

2006

**Le Projet
d'entreprise**
de l'Assurance Maladie

2006/2009

2009



**l'Assurance
Maladie**

Sommaire

- a** Pourquoi un Projet d'entreprise ? p3
- b** Un défi majeur p4
- c** La stratégie de l'Assurance Maladie p5

- 1** **Axe 1 : exercer pleinement notre mission de gestion du risque p7**
- 2** **Axe 2 : élargir notre offre de services p13**
- 3** **Axe 3 : accroître notre efficience p19**

Pourquoi un Projet d'entreprise ?



L'année 2005 a été consacrée à la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie prévue par la loi du 13 août 2004. Grâce à la forte mobilisation de tous, à la Caisse nationale et dans le réseau, nous avons pu relever ce défi. Positifs, les premiers résultats nous encouragent à poursuivre dans cette voie. Il s'agit désormais de consolider, dans la durée, notre action : la mise en place du parcours de soins coordonnés grâce au médecin traitant, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et la lutte contre les abus et les fraudes.

Le Projet d'entreprise 2006-2009 traduit en termes opérationnels cette ambition, faire de l'Assurance Maladie un assureur solidaire en santé. Durant ces quatre années, il sera notre carnet de route. Il fixe à la fois le cap et définit les étapes pour l'atteindre.

C'est dans ce cadre que nous mettons la gestion du risque au cœur de notre action, grâce à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, à la prévention et à la recherche de l'efficacité du système de soins. La santé au travail est partie intégrante de ces adaptations.

Pour nos publics, il convient, d'une part, de renforcer la relation de service avec les assurés et les employeurs, et d'autre part, de professionnaliser nos relations avec les professions de santé. C'est ainsi que nous pourrions être reconnus par tous comme un service public s'inscrivant pleinement dans une logique d'entreprise de service.

Comme tous les grands services publics, nous devons nous interroger sur notre organisation collective avec la volonté d'optimiser le service rendu. Revisiter notre organisation, c'est contribuer à augmenter la part des cotisations sociales affectée au remboursement des soins.

L'atteinte de nos objectifs de gestion du risque comme l'élargissement de notre offre de services suppose de basculer d'une logique de production de masse à une logique de service de proximité.

Cela nous conduit à adapter nos systèmes d'information pour accroître notre performance.

De même, l'adaptation de nos compétences professionnelles et de nos métiers par les formations et les recrutements appropriés devra s'intégrer dans une politique nationale des ressources humaines partagée avec le réseau.

À de nombreuses reprises, j'ai pu constater combien l'Assurance Maladie est capable de se mobiliser pour relever ces défis. Aujourd'hui, notre Projet d'entreprise 2006-2009 doit nous aider à transformer en résultats nos ambitions pour l'Assurance Maladie. Face à ce nouveau défi, je sais pouvoir compter sur chacun de vous.

Frédéric van Rookeghem
Directeur général



Un défi majeur pour l'Assurance Maladie

Être reconnue comme un acteur efficace et responsable de l'organisation des soins.

Dans un contexte marqué par une situation financière difficile et par un environnement évolutif (nouvelles attentes du public en matière de santé, évolutions démographiques, progrès technologiques...), l'Assurance Maladie doit relever un défi majeur : celui d'être reconnue comme un acteur efficace et responsable de l'organisation des soins.

Pour cela, nous devons démontrer notre capacité à :

- accroître l'efficacité du système de soins par la bonne utilisation des ressources collectives et l'adhésion des assurés sociaux comme des professionnels de santé à la stratégie de l'Assurance Maladie ;
- améliorer la qualité du service tout en maîtrisant les coûts internes.

Pour relever ce défi, nous pouvons nous appuyer sur nos valeurs, véritables guides de notre action et nous disposons d'atouts solides.

Nos valeurs inspirent notre action ...

La solidarité et l'égalité d'accès aux soins sont les valeurs fondatrices de l'Assurance Maladie. Ces valeurs inspirent notre action, qui repose au quotidien sur la mobilisation des talents et compétences de tous les salariés de l'Assurance Maladie.

La solidarité

L'Assurance Maladie agit pour garantir à chaque assuré social, selon ses besoins, des soins utiles nécessitant une prise en charge par un système solidaire et universel.

L'égalité d'accès aux soins

L'Assurance Maladie travaille à garantir à chaque citoyen, sans distinction d'âge, de moyens, d'état de santé, l'accès à des soins de qualité, et un droit aux prestations identique en tout point du territoire. À ce titre, elle porte une attention particulière aux populations ayant un accès plus difficile au système de soins ou de protection maladie.

La mobilisation des talents et des compétences

Les salariés de l'Assurance Maladie ont régulièrement prouvé leur capacité à réussir les changements par l'adaptation de leurs compétences et la mobilisation de leurs talents. Ces qualités doivent être au cœur du Projet d'entreprise comme des pratiques managériales, dans un esprit de responsabilisation de tous.

... et nous disposons d'atouts solides

Pour atteindre notre ambition, nous disposons aujourd'hui d'atouts solides :

- Une légitimité reconnue par nos concitoyens. Ce qui constitue une chance pour conduire notre projet mais également une responsabilité nous obligeant à viser l'excellence.
- Un savoir-faire fortement établi à tous les niveaux du réseau, doublé d'une capacité à nous mobiliser sur des objectifs ambitieux.
- Des moyens d'action renforcés par la loi du 13 août 2004, notamment dans trois domaines : la négociation conventionnelle, la gestion des prestations et les services aux assurés.

● **Projet d'entreprise et COG**

Conclue entre l'État et l'Assurance Maladie, la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) fixe, pour les années 2006 à 2009, les objectifs stratégiques que nous nous employons à atteindre, en précisant les moyens humains et financiers mobilisables. Le Projet d'entreprise traduit ces objectifs en actions concrètes, pour l'ensemble des métiers et des salariés de l'Assurance Maladie.

● **Loi du 13 août 2004**

La loi du 13 août 2004 s'est attachée à assurer la sauvegarde de notre système d'assurance maladie, notamment en favorisant une organisation plus efficace du système de soins.

La réforme s'est traduite notamment par :

- de nouvelles responsabilités confiées à l'Assurance Maladie pour assurer efficacement la maîtrise médicalisée du système de soins ;
- l'institution d'un parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant ;
- le développement d'outils de contrôle et de lutte contre les abus et les fraudes ;
- une responsabilisation de tous les acteurs, assurés, professionnels de santé et caisses d'assurance maladie.

C

La stratégie de l'Assurance Maladie

Le Projet d'entreprise traduit en termes opérationnels les ambitions de l'Assurance Maladie.

Le Projet d'entreprise fixe deux objectifs majeurs à atteindre d'ici 2009, et précise le levier stratégique pour y parvenir.

Quels objectifs, visons-nous à l'horizon 2009 ?

- **Exercer pleinement notre mission de gestion du risque maladie et du risque professionnel (axe 1).**
- **Élargir notre offre de services (axe 2).**

Comment atteindre ces objectifs ?

- **En accroissant notre efficacité (axe 3).**

● **Efficacité**

Rapport optimum entre résultats obtenus et ressources allouées ; par différence à l'« efficacité » qui est le rapport entre résultats obtenus et objectifs visés.

axe

**Exercer pleinement
notre mission de gestion
du risque**

Nous exerçons notre métier de gestionnaire du risque dans le respect de nos valeurs

En tant qu'assureur solidaire en santé, nous exerçons notre métier de gestionnaire du risque dans le respect de nos valeurs, et dans le cadre d'une stratégie articulée en cinq grands domaines d'actions :

1. la prévention et l'information de l'assuré;
2. la formation et l'information des professionnels de santé;
3. la définition du périmètre d'intervention de la prise en charge collective;
4. la constitution de l'offre de soins;
5. la tarification et le niveau de prise en charge.

1. Développer la prévention et l'information des assurés, lutter contre les inégalités

L'assuré social est l'utilisateur final du système de soins. L'Assurance Maladie doit le placer au centre de ses actions d'information et de prévention. Régulièrement et correctement informé, l'assuré peut agir en acteur responsable du système de soins.

Parallèlement, l'Assurance Maladie participe à la définition de la politique de prévention aux côtés d'autres institutions en charge des programmes de santé publique. Elle doit aussi mener directement des programmes de prévention conformes à ses priorités de gestion du risque.

L'Assurance Maladie développe également des actions spécifiques dans le champ de la cohésion sociale afin de prévenir les situations susceptibles de générer des exclusions. Elle doit poursuivre son engagement dans la lutte contre les inégalités qui demeurent en matière d'accès aux soins et aux dispositifs de prévention.

Aussi, nous nous fixons comme orientation majeure de développer une dynamique de prévention et de prise en charge sanitaire. Elle est nécessaire à la fois à l'amélioration de la santé des assurés, notamment des plus fragiles, et à la maîtrise du système de santé.

Les 6 priorités de l'Assurance Maladie dans ce domaine :

- déployer des programmes personnalisés de prévention en partenariat avec les professionnels de santé, en particulier les médecins traitants;
- accompagner les patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques afin d'améliorer leur prise en charge sanitaire, leur information thérapeutique et leur adhésion au traitement et à son observance;
- faciliter l'accès aux dispositifs de soins et de prévention en santé des assurés sociaux en situation de précarité;
- informer les patients sur les conditions générales de fonctionnement du système d'assurance maladie obligatoire;
- informer les patients sur les caractéristiques de l'offre de soins locale et nationale;
- informer les patients sur le bon usage des produits de santé.

2. Accompagner la démarche de formation des professionnels de santé, leur apporter une information professionnelle et développer la qualité des soins

Les professionnels de santé, fournisseurs de soins, sont des acteurs majeurs et déterminants du système de santé. Ils sont les premiers responsables du diagnostic, du choix du traitement et de sa mise en œuvre. Favoriser les meilleures pratiques est indispensable pour atteindre les objectifs de notre politique de gestion du risque.

Si les recommandations de bonne pratique ou la formation relèvent a priori de la compétence de l'État, des professionnels ou d'instances extérieures à nos organisations, nous avons, en tant qu'Assurance Maladie, un intérêt fort à agir afin de garantir le meilleur service de santé aux assurés.

Les 4 priorités de l'Assurance Maladie dans ce domaine sont :

- favoriser l'adoption des meilleures pratiques;
- informer sur le cadre réglementaire et les dispositifs conventionnels, concourant à la qualité et à l'efficacité des soins;
- promouvoir une information de référence indépendante sur les produits de santé, notamment sur le rapport bénéfice/risque pour le patient;
- favoriser et évaluer la coordination des prescriptions et des soins en médecine de ville et à l'hôpital.

3. Contribuer à la définition du périmètre de la prise en charge collective et en contrôler le respect

La prise en charge collective repose sur la solidarité au sein de la population des assurés. La limitation des ressources impose des choix sur le champ de la prise en charge collective. Il revient à l'Assurance Maladie d'appliquer et de faire respecter les règles définies par la collectivité nationale.

Les 3 priorités de l'Assurance Maladie dans ce domaine sont :

- renforcer le contrôle sur les droits des assurés;
- favoriser les économies sur les soins inappropriés et redondants;
- renforcer l'efficacité du contrôle pour lui donner un rôle pédagogique.

4. Participer à la planification de l'offre de soins

L'Assurance Maladie doit participer à la définition de la constitution de l'offre de soins, pour contribuer à davantage d'efficacité. Il s'agit pour nous, notamment, de veiller à ce que les logiques quantitatives ne prédominent pas sur les logiques qualitatives.

Les 3 priorités de l'Assurance Maladie dans ce domaine sont :

- contribuer à une meilleure adéquation de l'offre aux besoins de soins;
- agir sur la complémentarité de l'offre;
- favoriser de nouveaux modes d'organisation pour la prise en charge des pathologies lourdes.

5. Utiliser la tarification et le niveau de prise en charge pour agir sur l'organisation de l'offre de soins et les comportements

Après les efforts récents entrepris pour moderniser la tarification et la rapprocher des coûts réellement constatés (mise en œuvre de la tarification à l'activité et de la classification commune des actes médicaux), il s'agit de franchir une nouvelle étape. La gestion active de la tarification doit devenir un moyen de pilotage du système de santé, en vue de faciliter des réorganisations tant de l'offre de soins que des processus thérapeutiques.

L'Assurance Maladie mènera dans ce domaine une expérimentation sur :

- l'incitation financière à la prévention dans le cadre du parcours de soins coordonnés et des réseaux de soins;
- la généralisation, à l'aide de la tarification et après évaluation, des processus de soins les plus efficaces.

1

Plan d'action : axe 1

La gestion du risque, maladie et professionnel, est au cœur de notre métier d'assureur solidaire en santé. En effet, elle garantit la qualité et la régulation du système de soins. La réaffirmation de la gestion du risque dans le Projet d'entreprise s'articule en cinq domaines d'actions :

- la prévention et l'information de l'assuré ;
- la formation et l'information des professionnels de santé ;
- la définition du périmètre d'intervention de la prise en charge collective ;
- la constitution de l'offre ;
- la tarification et le niveau de prise en charge.

1.1

Prévention, information et lutte contre les inégalités

- **Déployer des programmes personnalisés de prévention en partenariat avec les professionnels de santé, en particulier les médecins traitants**

- En expérimentant dès 2006 des dispositifs de prévention permettant de réduire les risques majeurs de santé à travers des actions portant en priorité sur la nutrition, l'obésité, l'usage des psychotropes, les risques cardio-vasculaires, la grossesse, le dépistage des cancers, la iatrogénie médicamenteuse et la grippe.
- En déployant également un dispositif d'information en direction des assurés sur les risques auxquels ils peuvent être confrontés en fonction de leur âge ou sexe, ainsi que sur les actions de prévention à suivre.

- **Accompagner les patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques afin d'améliorer leur prise en charge sanitaire, leur information thérapeutique, leur adhésion au traitement et à son observance**

- En développant d'ici 2007 et en relation avec les associations de patients, des services spécifiques autour de patients relevant d'affections de longue durée présélectionnées (diabète, maladies cardio-vasculaires, asthme...), contenant des dispositifs de prévention, d'éducation thérapeutique, d'information sur les traitements et l'offre de soins.
- En expérimentant des modes de prise en charge sanitaires innovants en vue de réduire les éventuelles complications liées à ces pathologies.

- **Faciliter l'accès aux dispositifs de soins et de prévention en santé des assurés sociaux en situation de précarité**

- En recherchant des partenariats entre associations familiales, associations de malades, associations de lutte contre la précarité, collectivités locales et centres d'examen de santé.
- En intervenant par le biais d'aides individuelles encadrées, par l'offre de soins des UGECAM intervenant dans le domaine médico-social, et par la proposition d'examen de santé.

- **Informez les assurés sociaux sur les conditions générales de fonctionnement du système d'assurance maladie obligatoire**

- En développant progressivement d'ici 2009 un système d'information général multicanal rappelant les règles régissant le système d'assurance maladie obligatoire, l'accès aux prestations et l'organisation de l'offre de soins : conventionnements des professionnels, types d'établissements, médecine de garde, parcours de soins coordonnés et droits aux prestations.

- **Informez les assurés sociaux sur les caractéristiques de l'offre de soins locale et nationale**

- En promouvant une information permettant aux assurés de connaître, d'une part, la liste des professionnels exerçant dans leur secteur géographique et, d'autre part, les offres de soins hospitaliers aux niveaux local, régional et national, avec les tarifs pratiqués (dès 2007) et des indicateurs de qualité.

- **Informez les assurés sociaux sur le bon usage des produits de santé**

- En portant la priorité sur les caractéristiques des médicaments et les possibilités de substitution. Cette information insistera sur les effets néfastes en termes de santé publique d'un mauvais usage : surconsommation médicamenteuse, effets secondaires, risques iatrogènes, résistances aux antibiotiques, dépendances...

1.2

Accompagnement de la démarche des professionnels de santé et développement de la qualité des soins

- **Favoriser l'adoption des meilleures pratiques**

- En incitant les professionnels de santé à satisfaire à leur obligation de formation par le contact direct à l'aide des délégués de l'Assurance Maladie ou des praticiens conseils, ainsi que par une offre d'information multicanal.

1.3

Définition du périmètre de la prise en charge collective et contrôle de son respect

- **Renforcer le contrôle sur les droits des assurés**

- En sécurisant, à travers le programme "Vitale 2", la distribution et l'utilisation de la carte Vitale.
- En garantissant aux assurés la délivrance des prestations auxquelles ils ont droit par le contrôle des droits en temps réel, ainsi qu'à la mise en œuvre de la liquidation médico-administrative.

- En diffusant par des contacts personnalisés ou des supports généraux les recommandations de bonnes pratiques agréées par la Haute Autorité de Santé.

- En mettant à disposition des professionnels de santé, les informations leur permettant d'évaluer périodiquement leur pratique individuelle au regard de celle de leurs confrères.

- **Informez sur le cadre réglementaire et les enjeux conventionnels, concourant à la qualité et à l'efficacité des soins**

- En disposant, d'ici 2008, d'un dispositif complet d'information, en direction des professionnels de santé, sur les règles concourant à la qualité et à l'efficacité des soins.

- **Promouvoir une information de référence indépendante sur les produits de santé, notamment sur le rapport bénéfice/risque pour le patient**

- En développant simultanément les actions vers les médecins du secteur ambulatoire et vers les praticiens hospitaliers.

- En mettant en œuvre des actions permettant de développer la prescription en dénomination commune internationale (DCI).

- **Favoriser et évaluer la coordination des prescriptions et des soins médecine de ville/hôpital**

- En proposant, dès 2006, l'historique des remboursements aux professionnels de santé.

- En soutenant la mise en place du dossier médical personnel (DMP).

- En utilisant le parcours de soins et les accords multi-professionnels pour favoriser la coordination des soins.

- En pratiquant l'évaluation des solutions coordonnées comme les réseaux de soins.

- **Favoriser les économies sur les soins inappropriés et redondants**

- En détectant, notamment à travers la mise en place d'observatoires régionaux, les actes inutiles afin d'en réduire le nombre par les actions appropriées.
- En sélectionnant quelques pathologies, afin de mesurer l'efficacité des traitements.

- **Renforcer l'efficacité du contrôle pour lui donner un rôle pédagogique**

- En engageant le contrôle, notamment médical, de tout professionnel, établissement, entreprise ou patient dont la pratique apparaîtrait comme particulièrement déviante.
- En rendant publiques les actions de contrôle, ainsi que leurs conséquences, dans un souci de prévention des excès, abus et fraudes.

1.4

Participation à la planification de l'offre de soins

- **Contribuer à une meilleure adéquation de l'offre à la demande de soins**

- En faisant la promotion des choix stratégiques de l'Assurance Maladie au sein des instances nationales auxquelles elle participe.
- En mobilisant les URCAM pour favoriser, au sein des missions régionales de santé, une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire.
- En mettant en œuvre les aides à l'installation et à l'activité prévues par la loi.
- En poursuivant le redéploiement des UGECAM vers les domaines du handicap, des personnes âgées, des soins de suite et de rééducation, en fonction des besoins régionaux.

1.5

Utilisation des outils « tarification » et « niveau de prise en charge » pour agir sur l'organisation de l'offre de soins et les comportements

- **Agir sur la complémentarité de l'offre**

- En favorisant les modes de prises en charge répondant le mieux aux demandes des patients.
- En détectant les freins au développement des complémentarités entre les différents segments de l'offre de soins.
- En encourageant les expérimentations de transferts de tâches entre professionnels, notamment entre les structures de soins et les professionnels de santé exerçant en ambulatoire. Cet encouragement pourra prendre la forme d'un financement ou d'un apport de moyens, notamment en termes d'évaluation.

- **Favoriser de nouveaux modes d'organisation pour la prise en charge des pathologies lourdes**

- En soutenant ou en expérimentant, selon les cas, de nouvelles modalités d'organisation de la médecine ambulatoire : cabinets de groupes, cabinets secondaires ou pluridisciplinaires...
- En soutenant ou en expérimentant, selon les cas, toute forme d'organisation favorisant la synergie entre les différents acteurs de soins, en particulier autour de la prise en charge des pathologies chroniques.
- En généralisant ces expérimentations à l'horizon 2009, si elles apparaissent pertinentes.

- **Inciter financièrement à la prévention dans le cadre du parcours de soins coordonnés et des réseaux de soins**

- En évaluant et consolidant les dispositifs existants qui visent à favoriser la prévention, et en expérimentant des dispositifs nouveaux d'ici 2009.

- **Favoriser, à l'aide de la tarification et après évaluation, les processus de soins les plus efficaces**

- En expérimentant des modifications de tarification visant à favoriser de nouvelles organisations de soins, ainsi que les soins les plus efficaces.

axe

Élargir notre offre de services

Un prolongement de la politique de gestion du risque

Le développement de notre offre de services constitue un prolongement de la politique de gestion du risque. Il contribue notamment à améliorer l'information des publics, assurés, professionnels de santé et employeurs, à accroître la transparence de l'offre, à assurer un traitement adapté aux attentes de nos publics avec un double souci d'efficacité et d'équité.

La qualité du service rendu et la satisfaction des différents publics de l'Assurance Maladie ont beaucoup progressé au cours des dernières années. L'Assurance Maladie doit accompagner cette dynamique et conforter son positionnement d'entreprise de service dans trois directions :

1. en consolidant son service de base;
2. en développant et diversifiant une offre de service en ligne ou en libre accès;
3. en proposant des services attentionnés et dédiés à chaque catégorie de public.

1. Consolider le service de base

Le service de base, remboursements et accueil sous toutes ses formes, constitue le socle indispensable sur lequel la réforme de l'assurance maladie et la politique de gestion du risque doivent pouvoir s'appuyer. La qualité du service de base suppose que l'Assurance Maladie exerce son cœur de métier de façon homogène sur tout le territoire et en adoptant des organisations et des processus de gestion plus efficaces. De même, l'approfondissement de la relation client doit permettre de répondre aux attentes de nos publics, qui aspirent à un service de qualité irréprochable et comparable aux standards observés dans leur vie quotidienne.

La consolidation du service de base et l'amélioration de la relation client nécessitent :

- d'optimiser les délais et la qualité des règlements ;
- de maîtriser les principales opérations de gestion du dossier des assurés ;
- d'améliorer l'accessibilité et l'offre de services sur les lignes de contacts ;
- de développer un dispositif d'écoute client structuré ;
- et d'améliorer l'information délivrée.

2. Développer et diversifier le bouquet de services en ligne ou en libre accès

Les services en ligne ou en libre accès répondent à une forte attente de simplification et de facilitation des démarches quotidiennes. Le développement et la diversification du bouquet de services accompagneront la mise en œuvre des objectifs de gestion du risque. Aussi, l'Assurance Maladie entend enrichir et accélérer le développement de son offre de services en ligne sur les années à venir.

Les priorités de l'Assurance Maladie dans ce domaine sont de :

- proposer dès 2007 des téléservices dans le cadre d'un programme pluriannuel;
- mettre en œuvre une politique globale de gestion de la relation client.

3. Proposer des services attentionnés et dédiés à chaque catégorie de public

Notre public ne constitue pas un ensemble uniforme et indifférencié. Certains segments d'assurés, de professionnels de santé et d'employeurs ont des besoins et des attentes spécifiques que nous devons prendre en compte. C'est à cette condition que l'impact de nos actions sera renforcé. Aussi, nous accordons une priorité forte au développement de services attentionnés et dédiés à chaque segment de public.

Les 2 priorités de l'Assurance Maladie dans ce domaine sont de :

- mieux maîtriser les parcours clients et développer des services dédiés à certaines catégories de publics;
- développer et promouvoir les services à la personne.



2

Plan d'action : axe 2

Les services aux assurés et aux professionnels de santé prolongent la gestion du risque, notamment en développant l'information sur le système de soins et la transparence de l'offre ainsi qu'en proposant des services mieux adaptés. En tant que service public, nous devons constamment améliorer notre offre de services. Le Projet d'entreprise définit trois domaines prioritaires :

- la consolidation de notre service de base ;
- le développement et la diversification de l'offre de services en ligne ou en libre accès ;
- le déploiement de nouveaux services dédiés.

2.1

Consolidation du service de base

- **Optimiser les délais et la qualité des règlements**

- En garantissant des délais rapides de remboursement des FSE par la poursuite de la montée en charge de SÉSAM-Vitale.
- En renforçant la qualité du processus de traitement des revenus de substitution par l'amélioration notable des délais de versement des indemnités journalières.
- En poursuivant les objectifs de régularité et d'homogénéité sur l'ensemble du territoire portant sur le versement des prestations, sur les pratiques d'envoi des décomptes et sur l'adaptation des outils de production et des organisations.
- En renforçant les actions concourant à la fiabilité du règlement des prestations.

- **Maîtriser les principales opérations de gestion du dossier des assurés**

- En garantissant des délais de traitement rapides des opérations de gestion des dossiers sur lesquels s'appuient les dispositifs de la réforme (traitement des changements de situation, dossiers nécessitant l'intervention conjointe des services administratifs et médicaux...).
- Un accent particulier sera mis sur la gestion du parcours de soins.
- En renforçant la maîtrise du délai de délivrance des cartes Vitale et des cartes Vitale 2.

2.2

Développement et diversification du bouquet de services en ligne ou en libre accès

● Accroître l'accessibilité et l'offre de services multicanal

- En optimisant le recours aux plates-formes de services : recherche d'accords de mutualisation entre plates-formes téléphoniques à destination des assurés ; développement de centres d'appels dédiés à des publics ou à des thématiques, en appui aux actions de gestion du risque.
- En réorganisant l'accueil physique de façon à optimiser le maillage géographique, en modernisant les équipements d'accueil, et en professionnalisant davantage cette ligne de contact.
- En investissant dans les nouveaux canaux de communication (courriels ou Internet) et dans les outils de suivi relationnel des différents publics avec les organismes d'Assurance Maladie.

● Développer un dispositif d'écoute client mieux structuré

- En poursuivant les mesures de satisfaction de nos publics avec des techniques de ciblage renouvelées et modernisées, en nous appuyant notamment sur les dispositifs d'écoute client spontanée.
- En déployant, dans l'ensemble des organismes du réseau, une gestion professionnalisée des réclamations articulée avec la fonction de conciliation.

● Améliorer l'information délivrée

- En développant l'information sur les droits, les prestations offertes et les offres de services.
- En adaptant le discours client en fonction des interlocuteurs et des situations, par une qualité améliorée des courriers adressés et la mise à disposition du personnel de supports de dialogue.

● Proposer des téléservices dans le cadre d'un programme pluriannuel

- En développant l'offre Internet de l'Assurance Maladie tant pour la branche maladie que pour la branche accidents du travail, afin d'harmoniser les offres proposées dans le réseau et leurs contenus en ligne.
- En proposant dès 2007 des téléservices, accessibles par un compte individuel sécurisé, afin de faciliter la gestion du risque maladie et professionnel, faciliter les démarches administratives et donner accès à des informations personnalisées.

● Gérer globalement la relation client

- En développant une offre de services multicanal misant sur les lignes de contacts modernes, comme les courriels ou les plates-formes de services, mais aussi sur les lignes plus traditionnelles comme l'éditique et l'accueil physique.
- En investissant sur les services à distance comme les guichets automatiques, les visioguichets, les serveurs vocaux ou Internet.
- En s'appuyant sur des partenariats pertinents pour proposer des offres mutualisées interbranches efficaces et répondant aux attentes des publics.

2.3

Mise en œuvre de services attentionnés et dédiés à chaque catégorie de public

● Mieux maîtriser nos parcours clients et développer des services dédiés à certaines catégories de publics

- En simplifiant les parcours clients (déménagements, grossesses...) et les relations avec les professionnels et les établissements de santé (installation, ...), les services dédiés intégreront autant les objectifs attachés à la gestion du risque que ceux liés à la simplification administrative. Une réflexion sera menée en parallèle sur la conclusion de partenariats et de guichets uniques ou interbranches.
- En mettant à disposition des personnes en situation difficile, du fait de la maladie ou du handicap, une information et un soutien à l'accès aux droits, en particulier la CMU ou l'aide pour une complémentaire santé.
- En facilitant, dans le cadre de la politique de l'action sanitaire et sociale, l'accès aux soins de personnes nécessitant une aide individualisée en complément des dispositifs légaux, pour faire face aux dépenses causées par la maladie, la maternité, le handicap ou l'accident du travail.
- En articulant l'intervention du service social des CRAM avec les actions réalisées par les autres acteurs (services administratifs et médicaux de la branche, partenaires extérieurs) notamment sur le champ du maintien dans l'emploi.
- En favorisant le retour ou le maintien à domicile. Cette action s'intègre dans une politique partenariale formalisée avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées ou personnes malades : accompagnement en soins palliatifs, accompagnement des personnes atteintes de VIH avec une extension possible après évaluation économique à d'autres pathologies chroniques.

● Développer et promouvoir les services à la personne

- En proposant de nouvelles offres de services, personnalisées et individualisées, répondant à des logiques d'accompagnement et de service « sur-mesure ».
- En assurant la promotion de ces services grâce à l'utilisation d'outils de marketing modernes et adaptés, dont les campagnes d'appels ciblés ou de courriels sortants.

Accroître notre efficacité

axe

3

Une meilleure utilisation des ressources collectives

Dans un contexte financier contraint, l'atteinte des objectifs de gestion du risque et le développement de l'offre de services nécessitent d'accroître notre efficacité. En effet, l'Assurance Maladie doit veiller à utiliser au mieux les ressources collectives. Dans cette perspective, nous devons mobiliser au mieux :

1. nos compétences grâce au développement d'une politique renouvelée des ressources humaines ;
2. l'organisation du réseau pour accroître l'efficacité de la gestion ;
3. le système d'information qui doit évoluer en fonction des priorités stratégiques.

1. Renover la politique de ressources humaines

Les orientations définies pour les années à venir en matière de gestion du risque et de développement des services sont des repères importants pour identifier les besoins en compétences et en effectifs tant pour les emplois administratifs que médicaux. Les récentes évolutions conventionnelles fournissent l'opportunité d'une gestion plus active des ressources humaines, qu'il s'agisse du personnel ou des cadres dirigeants, afin de permettre à chacun de s'adapter à l'évolution de son métier et de ses responsabilités.

Les 4 priorités de l'Assurance Maladie dans ce domaine sont les suivantes :

- anticiper les évolutions nécessaires des métiers et des organisations et préparer les personnels de l'Assurance Maladie à ces évolutions ;
- réussir la mise en place des nouveaux dispositifs conventionnels ;
- ancrer la communication interne comme une

priorité de manière à soutenir et renforcer la culture d'entreprise et rendre les personnels acteurs du changement ;

- donner à la communication interne et externe une place à part entière dans les fonctions managériales et l'introduire dans les critères de performance.

2. Organiser le réseau pour accroître l'efficacité de la gestion

L'Assurance Maladie a engagé depuis quelques années une réflexion sur les modes de fonctionnement de ses réseaux administratif et médical. Une phase plus opérationnelle doit maintenant permettre aux réseaux de s'impliquer de façon efficace dans le métier de l'Assurance Maladie d'assureur solidaire en santé. Au-delà des efforts d'organisation interne que chaque entité du réseau déploie, le travail en commun doit être développé : c'est tout le propos de la mutualisation. L'Assurance Maladie doit prendre également en compte la répartition des compétences entre les niveaux local, régional et national de certains de ses partenaires. Elle doit aussi tenir compte du nombre important de départs à la retraite de personnels sur la période 2006-2009 et du tarissement progressif des gisements de productivité liés à la dématérialisation des flux.

L'efficacité collective, synonyme de performance et d'efficacité, passe par ailleurs par l'adoption de principes et de méthodes de pilotage renouvelés.

Les 2 priorités de l'Assurance Maladie dans ce domaine sont :

- d'optimiser l'organisation du réseau ;
- d'améliorer le management du réseau.

3. Adapter le système d'information aux priorités stratégiques de l'Assurance Maladie

Le système d'information est un outil déterminant pour rendre effective la mise en place de la stratégie de l'Assurance Maladie.

Il est aussi une composante essentielle de sa performance économique. Il est enfin un vecteur d'image qui lui impose une exigence forte de qualité. Son évolution doit prendre en compte l'ensemble des objectifs portés par le Projet d'entreprise. Elle est décrite dans un schéma directeur et un plan d'action pluriannuel.

Pour satisfaire les enjeux de notre politique de gestion du risque et améliorer l'efficacité de notre offre de services, l'évolution du système d'information repose sur 5 axes prioritaires :

- accroître la performance de nos grands processus et s'adapter à leur évolution ;
- proposer des services adaptés aux différentes pratiques des clients du système d'information ;
- développer un véritable système d'évaluation et de pilotage ;
- contribuer à l'efficacité du travail en réseau ;
- améliorer la connaissance du SI par les autres acteurs de l'Assurance Maladie.

3

Plan d'action : axe 3

En tant que gestionnaire de fonds publics, nous nous devons d'utiliser au mieux les ressources collectives et d'accroître notre performance. Notre efficience conditionne l'atteinte des objectifs visés en matière de gestion du risque et d'offre de services.

Nous favorisons trois leviers d'action :

- **une politique renouvelée des ressources humaines, pour mobiliser nos talents et compétences ;**
- **une organisation repensée du réseau pour accroître l'efficience de notre gestion ;**
- **une évolution du système d'information pour accompagner nos priorités stratégiques.**

3.1

Développement d'une politique rénovée des ressources humaines

● Anticiper les évolutions nécessaires des métiers et des organisations et préparer les personnels de l'Assurance Maladie à ces évolutions

- En mettant en œuvre une politique de l'emploi sur les principaux métiers de l'Assurance Maladie, intégrant la gestion des âges et le recrutement des personnes en difficulté d'accès à l'emploi.
- En adoptant des orientations stratégiques en gestion du risque et dans le domaine du service : métiers "force de vente", métiers liés au conseil et à l'accompagnement des différents publics, métiers du contrôle, métiers de la gestion des risques administratifs et médicaux.
- En élaborant un programme de formation commun à l'ensemble du réseau, visant la professionnalisation des métiers et l'émergence d'une culture d'entreprise partagée.
- En développant la fonction ressources humaines, en particulier sur les pratiques de recrutement et d'orientation professionnelle.
- En poursuivant la mise en œuvre de la gestion spécifique des cadres dirigeants.

● Réussir la mise en place des nouveaux dispositifs conventionnels

- En proposant une politique de rémunération motivante (protocoles d'accord du 30 novembre 2004 et du 22 juillet 2005) au service de l'atteinte des objectifs de la branche et de l'obtention des résultats.
- En établissant, pour les directeurs, un dispositif d'évaluation annuelle de la performance et de la maîtrise des fonctions exercées.
- En définissant, pour les cadres et autres personnels, les compétences à valoriser en priorité au regard des besoins de l'Assurance Maladie. Cette démarche pourra être complétée par des dispositifs de pesée des emplois et de cadrage des niveaux de rémunération attendus pour certains emplois.
- En élaborant une politique de formation visant à optimiser les financements et les achats de formation.
- En rénovant le système d'information des ressources humaines.
- En animant le réseau, sur le versant ressources humaines et communication interne, pour arriver à une vision partagée des enjeux ressources humaines, une cohérence accrue et une harmonisation des pratiques de conduite du changement par la professionnalisation de l'ensemble des lignes managériales. Un accent particulier est mis sur le management de la performance.

3.2

Organisation des réseaux et efficience de gestion

● Optimiser l'organisation de notre réseau

- En garantissant l'efficacité de l'action et la continuité d'un service de qualité en tous points du territoire.
- En engageant une démarche structurée et concertée de mutualisation, axe majeur de nos orientations pour un travail en réseau plus efficient, dans un souci d'amélioration de la qualité de service, de réduction des coûts de gestion et de diminution des écarts de performance entre organismes. Les actions de mutualisation concerneront des activités métier (gestion de certaines prestations, recours contre tiers, plate-forme de services...), des fonctions support (communication, achats...) et des domaines d'expertise (statistique, audit, contentieux...).
- En favorisant le regroupement d'équipes de direction d'organismes géographiquement proches, voire le rapprochements d'organismes dans la mesure où ces évolutions apportent une réponse pertinente à une situation locale.
- En proposant des services attentionnés dédiés à certaines populations ou segments de publics par la mise en œuvre de parcours clients simplifiés.
- En favorisant la mutualisation des compétences au sein des directions régionales du service médical par l'émergence de cinq pôles d'expertise alignés sur nos priorités stratégiques.

3.3

Évolution du SI en fonction des priorités stratégiques de l'Assurance Maladie

● Accroître la performance de nos grands processus et favoriser leur évolution

- En offrant des services permettant d'assurer le contrôle du périmètre de remboursement.
- En proposant une nouvelle approche de la tarification et de la facturation, permettant plus de souplesse et de réactivité dans la mise en œuvre des évolutions réglementaires.

● Optimiser le management du réseau

- En élargissant la mission des directeurs évaluateurs à un rôle de veille interrégionale, pouvant notamment contribuer à résoudre les difficultés rencontrées dans le réseau.
- En dotant le réseau d'instruments communs, dans sa recherche d'efficacité et d'harmonisation des coûts, afin d'améliorer la performance de l'ensemble des composantes.
- En parachevant la mise en place d'instruments de nature à améliorer la performance collective du réseau comme la certification. Il s'agit d'élargir le champ de la certification à toutes les activités des caisses primaires, et à l'ensemble des organismes des réseaux administratifs (CRAM et CTI), médicaux (services médicaux) et sanitaires (UGECAM). La mise en place d'une cartographie nationale des processus et la construction de plans de maîtrise socle seront poursuivies.
- En renforçant la logique de gestion médico-économique des UGECAM afin d'améliorer la qualité de leurs équipements et leur efficacité.

- En s'organisant pour obtenir la certification des comptes en vue d'améliorer les données comptables.
- En faisant émerger au niveau régional en gestion du risque, une véritable coordination des organismes administratifs et médicaux du régime général par la création d'une fonction de directeur coordonnateur de la gestion du risque.

- En offrant des solutions de dématérialisation et de circulation des flux d'information, en entrée et en sortie du système, en intégrant des données issues de l'hôpital.
- En faisant évoluer le programme SESAM-Vitale sur la base de services interactifs issu des systèmes d'information des organismes de l'Assurance Maladie.

● Proposer des services adaptés aux différentes pratiques des clients du SI

- En mettant à disposition des assurés des services personnalisés interactifs accessibles sur Internet à partir du site institutionnel.
- En proposant des solutions intégrées pour les agents des CPAM, qui doivent permettre une vision d'ensemble de la situation des bénéficiaires pour la production, la gestion du risque et la relation client.
- En offrant des solutions d'architecture pour le poste de travail des professionnels de santé, qui privilégient la pratique de leur métier et limitent les contraintes de mise en œuvre des services proposés.

● Développer un véritable système d'évaluation et de pilotage

- En développant une infrastructure et des outils permettant de construire un système d'information décisionnel.
- En améliorant la disponibilité de l'information et des services en interne, mais également pour les clients externes autorisés et habilités.

● Contribuer à l'efficacité du travail en réseau

- En se dotant d'un véritable portail Intranet qui doit évoluer vers une gestion des connaissances et permette le développement du travail collaboratif entre tous les acteurs associés dans des projets communs.

● Améliorer la connaissance du SI par les acteurs de l'Assurance Maladie

- En renforçant la notion de référentiel individuel, exhaustif et fiable pour les bénéficiaires, les professionnels de santé, les employeurs. Cette démarche de recherche de qualité de l'information concerne également les structures et les nomenclatures.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
Direction de la Communication & du Marketing
Département Communication interne et réseau
50, Avenue du Professeur André Lémierre - 75896 Paris cedex 20
Tél : 01 72 60 19 79 - www.ameli.fr
Octobre 2006