FNDS)

1. LE CADRAGE BUDGÉTAIRE

1.1. CHAMP D'APPLICATION

Entrent dans le champ d'application de la convention les dépenses relatives aux actions de démocratie sanitaire conformément à l'article L 221-1-3 du Code de la Sécurité sociale.

Au cours de la période conventionnelle, toute mesure de nature législative ou réglementaire conduisant à un transfert de charge du FNDS 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 FNDS entraîne un ajustement des crédits budgétés.

1.2. PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure page 214.

Les dépenses du fonds sont engagées et exécutées dans la double limite :

- des autorisations de dépenses définies par la COG
- et du montant de la ressource affectée au fonds correspondant à la fraction de 0,11 % du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, prélevée sur la part de cette taxe affectée à la Cnam.



Le budget du FNDS fait l'objet d'un vote chaque année par le Conseil. L'approbation par l'État 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.

2. LES RÈGLES DE GESTION

2.1. NOTIFICATION DE CRÉDITS

Une convention financière est conclue avec chaque bénéficiaire des financements assurés par le fonds qui précise l'objet, la durée, les modalités de versement et les conditions d'utilisation des financements. La convention prévoit en outre la justification des dépenses, la production d'un bilan d'exécution et les modalités d'une éventuelle régularisation. La convention est signée par le directeur général de la caisse nationale de l'Assurance Maladie et par les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget.

2.2. PROGRAMMATION BUDGÉTAIRE

- Règle de report
Afin de permettre une gestion pluriannuelle des dépenses de démocratie sanitaire, la Cnam 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, la Cnam constate le résultat comptable du fonds, soit la différence entre les dépenses exécutées et les recettes correspondant à la fraction de 0,11 % du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du Code général des impôts, prélevée sur la part de cette taxe affectée à la Cnam.

Après la clôture de l'exercice N - 1, les crédits non consommés peuvent donner lieu à report sur l'exercice suivant. 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.

2.3. BILAN DE L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

Les modalités de suivi du FNDS, notamment celles relatives à la communication des TBB à la tutelle, sont identiques à celles établies pour le suivi du FNG.

Le bilan des actions financées fait l'objet d'une transmission aux ministres en charge de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget.

EN MILLIONS D'EUROS	PRÉVISIONS 2018	PRÉVISIONS 2019	PRÉVISIONS 2020	PRÉVISIONS 2021	PRÉVISIONS 2022	BUDGET TOTAL 2018 - 2022
Plafond de dépenses	11	11	11	11	11	55

Annexe 2

—
Le dispositif de suivi et
de révision de la COG
—



1. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

L'État et la Cnam organisent un suivi d'exécution permanent des engagements pris dans la présente convention. Ce suivi repose notamment sur les TBB, les tableaux des actions à conduire et échéances des fiches thématiques et les indicateurs figurant en annexe de la convention.

Le contenu et les modalités de transmission des TBB 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, est désigné dès la signature de la COG. Il assure notamment la consolidation et la bonne transmission des outils de reporting définis par la présente convention.

La Cnam veille à adapter les outils de suivi aux dispositions et au format de la nouvelle COG, en proposant en particulier une restitution par fiche thématique.

La Cnam fournit à l'État les résultats des indicateurs de la COG selon la périodicité, semestrielle ou mensuelle, sur laquelle ils se sont accordés. À la demande des services de l'État, et au regard d'un contexte particulier, la Cnam peut être amenée à transmettre des données selon une périodicité plus régulière.

La Cnam adresse semestriellement aux services de l'État un document de synthèse (tableau de bord) destiné à informer de l'avancement des projets informatiques, tant sous l'angle des apports métiers, des réalisations techniques que des dépenses budgétaires. Le format de ce document est défini dans le schéma directeur du système d'information (SDS)

Chaque année, à la fin du mois de mars, la Cnam propose un projet de bilan annuel, consolidant notamment le bilan des actions et échéances inscrites dans les fiches thématiques et les indicateurs de résultats et de suivi de la COG, qui permet à l'État et à la Cnam d'établir un document commun présenté au Conseil de la Cnam.

Lors de la dernière année couverte par la convention, l'État et la Cnam procèdent à son évaluation contradictoire. Cette évaluation vise à apprécier le degré de réalisation des objectifs et les résultats obtenus. Elle analyse les raisons des écarts éventuels en



distinguant notamment entre les raisons internes à l'Assurance Maladie et celles qui ne lui sont pas imputables. Cette évaluation donne lieu à un rapport au Conseil de la Cnam.

La Cnam s'engage à mettre à disposition des services de l'État les lettres réseau.

L'État et la Cnam organisent, selon les mêmes modalités, un suivi d'exécution permanent des engagements de la COG 2016/2019 entre l'État et le RSI relevant de la responsabilité de la branche maladie. De même, la Cnam fournit également à l'État, selon les mêmes modalités prévues par la présente annexe, les résultats des indicateurs de la COG du RSI relevant désormais de la responsabilité de la branche maladie.

2. LES CONTRATS PLURIANNUELS DE GESTION (CPG)

La COG 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 avant la fin de l'année suivant la signature de la COG avec l'État.

La Cnam décline très largement les indicateurs de la COG dans les CPG et dans l'intéressement.

3. LA RÉVISION ET L'ACTUALISATION

La présente convention peut être révisée en cours de période 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.

Annexe 3

—

Indicateurs de résultat
inscrits dans la COG

—



N°	INDICATEURS DE RÉSULTAT	CIBLES				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS	6 600 000	6 713 000	6 850 000	7 000 000	7 150 000
2	Nombre d'accompagnements Pfidass aboutis	33 000	60 000	78 750	100 000	100 000
3	Nombre d'assurés accompagnés au titre de la PDP	+ 2,5% /2017	+ 2,5% /2018	+ 2,5% /2019	+ 2,5% /2020	+ 2,5% /2021
4	Évolution du taux de dépassement des médecins de secteur 2 et 1 DP	49,5%	48%	47%	46,5%	46%
5	Part des actes à tarif opposable (toutes catégories : CMU-C, ACS...)	41%	42%	43%	44%	45%
6	Nombre de contrats démographiques incitatifs signés	Caim : 546 CSTM : 85	Caim : 896 CSTM : 150	Caim : 1 246 CSTM : 200	Caim : 1 596 CSTM : 250	Caim : 1 746 CSTM : 300
7	Nombre de contrats ACI MSP signés	720	980	1 280	1 530	1 800
8	Durée moyenne de séjour pour les adhérents au Prado chirurgie	4,75	4,55	4,35	4,15	4
9	Nombre d'actes de télémédecine		500 000	700 000	1 000 000	1 400 000
10	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	+ 4 pts /2017	+ 1 pt /2018	+ 1 pt /2019	+ 1 pt /2020	+ 1 pt /2021
11	Dépistage organisé du cancer colorectal	+ 5 pts /2017	+ 3 pts /2018	+ 1 pt /2019	+ 1 pt /2020	+ 1 pt /2021
12	Dépistage organisé du cancer du sein	+ 1 pt /2017	+ 1 pt /2018	+ 1 pt /2019	+ 1 pt /2020	+ 1 pt /2021
13	Taux de recours global aux chirurgiens-dentistes pour les classes d'âge concernées par l'examen buccodentaire	61%	62%	63%	64%	65%
14	Taux de respect de l'Ondam	100%	100%	100%	100%	100%
15	Taux de respect des objectifs de maîtrise médicalisée	100%	100%	100%	100%	100%
16	Mise en place de la dématérialisation des demandes d'accord préalables		Masseurs-kinésithérapeutes	Orthophonistes	Orthoptistes	
17	Nombre de volets pertinence signés avec les établissements de santé dans le cadre des Caqes	200	250			
17 bis	Taux d'établissements bénéficiant d'un intéressement (se substitue au 17 à compter de 2020)			40%	40%	40%



N°	INDICATEURS DE RÉSULTAT	CIBLES				
		2018	2019	2020	2021	2022
18	Écart de la durée moyenne d'IJ entre les PS ayant utilisé/n'ayant pas utilisé l'AAT dématérialisé (cible à fixer)		X	X	X	X
19	Montant des préjudices frauduleux et fautifs subis	200 M€	201 M€	202 M€	203 M€	203 M€
20	Montant des préjudices frauduleux et fautifs évités	50 M€	54 M€	58 M€	62 M€	62 M€
21	Taux de recouvrement des indus frauduleux	+ 1 pt /2017	+ 1 pt /2018	+ 1 pt /2019	+ 1,5 pt /2020	+ 1,5 pt /2021
22	Taux de recouvrement des indus non frauduleux	99%	99%	99%	99%	99%
23	Taux de couverture des contrôles PUMa pour les bénéficiaires consommateurs	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les trois années précédentes
24	Taux d'incidences financières des erreurs (TIF) taux de fiabilité PN en montant	1,34%	1,27%	1,19%	1,12%	1,04%
25	Taux d'incidences financières des erreurs (TIF) taux de fiabilité PE	2,83% (intervalle de confiance ± 0,58)	2,78% (intervalle de confiance ± 0,58)	2,69% (intervalle de confiance ± 0,58)	2,59% (intervalle de confiance ± 0,58)	2,46% (intervalle de confiance ± 0,58)
26	Taux de qualité des dossiers en volume après paiement (IQV) : IFPN en volume	5,5% (intervalle de confiance ± 1,55)	5,2% (intervalle de confiance ± 1,55)	4,9% (intervalle de confiance ± 1,55)	4,6% (intervalle de confiance ± 1,55)	4,26% (intervalle de confiance ± 1,55)
27	Taux de qualité des dossiers en volume après paiement (IQV) : IFPE en volume	9% (intervalle de confiance ± 1,77)	8,7% (intervalle de confiance ± 1,77)	8,4% (intervalle de confiance ± 1,77)	8,1% (intervalle de confiance ± 1,77)	7,7% (intervalle de confiance ± 1,77)
28	Montants recouverts au titre du recours contre tiers	1 035 273 559 €	1 085 479 263 €	1 141 849 402 €	1 205 284 299 €	1 276 817 950 €




N°	INDICATEURS DE RÉSULTAT	CIBLES				
		2018	2019	2020	2021	2022
29	Délai de remboursement des FSE assurés (9e décile)	7j	7j	7j	7j	7j
30	Délai de paiement de la première indemnité journalière non subrogée (délai moyen)	28j	28j	27j	26j	25j
31	Délai de traitement des demandes de CMU-C/ACS (9e décile)	33j	32j	31j	30j	29j
32	Taux d'appels téléphoniques aboutis	90%	90%	90%	90%	90%
33	Taux de courriels traités dans le délai de 48 h	80%	80%	80%	80%	80%
34	Taux de satisfaction globale des assurés	93%	93%	93%	93%	93%
35	Taux de satisfaction des assurés par canal de contact (e-mail, téléphone, Internet, papier, physique)	80%	80,5%	81%	81,5%	82%
36	Taux de satisfaction sur la réitération		À déterminer	À déterminer	À déterminer	À déterminer
37	Taux de satisfaction globale des professionnels de santé	86%	86,5%	87%	87,5%	88%
38	Taux de satisfaction globale des employeurs	87,5%	88%	88,5%	89%	89,5%
39	Taux de réclamations traitées dans les délais (dix jours)	82%	83%	84%	85%	85%
40	Nombre de PFS employeurs multicanal			6	9	13
41	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices assurés : • Téléservices existants : relevé IJ, demande de carte Vitale, attestations de droits, déclaration nouveau-né • Nouveaux téléservices : déclaration trimestrielle sur l'honneur invalidité	Relevé IJ : 91% C Vitale : 40% Att Dr : 70% Nouveau-né : 30%	Relevé IJ : 92% C Vitale : 50% Att Dr : 74% Nouveau-né : 50%	Relevé IJ : 93% C Vitale : 60% Att Dr : 77% Nouveau-né : 75%	Relevé IJ : 94% C Vitale : 65% Att Dr : 80% Nouveau-né : 95%	Relevé IJ : 95% C Vitale : 70% Att Dr : 83% Nouveau-né : 95%
42	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : déclaration médecin traitant, certificat médical AT, avis d'arrêt de travail, protocole de soins électronique	DMT : 83% Certificat médical AT/MP : 17% AAT : 40% PSE : 60%	DMT : 87% Certificat médical AT/MP : 21% AAT : 50% PSE : 66%	DMT : 91% Certificat médical AT/MP : 26% AAT : 60% PSE : 73%	DMT : 95% Certificat médical AT/MP : 30% AAT : 70% PSE : 80%	DMT : 95% Certificat médical AT/MP : 35% AAT : 75% PSE : 83%



N°	INDICATEURS DE RÉSULTAT	CIBLES				
		2018	2019	2020	2021	2022
43	Taux d'utilisation d'e-dat par les employeurs	73%	75%	77%	79%	81%
44	Nombre de DMP ouverts	3,5 millions	10 millions	20 millions	30 millions	40 millions
45	Nombre de professionnels ayant recours à la e-prescription en établissement et en ville		5 000	10 000	20 000	30 000
46	Taux de disponibilité des portails PS	99,5%	99,55%	99,6%	99,64%	99,67%
47	Taux de disponibilité des portails Assurés	99%	99,05%	99,1%	99,2%	99,25%
48	Taux d'absentéisme pour maladie de courte durée inférieure à huit jours	1,12%	1,10%	1,08%	1,05%	1,02%
49	Taux de formation des agents	58%	60%	60%	60%	60%
50	Taux minimum du genre le moins représenté (taux de féminisation) aux postes de directeurs	37%	40%	43%	46%	50%
51	Évolution de la consommation d'énergie	-2%	-2%	-2%	-2%	-2%
52	Taux de mutualisation des achats en intra et interbranches	43%	43%	44%	45%	46%
53	Ratio de surface utile par agent	12 m ²	12 m ²	12 m ²	12 m ²	12 m ²
54	Amélioration de la productivité sur le processus « gestion des FSE »	+3%	+3%	+3%	+3%	+3%
55	Amélioration de la productivité sur le processus « gestion des IJ »	+2,5%	+2,5%	+5%	+5%	+5%
56	Coût de gestion par bénéficiaire consommant (Coût de gestion hors investissement/nombre de bénéficiaires consommant)	Diminution annuelle de 0,5% en moyenne sur la période				
57	Taux de réalisation d'un bilan RH personnalisé pour les personnels transférés	100%	100%	100%	100%	100%
58	Délai de traitement de la première IJ pour les indépendants (à fixer en 2019)	COG RSI	COG RSI	À déterminer	À déterminer	À déterminer
59	Augmentation du nombre de journées en hospitalisation de jour dans les SSR	+2%/2017	+2%/2018	+2%/2019	+2%/2020	+2%/2021

Pour chaque indicateur, une fiche partagée entre l'État et la caisse nationale précise les éléments de définition et de calcul retenus.



CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
50 avenue du Professeur-André-Lemierre
75986 Paris Cedex 20
www.assurance-maladie.fr