

CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION ENTRE L'ETAT ET LA CNAM 2018-2022

Dossier de presse

19 janvier 2018

Contacts presse Caisse nationale d'Assurance Maladie :

Caroline Reynaud - 01 72 60 14 89
Céline Robert-Tissot - 01 72 60 13 37
presse@cnamts.fr



[Suivez notre actualité sur Twitter !](#)

Sommaire

Communiqué de synthèse.....	3
I – Les 5 axes structurants	4
1. Renforcer l'accès au système de soins	4
2. Contribuer à la transformation et à l'efficience de notre système de santé	4
3. Rendre aux assurés un service maintenu à un haut niveau de qualité	4
4. Accompagner l'innovation numérique en santé	5
5. Réussir l'intégration des autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche	5
II – Une maîtrise des coûts de fonctionnement	5
1. L'évolution des effectifs	5
2. Une allocation budgétaire au service de nouvelles priorités	5
III. Exemples d'indicateurs	6

Signature d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2018-2022

Comme le prévoit le Code de la sécurité sociale¹, l'Etat vient de conclure avec la Caisse nationale d'Assurance Maladie sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) couvrant la période 2018-2022. Pour la première fois, la durée de la convention est portée à cinq ans, ce qui permet de disposer d'une visibilité suffisante pour déployer des projets d'ampleur et d'être en ligne avec les grandes orientations stratégiques fixées par les pouvoirs publics dans le champ de la santé, comme celle par exemple de la Stratégie nationale de santé et du Plan pour l'égal accès sur les territoires.

Cette convention, qui s'articule en 5 axes stratégiques, déclinés en 17 fiches thématiques et 185 actions prioritaires, sera évaluée au regard de 67 indicateurs de résultats (cf. exemples en page 6).

En ligne avec les orientations du Conseil de la Cnam fixées le 16 novembre 2017, cette convention a été approuvée par un vote favorable le 25/01 et signée officiellement par les ministres des Solidarités et de la santé et des Comptes et l'action publics.

Qu'est-ce qu'une COG ?

Mise en place depuis 1996, la COG constitue le cadre contractuel entre l'Etat et les caisses nationales de principaux régimes de sécurité sociale, qui détermine les objectifs sur la période et les actions à mettre en œuvre par chacun des signataires et les moyens de fonctionnement alloués à la branche.

Accompagner les transformations nécessaires du système de santé

La convention a été élaborée pour accompagner les évolutions nécessaires du système de santé français, confrontés à de nombreux défis tels que le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, la démographie médicale ou la question de sa soutenabilité financière.

Pour y répondre, elle porte un **effort accru sur la prévention** comme en témoigne la hausse de la dotation budgétaire sur ce volet (+45% par an). Elle vise également à **renforcer l'accompagnement des assurés pour leur accès aux droits et aux soins**. Par ailleurs, elle va permettre de faciliter le **déploiement d'innovations organisationnelles**, via la mise en place d'un fonds dédié et d'encourager la **transition numérique du système de santé**.

Maintenir un haut niveau de qualité de service, y compris pour les nouveaux assurés du Régime général

Au cœur des priorités des assurés, des professionnels de santé et des employeurs, la **qualité de service** sera non seulement maintenue mais **renforcée, vers plus de fiabilité et de rapidité**. Sur la période, cette qualité de service sera **étendue à 7 millions d'assurés sociaux supplémentaires** (indépendants, étudiants...) qui rejoindront progressivement le régime général.

Maitriser ses coûts de fonctionnement et gagner en efficience

La nouvelle COG poursuit l'effort engagé sur les effectifs qui se traduit par une diminution globale des postes de -2,5% en moyenne annuelle à périmètre constant. Une fois prise en compte la reprise des personnels issus des autres régimes, **le nombre de postes au sein de l'Assurance Maladie passera de 64 806 en 2017 à 61 150 environ en 2022**, soit un recul des effectifs de 3 650 postes. L'évolution du budget de fonctionnement des caisses d'Assurance Maladie traduit elle-aussi la poursuite de la maîtrise des coûts, avec une **baisse des dépenses de fonctionnement de 3,15%** par an, conforme à la tendance engagée au cours des dernières années.

Pour tenir cette trajectoire d'efficience tout en garantissant la qualité du service, la COG prévoit de **renforcer les coopérations entre les organismes** (regroupement de certaines prestations, mutualisation des achats, optimisation du patrimoine immobilier), **tout en maintenant le nombre actuel de caisses**. Les **innovations technologiques** permettront aussi de gagner en efficience, c'est pourquoi les budgets informatiques connaissent une croissance significative (+16%).

¹ En application de l'article L227-1 du code de la Sécurité sociale

I – Les 5 axes structurants

Afin de contribuer à la mise en œuvre des chantiers stratégiques qui doivent soutenir l'évolution du système de santé français, la convention signée entre l'Etat et l'Assurance Maladie est structurée autour de cinq axes.

1. Renforcer l'accès au système de soins

Au cœur des missions socles de l'Assurance Maladie, les actions inscrites dans cet axe ont comme objectif de lutter contre les facteurs d'inégalités d'accès aux soins. Concernant les freins financiers, l'effort engagé pour faire reculer les dépassements d'honoraires chez les médecins installés en secteur 2 sera poursuivi, comme l'accompagnement d'un nombre croissant d'assurés confrontés à des renoncements des soins via les plateformes dédiées. De même, l'Assurance Maladie va contribuer à la mise en place du reste à charge 0 sur les soins dentaires, les lunettes et les appareils d'audioprothèse.

L'Assurance Maladie va également s'attacher à lutter contre les inégalités d'accès aux soins selon les territoires, via notamment le développement des maisons de santé pluridisciplinaires et le recours croissant à la télémédecine.

2. Contribuer à la transformation et à l'efficacité de notre système de santé

Pour garantir la soutenabilité du système de protection sociale, l'Assurance Maladie va renforcer ses actions de prévention, en lien avec ses partenaires sur ce sujet, notamment en termes de lutte contre le tabagisme, première cause de décès évitables en France et en favorisant la vaccination, le dépistage organisé des cancers et la prévention buccodentaire pour les enfants et les jeunes. Un effort va porter sur l'innovation organisationnelle du système de soins via un fonds dédié au financement de projets locaux à ce sujet et à leurs évaluations.

Sur le plan de la gestion du risque, la mobilisation au service de la qualité et la pertinence des soins sera poursuivie et étendue dans le cadre des parcours ou au sein des établissements de santé – via les CAQES². Par ailleurs, des actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle chez des assurés en arrêt maladie seront développées. Enfin, conformément aux Programmes de transformation du système de santé, les actions de lutte contre la fraude vont se renforcer autour de trois volets : meilleure identification des risques, poursuite de l'amélioration des techniques de détection (*datamining* et *big data*) et focalisation sur les fraudes aux enjeux financiers les plus significatifs.

3. Rendre aux assurés un service maintenu à un haut niveau de qualité

En réponse aux attentes des assurés, le service, mesuré par des indicateurs précis (par exemple, pourcentage d'appels aboutis, délais de remboursements des soins) a gagné en qualité et en homogénéité entre les différents organismes. Cette qualité de service doit continuer à progresser en offrant des délais plus courts et un traitement plus fiable des dossiers, et ce, y compris pour les nouveaux assurés -travailleurs indépendants et étudiants- qui rejoignent le régime général.

Par ailleurs, afin de favoriser la simplification des démarches, la logique du « *dites-le nous une seule fois* » va progressivement s'appliquer afin d'éviter la transmission répétée des mêmes pièces justificatives. Cette démarche s'appuie notamment sur la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour ce qui concerne les salaires ; cette simplification va faciliter par exemple le calcul des indemnités journalières ou la vérification des droits pour bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide à la complémentaire santé (ACS).

² Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

4. Accompagner l'innovation numérique en santé

Le déploiement du numérique ouvre des perspectives inédites en termes d'évolutions des parcours de soins comme de prise en charge des usagers. Consciente des opportunités offertes par la e-santé, l'Assurance Maladie compte favoriser son développement via quatre grands chantiers au cours des cinq ans à venir : la généralisation du dossier médical partagé, le recours à la télémédecine en vie courante, l'adoption de la e-prescription visant à remplacer les ordonnances papiers d'ici à 2022, et encore plus symbolique, le lancement d'une e-carte Vitale sur smartphone dont l'expérimentation débutera dès 2018.

5. Réussir l'intégration des autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche

Un des chantiers prioritaires de cette COG sera l'intégration de 7 millions de nouveaux bénéficiaires et le transfert de 4 000 nouveaux collaborateurs. Ces rapprochements se feront en sécurisant les transferts d'activités pour que celles-ci soient sans impact sur la qualité du service rendu aux assurés par le régime général en termes de rapidité, d'accessibilité et de fiabilité comme de services offerts (compte ameli, qualité de l'accueil physique et téléphonique).

II – Une maîtrise des coûts de fonctionnement

1. L'évolution des effectifs

La recherche d'une plus grande efficacité constitue un des axes clés de la convention et se traduira notamment par une évolution des effectifs à la baisse – 2,5% de postes équivalent temps plein (ETP) par an à périmètre constant. Cette réduction sera partiellement compensée par l'intégration d'une partie des personnels des régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants et des étudiants. *In fine*, les effectifs de la branche (hors Ugecam) passeront de 64 806 à 61 150, soit une réduction totale de 3 650 postes en ETP. Cette réduction des effectifs sera facilitée par un recours croissant à deux mécanismes qui ont déjà fait leurs preuves, la mutualisation de certaines tâches comme la paie ou les achats, portées par certains organismes au niveau régional ou national, ou à des mécanismes de délestage entre organismes pour faire face à des pics d'activités – comme c'est déjà le cas sur le traitement des appels ou du paiement des indemnités journalières.

2. Une allocation budgétaire au service de nouvelles priorités

Les dotations financières (voir tableau ci-dessous) prévues par la convention témoignent des orientations stratégiques assignées à l'Assurance Maladie.

	L'exécuté 2014-2017 en millions €	Le voté 2018-2022 en millions €	Evolution par an
Fonds national de prévention et d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)	342,8	496,6	+45%
Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS)	130	130,2	0%
Dépenses de fonctionnement des organismes	533,8	484,6	-9,2%
Budgets informatiques	266,61	305,07	+16 %

Note - Ce tableau présente des évolutions à la fois à périmètre constant et en budget annuel moyen, afin de comparer les dotations sur deux COG aux durées différentes.
Par ailleurs, il effectue une comparaison entre les dépenses votées, exécutées lors de la précédente convention d'objectifs et de gestion (2014-2017) et le budget négocié pour les cinq ans qui s'ouvrent.

III. Exemples d'indicateurs

Indicateurs	Cibles				
	2018	2019	2020	2021	2022
Evolution du taux de dépassement des médecins de secteur 2 et secteur 1 DP	49,5%	48%	47%	46,5%	46%
Nombre d'accompagnements aboutis d'assurés par les plateformes de lutte contre le renoncement aux soins	33 000	60 000	78 750	100 000	100 000
Taux de recours au chirurgien-dentiste pour les classes d'âge concernées par l'examen bucco-dentaire	61%	62%	63%	64%	65%
Taux de respect des objectifs de maîtrise médicalisée dans le cadre de la gestion du risque	100%	100%	100%	100%	100%
Montant des préjudices frauduleux et fautifs détectés et stoppés	250M€	255M€	260M€	265M€	265M€
Taux d'appels téléphoniques répondus	90%	90%	90%	90%	90%
Délai moyen de paiement de la première indemnité journalière AS/AT non subrogée (c.à.d. non couverte par l'employeur)	28j	28j	27j	26j	25j
Nombre de plateformes multicanales (téléphone mail, sms, chat) déployées pour employeurs	-	-	6	9	13
Nombre de Dossiers médicaux partagés ouverts	3,5 millions	10 millions	20 millions	30 millions	40 millions
Taux de mutualisation des achats	43%	43%	44%	45%	46%