

Préparation de la Convention d'Objectifs et de Gestion



Instance Nationale de Concertation de la branche Maladie

16 avril 2010

2010 : une année marquée par des échéances importantes

→ 2 grandes échéances sur le premier semestre :

- 01/01/2010 : fusions d'organismes et d'échelons du service médical
- 01/04/2010 : mise en place des ARS
- Contrat Etat/Uncam : orientations votées à l'issue d'un 2ème débat lors du Conseil du 25/02/2010 (cf. annexes)

→ En parallèle, la préparation de la COG maladie 2010/2013

Préparation de la COG 2010-2013



Les grandes étapes de calendrier

- **Décembre- Janvier – une phase préalable d'échanges avec les parties prenantes**
 - 16-17 décembre : séminaire des chefs de file du conseil Cnamts
 - 12-13 janvier : séminaire avec la DSS
 - ✓ Objectif = appropriation partagée des éléments de bilan et échanges préliminaire autour des grands axes et enjeux pour la période à venir

- **Janvier- Mai – Propositions d'orientations présentées en commissions et conseils (en cours)**
 - GDR : du 19 janvier au 11 mars
 - Services et ASS : du 16 février au 8 avril
 - Efficience : du 23 mars au 6 mai
 - ✓ Objectif = adoption par le conseil d'orientations sur chacun des grands axes de la COG

- **Sur la base des orientations votées par le Conseil la négociation est ouverte avec les pouvoirs publics**

Les grandes étapes de calendrier

→ Avril- Juin 2010 : Négociations avec les ministères de la santé et du budget

- Réunions thématiques et points d'étape au niveau des directeurs
 - ✓ Objectif : finaliser le contenu du projet de COG

→ Objectif de signature de la COG souhaité :

- fin du premier semestre 2010

→ Objectif de signature des CPG :

- six mois après la signature COG

→ Accès aux soins:

- Favoriser l'accès aux soins au travers d'actions contre les inégalités sociales et territoriales

→ GDR et lutte contre les fraudes :

- Renforcer l'efficacité du système de soins par une action en direction des assurés et de l'ensemble des offreurs de soins

→ Services:

- Déployer une politique de service intégrée de qualité

→ Efficience:

- Consolider l'efficacité du réseau de l'assurance maladie

→ Axe GDR

- Favoriser l'accès de nos assurés aux soins et réduire les inégalités de santé
- Aider nos assurés à mieux gérer leur santé
- Améliorer la qualité de la prise en charge notamment des patients atteints de pathologies chroniques
- Privilégier le bon usage du soins
- Rembourser les soins au juste prix

→ Axe services

- Déployer une politique de services intégrés de qualité
- Simplifier et fluidifier la relation avec l'assuré
- Accompagner pro activement l'assuré tout au long de sa vie
- Assurer une relation de professionnel à professionnel avec les PS
- Structurer la relation avec les employeurs

→ Axe efficience

- Faire évoluer l'organisation de l'assurance maladie
- Développer une politique RH adaptée aux enjeux
- Promouvoir une gestion durable et responsable
- Adapter les moyens aux grands enjeux

→ Passage en commissions et conseils :

- Présentation de notes d'orientation : bilan et perspectives d'actions

→ Élaboration de la COG :

- Orientations générales
- Fiches opérationnelles (en cours)
 - ✓ Présentation des enjeux/finalités, objectifs/indicateurs, conditions de réussite, calendrier prévisionnel

→ Les actions courantes

- Les actions de maîtrise médicalisée
400 000 visites DAM et 70 000 entretiens confraternels;
- L'accompagnement des professionnels sur la prévention ;
- Des actions de prévention générales, comme MT dents ;
- Les actions pour favoriser le recours aux droits ;
- L'information sur l'offre de soins : ameli direct ;
- La mise sous accord préalable à l'hôpital ;
- La lutte contre les abus et les fraudes

→ Les actions en cours d'expérimentation ou en début de mise en oeuvre

- SOPHIA : plus de 50 000 adhérents, 98 % de fidélisation; des premiers indices sur l'amélioration de la prise en charge
- Les courriers personnalisés aux assurés sur la maîtrise des dépenses : choix plus important des génériques
- Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles
- Les téléservices médicalisés en direction des professionnels
- Le conventionnement régulé des infirmières

Sur la COG, l'Assurance Maladie a consolidé ses performances:

- Le délai de traitement moyen des remboursements à partir d'une FSE est garantie à 7 jours.
- Une bonne qualité des données du fichier assurés mesurable grâce aux taux de certification
- Il faut noter que l'objectif de délai de traitement des indemnités journalières fixé dans la COG n'est pas atteint.

Développement des télé-services: 4M2 comptes assurés, 250000 comptes PS

- Pour les plateformes de service :

	Nombre d'appels	Taux décroché
2005	26 897 006	87,1%
2008	32 067 968	87,3%

	Résultat 2006	Résultat 2007	Résultat 2008	Résultat octobre 2009
Délai de remboursement des FSE aux assurés	7 jours	7 jours	6,9 jours	7 jours
Des écarts de performance importants : FSE	Meilleure : 6 jours Moins bonne : 8 jours	Meilleure : 6 jours Moins bonne : 8 jours	Meilleure : 5 jours Moins bonne : 8 jours	Meilleure : 5 jours Moins bonne : 10 jours
Délai de traitement des FSP aux assurés	12 jours	15 jours	20 jours	14 jours
Des écarts de performance importants : FSP	Meilleure : 5 jours Moins bonne : 44 jours	Meilleure : 5 jours Moins bonne : 44 jours	Meilleure : 5 jours Moins bonne : 37 jours	Meilleure : 5 jours Moins bonne : 43 jours
Taux de FSE+ EDI (4ème trimestre)	81,1%	82,8%	84,2%	85,0%
Délai de règlement à l'assuré de la 1ère IJ maladie non subrogée (8ème décile)	47 jours	45 jours	47 jours	39 jours
Taux de certification des assurés	99,6%	99,6%	99,7%	99,6%
Taux de certification des ayants droits	97,7%	98,5%	98,6%	98,4%
Taux de rejet IRIS - CPG hors neutralisations	3,00%	2,86%	2,61%	2,20%

→ **L'efficiencia de la Branche Maladie et sa performance au cours de la période COG 2006 – 2009 se sont traduites dans :**

- **l'organisation de son réseau en termes**
 - ✓ de mutualisation des activités
 - ✓ de fusion de caisses primaires et d'échelons locaux du service médical
 - ✓ de coordination régionale de la GDR
- **la politique de gestion des ressources humaines**
- **l'évolution de ses dépenses de gestion sous tendue par**
 - ✓ la situation de ses effectifs
 - ✓ l'évolution de son efficience
- **la gestion de son patrimoine immobilier**

Présentation des orientations



Les orientations GDR



→ Garantir l'accès de nos assurés aux soins et réduire les inégalités de santé

- Faciliter l'accès aux droits et aux soins des populations précaires et défavorisées
- Inciter à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire
- Mieux réguler les tarifs
- Informer nos assurés sur la qualité et le coût des soins
- Intégrer la lutte contre les inégalités dans nos programmes de prévention

→ Aider nos assurés à mieux gérer leur santé

- Apporter de l'information à nos assurés
- Développer nos programmes de prévention
- Mener des actions pédagogiques sur les bonnes pratiques et le coût du système

→ Améliorer la qualité de la prise en charge notamment des patients atteints de pathologies chroniques

- Accompagner les malades atteints de maladies chroniques
- Aider les professionnels de santé à mieux prendre en charge les patients chroniques
- Développer le caractère discriminant de la certification des établissements et des professionnels
- Expérimenter la télésurveillance et le télésuivi des patients
- Développer des services d'aide à la sortie des établissements
- Proposer un service d'organisation du retour et maintien à domicile

→ Privilégier le bon usage du soins

- Continuer la « maîtrise médicalisée »
- Diffuser la culture du bon usage
- Développer des modes de prise en charge plus souples et mieux coordonnés
- Favoriser les transferts et délégations de tâches

→ Rembourser les soins au juste prix

- Utiliser les nouveaux modes de rémunération comme un outil d'efficience
- Mettre en œuvre une stratégie de rémunération des établissements favorisant l'efficience
- Accroître l'efficacité et l'étendue du contrôle

Les orientations Services



→ Déployer une politique de services intégrés de qualité

- Améliorer l'accompagnement de l'assuré pour garantir l'accès aux droits
- S'engager sur une offre de service accessible et de qualité sur tout le territoire
- Améliorer la qualité de la relation écrite
- Évaluer de manière régulière la satisfaction client et apporter les actions correctrices nécessaires dans une dynamique d'amélioration continue

→ Simplifier et fluidifier la relation avec l'assuré

- Fluidifier les changements de situation
- Réduire la complexité par des évolutions réglementaires
- Développer des offres plus intégrées
- Enrichir les services en ligne

→ Accompagner pro activement l'assuré tout au long de sa vie

- Faciliter l'orientation dans le système de soins
- Accompagner l'assuré dans la préservation de son capital santé
- Accompagnement des parcours de soins

→ Assurer une relation de professionnel à professionnel avec les PS

- Structurer notre relation de service avec les Professionnels de Santé
- Assurer l'efficience de la relation aux Professionnels de santé au travers d'un portail unique

→ Structurer la relation avec les employeurs

- Enrichir l'offre de services en ligne
- Coordonner et rendre lisible l'offre de services de l'assurance maladie
- Mieux informer les employeurs dans le cadre de la maîtrise médicalisée
- Mieux informer les employeurs sur les services facilitateurs

Les orientations Efficience



→ Faire évoluer l'organisation de l'Assurance Maladie

- Parachever la structuration du réseau
- Mieux travailler collectivement
- Capitaliser sur les nouvelles technologies

→ Développer une politique RH adaptée aux enjeux

- Approfondir avec le réseau la politique de recrutement, de formation et de mobilité interne favorisant les parcours professionnels
- Déployer le nouveau système d'information des RH
- Développer une politique de rémunération pour le réseau assurance maladie

→ Promouvoir une gestion durable et responsable

- Développer une politique d'entreprise socialement responsable
- Poursuivre une politique immobilière ambitieuse
- L'assurance maladie : une entreprise éco-responsable

→ Adapter les moyens aux grands enjeux

- Accompagner nos ambitions
- Anticiper les départs et difficultés de la GPEC
- Mobiliser les gains de productivité

ANNEXES



→ **Fondement législatif (article 117 de la loi HPST - article L182-2-1-1 du CSS) :**

- Un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de GDR communs aux 3 régimes d'assurance maladie pour une durée minimale de 4 ans
- Un contrat qui définit les **actions mises en œuvre par chacun des signataires afin de coordonner les actions sur l'ensemble des champs**

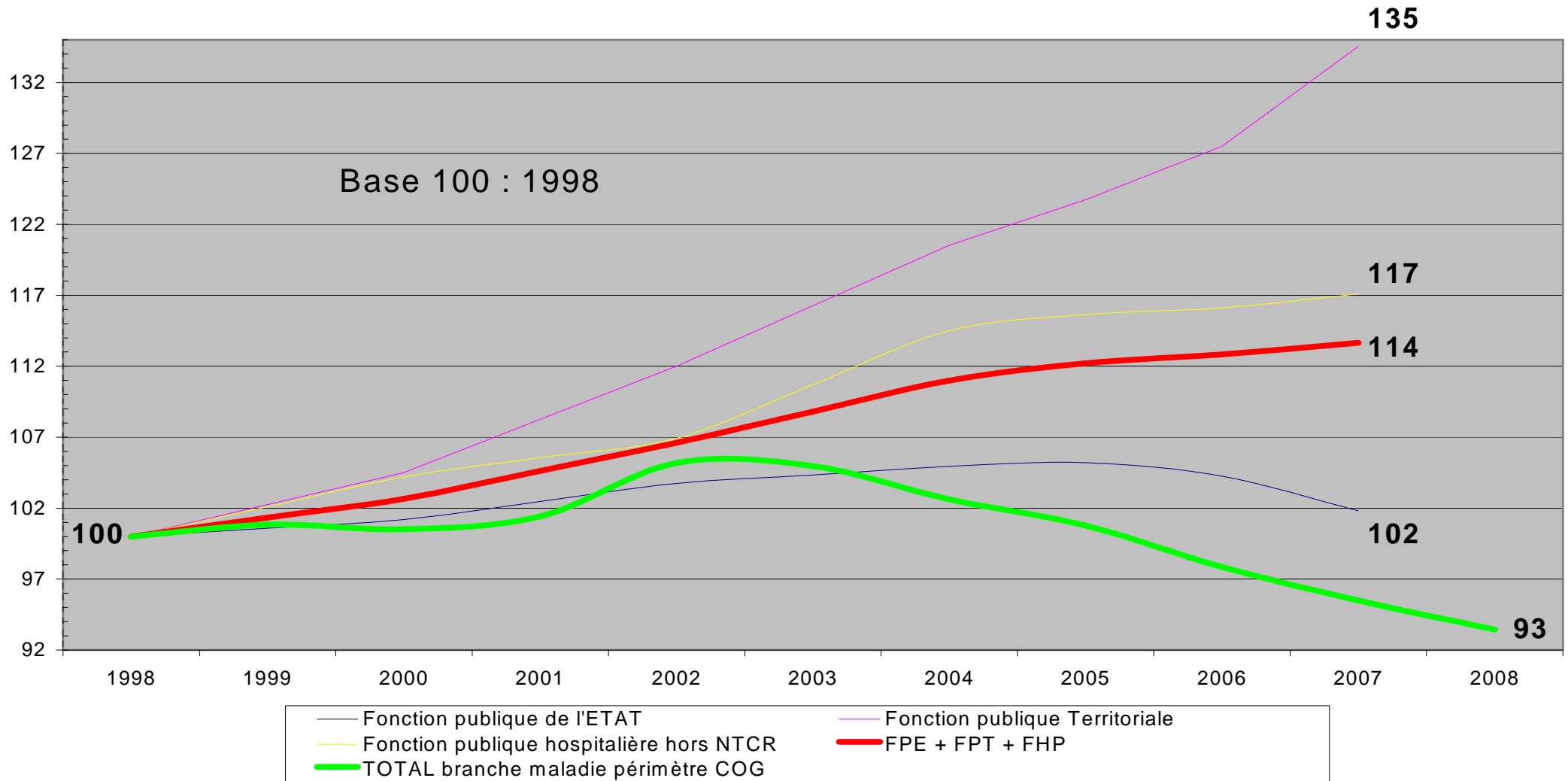
→ 3 défis :

- L'hétérogénéité de la qualité de la prise en charge des soins
- L'accès aux soins
- La situation financière consolidée des régimes de l'UNCAM est déficitaire

→ 5 axes d'actions :

- Promouvoir des actions en faveur de la prévention au bénéfice des assurés
- Apporter une information de qualité à nos assurés
- Inciter à une amélioration des pratiques
- Favoriser une organisation plus efficiente de l'offre de soins
- Utiliser la tarification pour faire évoluer les offreurs de soins

Evolution comparée de l'emploi dans les 3 fonctions publiques et au sein de l'Assurance Maladie du Régime Général



Évolution comparée de l'emploi dans les branches du Régime Général

