

**CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE
GESTION**

ENTRE L'ETAT ET LA CNAM

2018-2022

SOMMAIRE

1.	Renforcer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins	7
1.1.	Comprendre et réduire le renoncement en accompagnant les assurés dans leur accès aux soins.....	7
1.2.	Lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins.....	8
1.3.	Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins	9
2.	Contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé	10
2.1.	Faire de la prévention un axe stratégique de la gestion du risque	10
2.2.	Renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de la gestion du risque	11
2.3.	Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude	13
3.	Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité	14
3.1.	S'engager sur un service performant	14
3.2.	Simplifier les démarches des assurés.....	14
3.3.	Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé	15
3.4.	Structurer une nouvelle offre de service pour les entreprises	15
4.	Accompagner l'innovation numérique en santé.....	17
4.1.	Etendre l'offre de service numérique de l'Assurance Maladie	17
4.2.	S'appuyer sur le numérique pour améliorer la prise en charge des patients.....	18
4.3.	Rendre les Systèmes d'Informations plus agiles et performants.....	18
5.	Réussir l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche	20
5.1.	Conduire avec succès les opérations d'intégration et d'adossement des régimes partenaires	20
5.2.	Consolider la politique de gestion des Ressources Humaines	21
5.3.	Renforcer les coopérations entre les organismes et entre les branches.....	21
5.4.	Renforcer la qualité et la performance des établissements du groupe UGECAM	22

FICHES THEMATIQUES

1-	Comprendre et réduire le renoncement en accompagnant les assurés dans leur accès aux soins	24
2-	Lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins	30
3-	Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et favoriser un exercice coordonné des pratiques	34
4-	Faire de la prévention un axe prioritaire de la gestion du risque.....	39
5-	Renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de la gestion du risque	44
6-	Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude.....	52
7-	S'engager sur la performance du service.....	58
8-	Simplifier les démarches des assurés.....	62
9-	Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé.....	66
10-	Structurer une offre de service employeur.....	69
11-	Etendre l'offre de service numérique de l'Assurance Maladie.....	72
12-	S'appuyer sur le numérique pour améliorer la prise en charge des patients.....	76
13-	Rendre les systèmes d'informations plus agiles et plus performants	80
14-	Consolider la politique de gestion des ressources humaines	85
15-	Renforcer les coopérations entre les organismes et entre les branches	89
16-	Conduire les rapprochements avec les régimes partenaires.....	94
17-	Améliorer la qualité et la performance des établissements du groupe UGECAM	98

Préambule

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

La convention d'objectifs et de gestion 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 cardio-vasculaires, 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 Mds€ 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'innovation 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. A 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 utilement alimenter les réflexions. Une nouvelle stratégie nationale de santé sera définie d'ici la fin de l'année. 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 convention d'objectifs et de gestion 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 les 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 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. A 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 convention d'objectifs et de gestion amenée à répondre un niveau d'exigence légitimement plus élevé. Elle devra pour cela se renforcer, se moderniser et s'étendre 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.

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 horizon 2021 du Dossier Médical Partagé 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 convention d'objectif et de gestion, l'Assurance Maladie devra assurer la couverture maladie de plus de sept millions d'assurés supplémentaires du fait du rapprochement du régime social des indépendants et d'autres régimes (régimes étudiants ou autres régimes obligatoires d'assurance maladie). Nous serons ainsi amenés à réaliser dans un temps relativement court, des opérations de grande ampleur sur les plans juridiques, techniques ou informatiques, et d'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 Caisse Nationale d'Assurance Maladie sera ainsi amenée à prendre toute sa part à 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 chargé des affaires sociales et de la santé, les agences sanitaires nationales et les agences régionales de santé, 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 ils ont besoin.

1.1. 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, à compter du 1er 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 d'une part, et de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé d'autre part.

Au-delà des actions de communication ciblées qui seront poursuivies, l'Assurance Maladie entend simplifier les démarches des bénéficiaires potentiels. A 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 CMUC 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. A cet égard, les Plate-Formes 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 multi-factoriels, 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.

1.2. 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 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 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. Par ailleurs, la fixation du niveau de dotation de chaque organisme devra tenir compte de leur environnement ou contraintes spécifiques, en particulier pour les Caisses d'outre-mer.

1.3. Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins

Selon les études de la Direction de la Recherche de l'Évaluation et de la Statistique, 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.

A travers la négociation d'accords conventionnels, des dispositifs de régulation des conventionnements dans les zones dites sur-dotées 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 Agences Régionales de Santé, 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 télémédecine, qui a vocation à entrer dans la pratique courante des professionnels de santé et permettre 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, notamment avec les médecins, afin d'intégrer les téléconsultations et les actes de télé-expertise 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 pluri professionnel 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 pluri-professionnelles ou de communautés professionnelles territoriales de santé (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'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.

2.1. 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 ainsi déployées auprès des enfants, avec la promotion de la déclaration systématique d'un médecin traitant, la prise en charge de soins bucco-dentaires, le dépistage précoce des troubles du langage ou de la fonction visuelle ou les 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'Education 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 dépistages organisés 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 DCGDR (Directeurs Coordonnateurs de la Gestion Du Risque). L'Assurance Maladie mobilisera par ailleurs le réseau des Centres d'Examen de Santé 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 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.

2.2. 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 recherches 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 risques.

La promotion des Programmes de Retour A 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 dès lors l'intervention des conseillers d'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 ré-hospitalisations.

Dans le prolongement de l'expérimentation d'un programme personnalisé d'accompagnement des médecins, les démarches réalisées auprès des professionnels de santé en relai 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, 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, 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. 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 plus largement 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 en coopération avec la branche Risques Professionnels, 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 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. A 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'efficience dans l'organisation comme la délivrance des soins.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, la mise en place d'un fonds de financement des innovations en santé, dans le cadre d'une gouvernance partagée avec l'Etat, 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'efficience

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.

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

Eu égard au poids qu'occupe 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 ONDAM 2018-2022 place 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 la pertinence auprès de l'ensemble des offreurs de soins et de leurs 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 contrôles 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 (datamining, 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 autres acteurs (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 contrôles à visée dissuasive sur les nouvelles prestations ou les nouveaux droits.

Pour renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude, 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 d'Assurance Maladie devront gagner en efficacité. A l'heure actuelle, les actions de contrôle issues des plans des agents comptables, des démarches de gestion du risque ou des programmes de lutte contre la fraude, 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 stratégies 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 de l'homogénéité des résultats atteints sur l'ensemble du territoire. A 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 indemnités journalières, 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.

3.1. S'engager sur un service performant

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 CMUC, 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, permettra 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. A 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.

3.2. 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'Etat 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. pour 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 co-pilotée 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.

3.3. 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 d'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 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 Agences Régionales de Santé, 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 médicale et administrative.

3.4. 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 (service médical, service administratifs, 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 / Risques Professionnels se dotera d'un référentiel de coordonnées de contact des entreprises cohérent avec d'autres opérateurs de la sphère publique. L'Assurance Maladie / Risques Professionnels entend également étendre aux entreprises la notion de « parcours clients », 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 des champs d'intervention de chacune des branches.

PROJET

4. Accompagner l'innovation numérique en santé

La 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.

4.1. Etendre l'offre de service numérique de l'Assurance Maladie

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

Les organismes poursuivront les actions de déploiement des téléservices 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 sera notamment recherché. Les téléservices 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-entreprise. C'est pourquoi, dans le cadre d'une stratégie de service renouvelée, l'Assurance Maladie développera d'ici à 2022 des téléservices 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. A 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.

4.2. 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 permettront, 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 médecine générale, 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 établissement 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 Dossier Médical Partagé (DMP). Ainsi, l'Assurance Maladie entend déployer à grande échelle dans les prochaines années la facturation en ligne et la prescription électronique. Concernant ce dernier projet, la CNAM privilégiera 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 Dossier Médical Partagé (DMP). A 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.

4.3. Rendre les Systèmes d'Informations 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'informations 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 SDSI, afin notamment de résorber 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 inter-opérabilité 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 développements informatiques, 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 sera saisi 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 efficient 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'efficience. 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 Régime Général 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 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'efficience du système de soins, de qualité du service, et de performance interne.

5.1. 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 Régime Social des Indépendants et du Régime étudiants, transfert de la part obligatoire des remboursements pour La Mutuelle Générale), qui se traduiront par le rattachement au Régime Général 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 Régime Général. 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 et 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 » 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.

5.2. 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 ressources humaines mais aussi à sa bonne mise en œuvre au sein des organismes de son réseau.

Dès 2018, le Schéma Directeur des Ressources Humaines, 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, 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'expérience 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.

5.3. 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 de 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 transférés 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 Protection Universelle Maladie.

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 volontaires 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 le domaine statistique, juridique, immobilier ...

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

Le domaine immobilier permettra également des coopérations en interbranche, 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 et 24 unions immobilières.

A 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 Régime général des activités du RSI ou du Régime Etudiant.

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 locales. A 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, qui permet aux organismes de piloter, pour chaque processus, la maîtrise des risques et les leviers de performance.

5.4. 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 convention d'objectifs et de gestion 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 (ex. plan AVC, plan Alzheimer ou le plan autisme).

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 charges 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 déployés par les organismes, dans le cadre des PFIDASS ou de la gestion des Accidents du Travail 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.

PROJET

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 Protection Universelle Maladie (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 couverture maladie complémentaire.

A cet effet, l'Assurance Maladie pourra s'appuyer sur les outils développés au cours de la précédente COG, et en particulier sur les Plate Formes d'Intervention Départementales pour l'Accès aux Soins et à la Santé (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 LA BRANCHE

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 s'appuyant 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 Protection Universelle Maladie, l'Assurance Maladie orientera prioritairement ses actions d'accompagnement des publics fragiles vers l'amélioration du taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire et de l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé. 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 :**

- **Aller vers un** Envisager une ~~évolution~~ simplification des procédures de renouvellement automatique de la CMUC, en particulier pour les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active ;
- Proposer un service dématérialisé de demande de CMUC/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 ;
- Equilibrer 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'utilisateur 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 régime social des indépendants à mener, en lien notamment avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, 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. A l'appui de cette démarche, les PFIDASS qui seront généralisées à toutes les CPAM d'ici fin 2018 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 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 prévention de la désinsertion professionnelle et d'améliorer l'articulation de l'action des CPAM avec les services de santé au travail et les structures de soin.

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 ré hospitalisations 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'ETAT

- Rendre le dispositif de l'ACS plus attractif lors de la prochaine mise en concurrence des contrats
- Appuyer l'harmonisation des téléservices de demandes CMUc-ACS proposés par les régimes et la simplification des informations et services mis à disposition des assurés

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

- Associer les autres branches (famille / vieillesse) à la réflexion qui sera menée par la cellule nationale sur l'accessibilité

PROJET

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1	Se doter d'une Mission Nationale sur l'accessibilité	1.1	Formaliser le cadrage de la mission nationale		Lettre de mission de la cellule nationale sur l'accessibilité	X				
2	Développer les dispositifs permettant l'ouverture des droits	2.1	Envisager une simplification des procédures de renouvellement de la CMUC, en particulier pour les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active		Validation des propositions d'évolution du dispositif de renouvellement de la CMU c	X				
		2.2	Equilibrer les contrôles des conditions d'attribution au travers un plan de contrôle a priori et a posteriori		Diffusion du plan de contrôles			X		
		2.3	Mettre en place un téléservice de demande de CMUC et d'ACS (grâce notamment à réduction du nombre de pièces demandées).		Déploiement du service	X				
		2.4	Poursuivre les actions de communication sur la CMUC et l'ACS		Plan de communication annuel	X				
		2.5	Intégrer dans les courriers de bienvenue au moment de l'autonomisation des jeunes assurés des informations sur leurs droits en matière de couverture obligatoire et complémentaire (PUMa, CMU-c, ACS).		Diffusion des courriers enrichis d'informations sur l'AMO et l'AMC	X				
2.6		2.6	Diminuer les sollicitations des assurés dans le cadre des mutations		Déployer les prochains paliers d'OPTIMA pour automatiser les mutations	X	X			
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...		Diffusion au réseau des nouvelles actions labellisées		X		X	
		3.2	Piloter la progression des		Tableau de bord de suivi des	X				

			accompagnements PFIDASS		accompagnements créés et aboutis					
		3.3	Diversifier les sources de détection du renoncement en s'appuyant notamment sur les partenaires		Proposer la signature de conventions de partenariats au niveau national		X		X	
4	Prévenir la désinsertion professionnelle	4.1	Développer les accompagnements en partenariat avec les différents acteurs		Suivi du nombre d'accompagnements mis en place	X	X	X	X	X
5	Mobiliser le service social	5.1	Concentrer les interventions du service social autour de 5 missions prioritaires		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	Evaluation de l'engagement	Échéances				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Etudier les propositions d'évolutions du dispositif de renouvellement de la CMU-c	Décisions sur les propositions d'évolutions du dispositif de renouvellement de la CMU C	X				

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Nombre de bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS	Résultat	6600000	6713000	6850000	7000000	7150000
2	Nombre d'accompagnements PFIDASS aboutis	Résultat	33000	60000	78750	100000	100000

3	Nombre d'assurés accompagnés au titre de la PDP	Résultat	+2,5%/2017	+2,5%/2018	+2,5%/2019	+2,5%/2020	+2.5%/2021
---	---	----------	------------	------------	------------	------------	------------

PROJET

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 charges 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 en cas 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 LA BRANCHE

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 ~~du règlement arbitral ou de la convention en cours de négociation~~ 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 Economique des Produits de Santé **afin d'instaurer un plafonnement tarifaire sur certains équipements**. 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) qui a 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 CMUC, de l'ACS, les personnes en AT-MP et les personnes en affection longue durée ou en congé maternité.

Dans les prochaines années l'Assurance maladie **participera activement à la concertation prévue par l'article 63 de la LFSS pour 2018 et contribuera au développement du tiers payant**, afin de permettre sa généralisation dans des conditions fiabilisées et simplifiées. A cet effet, le déploiement de l'outil ADRI, 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'ETAT

Contribuer à la limitation des restes à charges dans les secteurs dentaires, optique, audioprothèses.

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

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.

Informer 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.

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
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	<i>Négocier la convention dentaire</i>	1.1	<i>Conclusion de la convention</i>	X				
		1.2	<i>Mettre en œuvre la convention dentaire / règlement arbitral</i>	1.2	<i>Evolution des tarifs</i>	X	X	X	X	X
2	Renforcer la lutte contre les dépassements d'honoraires	2.1	<i>Promouvoir les contrats de maîtrise des dépassements d'honoraires OPTAM et OPTAM CO</i>	2.1.1	<i>Nombre de contrats signés</i>	X	X	X	X	X
				2.1.2	<i>Evolution du taux de dépassement d'honoraires pour les signataires des contrats OPTAM et OPTAM CO</i>	X	X	X	X	X
		2.2	<i>Appliquer les procédures de sanctions pour pratiques tarifaires excessives (PTE)</i>	2.2	<i>Nombre de procédure pour pratique tarifaire excessive</i>	X	X	X	X	X
3	Poursuivre le déploiement du tiers payant	3.1	<i>Poursuivre le déploiement d'ADRI</i>		<i>Pourcentage de logiciels FSE utilisés par les différentes catégories de professionnels de santé intégrant ADRI</i>	X	X	X	X	X
		3.2	<i>Etendre à de nouvelles professions de santé le service téléphonique dédié au tiers payant</i>		<i>Catégories de professions de santé bénéficiant du service téléphonique dédié au tiers payant</i>	X	X	X	X	X
		3.3	<i>Amplifier la coordination avec les organismes complémentaires</i>		<i>Mise en place et animation quadrimestrielle d'un comité de coordination AMO/AMC de la généralisation du tiers payant</i>	X	X	X	X	X

Actions à conduire par l'État et échéances (le cas échéant)

N° d'engt	Engagement	Échéances				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Contribuer à la limitation des restes à charges dans les secteurs dentaires, optique, audioprothèses	X	X	X	X	X
2	Etudier les moyens de renforcer l'incitation à l'adhésion aux contrats l'OPTAM-et OPTAM-CO en faisant le cas échéant les dispositions relatives aux contrats responsables.	X				
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	X				
4	Informers 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	X	X			

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020x	2021	2022
1	Evolution du taux de dépassement des médecins de secteur 2 et 1 DP	Résultat	49,5%	48%	47%	46,5%	46%
2	Part des actes à tarifs opposable (toute catégories : CMUC, ACS...)	Résultat	41%	42%	43%	44%	45%

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 assurée 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 adaptées 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 LA BRANCHE

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 agences régionales de santé, 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-kinés, sages-femmes).

Contribuer au développement de l'exercice pluri professionnel ou coordonné. 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 inter professionnel 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 appuyer le développement des maisons et centres de santé, et des nouvelles communautés professionnelles de territoire. Elle apportera en lien avec les agences régionales de santé et en cohérence avec les plates formes

territoriales d'appui son expertise à l'appui des projets de création des structures pluri professionnelles ou des communautés professionnelles territoriales de santé, 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 pluri professionnel en sortie d'hospitalisation au travers de prise 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, BPCO et insuffisance cardiaque continueront d'être déployés, les programmes personnes âgées et 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'information entre l'hôpital et la ville.

Grâce au levier conventionnel, **l'Assurance maladie permettra 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 télé expertises. 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 télé-expertise dans le droit commun de la nomenclature des actes pris en charge par l'Assurance maladie.

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

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

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

- *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 la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1.	Renforcer l'accès aux soins en améliorant les aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé	1.1	Contribuer à une meilleure régulation de l'installation des professionnels de santé		Nombre de contrats CAIM et CSTM signés	X	X	X	X	X
					Application des mesures de régulation démographique pour les infirmières, sages-femmes, masseurs-kinés.	X	X	X	X	X
		1.2	Simplifier l'installation		Elargissement des parcours installations et actualisation de ceux existants (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, sages-femmes)	X	X	X	X	X
2	Contribuer au développement de l'exercice pluri professionnel ou regroupé	2.1	Accompagner les professionnels dans la constitution de la structure avec une offre de service complète en lien avec les ARS		Réalisation des études préalables sur la base d'analyse médico-économiques	X	X	X	X	X
					Proposition d'une ingénierie de projet pour la création de MSP ou CPTS	X	X	X	X	X
					Accompagnement des acteurs sur les questions d'équipement informatique	X	X	X	X	X
					Promotion de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI MSP) et la rémunération associée	X	X	X	X	X
		2.2	Accompagner de manière attentionnée les structures créées		Amplification du rôle du référent MSP en collaboration avec les autres ressources de la caisse : DAM, CIS, Service médical, prévention	X	X	X	X	X
		2.3	Promouvoir l'exercice pluri professionnel ou regroupé le plus tôt possible, au moment opportun, auprès des étudiants (ARS / AM)		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	Déployer la télémédecine		<i>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.</i>		<i>Signature d'un accord conventionnel sur la télémédecine avec les médecins</i> <i>Signature d'accords conventionnels sur la télémédecine avec d'autres professionnels de santé</i>	X		X		

			<i>Mettre en œuvre les textes négociés</i>		<i>Proposition d'actes et évolution des tarifs</i>		X	X	X	X
4	Favoriser la coordination des soins		<i>Accompagner les sorties précoces dans le cadre du Prado Maternité</i>		<i>Suivi du nombre d'adhérents PRADO sorties précoces</i>	X	X	X	X	X
			<i>Poursuivre le déploiement du Prado chirurgie, insuffisance cardiaque et BPCO</i>		<i>Suivi mensuel des adhésions et analyse annuelle de la consommation de soins des patients adhérant à Prado, au regard des recommandations le cas échéant</i>	X	X	X	X	X
			<i>Généraliser, après évaluation des expérimentations, le Prado Personnes Agées et le Prado AVC</i>		<i>Evaluations externes des programmes généralisés (sous réserve d'un nombre d'adhésions significatif)</i> <i>Chirurgie et IC</i> <i>BPCO et expérimentations PA et AVC</i> <i>Maternité standards et précoces</i>	X				
			<i>Elaborer et expérimenter le Prado Post SRR et un Prado cancer</i>		<i>Expérimentation Prado SSR et Cancer</i>					X

Actions à conduire par l'État et échéances (le cas échéant)

N° d'engt	Engagement	Échéances				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	<i>Mettre en œuvre les engagements prévus dans le plan accès aux soins</i>	X	X	X	X	X

2	Mettre en œuvre les mesures visant à faciliter l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-denses.	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Nombre de contrats démographiques incitatifs signés	CAIM (résultat)	546	896	1246	1596	1746
		CSTM (résultat)	85	150	200	250	300
2	Nombre de contrats ACI MSP signés	Résultat	720	980	1280	1530	1800
3	Durée Moyenne de Séjour pour les adhérents au PRADO chirurgie	Résultat	4.75	4.55	4.35	4.15	4
4	Nombre d'actes de Télémedecine	Résultat		500 000	700000	1 000 000	1 400 000

PROJET

4- Faire de la prévention un axe prioritaire de la gestion du risque

ENJEUX

L'augmentation des maladies chroniques et la persistance de nombreux décès évitables liés à des comportements à risques (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 notre 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 (Agences régionales de santé, Santé publique France ...), et en veillant à produire des évaluations régulières de ses programmes.

ENGAGEMENTS DE LA BRANCHE

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 de lutte contre le tabagisme 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 projet 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. Au cours des prochaines années, la prévention des maladies contagieuses ou infectieuses évitables sera renforcée, afin d'éviter l'apparition des maladies à prévention vaccinale. Dans le cadre de l'élargissement de la politique vaccinale, la CNAMTS amplifiera ses actions notamment pour la vaccination Grippe, ROR, contre la méningite. D'une façon plus générale, elle contribuera par le biais d'action 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 malade renforcera en premier lieu la promotion de la déclaration de médecin traitant pour les enfants. Elle poursuivra ses actions de sensibilisation sur les soins buccodentaires 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 Agences Régionales de Santé**, les Missions Locales et le Ministère de l'Education 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 inter-régimes 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, emails 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 anti-dépresseurs. L'Assurance maladie mettra en œuvre, **en partenariat avec les acteurs régionaux**, une expérimentation visant à permettre 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. **Le réseau des Centres d'Examen de Santé (CES) sera pleinement intégré à la politique de prévention de la branche, notamment à travers un renforcement de ses actions vers les publics précaires.**

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

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

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

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 la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1	Lutter contre le tabagisme et les pratiques addictives		Poursuivre et renforcer le programme de lutte contre le tabagisme		<i>Production d'un bilan annuel de la consommation de substituts nicotiniques</i>	X	X	X	X	X
					<i>Production d'un bilan annuel de l'AAP « mois sans tabac »</i>	X	X	X	X	X
					<i>Production d'un bilan annuel des actions financées par le Fonds</i>	X	X	X	X	X
2	Renforcer la protection vaccinale de la population		Promouvoir la vaccination par des actions ciblées vers les assurés et les professionnels de santé		<i>Taux de participation vaccination anti-grippale ROSP</i>	X	X	X	X	X
3	Porter une attention particulière aux jeunes et aux enfants		Déployer des actions à destination des enfants		<i>Augmentation du nombre de déclarations de médecins traitants de l'enfant (indicateur ROSP)</i>	X	X	X	X	X
					<i>Mise en œuvre et évaluation médicale des actions de prévention bucco-dentaire en classes de CP en zones défavorisées</i>	X	X	X	X	X
					<i>Evaluation expérimentation prévention du surpoids et de l'obésité</i>	X	X	X	X	X
					<i>Définition d'axes prioritaires pour le programme santé des enfants</i>	X				
				<i>Mise en œuvre de ces priorités : parcours maternité et naissance, prévention de l'obésité, prévention bucco-dentaire, vaccinations, réduction du tabagisme dans l'entourage (tabagisme passif)...</i>		X	X	X	X	
	Déployer des actions à destination des jeunes de 16 à 25 ans		<i>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)</i>	X	X	X	X	X		

					<i>Signature d'un partenariat l'Education Nationale, dans les centres d'examen de santé avec les CJC, les missions locales, etc. et en offrant un accompagnement attentionné</i>		X	X		
4	Contribuer au dépistage des cancers		Prendre en charge les invitations aux dépistages organisés du cancer en inter-régimes		<i>Expérimentation</i>		X			
			Promouvoir la participation aux trois dépistages organisés par des actions ciblées et partenariales		<i>Généralisation</i>			X	X	X
5	Renforcer les actions de prévention à destination des personnes diabétiques, asthmatiques et insuffisants cardiaques		Proposer aux patients des actions plus ciblées en fonction des pathologies et des facteurs de risque en utilisant le service Sophia		<i>Promotion de la participation aux trois dépistages organisés par des actions ciblées et partenariales</i>	X	X	X	X	X
6	Améliorer la prise en charge de la santé mentale		Mettre en œuvre une expérimentation de prise en charge coordonnée		<i>Taux des adhérents au service coaching santé active ayant suivi l'intégralité du programme</i>	X	X	X	X	X
7	Mobiliser les Centres d'examen de santé		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		Evaluation de l'expérimentation			X		
					<i>Evaluation annuelle du Pourcentage de publics précaires accueillis dans les CES</i> <i>Atteinte des objectifs de la cohorte 200 000 inclusions en 2019</i>	X	X	X	X	X

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	Résultat	+4pts/2017	+1pt/2018	+1pt/2019	+1pt/2020	+1pt/2020
2	Dépistage organisé du cancer colorectal	Résultat	+5pts/2017	+3pts/2018	+1pt/2019	+1pt/2020	+1pt/2020

3	Dépistage organisé du cancer du sein	Résultat	+1pt/2017	+1pt/2018	+1pt/2019	+1pt/2020	+1pt/2020
4	Taux de recours global aux chirurgiens-dentistes pour les classes d'âge concernées par l'examen bucco-dentaire	Résultat	61%	62%	63%	64%	65%

PROJET

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 consistent 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 au cours du 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 la Haute Autorité de Santé 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 Haute Autorité de Santé. La gestion du risque constitue une mission majeure pour l'Assurance maladie, qu'elle mettra en œuvre en cohérence avec les priorités définies par les Programmes de Transformation du Système de Santé 2018-2022. Ces priorités seront le cœur du prochain contrat entre l'Etat 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 biosimilaires 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'enjeu 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 LA BRANCHE

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 collège de médecine générale 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 (Etat, la CNSA et les autres régimes), l'Assurance maladie contribuera à la réalisation du programme de recherche, d'études et d'enquêtes de l'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 projet de recherche de l'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 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 d'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 système national des données de santé (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'appariements 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 soin, exposition à des risques professionnels ou environnementaux...). Dans le cadre des services d'exploitation et de diffusion associés au SNDS, la CNAMTS développera la mise à disposition des données et de sous ensemble 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 loi de financement de la sécurité sociale 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 et à 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, et 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 Agences régionales de santé, 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 leur traitement. A 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 en direction des professionnels. Ainsi, la mise en œuvre et le suivi de la convention signée avec les pharmaciens en 2017 permettra 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 évolueront 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 Haute Autorité de Santé. Elle travaillera en appui et en relais des sociétés savantes, notamment avec le collège de la médecine générale (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 seront menées en collaboration avec les Agences Régionales de Santé. 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'Etat et la Haute Autorité de Santé, et adoptera un plan national pluriannuel d'amélioration de la pertinence en partenariat avec la HAS, l'ATIH, la DGOS et la 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'efficience en partenariat avec les établissements de santé, en utilisant pleinement le levier du nouveau contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) 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. L'Assurance maladie continuera à mobiliser le levier de la MSAP en complément de la contractualisation avec les établissements pour inciter les établissements 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 CPOM, mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous) et financier (réforme financière EHPAD, SERAFIN-PH , 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.

Développer des actions de gestion du risque auprès des employeurs Développer les actions d'accompagnement des 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 pathologie prioritaires des troubles musculo squelettiques des membres supérieurs, les lombalgies et les risques psycho sociaux.

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

- 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
- Accompagner la mise en œuvre des dispositifs de récupération des données de santé
- 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)
- 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...)

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1	Contribuer au développement de recherches portant sur le système de santé	1.1.	Réaliser et publier des études portant sur les services en santé, la qualité et la sécurité des soins		Etudes publiées portant sur les services en santé, la qualité et la sécurité des soins	x	x	x	x	X
		1.2	Réaliser ou faire réaliser des études évaluatives nécessaires à l'amélioration des services proposés par l'Assurance Maladie		Enquêtes évaluatives	x	x	x	x	X
		1.3.	Développer les partenariats de recherche		Partenariats conclus	x	x	x	x	X
		1.4.	Développer un système d'information sur le premier recours (observatoire de la médecine générale)		Nombre de médecins généraliste inclus dans le dispositif				X	X
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		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
					Contribuer au pilotage de la politique d'audit et de contrôle du SNDS	X	X	X	X	
		2.2.	Développer les appariements		Enquêtes, Echantillon démographique permanent de l'INSEE « EDP Santé », Echantillon personnes âgées bénéficiaires prestation de soutien à l'autonomie ou l'hébergement « panel ENEAS »	X	X	X	X	X
		2.3.	Investir dans les méthodes d'utilisation des données (big data, datavisualisation,...)		Acquisition et utilisation de nouvelles méthodes d'utilisation des données	X	X	X	X	X
		2.4	Développer les systèmes d'information relatifs aux produits de santé pour renforcer la maîtrise des dépenses dans ce domaine		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	Contribuer à la mise en place et au fonctionnement du fonds innovation	3.1.	Participer à la gouvernance du fonds innovation		Assistance auprès de la rapporteure générale et du comité technique	x	x	x	x	X

		3.2.	Contribuer à l'émergence d'innovation et à leur déploiement		Nombre de projets autorisés	x	x	x	x	X
		3.3.	Contribuer à l'évaluation des innovations dans toutes leurs dimensions médicales, économiques, organisationnelles		Nombre de projets faisant l'objet d'une évaluation		x	x	x	X
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		Nombre de Plan personnalisé d'accompagnement (PPA)	X	X	X	X	X
					Valorisation et modernisation des profils individualisés, supports et aides	X	X	X	X	X
					Contribution à la diffusion d'outils d'aide à la décision			X	X	X
					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	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		Formation du réseau à la démarche de contractualisation en vue de la promotion du CAQES	X	X			
					Déploiement des volets PHEV, transports et pertinence des CAQES	X	X	X	X	X
					Participation au développement des nouvelles modalités d'intéressement dans le cadre du CAQES	X	X	X	X	X
		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		Partenariat avec des sociétés savantes pour un accompagnement personnalisé en vue de l'évolution de pratiques Expérimentation de plan personnalisé pertinence avec les CHU					
		5.3.	Développer des outils prédictifs de recours aux urgences, des outils de suivi de parcours pour des pathologies traceuses		Développement d'outils prédictifs de recours aux urgences et de suivi de parcours pour des pathologies traceuses, analyse des motifs et des multi requérants		X	X		
5.4.	Faciliter l'intégration des outils d'aide à la décision en adoptant une stratégie numérique et un modèle économique viable		Définition des modalités d'usage des outils et de leur financement			X				

		5.5.	Accompagner les ESMS pour diffuser les informations relatives au périmètre tarifaire des structures		Diffusion d'information sur les règles de facturation (transport, orthophonie...)	X	X	X	X	X
6	Proposer une gestion du risque employeur un accompagnement aux entreprises présentant un niveau d'absentéisme maladie atypique	6.1.	Elaborer une méthode de ciblage des entreprises atypiques en matière d'absentéisme		Mise à disposition des organismes d'une méthode de ciblage des entreprises atypiques sur les motifs identifiés (lombalgies/TPS/TMS)	X				
		6.2.	Accompagnement des entreprises présentant le plus fort niveau d'absentéisme et évaluation des résultats		Nombre d'entreprises accompagnées Evolution du nombre d'arrêts dans les entreprises accompagnées	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	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Taux de respect de l'ONDAM	Résultat	100%	100%	100%	100%	100%
2	Taux de respect des objectifs de maîtrise médicalisée	Résultat	100%	100%	100%	100%	100%
3	Mise en place de la dématérialisation des Demandes d'Accord Préalables	Résultat		Masseurs-kinésithérapeutes	Orthophonistes	Orthoptistes	
4	Nombre de volets pertinence signés avec les établissements de santé dans le	Résultat	200	250			

	cadre des CAQES Taux d'établissements bénéficiant d'un intéressement (se substitue au 2 à compter de 2020)				40%	40%	40%
6	Ecart de la durée moyenne d'IJ entre les PS ayant utilisé / n'ayant pas utilisé l'AAT dématérialisé (cible à fixer)	Résultat		X	X	X	X

**soit 1050 établissements MCO, HAD et SSR*

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, 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 Md€ 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 900M€ de fraudes et activités fautives ont été détectés et stoppés par l'Assurance Maladie au cours de la précédente COG.

La lutte contre la fraude, les activités fautives et abusives s'est ainsi intensifiée et professionnalisée au sein de l'Assurance Maladie, et constitue désormais l'un des axes des programmes 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 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 1 111 M€ en 2016. L'Assurance Maladie souhaite poursuivre la démarche d'optimisation engagée sur cette activité dans le cadre du projet Travail en Réseau de l'Assurance Maladie (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 LA BRANCHE

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

Elaborer 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 prestations¹ contrôlées (correspondant aux catégories de PS libéraux, établissements, IJ, rentes...) plutôt que sur des types de contrôle (gestion du risque, lutte contre la fraude, facturation, accord préalable...), ou par acteur (directeur, agent comptable, service médical). Il s'agit d'associer l'ensemble des acteurs (ordonnateur, comptable, service médical dont les plans de contrôles respectifs demeurent mais sont

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

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 la catégorie de prestations contrôlées. 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 notamment 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 contrôles fera partie intégrante des objectifs assignés aux organismes. A cet égard, l'Assurance Maladie attachera une importance particulière à la réalisation des contrôles associés à la mise en œuvre de la Protection Universelle Maladie.

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. Cette synthèse sera destinée en premier lieu à la direction de chaque organisme. Une consolidation sera réalisée au niveau national.

Dans le cadre de cette stratégie globale, **renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude.**

L'Assurance Maladie s'engage à mieux formaliser et partager les enjeux stratégiques à l'origine des programmes nationaux, en les liant davantage aux risques potentiels identifiés. Cette démarche s'appuiera en particulier sur l'élaboration d'un référentiel national de lutte contre la fraude 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 par ailleurs optimiser les actions contentieuses en renforçant les relations avec les 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'information 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 par ailleurs des discussions avec les assureurs dans l'objectif de renégocier le protocole relatif aux accidents de la route.

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

L'Etat 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'Etat 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.

~~L'Etat publiera enfin les textes visant à rendre les Commission de Recours Amiable des CPAM pivots ou centralisatrices des paiements pour l'ensemble des indus notifiés aux établissements (T2A, contrôles administratifs).~~

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

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 LCF en inter-branches*
- Expérimentant la MSO IJ en inter-régimes*
- Etendant tous les programmes nationaux contrôles contentieux établissements en inter-régimes.*

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1	Elaborer une stratégie globale de contrôle	1.1	Elaborer un prototype de plan de contrôle sur une catégorie de professionnels de santé et sur une catégorie de frais de santé	1.1	plan de contrôle sur une catégorie de professionnels de santé et sur une prestation en espèces	X				
		1.2	Généraliser la démarche de plan de contrôle sur les principales catégories de professionnels de santé et de prestations en espèces	1.2	Plans rédigés		X			
		1.3	Elaborer une méthode de mesure du risque financier et un tableau de bord type au plan local	1.3	Tableau type avec explications méthodologiques	X				
		1.4	Finaliser le déploiement des contrôles issus de la Protection Universelle Maladie	1.4	<i>Mise en œuvre du plan de contrôle</i>	X				
2	Renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude	2.1	Elaborer une note de cadrage de la stratégie des programmes nationaux	2.1	Production de la note de cadrage de la stratégie des programmes nationaux		X			
		2.2	Elaborer un Référentiel National de Processus sur la lutte contre la Fraude	2.2	Production du référentiel National de Processus sur la lutte contre la Fraude		X			
		2.3	Etablir une cartographie des risques incluant la réalisation d'un RNP fraudes	2.3	Production de la cartographie des risques			X		
		2.4	Elargir le périmètre d'investigation (nouveaux programmes basés sur outils et méthodes existants, innovations et expérimentations basées sur nouveaux outils ou méthodes),	2.4.1	<i>Nouveaux programmes basés sur des outils existants</i>	X				
				2.4.2	<i>Expérimentations data mining</i>		X			
				2.4.3	<i>Expérimentations big data</i>				X	
				2.5	Favoriser la prévention de la fraude en renforçant la communication externe	2.5	Production d'un bilan L114-9 adapté aux standards actuels de la communication externe		X	
		2.6	Déployer chaque année deux programmes contentieux à visée dissuasive	2.6	<i>Deux programmes nationaux à visée dissuasive déployés dans l'année</i>	X	X	X	X	X
		2.7	Renforcer les relations avec les services police/justice et CODAF	2.7	<i>Mise en place d'une task force sur les dossiers complexes</i>	X				
		2.8	Diffuser au réseau les bonnes pratiques en matière de	2.8	<i>Diffusion d'instructions aux réseaux</i>	X				

			gestion des actions contentieuses							
3	Optimiser le recours contre tiers	3.1	Renforcer les actions de professionnalisation	3.1	Nombre de personnes formées	X				
		3.2	Renégocier le protocole relatif aux accidents de la route	3.2	Nouvelle version du protocole					

Actions à conduire par l'État et échéances (le cas échéant)

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1	Examiner les propositions formulées par l'Assurance Maladie touchant à des évolutions de réglementations qui permettent de rendre les contrôles plus efficaces	1.1		1.1		X	X	X	X	X
2	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	2		2		X	X	X	X	X

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Montant des préjudices frauduleux et fautifs subis :	Résultat	200 M€	201 M€	202 M€	203 M€	203 M€
2	Montant des préjudices frauduleux et fautifs évités	Résultat	50 M€	54 M€	58 M€	62 M€	62 M€
3	Taux de recouvrement des indus frauduleux	Résultat	+1pt/2017	+1pt/2017	+1pt/2017	+1.5pt/2017	+1.5pt/2017
4	Taux de recouvrement des indus non frauduleux :	Résultat	99%	99%	99%	99%	99%
5	Taux de couverture des contrôles PUMA pour les bénéficiaires consommateurs	Résultat	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les 3 années précédentes	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les 3 années précédentes	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les 3 années précédentes	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les 3 années précédentes	100% de contrôle des bénéficiaires consommateurs qui n'ont pas été vérifiés sur les 3 années précédentes

					été vérifiés sur les 3 années précédentes	été vérifiés sur les 3 années précédentes	
4	Taux d'incidences financières des erreurs (TIF) Taux de fiabilité PN en montant	Résultat	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 $\pm 0,3$)
4	Taux d'incidences financières des erreurs (TIF) Taux de fiabilité PE	Résultat	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	Taux de qualité des dossiers en volume après paiement (IQV) : IFPN en volume	Résultat	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 $\pm 1,55$)
5	Taux de qualité des dossiers en volume après paiement (IQV) : IFPE en volume	Résultat	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 $\pm 1,77$)
6	Montants recouverts au titre du Recours Contre Tiers	Résultat	1035273559€	1085479263€	1141849402€	1205284299€	1276817950€

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 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 espèce, le délai moyen de règlement de la première indemnité journalière non subrogée étant pour la première fois en 2016 inférieur à 30 jours.

Pour atteindre ces résultats, l'Assurance Maladie a déployé une offre de service complète et renouvelée, associée à des mécanismes d'entraides pour les organismes en difficulté, qui ont permis de stabiliser ces résultats dans la durée et de les rendre plus homogènes 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 LA BRANCHE

L'Assurance Maladie s'engage à délivrer, pour l'ensemble de ses 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 simplifications 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 indemnités journalières subrogées ou non subrogées, en renforçant la dématérialisation des procédures notamment grâce au chaînage par le NIR pour les contrats de travail intra-régime général et pour les contrats inter-régimes (RG et MSA) ;
- des délais d'instruction des demandes de Couverture Maladie Universelle Complémentaire et d'Aide à la Complémentaire Santé ;
- 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 doit 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.

L'Assurance Maladie souhaite également **enrichir son 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 CMUC par exemple, avec communication immédiate de la décision). La politique de l'Assurance Maladie en matière d'accueil physique sera **poursuivie 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.

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

L'Etat 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'Etat s'engage 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 la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
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		Respect des objectifs touchant à la performance du service	X	X	X	X	X
2	Enrichir l'offre de service	2.1	Développer une offre structurée de rendez-vous élargie et ciblée		Diffusion d'une lettre réseau et d'un plan marketing de ciblage	X				
		2.2	Enrichir le contenu des rendez-vous		Diffusion des instructions au réseau Mise en œuvre d'une liste élargie de motifs de rendez-vous dans le compte ameli	X				
3	Renforcer la satisfaction de l'utilisateur	3.1	Mesurer la satisfaction des publics		Participer à la convergence méthodologique interbranche des enquêtes	X	X	X	X	X
		3.2	Analyser les motifs de réclamation pour identifier les irritants et les réduire		Diffusion d'un bilan annuel d'analyse des réclamations assorti de recommandations	X	X	X	X	X
		3.3	Evaluer et réduire les répétitions de contacts		Livraison de la stratégie de contacts omnicanal, prenant appui sur la segmentation des assurés Participation de la CNAM aux travaux interbranches consacrés aux répétitions	X	X			

Actions à conduire par l'État et échéances (le cas échéant)

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1	Optimiser les échanges automatisés d'informations entre partenaires de la sphère sociale	1.1	Définir les projets concernés	1.1	Livraison d'un plan pluriannuel d'enrichissement des échanges automatisés	X	X	X	X	X
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 en local	2.1	Livraison des outils de reporting et diffusion mensuelle des résultats (synthèse annuelle)	X	X	X	X	X

Indicateurs

N°	Indicateurs résultat	Cibles				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Délai de remboursement des FSE assurés (9ème décile)	7j	7j	7j	7j	7j
2	Délai de paiement de la première indemnité journalière non subrogée (délai moyen)	28j	28j	27j	26j	25j
3	Délai de traitement des demandes de CMUC/ACS (9 ^{ème} décile)	33j	32j	31j	30j	29j
4	Taux d'appels téléphoniques aboutis	90%	90%	90%	90%	90%
5	Taux de courriels traités dans le délai de 48h	80%	80%	80%	80%	
6	Taux de satisfaction globale des assurés	93%	93%	93%	93%	93%
7	Taux de satisfaction des assurés par canal de contact (email, téléphone, internet, papier, physique)	80%	80.5%	81%	81.5%	82%
8	Taux de satisfaction sur la réitération		A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer
9	Taux de satisfaction globale des professionnels de santé	86%	86.5%	87%	87.5%	88%
10	Taux de satisfaction globale des employeurs	87.5%	88%	88.5%	89%	89.5%
11	Taux de réclamations traitées dans les délais (10 jours)	82%	83%	84%	85%	85%

PROJET

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.

A 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 de ces projets d'évolution numérique du service public, à travers l'enrichissement du Portail National des Droits sociaux 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 LA BRANCHE

Poursuivre la démarche de simplifications

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 afin 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 indemnités journalières
- L'instruction des demandes d'attribution et de renouvellement de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- 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.

A 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 ;
- Echanger des données avec les Etablissements de soins concernant les hospitalisations pour obtenir les périodes d'arrêt de travail ;
- Echanger 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 indemnités journalières pour poly-actifs du régime général uniquement puis les poly-actifs MSA/Régime Général.

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 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 Portail National des Droits Sociaux, 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 - Ecoute 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 la rendre les démarches plus simples et accessibles au plus grand nombre.

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

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

L'Etat s'engage par ailleurs à encourager et porter, auprès de chacun des opérateurs de la sphère sociale, le développement de solutions informationnelles inter opérables, 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 indemnités journalières des assurés présentant des carrières discontinues alternant périodes salariées et périodes de chômage.

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

Contribuer 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 la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1	Poursuivre les démarches de simplification	1.1	Contribuer à l'uniformisation et à la simplification les règles de gestion des différentes prestations en proposant d'éventuelles modifications réglementaires à l'Etat		<i>Propositions de simplifications par la CNAM</i>	x	X			
2	Développer les échanges dématérialisés avec les partenaires	2.1	Mettre en œuvre les prochains paliers de la DSN		<i>Actualisation et diffusion des consignes métier à chacun des paliers de la DSN</i>		X	X		
		2.2	Utiliser les informations de la DSN concernant les revenus pour calculer les indemnités journalières ou instruire une demande de CMU C / ACS		<i>Actualisation des consignes et procédures métier IJ et CMU C</i>		X	X		
		2.3	Organiser des échanges avec le Ministère de l'Intérieur concernant les titres de séjour		<i>Echanges opérationnels</i>		X	X	X	X
		2.4	Contribuer à la mise en œuvre du prélèvement à la source		<i>Actualisation et diffusion des consignes métier</i>		X			
		2.5	Mettre en place la liquidation unique des indemnités journalières pour les poly-actifs RG et pour les poly-actifs RG/MSA(utilisation du chainage par le NIR)		<i>Définition et livraison du process de liquidation</i>		X			
		2.6	Assurer le rôle de fournisseur d'identité dans le cadre de France Connect		<i>Mise en œuvre d'une offre de fourniture d'identité renforcée en 2018 puis de niveau eldas 2 en 2020.</i>	X		X		
		2.7	Mettre à disposition des partenaires les API Assurance Maladie		<i>Mise en œuvre d'une première API en 2018 dans le cadre du dispositif France Connect</i>	X				
		2.8	Contribuer au développement du PNDS		<i>Participation de la CNAM aux travaux PNDS</i>	X	X	X	X	X
3	Proposer une offre de services attentionnée prenant en compte les situations de vie et	3.1	Elaborer une segmentation du public assuré		<i>Livraison du kit de déploiement et d'usage de la segmentation du public assuré</i>	X				

	<i>profils des assurés</i>									
		3.2	Identifier les déterminants des contacts par processus métier et proposer les bonnes pratiques de régulation des flux		<i>Livraison de l'analyse des parcours de contacts et du plan d'actions opérationnel</i>	X	X			
		3.3	Piloter et évaluer les cycles de vie des services et des parcours client		<i>Actualisation et livraison des mises à jour des parcours clients</i>			X	X	

Actions à conduire par l'État et échéances (le cas échéant)

N° d'engt	Engagement	Échéances				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	<i>Examiner les propositions de mesures éventuelles de simplification réglementaire sur les sujets prioritaires</i>	X	X	X	X	X
2	<i>Portage auprès des opérateurs de la sphère sociale, des échanges automatisés d'informations</i>	X	X	X	X	X

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 leur relation avec leurs patients.

Au cours de la dernière convention d'objectifs et de gestion 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 délégués de l'Assurance maladie et de conseillers informatiques service.

ENGAGEMENTS DE LA BRANCHE

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

Poursuivre la simplification de l'utilisation du 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 aux exigences des professionnels de santé en termes de fiabilité et de simplicité d'usage. La promotion du dispositif d'acquisition des Droits Intégrée (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 correspondants informatiques services (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 délégués de l'Assurance Maladie 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 délégué de l'Assurance maladie 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, HTA, AVC, cancer, ...).

Déployer des plateformes regroupant des compétences médicale et administrative pour optimiser la relation téléphonique qui reste le mode de contact privilégié des professionnels de santé.

Contribuer à la mise en place d'un service unique d'orientation et d'information en partenariat avec les Agences Régionales de Santé 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'ETAT

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

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

PROJET

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1.	<i>Renforcer l'utilisation d'ADRI</i>		Accompagnement renforcé via les correspondants informatiques services		<i>Augmentation du taux de déploiement d'ADRI sur les postes de travail</i>	X	X	X	X	X
2.	<i>Renforcer l'accompagnement personnalisé des professionnels de santé</i>		<i>Mise en place d'un accompagnement personnalisé pour les médecins PPA</i>		<i>Nombre de visites effectuées</i>	X	X	X	X	X
					<i>Nombre de visites spécifiques effectuées auprès des MSP</i>	X	X	X	X	X
3.	<i>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)</i>		<i>Mise en place de groupes de travail avec les acteurs pour unifier et coordonner les procédures et informations nécessaires aux PS de l'installation à la retraite</i>		<i>Nombre de guichets uniques installés</i>		X	X	X	X
4.	<i>Déployer de nouveaux outils de prévention à destination des médecins</i>		<i>Conception et développement d'une offre de téléservices par paliers sur la COG</i>		<i>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</i>	X				

10- Structurer une offre de service employeur

ENJEUX

La COG 2014-2017 a priorisé le développement des services « métiers », concourant à la promotion des téléservices, au déploiement de la Déclaration Sociale Nominative, au versement rapide des indemnités journalières 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 AT/MP 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 retraites 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 LA BRANCHE

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) multicanale, reposant sur des outils adaptés (annuaire des données de contacts, messagerie,...).

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 efficace 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 doivent également permettre de traiter les courriers électroniques et de 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 média) permettront de toucher non seulement les entreprises mais également les partenaires et relais d'opinion.

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

L'Etat 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 INTERBRANCHE/INTERREGIME

- **Recouvrement, Retraite** : assurer la convergence des orientations en matière de relations de service
- **Recouvrement** : développer 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).

PROJET

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
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	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	Développer l'offre de service	1.2	Concevoir et mettre en œuvre des services adaptés aux tailles et aux situations des entreprises	1.2.1	Conception et mise en œuvre de parcours attentionnés (création d'entreprises et experts comptables)		X	X		
				1.2.2.	Ouvrir un service dématérialisé de demande de formulaires attestant de la législation applicable		X			
3.	Faire connaître et valoriser les actions de la branche auprès des entreprises	4.1	Valorisation des actions de la branche	4.1.1	Plans de communication et de promotion opérationnels	X	X	X	X	

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
2	Nombre de PFS employeurs multicanal				6	9	13

11- Etendre l'offre de service numérique de l'Assurance Maladie

ENJEUX

L'assurance Maladie a su développer une offre de télé services de qualité tant à destination de ses assurés qu'aux 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 LA BRANCHE

Elargir l'offre de service numérique proposée 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 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 CMUC 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 Régime Général, 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. A 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. A 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 évolueront pour se maintenir au niveau AA du Référentiel Général d'Accessibilité pour les Administrations.

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 pro de l'Assurance Maladie ou au sein des logiciels métier en partenariat avec les éditeurs de logiciels. L'incitation et l'accompagnement à leur usage seront portés par les Conseillers Informatique Service. L'offre digitale sera optimisée tout au long de la période conventionnelle sur la base des retours d'expérience des utilisateurs. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, 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 grossesses, les arrêts de travail, les certificats médicaux ATMP, et la prescription électronique de transports dans les plates-formes 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 patient 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 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 de 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 (DSIJ/DSN, DAT, 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 télé services et téléprocédures au bénéfice de la simplification des démarches et dans la perspective de développement multi-canal de la relation clients. Il s'agit notamment de développer un « compte entreprise » unique au sein d'un environnement sécurisé et gérant des portefeuilles d'habilitations (ameli entreprises, net-entreprises, le compte AT/MP...). Cet engagement inclut un ensemble de téléservices co-piloté par les branches maladie et risques professionnels afin de répondre aux attentes des entreprises.

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1.	Elargir l'offre de service numérique proposée aux assurés sociaux	1.1	Doter le compte Ameli de nouvelles fonctionnalités		Mise en production de 3 versions par an	X	X	X	X	X
		1.2	Définir les cas d'usage de la e carte, réaliser une expérimentation et définir une cible de généralisation		Lancement d'une expérimentation Suivi de la montée en charge	X				
		1.3	Expérimenter des services 100% digitaux		Diffusion d'instructions aux réseaux et actions de communication auprès des usagers	X	X	X	X	X
2	Proposer des téléservices assurés accessibles au plus grand nombre	2.1	Elaborer et diffuser une charte de la communication universelle		Diffusion de la charte	X				
		2.2	Maintenir le Compte Ameli et le site Ameli.fr au niveau AA du RGAA		Les nouveaux téléservices ouverts respecteront les exigences du RGAA au niveau AA	X				
		2.3	Proposer un service téléphonique adapté aux sourds et malentendants		Mise en œuvre du dispositif	X				
3	Conforter l'usage des téléservices par les professionnels de santé	3.1	Rénover régulièrement le portail espace pro		Version du portail espace pro	X	X	X	X	X
		3.2	Enrichir la gamme des téléservices intégrés dans les logiciels (certificat médical AT/MP, bilan de soins infirmiers,...)		Nombre de TLS intégrés	X	X	X	X	X
		3.3	Proposer une offre de service destinée aux nouvelles organisations de soins pour accompagner leur déploiement		Proposition offre de service	X				
4	Accompagner le déploiement de la facturation directe pour les établissements de santé	4.1	Généraliser la facturation directe des actes et consultations externes		Facturation directe de tous les actes et consultations externes, notamment par l'APHP	X	X	X	X	X
		4.2	Généraliser la facturation directe des séjours		Facturation directe de tous les séjours		X	X	X	X
		4.3	Généraliser la facturation directe des soins de suite et réadaptation		<i>Facturation directe de tous les soins de suite et de réadaptation</i>			X	X	X

		4.4	Généraliser la facturation directe de tous les forfaits		<i>Facturation directe de tous les forfaits</i>	X	X	X	X	X
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		<i>Mettre en œuvre le schéma directeur des systèmes d'information des risques professionnels</i>	X	X	X	X	X
			Développer des plateformes téléphoniques en cible «multicanal»		<i>Déploiement des PFS employeurs multicanal</i>		X	X	X	X

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
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 		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%
2	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : DMT, certificat médical AT, AAT, PSE		DMT : 83% Certificat médical ATMP : 17% AAT : 40% PSE : 60%	DMT : 87% Certificat médical ATMP : 21% AAT : 50% PSE : 66%	DMT : 91% Certificat médical ATMP : 26% AAT : 60% PSE : 73%	DMT : 95% Certificat médical ATMP : 30% AAT : 70% PSE : 80%	DMT : 95% Certificat médical ATMP : 35% AAT : 75% PSE : 83%
3	Taux d'utilisation d'EDAT par les employeurs		73%	75%	77%	79%	81%

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 la qualité des soins en permettant une traçabilité et un échange d'informations efficace entre les acteurs. Elle constitue également un facteur de connaissance en rendant accessible les données de santé au plus grand nombre. Elle peut enfin représenter un facteur d'amélioration de la qualité du travail des professionnels de santé. L'utilisation de solutions numériques contribue 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 LA BRANCHE

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 convention d'objectifs et de gestion, l'Assurance maladie développera deux outils essentiels à la coordination des soins. Elle déploiera le **dossier médical partagé (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**, 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 convention d'objectifs et de gestion.

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 Haute Autorité de Santé, 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 LPP contribuant ainsi à une meilleure pratique. L'articulation de la prescription électronique avec le dossier médical partagé 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, LPP, actes de télémédecine, etc).

L'Assurance maladie contribuera, en partenariat avec la Haute Autorité de Santé et des 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 informations pour favoriser la qualité de la prise en charge. L'Assurance maladie mettra à disposition des professionnels de santé des informations liées à leurs pratiques sur un support dématérialisé (soit dans le portail professionnel de santé ameli pro soit de manière intégrée dans leurs logiciels métier) 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 correspondants informatiques services.

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

- Veiller à la complémentarité des projets des autres projets numériques pilotés par l'Etat avec le déploiement du dossier médical partagé et de la messagerie sécurisée en santé
- Favoriser la création et l'alimentation du dossier médical partagé en utilisant le levier du plan hôpital Numérique
- Contribuer à mettre en place les leviers nécessaires pour engager les professionnels de santé dans le virage numérique, 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
- Assurer un accès effectif aux technologies numériques (médiation numérique pour les publics les plus en écart via les maisons de service au public et couverture numérique du territoire)

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances					
						2018	2019	2020	2021	2022	
1.	<i>Déployer le dossier médical partagé et la messagerie sécurisée de santé</i>	1.1	<i>Généraliser le Dossier médical partagé</i>		Nombre de DMP créés / alimentés	X	X	X	X	X	
		1.2	<i>Déployer la messagerie sécurisée de santé</i>		Nombre de MSS créées	X	X	X	X	X	
2	<i>Mettre en œuvre la prescription électronique</i>	2.1	<i>Evaluer l'expérimentation « e prescription de produits de santé »</i>		<i>Rapport d'évaluation de l'expérimentation</i>	X					
		2.2	<i>Définir le dispositif de généralisation</i>		<i>Définir le dispositif de généralisation</i>		X				
		2.3	<i>Lancer la généralisation</i>		<i>Lancement effectif</i>		X				
		2.4	<i>Extension à d'autres prescriptions</i>		<i>Etude sur les conditions techniques, juridiques et organisationnelles d'extension à d'autres prescriptions biologie, kinésithérapie, actes infirmiers</i>		X				
					<i>Mise à disposition de la prescription de biologie puis d'actes d'infirmiers</i>				X	X	
3	<i>Déployer la facturation en ligne</i>	3.1	<i>Facturation en ligne taxi</i>		<i>Démarrage du déploiement de la facturation en ligne taxi</i>		x				
		3.2	<i>Nouveaux modes de facturation</i>		<i>Démarrage d'un nouveau type de prestations facturées en ligne</i>		x				
4	<i>Offrir des retours d'informations aux professionnels de santé sur leurs pratiques</i>	4.1	<i>Conception et développement d'une offre de téléservices par paliers sur la COG</i>		<i>Premier pallier de téléservice proposant des retours d'information sur les profils de prescription d'arrêts de travail, de génériques puis enrichissement les années suivantes des profils proposés</i>		x				
		4.2	<i>Enrichir progressivement ces retours d'informations</i>		<i>Nature des enrichissements fournis</i>			X	X		

Actions à conduire par l'État et échéances (le cas échéant)

N° d'engt	Engagement	Échéances				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	<i>Veiller à la complémentarité des projets des autres projets numériques pilotés par l'Etat avec le déploiement du dossier médical partagé et de la messagerie sécurisée en santé</i>	X	X	X	X	X
2	<i>Favoriser la création et l'alimentation du dossier médical partagé en utilisant le levier du plan hôpital Numérique</i>	X				
3	<i>Appuyer les évolutions réglementaires nécessaires à la généralisation de la prescription électronique et à l'extension de la facture en ligne</i>		x			

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Nombre de DMP ouverts		3.5 millions	10 millions	20 millions	30 millions	40 millions
2	Nombre de professionnels ayant recours à la e-prescription en établissement et en ville			5000	10000	20000	30000

13- Rendre les systèmes d'informations 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 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 système national des données de santé, déployer le dossier médical partagé.

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 LA BRANCHE

Définir et mettre en œuvre une trajectoire de rénovation du SI et du patrimoine applicatif.

L'Assurance Maladie mettra en œuvre une stratégie de rénovation du système d'information 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 attendue par les publics de l'Assurance Maladie. A 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, inter connectées 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, la rénovation des composants d'infrastructure et des socles techniques obsolètes seront conduites dans le cadre d'une politique d'optimisation visant à rendre le Système d'Information efficient. A 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 SI 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 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 messagerie sécurisée de santé, 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 système national des données de santé). 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'information 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'ETAT

L'Etat s'engage à 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.

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

L'Assurance Maladie proposera des offres de services pour faciliter l'adossment 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 Schéma stratégique des systèmes d'informations de la Sécurité sociale, notamment :

- En participant à la montée en charge du Portail national des droits sociaux « mesdroitssociaux.fr » en s'attellant 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 progicialisation du SIRH
- En mettant à disposition des référents et animateurs dans le cadre de la Communauté des SI, 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 SI « sécu » élaboré dans le cadre du SSSI et permettant une meilleure appropriation par la branche mais aussi par la DSS de l'évolution des coûts SI 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 la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1.	Définir une trajectoire de rénovation du SI et du patrimoine applicatif	1.1	Réduction de la dette technique	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	Développement d'un référentiel individu	1.2	Définition du calendrier Avancement du Programme sur la base du calendrier	X		X	X	X
2	Contribuer aux gains de productivité de la branche en accroissant la dématérialisation	2.1	Développement des téléservices (AS, PS, Employeurs)	2.1.1	Mise en production des différents téléservices tels qu'ils seront définis dans les roadmaps annuelles					
		2.2	Rénover le poste Agent	2.2	Mise en production des différents processus de gestion rattachés au poste Agent	X	X	X	X	X
		2.3	Repenser la chaîne de traitement service médical/service administratif	2.3	Définition du calendrier	X				
	Avancement du Programme sur la base du calendrier				X	X	X	X		
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	3.1	Mise en œuvre du plan d'action de la MD 23 et des échéances associées	X	X	X	X	X

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
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.					X	X	X	X	X

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Taux de disponibilité des portails Portail PS		99,5%	99,55%	99,6%	99,64%	99.67%
2	Taux de disponibilité des portails Portail Assurés		99%	99.05%	99,1%	99,2%	99.25%

PROJET

14- 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 gestion des ressources humaines 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 Risque Professionnel 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 LA BRANCHE

L'Assurance Maladie s'engage en premier lieu à formaliser sa stratégie globale dans un schéma directeur des ressources humaines qui s'attachera à définir un cadre de gestion permettant un pilotage des ressources humaines 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 ressources humaines 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 à 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 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 Schémas Directeurs des Ressources Humaines locaux et/ou de leur politique de GPEC

L'Assurance Maladie poursuivra par ailleurs les actions engagées au titre de la responsabilité sociétale des organisations. 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 inter branches par l'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.

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 menés par l'UCANSS (revues de viviers, attendus vis-à-vis des agents de direction, évolution de la convention collective des ADD...)

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'ETAT

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

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1.	Elaborer et diffuser au réseau les orientations stratégiques de la CNAM dans le cadre d'un dialogue de gestion renforcée	1.1	Favoriser la mise en œuvre de politiques RH harmonisées dans le réseau	1.1.1	Diffusion du SDRH de branche auprès des organismes du réseau	X				
		1.2	Déployer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) partagée	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	Faire évoluer la gestion des cadres dirigeants en favorisant la parité hommes / femmes et les dispositifs communs réseau administratif / réseau médical	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 vivier nationales, définition des attendus de la fonction d'agents de direction)	X	X	X	X	x
2	Accompagner les évolutions stratégiques de la branche	2.1	Accompagner les réseaux dans la mise en œuvre des projets à fort impact RH	2.1.1	Production de guides et offre de conseil personnalisé		X	X	X	x
		2.2	Accompagner les mutations des métiers de la branche en proposant une offre de formation initiale et continue adaptée	2.2.1	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	Renforcer l'attractivité de la branche maladie	2.3.1	Définition d'un programme d'actions coordonnées en faveur de la valorisation des métiers de l'Assurance Maladie		X	X	X	X

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	3.1.1	Indicateur de suivi : Respect du taux d'emploi des salariés handicapés	X	X	X	X	
		3.2	Prendre les mesures permettant de réduire l'absentéisme de courte durée	3.2.1	Etablissement d'une démarche nationale de prévention de l'absentéisme et proposition d'un accompagnement individualisé des organismes	X	X	X	X	X
		3.3	Améliorer la qualité de vie au travail	3.3.1	Poursuite du développement du télétravail afin d'encourager la conciliation vie privée / vie professionnelle	X	X	X	X	

Actions à conduire par l'État et échéances (le cas échéant)

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1	<i>Favoriser la mise en œuvre d'une GPEC partagée au sein de la sécurité sociale</i>	1.1	<i>Organiser des échanges d'informations et de bonnes pratiques entre les différents régimes de sécurité sociale</i>	1.1	<i>Tenue d'une réunion annuelle</i>	X	X	X	X	X

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Taux d'absentéisme pour maladie de courte durée inférieur à 8 jours		1,12%	1,10%	1,08 %	1,05%	1.02%
2	Taux de formation des agents		58%	60%	60%	60%	60%
3	Taux minimum du genre le moins représenté (taux de féminisation) aux postes de directeurs		37%	40%	43%	46%	50%

15- 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 Travail en Réseau de l'Assurance Maladie (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 régime Général.

ENGAGEMENTS DE LA BRANCHE

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 (PRECI) pour sécuriser la réalisation des schémas directeurs immobiliers. L'offre de service aux organismes portera sur les activités actuelles des PRECI 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 interbranche) 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, 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, indemnités journalières, FSP LAD, réponse téléphonique, CMUc / ACS) et en élargissant le périmètre à de nouvelles activités telles que les contrôles issus du référentiel national PUMa.

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 renoué, 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 Système de Management Intégré.

La politique immobilière de l'Assurance Maladie concourra à l'efficacité globale de la branche et à l'atteinte des objectifs fixés en matière de Responsabilité Sociétale des Organisations. 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 termes 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 de flex-office, de 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 régime général.

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

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

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

L'Assurance Maladie s'engage à participer aux travaux de mutualisation conduits avec les autres branches du Régime Général 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 CGSS et 24 unions immobilières tout en cédant à la CNAV le financement et le suivi des opérations des CARSAT. Par ailleurs la CNAM proposera par convention l'expertise immobilière des PRECI 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 inter régime 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.

PROJET

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1.	Approfondir les modalités de coopérations au sein du réseau comme avec les autres branches	1.1	Finaliser le déploiement du projet TRAM	1.1	100% des processus déployés conformément au schéma cible TRAM		X			
		1.2	Consolider le rôle des PRECI et proposer une offre de service plus complète		<i>l'Proposition de l'offre de service enrichie (assistance conduite de projet d'opérations immobilières)</i>	X				
		1.3	Constituer des pôles régionaux d'expertise sur les achats		<i>Mise en place des 13 pôles régionaux</i>		X			
		1.4	Proposer un cadre régional de mutualisation sur les fonctions d'expertise		<i>Diffusion d'un cahier des charges</i>		X			
		1.5	Accroître la capacité d'intervention sur les activités déjà prises en charge (téléphone, indemnités journalières, CMUC et mail), et étendre PHARE à de nouvelles activités		<i>Elaboration d'un schéma stratégique de développement de PHARE (évaluation des capacités des sites, modalités d'intervention...)</i> <i>Mise en œuvre du schéma stratégique de développement</i>	X		X	X	X
2.	Contribuer aux actions de mutualisation interbranche	2.1	Mettre en place la gestion unique des patrimoines communs	5.1	<i>Signature de la convention de gestion</i>	X				
		2.2	Proposer aux autres branches l'expertise des PRECI	5.2	<i>Signature de la convention</i>	X				
		2.3	Mutualiser la gestion des marchés bancaires		<i>Lancement appel d'offre</i> <i>Mise en œuvre opérationnelle</i>		X	X	X	
		2.4	Systématiser dans le réseau le recours aux marchés interbranches		<i>Inscription de la règle dans les CPG des organismes</i>	X				
3	Renforcer le pilotage de la performance	3.1	Définir un nouveau dispositif de dialogue de gestion	4.1	<i>Organisation avec l'ensemble des organismes d'un dialogue de gestion en 2 temps sur la période de la COG</i>	X		X		
		3.2	Poursuivre le déploiement du SMI : couvrir l'ensemble des processus	4.3	<i>Déploiement de l'ensemble des référentiels nationaux de processus</i>				X	
		3.3	Piloter l'efficacité de la branche		<i>Suivi du coût par bénéficiaire consommant pondéré</i>	X	X	X	X	X
4.	Conduire une politique	4.1	Adapter le parc immobilier pour optimiser		<i>Elaboration du plan immobilier</i>		X	X	X	X

immobilière conforme aux objectifs d'efficience et de RSO	les surfaces utilisées	<i>national</i>	X					
			<i>Suivi des cessions (m² de surfaces cédées)</i>	X	X	X	X	X

Actions à conduire par l'État et échéances (le cas échéant)

N° d'engt	Engagement	Échéances				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Adapter les plans immobiliers et les budgets des branches au principe de pilotage unique des opérations	X				

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
		Résultat	2018	2019	2020	2021	2022
1	Taux de mutualisation des achats en intra et interbranche	Résultat	43%	43%	44%	45%	46%
2	Ratio de surface utile par agent	Résultat	12. m2	12 m2	12 m2	12 m2	12 m ²
3	Amélioration de la productivité sur le processus « gestion des FSE »	Résultat	+3%	+3%	+3%	+3%	+3%
4	Amélioration de la productivité sur le processus « gestion des indemnités journalières »	Résultat	+2.5%	+2.5%	+5%	+5%	+5%
5	Coût de gestion par bénéficiaire consommant (Coût de gestion hors investissement/ nombre de bénéficiaires consommant)	Résultat	Diminution annuelle de 0.5% en moyenne sur la période				

16- Conduire les rapprochements avec les 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 Etudiants (LMDE), la Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale des Mines, 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 de nouveaux bénéficiaires, et intégrer près de 4 000 collaborateurs en plus dans ses effectifs. La suppression du régime social des indépendants, votée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, du régime social des étudiants figurant 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 convention d'objectifs et de gestion.

L'enjeu pour l'Assurance maladie est de mener 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 LA BRANCHE

Afin de conduire le rapprochement avec les régimes partenaires dans des conditions satisfaisantes, la CNAM 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 Régime Général, 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 régime social des indépendants, l'Assurance Maladie participera aux instances de gouvernance qui seront créées. Elle engagera par ailleurs 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 services aux assurés nouvellement affiliés au Régime Général

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 est 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 Régime Social des Indépendants conduira l'Assurance Maladie à adapter son offre de service afin de renforcer la coordination avec les autres branches du Régime Général. 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 signalés 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 interbranche sera proposé aux usagers au moment de leur installation en tant qu'indépendant.

Proposer un accompagnement adapté en matière de ressources humaines

La dimension ressources humaines 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 perturber 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 de charges et de 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'ETAT

Dans le cadre des opérations d'intégration à l'Assurance Maladie d'autres régimes de sécurité sociale, l'Etat 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'Etat 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 la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1.	Sécuriser le transfert d'activité	1.1	Préparer et conduire les opérations techniques assurant une continuité de service aux usagers : RSI, LMG		Bilan de clôture des opérations de reprises de données (échéances fixées en fonction des opérations connues à ce jour)		X	X		
2	Adapter l'offre de services aux assurés nouvellement affiliés	2.1	Adapter les programmes de prévention aux publics issus d'autres régimes (indépendants, étudiants)		Mise en œuvre des actions de prévention (bilan annuel travailleur indépendant et bilan annuel Etudiants)		X	X	X	X
		2.2	Organiser une plus grande coordination entre les branches au profit des travailleurs indépendants		Mise en place du parcours création entreprise 2019 Participation de la CNAM aux instances de pilotage	X				
3	Proposer un accompagnement RH adapté	2.1	Elaborer un process d'accompagnement RH des personnels transférés		Formalisation et diffusion du processus RH Réalisation d'un bilan RH après chaque opération	X		X		
3	Conduire ces opérations sans dégrader la performance de la branche	3.1	Prendre les mesures d'organisation des activités garantissant la qualité du service		Elaboration d'un schéma stratégique de développement de PHARE Prise en compte pour chaque organisme de l'impact des régimes intégrés dans le cadre du dialogue de gestion	X				
						X				

Actions à conduire par l'État et échéances (le cas échéant)

N° d'engt	Engagement	Échéances				
		2018	2019	2020	2021	2022
1	Associer la CNAM en amont des opérations	X	X	X	X	X
2	Déterminer les conséquences des opérations d'adossement sur la trajectoire d'évolution des emplois, de la masse salariale, et des dépenses de fonctionnement et d'investissement					

Indicateurs

N°	Indicateurs	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Taux de réalisation d'un bilan RH personnalisé pour les personnels transférés		100%	100%	100%	100%	100%
2	Délai de traitement de la première IJ pour les indépendants (à fixer en 2019)		COG RSI	COG RSI	A déterminer	A déterminer	A déterminer

17- Améliorer 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 médicosociaux. Dans un environnement sanitaire et médicosocial 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 500M€). Parallèlement, les établissements médicosociaux vont être soumis à la généralisation des CPOM et à la mise en place de la réforme de tarification 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 LA BRANCHE

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 (Stratégie Nationale de Santé, Plan AVC, Plan Maladies Neurodégénératives, Plan Autisme, Plan Alzheimer, priorités polyhandicap et handicap psychique de la Conférence Interministérielle du Handicap de décembre 2016), régionales (Plans régionaux de Santé 2018-2022) et territoriales selon leurs champs d'activité et d'expertises 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 médicosociaux par rapport aux 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 médicosocial, les UGECAM développeront les prises en charge en externat, l'offre de services (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 ITEP fonctionnant en dispositif, 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 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 médicosociaux.
- Le déploiement progressif de processus communs nationaux de prise en charge dans l'ensemble des établissements du Groupe
- 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 médicosociaux.

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 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 fonctions économiques et financières (GEF) et sur les fonctions métier (logiciels sanitaire commun et logiciel médicosocial commun), sur la base de processus communs à l'ensemble des établissements du Groupe.
- 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 médicosocial visant à renforcer la performance du Groupe.

Faire évoluer le pilotage des UGECAM

- Après 17 ans de fonctionnement des UGECAM, le Groupe UGECAM consolidera son pilotage national et régional afin de renforcer la performance de gestion des établissements.
- S'agissant de l'organisation interne du Groupe UGECAM, une réflexion sera menée sur les évolutions pertinentes dans le maillage territorial des UGECAM, en tenant compte notamment du périmètre géographique ARS mais aussi de la nécessité d'un pilotage de proximité.

ENGAGEMENTS DE L'ETAT

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

ENGAGEMENTS INTERBRANCHE/INTERREGIME

- Dans le cadre du déploiement de la Convention UCANSS/AGEFIPH 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 de PARTHAGE (Programme d'Accompagnement des Travailleurs Handicapés pour l'Accès Généralisé à l'Emploi).

PROJET

Actions à conduire par la caisse et échéances

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	N° d'éval°	Evaluation de l'engagement	Échéances				
						2018	2019	2020	2021	2022
1.	Garantir la pertinence de l'activité des établissements	1.1	Renforcer le virage ambulatoire en SSR	1.1	Accroître la part d'HDJ dans l'activité des SSR	X	X	X	X	X
		1.2	Réaliser des audits sur la pertinence des patients pris en charge en SSR	1.2	Nombre d'audits pertinence réalisés	100% des Etb en Tripartites	100% des SSR			
2	Participer à la mise en place d'innovations	2.1	Innovations des pouvoirs publics	2.1	Nombre de participations à des innovations organisationnelles Etat (PCPE, Emploi accompagné, fonctionnement en dispositif ITEP)	X	X	X	X	1 par UGECAM
		2.2	Innovations de l'assurance maladie	2.2	Nombre de participations à des innovations assurance maladie (ateliers lombalgie, PRADO SSR, sport sur ordonnance...)	X	X	X	X	1 par UGECAM
3	Garantir la qualité des prises en charge et des accompagnements	3.1	Garantir un niveau satisfaisant de certification HAS des SSR	3.1	Part des établissements certifiés A ou B	X	X	X	X	X
		3.2	Déployer les processus communs du Groupe	3.2	Taux de déploiement des processus communs métier	Etablissements sanitaires pilotes	Etablissements sanitaires (logiciel sanitaire) Logiciel MS pour les Etablissements Sanitaires pilotes	Logiciel MS pour l'ensemble des établissements MS		
		3.3	Réaliser une enquête de satisfaction	3.3	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une enquête de satisfaction	X	X	X	X	X
4	Définir une trajectoire d'équilibre financier	4.1.	Maîtriser les leviers de la DMA	4.1	Elaborer un plan d'action par UGECAM validé par la CNAM et le mettre en œuvre	X	X	X	X	X
		4.2	Renforcer la performance des fonctions soignantes et d'accompagnement	4.2	Analyse de l'adéquation des ratios des personnels de soins et d'accompagnement dans les établissements		X pour 50% des etb sanitaires	X (pour 100% des etb sanitaires)	X	X
		4.3	Renforcer la performance des	4.3.1	Déployer un outil de gestion économique et financière	X				

			fonctions supports		commun						
				4.3.2	Mutualiser la paie des UGECAM (montée en charge progressive sur 5 ans)	X	X	X	X	X	X
				4.3.3	Suivi du ratio fonctions support/fonctions soignantes et d'accompagnement	X	X	X	X	X	X
		4.4	Renforcer le pilotage financier	4.4.3	Généraliser la comptabilité analytique en SSR (participation à l'ENC, CREA...)	X	X				
				4.4.4	Renforcer la démarche d'accompagnement tripartite des établissements les plus fragiles	X	X	X	X	X	X
				4.4.5	Mettre en place un outil commun de suivi de la trésorerie	X					
5	Faire évoluer le pilotage	5.1	Examiner les évolutions pertinentes du maillage territorial des UGECAM	5.1.1	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 du 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	Nature (résultat/suivi)	Cibles				
			2018	2019	2020	2021	2022
1	Augmentation du nombre de journées en hospitalisation de jour dans les SSR	Résultat	+2%/2017	+2%/2018	+2%/2019	+2%/2020	+2%/2021
2							
3							

PROJET

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 BUDGETAIRE 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. LE CHAMP D'APPLICATION DU PROTOCOLE BUDGETAIRE ET PLURI ANNUALITE DES DEPENSES

Toutes les structures composant le réseau de l'assurance maladie sont concernées par la pluri annualité budgétaire. On distingue deux types de dépenses :

- les dépenses à caractère limitatif ;
- les dépenses à caractère évaluatif.

1.1.1. Les dépenses à caractère limitatif

- Pour ces dépenses, les montants figurant dans l'annexe budgétaire de la présente convention sont arrêtés de manière définitive pour chaque exercice. Il s'agit :
 - o des dépenses de personnel,
 - o des autres dépenses de fonctionnement, dont celles liées à l'adossment du régime des travailleurs indépendants (RSI),
 - o 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. Les dépenses à caractère évaluatif

Pour ces dépenses, les montants figurant dans l'annexe budgétaire sont arrêtés de manière indicative pour chaque exercice budgétaire. Ils peuvent être ajustés, dans le cadre du budget de gestion au vu des décisions prises qui s'imposent à la caisse nationale de l'assurance maladie. Il s'agit :

- des dotations aux amortissements et provisions, ainsi que celles des unions immobilières,
- des charges exceptionnelles (compte 675),
- de la contribution au FNGA de l'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. LA DETERMINATION DE LA BASE DE REFERENCE

La programmation budgétaire pluriannuelle est établie à partir d'une base de référence, constituée des montants fixés dans le tableau chiffré de l'annexe budgétaire.

1.3. LES REGLES D'EVOLUTION POUR LA PERIODE 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'Etat procèdent à l'actualisation de la masse salariale sur la base d'un tableau partagé sous-jacent à la programmation budgétaire pluri annuelle, 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 arrivés 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 réalisées 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 l'annexe budgétaire).

Un ajustement du montant des autres dépenses administratives de fonctionnement liées à l'adossment 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 des autorisations d'engagement sur la période conventionnelle est équivalent au montant des crédits de paiement.

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 2 lignes budgétaires :

- Immobilier propre à l'Assurance maladie ;
- Immobilier partagé des CGSS et des 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'Etat, 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 21^{ème} 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'Etat .

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 REGLES DE GESTION

2.1. LE VOTE DES BUDGETS ANNUELS

Le budget primitif présenté en N-1, et les budgets rectificatifs, sont soumis par le Directeur Général au vote du Conseil. L'approbation par l'Etat de ces budgets est réputée acquise après le délai prévu par le code de la sécurité sociale, s'ils sont conformes à la convention d'objectifs et de gestion. Le budget de gestion présentera la répartition réalisée entre, d'une part, les organismes locaux et l'établissement public, d'autre part.

2.2. REPARTITION DES CREDITS 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 contrôleur général économique et financier auprès de la Caisse nationale selon une périodicité convenue avec lui.

2.3. LES VIREMENTS DE CREDITS

Il existe un principe de fongibilité à l'intérieur des groupes de dépenses limitatives suivantes :

- les dépenses de personnel,
- les autres dépenses de fonctionnement,
- les dépenses d'investissement immobilier et autres objets,
- les dépenses d'investissement informatique.

A l'intérieur de ces groupes de dépenses, les virements de crédits relèvent de l'autorité du Directeur général de la caisse nationale. La répartition des crédits entre les organismes, au sein de chaque groupe de dépenses, est établie ou modifiée par le Directeur général de la caisse nationale. 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'Etat, 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'Etat. Il en est de même des virements de crédits des dépenses d'investissement informatique vers les dépenses Cnam établissement public – 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'Etat, par une décision modificative soumise au vote du Conseil.

2.4. LA RESERVE NATIONALE

Une enveloppe de crédits, appelée la réserve nationale, faisant l'objet d'une ligne budgétaire spécifique, est ajoutée à la base de référence. Elle doit permettre à la caisse nationale de répondre aux événements imprévisibles affectant le fonctionnement des organismes au cours d'un exercice. Son utilisation est conditionnée par l'autorisation préalable des services de l'Etat. Une information est faite au Conseil.

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

2.5. LES REGLES DE REPORT DES CREDITS NON CONSOMMES

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

2.5.1.1. *La constatation des crédits non consommés*

Les crédits non consommés constatés au niveau des groupes de dépenses à caractère limitatif peuvent donner lieu, à 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. *Le vote par le Conseil*

Chaque année, après la clôture des comptes, à la constatation du niveau des dépenses exécutées et au regard de leur analyse et de l'estimation des besoins, les crédits non consommés au titre de l'année N –1 peuvent donner lieu à report sur l'exercice suivant et être affectés sur des dépenses à caractère non pérenne. Les 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. *Les modalités d'approbation par les services de l'Etat*

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

2.5.1.4. *Les modalités d'information*

La Caisse nationale produit à l'appui de la décision du Conseil un état détaillé qui retrace d'une part, l'origine en N-1 des crédits reportés par ligne budgétaire en faisant la distinction entre les crédits notifiés aux organismes locaux et ceux conservés au niveau national et, d'autre part, leur destination en N par groupe de dépenses.

2.6. LES REGLES 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'Etat 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 AE et CP 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 constatés 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	Etudes		6 326
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 d'Etat	100%	6 149
742	Subvention reçue des Régions	100%	264 716
743	Subvention reçue des Département	100%	109 222
744	Subvention reçue des communes	100%	17 833
745	Subvention reçue des établissements publics nationaux	100%	199 045
746	Subventions reçues des établissements publics locaux	100%	60 000
747	Subventions reçues d'entreprise et d'organismes privés	100%	210 762
748	Subventions reçues d'autres entités publiques	100%	12 174
752	Revenus des immeubles non affectés à des activ.professionnelles		436 864
755241	Contributions des partenaires au coût du tansfert 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 informatique 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 A. 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		-
7711	Débits et pénalités reçues sur achats et ventes		169 706
7712	Codamnation pecuniaire prononcée p/juge		1 000
7713	Libéralités reçues		140 556
7717	Degrevements d'impôts autres qu'impôts sur benefices		75 378
77182	Produits exceptionnels provenant de l'annulation 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 viree resultat 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. LE BILAN DE L'EXECUTION BUDGETAIRE

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'Etat de produire des éléments chiffrés pour la Commission des comptes et pour la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale. Le calendrier de production d'un TBB relatif à l'exercice N se fera selon la périodicité suivante :

- TBB 1, 2 et 3 au 15 avril, au 15 juillet et au 1er novembre N, comportant le niveau d'exécution de l'année N à la date de diffusion du TBB ainsi qu'une mise à jour de la prévision d'exécution du budget N ainsi que les budgets rectificatifs, le cas échéant. Le 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 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'Etat 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'Etat, seront transmis aux services de l'Etat 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, CGSS, CSSM et CSSL) 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. CONTROLE ECONOMIQUE ET FINANCIER DE L'ETAT

Le contrôle économique et financier de l'Etat auprès de laCnam 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	C O G						Tx d'évolution
		2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL	COG 2022 / Exécution prévisionnelle 2017
A-DEPENSES A CARACTERE LIMITATIF								
I/PERSONNEL								
Dotation des organismes du réseau	3 732 000	3 690 554	3 678 700	3 798 262	3 756 028	3 709 510	18 633 054	-0,6%
Intéressement des organismes du réseau	60 900	61 935	62 988	64 059	65 148	66 255	320 385	8,8%
CNAMTS établissement public	208 000	209 375	208 790	208 430	208 108	207 600	1 042 303	-0,2%
Intéressement CNAMTS établissement public	2 100	2 136	2 172	2 209	2 246	2 285	11 048	8,8%
TOTAL I/DEPENSES DE PERSONNEL	4 003 000	3 964 000	3 952 650	4 072 960	4 031 530	3 985 650	20 006 790	-0,4%
II/AUTRES COMPTES								
Autres comptes de fonctionnement réseau + UGECAM	488 000	482 494	466 635	460 155	428 585	410 585	2 248 454	-15,9%
Autres comptes de fonctionnement CNAMTS établissement public	38 000	37 050	36 124	35 221	33 810	32 410	174 615	-14,7%
Autres comptes de fonctionnement des Travailleurs Indépendants	-	-	-	41 163	39 587	37 932	118 681	ns
Autres subventions (GIE SIPS - IDS - PNAI - Subventions conseillers ...)	13 163	14 000	15 334	15 176	15 026	15 026	74 562	14,2%
Remises de gestion	272 610	257 034	210 250	195 086	142 815	139 544	944 729	-48,8%
<i>Sous total autres comptes non informatique</i>	<i>811 773</i>	<i>790 578</i>	<i>728 343</i>	<i>746 801</i>	<i>659 823</i>	<i>635 497</i>	<i>3 561 041</i>	<i>-25,9%</i>
Dotations des organismes - CTI informatique	13 300	11 650	11 504	11 360	11 218	11 078	56 810	-16,7%
GIE SESAM-Vitale, GIP ASIP SANTE, GIP MDS, CNAVTS/CNAF, UCANSS	51 190	56 870	55 340	55 808	57 349	55 534	280 901	8,5%
CNAMTS établissement public - MOE (yc DMP)	88 276	87 855	91 463	95 746	99 787	104 291	479 142	18,1%
CNAMTS établissement public - AMOA	9 189	11 432	12 523	12 523	12 523	12 522	61 523	36,3%
<i>Sous total autres comptes informatique</i>	<i>161 955</i>	<i>167 807</i>	<i>170 830</i>	<i>175 437</i>	<i>180 877</i>	<i>183 425</i>	<i>878 376</i>	<i>13,3%</i>
TOTAL II/AUTRES COMPTES	973 728	958 385	899 173	922 238	840 700	818 922	4 439 417	-19,6%
Sous - total Fonctionnement	4 976 728	4 922 385	4 851 823	4 995 198	4 872 230	4 804 572	24 446 207	-4,1%
III/INVESTISSEMENTS								
Immobilier des organismes du réseau	165 400	89 850	58 800	58 800	49 750	40 000	297 200	-75,8%
Immobilier Cnam Etablissement Public	-	150	1 200	1 200	250	-	2 800	ns
Informatique des organismes du réseau	192 100	41 937	36 145	34 758	34 027	35 059	181 926	-26,5%
Informatique Cnam Etablissement Public	-	88 641	90 623	89 978	89 636	106 196	465 074	-26,5%
Autres objets des organismes du réseau	134 893	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	350 000	-48,1%
Autres objets Cnamts Etablissement Public	800	800	800	800	800	800	4 000	0,0%
TOTAL III/INVESTISSEMENTS	493 193	291 378	257 568	255 536	244 463	252 055	1 301 000	-48,9%
Total dépenses à caractère limitatif	5 469 921	5 213 763	5 109 391	5 250 734	5 116 693	5 056 627	25 747 207	-7,6%
DEPENSES A CARACTERE EVALUATIF								
Autres contributions								
FNGA de l'ACOSS et FNGA de l'UCANSS	570 000	570 000	570 000	570 000	570 000	570 000	2 850 000	0,0%
Contribution aux ARS	154 000	154 000	154 000	154 000	154 000	154 000	770 000	0,0%
Réserve Nationale	-	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000	ns
Amortissements & Provisions								
Amortissements et provisions Organismes du réseau	178 000	178 000	178 000	178 000	178 000	178 000	890 000	0,0%
Amortissements et provisions CNAMTS Etablissement Public yc logiciels créés	108 000	108 000	108 000	108 000	108 000	108 000	540 000	0,0%
Amortissements et provisions des UIOSS	8 800	8 800	8 800	8 800	8 800	8 800	44 000	0,0%
Juridictions sociales	-	39 970	39 970	39 970	39 970	39 970	199 850	ns
Charges à répartir	-	26 000	-	-	-	-	26 000	ns
Charges exceptionnelles	24 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000	-37,5%
Informatique Cnamts Etablissement Public logiciels créés et en cours + Réseau	39 600	39 600	39 600	39 600	39 600	39 600	198 000	0,0%
Total dépenses à caractère évaluatif	1 082 400	1 149 370	1 123 370	1 123 370	1 123 370	1 123 370	5 642 850	3,8%
TOTAL DES DEPENSES BRUTES	6 552 321	6 363 133	6 232 761	6 374 104	6 240 063	6 179 997	31 390 057	-5,7%
Recettes propres des organismes du réseau	- 150 000	- 84 620	- 84 620	- 84 620	- 84 620	- 84 620	- 423 100	-43,6%
Recettes Cnamts	- 140 000	- 143 200	- 143 200	- 143 200	- 143 200	- 143 200	- 716 000	2,3%
Recettes atténuatives GA	- 245 000	- 304 020	- 304 020	- 303 420	- 303 420	- 303 420	- 1 518 300	23,8%
FINANCEMENT DU FNAM ET DU FNAT	6 017 321	5 831 293	5 700 921	5 842 864	5 708 823	5 648 757	28 732 657	-6,1%

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

1. LE CADRAGE BUDGETAIRE PLURIANNUEL

1.1. CHAMP D'APPLICATION

– Structures

Les structures concernées par la pluri annualité 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 BUDGETAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure en annexe de la présente convention.

Le budget du FNASS fait l'objet d'un vote chaque année par le Conseil. L'approbation par l'Etat, dans le délai prévu par le code de la sécurité sociale de ce budget est réputée acquise s'il est conforme à la convention d'objectifs et de gestion.

Le montant des dotations budgétaires pour l'exercice 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 dans l'annexe, les lignes budgétaires :

- 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,
- évoluent suivant le taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année corrigé.

La correction se fait par la prise en compte de la différence entre le taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année N-1 et le taux d'inflation hors tabac corrigé de l'année N-1 (établi par l'INSEE en début d'année N).

Toutes les autres dépenses de fonctionnement et d'investissement sont fixées en euros courants sur la période de la convention.

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

1.3. REGLES 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 « Etablissements » 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'Etat 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'Etat 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'Etat 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. Le bilan de l'exécution budgétaire

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

PROJET

FNASS - Action sanitaire et sociale - Exécution (F)	2017	proposition 2018	proposition 2019	proposition 2020	proposition 2021	proposition 2022	Var 2017/2022
<i>Prestations obligatoires</i>							
Cures thermales	4 950 000	5 500 000	5 500 000	5 500 000	5 500 000	5 500 000	11,1%
<i>Prestations facultatives</i>							
Dotation Paramétrique et ReMaDom + PRADO	121 600 000	107 885 000	105 635 000	103 435 000	99 735 000	98 500 000	-19,0%
subvention aux œuvres	2 550 000	2 600 000	2 600 000	2 600 000	2 600 000	2 600 000	2,0%
Charges exceptionnelles	650 000	700 000	700 000	700 000	700 000	700 000	7,7%
Subvention aux associations	7 280 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	9,9%
TOTAL fonctionnement RESEAU hors UGECAM	137 030 000	124 685 000	122 435 000	120 235 000	116 535 000	115 300 000	-15,9%
Subventions aux associations	645 000	650 000	650 000	650 000	650 000	650 000	1%
Subventions affectées	2 970 000	2 900 000	2 900 000	2 900 000	2 900 000	2 900 000	-2%
Etudes et recherches	1 000 000	1 300 000	1 600 000	2 300 000	3 000 000	3 000 000	200%
TOTAL fonctionnement CNAMTS	4 615 000	4 850 000	5 150 000	5 850 000	6 550 000	6 550 000	41,9%
TOTAL fonctionnement hors UGECAM	141 645 000	129 535 000	127 585 000	126 085 000	123 085 000	121 850 000	-14,0%
FNASS - Action sanitaire et sociale - Exécution (I)							
Œuvres CP	5 840 000	8 008 000	5 669 000	3 369 000	3 115 000	2 550 000	N.S.
Œuvres AP	-	5 885 000	500 000	300 000	500 000	500 000	N.S.
Etab. extérieur (personnes âgées ou handicapées) CP	-	280 000	-	-	-	-	
TOTAL - Action sanitaire et sociale (F+I)	147 485 000	137 823 000	133 254 000	129 454 000	126 200 000	124 400 000	-15,65%
FNASS - UGECAM - (F)							
Accompagnement des organismes	1 225 000	6 000 000	6 000 000	5 000 000	5 000 000	3 000 000	144,9%
FNASS - UGECAM - (I)							
Etablissement (CP)	56 400 000	37 009 500	79 887 700	81 978 200	40 239 300	40 885 500	N.S.
Etablissement (AP)	134 700 000	36 783 100	33 990 800	59 026 300	47 431 900	72 768 100	N.S.
TOTAL - UGECAM	57 625 000	43 009 500	85 887 700	86 978 200	45 239 300	43 885 500	-23,8%

LE FONDS NATIONAL DE PREVENTION, D'EDUCATION ET D'INFORMATION SANITAIRE

1. LE CADRAGE BUDGETAIRE

1.1. CHAMP D'APPLICATION

Entrent dans le champ d'application de la convention les dépenses relatives aux actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi que les dépenses relatives aux centres d'exams de santé. Tous les crédits ont un caractère pluriannuel.

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

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

1.2. PROGRAMMATION BUDGETAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure en annexe.

Le budget du FNPEIS fait l'objet d'un vote chaque année par le Conseil. L'approbation par l'Etat de ces budgets, après le délai prévu par le code de la sécurité sociale, est réputée acquise s'ils sont conformes à la présente convention.

Le montant des dépenses est fixé en euros courants pour la période de la convention.

Un état des effectifs en ETP des centres d'examen de santé en gestion directe sera présenté chaque année aux services de l'Etat en annexe du TBB 4. Cet état comporte une décomposition des effectifs par fonctions.

2. LES REGLES DE GESTION

2.1. NOTIFICATION DE CREDITS

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 (EBD, 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 CREDITS

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'Etat conformément à l'article L 224-10 du code de la sécurité sociale. Les virements de crédits vers les lignes CES et CETAF ne peuvent excéder un montant total de deux millions d'euros par an.

A 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 BUDGETAIRE

– Règle de report

Afin de permettre une gestion pluriannuelle des dépenses de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, et des centres d'examen de santé, 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. LE BILAN DE L'EXECUTION BUDGETAIRE

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	Prévision exécution 2017	Prévisions 2018	Prév 2019	Prév 2020	Prév 2021	Prév 2022	Budget total COG 2018/2022
<u>ACTIONS NATIONALES</u>	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 Bucco-dentaire	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
<i>Financement axes prioritaires - nouveaux projets de santé publique</i>	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
Lutte contre le tabagisme	32,0	0,0					-
Subventions	11,9	5,5	2,7	2,7	2,7	2,8	16,4
A.F.D.P.H.E. & dépistages 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
<u>ACTIONS LOCALES</u>	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
<u>AUTRES</u>	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 DEPENSES BUDGETAIRES	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 BUDGETAIRE

1.1. CHAMP D'APPLICATION

En application de l'article L 137-27 du code de sécurité sociale est créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie (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 BUDGETAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure en annexe.

Les dépenses du fonds sont engagées et exécutées dans la limite des plafonds définis par la convention d'objectif et de gestion 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'Etat de ces budgets, après le délai prévu par le code de la sécurité sociale, est réputée acquise s'ils sont conformes à la présente convention.

Le montant des dépenses est fixé en euros courants pour la période de la convention.

2. LES REGLES DE GESTION

2.1. NOTIFICATION DE CREDITS

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 BUDGETAIRE

– 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. LE BILAN DE L'EXECUTION BUDGETAIRE

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	Prévisions	Prévisions	Prévisions	Prévisions	Budget total
	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Plafond de dépense	100	120	130	130	130	610

LE FONDS DES ACTIONS CONVENTIONNELLES

1. LE CADRAGE BUDGETAIRE

1.1. CHAMP D'APPLICATION

– Structures

Les structures concernées par la pluri annualité 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 BUDGETAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure en annexe de la présente convention.

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'Etat, dans le délai prévu par le code de la sécurité sociale, de ce budget, est réputée acquise s'il est conforme à la convention d'objectifs et de gestion.

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 (cf. annexe).

1.3. REGLES DE GESTION

1.3.1. Le vote des budgets annuels

Le budget primitif présenté en N-1 et les budgets rectificatifs sont soumis par le Directeur Général au vote du Conseil. L'approbation par l'Etat de ces budgets est réputée acquise après le délai prévu par le code de la sécurité sociale, s'ils sont conformes à la Convention d'Objectifs et de Gestion.

1.3.2. Virements des crédits

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

- Subvention ANDPC
- Subvention FFMPs
- Vie conventionnelle
- Aides conventionnelles à l'informatisation

A 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'Etat. 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'EXECUTION BUDGETAIRE

2.1. BILAN DE L'EXECUTION BUDGETAIRE

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 BUDGETAIRE (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'Etat de produire des éléments chiffrés pour la Commission des Comptes de printemps et pour la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale. Le calendrier de production 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 TBB3 précise le montant des crédits N-1 reportés et non reportés ;
- TBB 4 , au avril N+1, comportant le budget exécuté N et le budget rectificatif

2.3. CONTROLE ECONOMIQUE ET FINANCIER DE L'ETAT

Le contrôle économique et financier de l'Etat auprès de la CNAMTS est tenu régulièrement informé des différentes phases relatives à la préparation et à l'exécution du budget de gestion. Il est destinataire des tableaux de bord et des notes transmises aux ministères de tutelles.

Fonds d'actions conventionnelles (RG + SLM + RSI) (en €)	PREVISION 2017 NOVEMBRE	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	Total COG 2018- 2022
Subvention ANDPC	182 000 000	186 186 000	190 468 000	194 850 000	199 331 000	203 915 000	974 750 000
Subvention FFMPs		155 000	155 000	155 000	155 000	155 000	775 000
Vie conventionnelle	3 100 000	2 700 000	2 700 000	2 700 000	2 700 000	2 700 000	13 500 000
Aides conventionnelles (autres PS)	128 000 000	148 656 000	156 500 000	170 100 000	173 250 000	176 315 000	824 821 000
<i>Dont RSI</i>				7 852 679	8 325 075	8 384 445	24 562 199
TOTAL DEPENSES BRUTES FAC	313 100 000	337 697 000	349 823 000	367 805 000	375 436 000	383 085 000	1 813 846 000
RECETTES	21 000 000	21 483 000	21 977 000	12 827 000	13 122 000	13 424 000	82 833 000
TOTAL DEPENSES NETTES FAC	292 410 000	316 214 000	327 846 000	354 978 000	362 314 000	369 661 000	1 731 013 000

LE FONDS NATIONAL POUR LA DEMOCRATIE SANITAIRE

1. LE CADRAGE BUDGETAIRE

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 BUDGETAIRE

La programmation budgétaire pluriannuelle 2018-2022 figure en annexe.

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

- des autorisations de dépenses définies par la convention d'objectif et de gestion
- 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'Etat de ces budgets, après le délai prévu par le code de la sécurité sociale, est réputée acquise s'ils sont conformes à la présente convention.

Le montant des dépenses est fixé en euros courants pour la période de la convention.

2. LES REGLES DE GESTION

2.1. NOTIFICATION DE CREDITS

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 BUDGETAIRE

- 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'EXECUTION BUDGETAIRE

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 chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

En millions d'euros	Prévisions	Prévisions	Prévisions	Prévisions	Prévisions	Budget total
	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Plafond de dépense	11	11	11	11	11	55

PROJET

**ANNEXE 2 Le dispositif de suivi et de révision de la
COG**

LE DISPOSITIF DE SUIVI ET DE REVISION DE LA COG

1. LE SUIVI ET L’EVALUATION

L’État et la CNAM organisent un suivi d’exécution permanent des engagements pris dans la présente convention. Ce suivi repose notamment sur les tableaux de bords budgétaires, 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 tableaux de bord budgétaires et de suivi des effectifs sont définis dans l’annexe budgétaire de la présente convention.

Pour faciliter ce suivi, un référent unique, rattaché au directeur général, désigne 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.

Elle fournit semestriellement à l’État les résultats des indicateurs de la COG pouvant être produits. La CNAM et l’État s’accorderont sur un panel d’indicateurs dont le suivi apparaît pertinent à un rythme semestriel.

La CNAM fournit à l’Etat les résultats des indicateurs de la COG selon la périodicité, semestrielle ou mensuelle, sur laquelle ils se sont accordés. A la demande des Services de l’Etat, 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’Etat, 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 SDSI.

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 la CNAM d’établir un document commun présenté au Conseil de la CNAM.

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 convention d’objectifs et de gestion est déclinée en contrats pluriannuels de gestion au sein de chaque organisme.

Le dispositif de contractualisation sera engagé dès la signature de la COG en vue d’une conclusion de tous les CPG 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 REVISION 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.

PROJET