



**Conseil du 16 novembre 2017**

**Proposition d'orientations pour la Convention  
D'Objectifs et de Gestion 2018-2021**

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 2018-2021 de l'Assurance maladie s'élabore alors que notre 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 mentales, 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 de notre 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 particulièrement au sein de l'Union Européenne, seront poursuivis, dans le cadre d'échanges bilatéraux ou d'institutions ad hoc, et pourront utilement alimenter nos 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 2018-2021 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 de nos 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 de notre 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, en attachant 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 de nos 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 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 notre 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 notre 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 et des patients

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 notre institution que de disposer ainsi d'un réseau puissant, ancré dans les territoires, fonctionnant de manière cohérente, capable de gagner en efficacité 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 notre capacité à assumer notre rôle et notre ambition au service de notre système de santé.

## **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 le renoncement et accompagner 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 2018-2021 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 proposera aux pouvoirs publics des mesures de simplifications 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 2018-2021. 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 CNAMTS entend créer en son sein une mission nationale chargée d'approfondir nos 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 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 2018-2021. En conformité avec les orientations déjà approuvées par le Conseil de la CNAMTS 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'efficience du système de santé**

---

L'efficience 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 2018-2021 des objectifs stratégiques fondés sur sa capacité à maîtriser l'évolution des dépenses de santé en favorisant la qualité et la pertinence des parcours de soins. Les actions de maîtrise médicalisée des dépenses, qui contribuent chaque année de manière décisive à la tenue de l'ONDAM, mobilisera fortement la CNAMTS 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 publique 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 proposant des actions accessibles à tous, tout en développant un accompagnement ciblé et individualisé des populations qui en ont le plus besoin.

Nous concentrerons ainsi nos interventions 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 buccodentaires, 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 Cnamts.

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

## ***2.2. Encourager les évolutions du système de santé pour renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins***

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.

Cette ambition repose en premier lieu 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'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. A cet égard, 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.

Cette connaissance accrue du système de santé aura pour conséquence 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.

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 nos 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.

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.

### ***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 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. Nous devons améliorer la cohérence, la lisibilité et donc l'efficacité de nos 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 amenées à évoluer, en analysant notamment de façon plus approfondie les assurés ayant réitéré leurs demandes auprès de nos 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'usager, en s'appuyant par exemple sur la Déclaration Sociale Nominative. pour ce qui concerne les revenus.

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'usagers 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 CNAMTS 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 2018-2021, 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 2018-2021 et des champs d'intervention de chacune des branches.

## 4. Accompagner la transition 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 CNAMTS 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 2018-2021 marquera une accélération du déploiement de projets structurants qui renouvelleront son offre de service, confortant ainsi son image de service public moderne et innovant.

Les organismes poursuivront les actions de déploiement des 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 rénovée, l'Assurance Maladie développera d'ici à 2021 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 également 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. 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 CNAMTS privilégiera 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 nos 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 2018-2021, 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 CNAMTS 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 CNAMTS 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 CNAMTS 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 CNAMTS 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 CNAMTS 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 CNAMTS 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 notre 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 CNAMTS 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 CNAMTS et les organismes, afin d'évaluer les impacts des politiques locales.

La COG 2018-2021 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'efficacité qui seront de nouveau mobilisés au cours de la période conventionnelle 2018-2021. 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'adossment 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 CNAMTS 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'édition 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 CNAMTS 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 agiront 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 (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.