

**INTERESSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE  
POUR LE PERSONNEL ADMINISTRATIF**

**ANNEXE TECHNIQUE  
EXERCICE 2010**

*Handwritten signature*

# SOMMAIRE

## 1 – LE CHAMP D'APPLICATION

## 2 – LE MONTANT DE LA MASSE NATIONALE D'INTERESSEMENT

## 3 – LA MESURE DE LA PERFORMANCE

### 3.1 – LES INDICATEURS DE BRANCHES

#### 31.1 – LA GESTION DU RISQUE

311.1 – PRIVILEGIER LE BON USAGE DES SOINS

311.2 – AIDER NOS ASSURES A MIEUX GERER LEUR SANTE

311.3 – AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE  
PATHOLOGIES CHRONIQUES

311.4 - ACCOMPAGNER NOS POLITIQUES DANS LES RELATIONS AVEC LES  
PROFESSIONNELS DE SANTE

311.5 – LUTTER CONTRE LA FRAUDE

311.6 - DEVELOPPER LA GESTION DU RISQUE DANS LA BRANCHE AT/MP

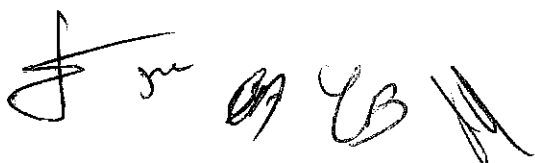
311.7 – LE MODE DE CALCUL DE L'EFFICACITE GLOBALE DANS LE DOMAINE DE  
LA GESTION DU RISQUE.

#### 31.2 – LA QUALITE DE SERVICE

312.1 – CONSOLIDER LE SERVICE DE BASE A NOS ASSURES

312.2 – DEVELOPPER LE RECOURS AUX TELESERVICES

312.3 – ACCOMPAGNER NOS ASSURES PAR UNE POLITIQUE DE SERVICES EN  
SANTE INTEGREE



**31.3 – L'EFFICIENCE**

**313.1 – GARANTIR LA CERTIFICATION DES COMPTES**

**313.2 – S' INSCRIRE DANS UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE**

**313.3 - LE MODE DE CALCUL DE L'EFFICACITE GLOBALE DANS LE DOMAINE DU SERVICE**

**31.4 – LE CALCUL DE LA PERFORMANCE COLLECTIVE DE BRANCHE**

**3.2 – LES INDICATEURS LOCAUX**

**32.1 - LA PRESENTATION DES INDICATEURS**

**4 – LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE**

**4.1 – LE MONTANT THEORIQUE PAR ETP = PART INDIVIDUELLE TOTALE D'INTERESSEMENT**

**4.2 – LE MONTANT DE L'INTERESSEMENT REEL PAR ETP = MONTANT TOTAL DE  
L'INTERESSEMENT DISTRIBUE (MTID)**

**4.3 – LES DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES A CERTAINES CATEGORIES  
D'ORGANISMES**

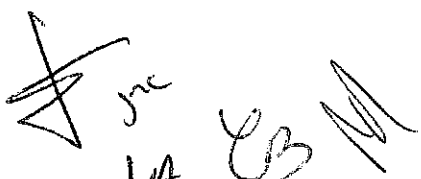
**43.1 – LES CARSAT, LA CRAMIF, LA CRAMAM ET LES CGSS**

**431.1 – LES CARSAT, LA CRAMIF, LA CRAMAM**

**431.2 – LES CGSS**

**43.2 – LA CCSS**

**43.3– LE PERSONNEL DE L'ASSURANCE MALADIE EN ARS**

Handwritten signature and initials, including a large stylized 'A' and the letters 'jrc', '1/1A', 'EB', and 'M'.

## 1- LE CHAMP D'APPLICATION

Les organismes visés par la présente annexe sont :

- les CPAM et leurs œuvres,
- les CARSAT et leurs œuvres, la CRAMIF et la CRAMAM,
- les CGSS,
- les UGECAM et leurs établissements,
- les CTI et CEIR,
- la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS),
- les Directions Régionales et les Echelons Locaux du Service Médical hors praticiens – conseils (DRSM), ainsi que les DRSM DOM,
- les Unions Immobilières (UIOSS) lorsqu'elles sont rattachées pour leur gestion à un des organismes visés ci-dessus,
- la CCSS (Caisse Commune de Sécurité Sociale de la Lozère).
- le personnel de l'assurance maladie en ARS

## 2- LE MONTANT DE LA MASSE NATIONALE D'INTERESSEMENT

Le montant de la Masse Nationale d'Intéressement (MNI) s'établira au maximum à 2,50 % de la masse salariale brute de l'année de référence, calculée sur les masses salariales des branches Maladie et Accident du Travail (AT/MP).

La masse nationale d'intéressement est divisée en deux parts, à raison de 40% pour la première et 60% pour la seconde.

La première identifiant l'atteinte d'objectifs définis par la branche est appelée Part Nationale d'Intéressement (PNI).

La seconde caractérisant l'atteinte des objectifs par les organismes locaux est dénommée Part Locale d'Intéressement (PLI).

112  
jnc  
CB  
MA

### 3- LA MESURE DE LA PERFORMANCE

Conformément aux principes de l'accord, les indicateurs de la performance collective de branche sont issus de la mise en œuvre conjointe de :

- la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie,
- la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005 et ses avenants,
- les orientations stratégiques de la COG pour 2010-2013 en cours de négociation,
- la COG AT/MP 2009 / 2012 du 29 décembre 2008.

#### 3.1- LES INDICATEURS DE BRANCHES

Les indicateurs de branches sont communs aux branches Maladie et AT/MP et à tous les organismes les composant.

Trois domaines ventilés en **11 indicateurs** permettent de mesurer la performance collective de l'Assurance Maladie/AT-MP.

**La gestion du risque**  
**La qualité de service**  
**L'efficience**

**La gestion du risque (40%) : 6 indicateurs**

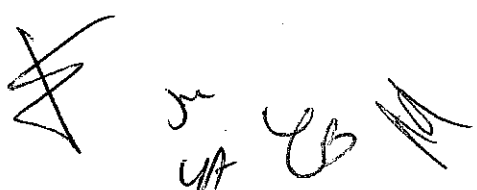
- Privilégier le bon usage des soins
- Aider nos assurés à mieux gérer leur santé
- Améliorer la qualité de la prise en charge, notamment des patients atteints de pathologies chroniques
- Accompagner nos politiques dans les relations avec les professionnels de santé
- Lutter contre la fraude
- Développer la gestion du risque dans la branche AT/MP

**La qualité de service (40%) : 3 indicateurs**

- Consolider le service de base à nos assurés
- Développer le recours aux téléservices
- Accompagner nos assurés par une politique de services en santé intégrée

**L'efficience (20%) : 2 indicateurs**

- Garantir la certification des comptes
- S'inscrire dans une démarche de développement durable



### 31.1 - LA GESTION DU RISQUE

Le principe est de mesurer l'efficacité de l'Assurance Maladie en matière de gestion du risque du système de soins.

L'efficacité globale sur ce domaine est valorisée **par 6 indicateurs** :

Le score est attribué en fonction des actions réalisées vis-à-vis des assurés, des relations avec les professionnels de santé, de la lutte contre de la fraude et du développement de la gestion du risque dans la branche AT/MP.

#### 311.1 – PRIVILEGIER LE BON USAGE DES SOINS

L'objectif est de réduire les dépenses de soins en ville et à l'hôpital en renforçant l'efficacité des soins

- Indicateur : économies attendues
- Objectif 2010 : 590 millions d'euros
- Socle de performance : 450 millions d'euros
- Mode de calcul : Taux de réussite =  $[\text{résultat} - \text{socle} / \text{objectif} - \text{socle}]$ .  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %).

#### 311.2 – AIDER NOS ASSURES A MIEUX GERER LEUR SANTE

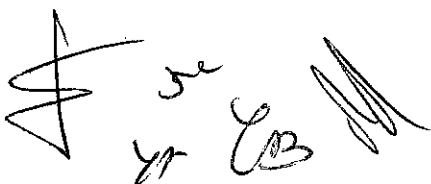
L'objectif est de renforcer l'impact des programmes de prévention avec la mise en œuvre du plan contre l'obésité et la mise en œuvre d'actions contre les risques cardiovasculaires

- Indicateur : composite  
Moyenne des deux programmes de prévention avec pour l'obésité le lancement du plan obésité et pour les risques cardiovasculaires l'envoi de brochure.
- Objectif 2010 : respectivement 31/10/2010 et 31/08/2010
- Socle de performance : 31/12/2010
- Mode de calcul : Taux de réussite =  $[\text{résultat} - \text{socle} / \text{objectif} - \text{socle}]$   
(fourchette retenue entre 0 et 100 %).

#### 311.3 – AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES

L'objectif est le développement de l'adhésion au programme Sophia

- Indicateur : nombre d'adhésions
- Objectif 2010 : 80 000
- Socle de performance : résultats 2009
- Mode de calcul : Taux de réussite =  $[\text{résultat} - \text{socle} / \text{objectif} - \text{socle}]$ .  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %).



### 311.4 – ACCOMPAGNER NOS POLITIQUES DANS LES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

L'objectif est l'accompagnement du déploiement de la télétransmission des Feuilles de Soins

- Indicateur : mise en place de la contribution FSP
- Objectif 2010 : Oui
- Socle de performance : Non
- Mode de calcul : Taux de réussite = binaire.  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %).

### 311.5 – LUTTER CONTRE LA FRAUDE

L'objectif est de réduire le montant de fraudes, fautes et abus détectés dans le cadre du plan national de lutte contre la fraude (PNLF).

- Indicateur : nombre de sanctions et pénalités financière
- Objectif 2010 : 900 millions d'euros
- Socle de performance : 700 millions d'euros
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle].  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %).

### 311.6 - DEVELOPPER LA GESTION DU RISQUE DANS LA BRANCHE AT/MP

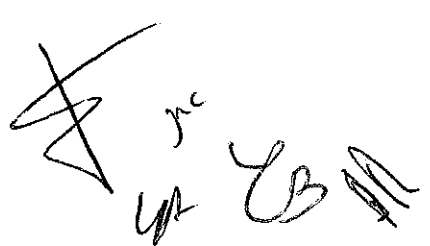
L'objectif est l'homogénéisation des pratiques des caisses en matière de reconnaissance des risques TMS.

- Indicateur : réduire les écarts
- Objectif 2010 : 10%.
- Socle de performance : 15%.
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle].  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %).

### 311.7 – LE MODE DE CALCUL DE L'EFFICACITE GLOBALE DANS LE DOMAINE DE LA GESTION DU RISQUE

**Le taux de réussite de la Gestion du Risque =**

**22,5% X privilégier le bon usage des soins + 15 % X aider nos assurés à mieux gérer leur santé + 22,5% X améliorer la qualité de la prise en charge, notamment des patients atteints de pathologies chroniques + 15% X accompagner nos politiques dans les relations avec les professionnels de santé + 12,5% X la lutte contre la fraude + 12,5% X le développement de la gestion du risque dans la branche AT/MP.**



## 31.2 - LA QUALITE DE SERVICE

Le principe est de mesurer l'efficacité de l'Assurance Maladie en matière de qualité de service et notamment sa capacité à placer l'utilisateur au centre de ses préoccupations.

Pour ce faire **trois indicateurs** ont été retenus

- consolider le service de base à nos assurés
- développer le recours aux téléservices
- accompagner nos assurés par une politique de services en santé intégrée.

### 312.1 – CONSOLIDER LE SERVICE DE BASE A NOS ASSURES

L'objectif est de consolider le service de base à nos assurés

- Indicateur : taux de bénéficiaires en instance de MAJ des droits au 31/12/2010
- Objectif 2010 : 3%
- Socle de performance : 6%
- Mode de calcul : Taux de réussite =  $[\text{résultat} - \text{socle} / \text{objectif} - \text{socle}]$ .  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %).

### 312.2 – DEVELOPPER LE RECOURS AUX TELESERVICES

L'objectif est de développer le recours aux téléservices.

- Indicateur : nombre de personnes recrutées dans le compte assurés
- Objectif 2010 : 6,3 M d'assurés
- Socle de performance : résultat 2009
- Mode de calcul : Taux de réussite =  $[\text{résultat} - \text{socle} / \text{objectif} - \text{socle}]$ .  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %).

### 312.3 – ACCOMPAGNER NOS ASSURES PAR UNE POLITIQUE DE SERVICES EN SANTE INTEGREE

L'objectif est de mettre en œuvre l'accompagnement du retour à domicile : nombre de sites expérimentaux.

- Indicateur : Nombre de sites expérimentaux
- Objectif 2010 : 3 sites
- Socle de performance : 1 site
- Mode de calcul : Taux de réussite =  $[\text{résultat} - \text{socle} / \text{objectif} - \text{socle}]$ .  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %).

### 312.3 - LE MODE DE CALCUL DE L'EFFICACITE GLOBALE DANS LE DOMAINE DE LA QUALITE

L'efficacité globale sur ce domaine est constituée selon la formule suivante :

**Le taux de réussite de la Qualité de Service = 25% X consolider le service de base à nos assurés + 37,5% X le développement des téléservices pour les assurés + 37,5% X accompagner nos assurés par une politique de services en santé intégrée**

*Handwritten signatures and initials:*  
F. J. C.  
Y. B.  
M.

### 31.3 - L'EFFICIENCE

Il s'agit de mesurer l'efficacité de l'Assurance Maladie.  
Deux objectifs ont été retenus.

- Garantir la certification des comptes
- S'inscrire dans une démarche de développement durable

#### 313.1 – GARANTIR LA CERTIFICATION DES COMPTES

L'objectif est de garantir la certification des comptes et de réaliser les engagements vis-à-vis de la Cour des comptes

- Indicateur : Réalisation des recommandations de la Cour des comptes
- Objectif 2010 : Oui
- Socle de performance : Non
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %)

#### 313.2 – INSCRIPTION DANS UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE

L'objectif est de s'inscrire dans une démarche de développement durable.

- Indicateur : Composite (Moyenne de deux indicateurs)
- Objectif 2010 : Lutter contre les discriminations : action de sensibilisation à la gestion des âges et/ou à la diversité des responsables RH (75%) et diffuser en interne le rapport développement durable de 2009 au niveau de l'ensemble des organismes de l'assurance maladie avant le 31/10/2010.
- Socle de performance : respectivement 50% et 80%
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %)

#### 313. 4 - LE MODE DE CALCUL DE L'EFFICACITE GLOBALE DANS LE DOMAINE DE LA QUALITE

**Le taux de réussite de l'Efficiency = 50% X la garantie de la certification des comptes + 50% X l'inscription dans une démarche de développement durable.**

### 31.4 - LE CALCUL DE LA PERFORMANCE COLLECTIVE DE BRANCHE

Le poids respectif de chacun des domaines est le suivant :

- 40 % pour la gestion du risque
- 40 % pour la qualité de service
- 20 % pour l'efficacité



La performance collective de Branche se calcule selon la formule suivante :

$$\text{LE TAUX DE REUSSITE AU NIVEAU NATIONAL} = (\text{Taux de réussite Gestion du risque} \times 0,4) + (\text{Taux de réussite Qualité de service} \times 0,4) + (\text{Taux de réussite Efficience} \times 0,2)$$

Le seuil de déclenchement de l'intéressement est fixé pour les objectifs de performance collective nationale à 50 %.  
Si le résultat ne dépasse pas 50%, le montant de la part nationale sera nul.  
Passé ce seuil de 50 %, le taux de réussite national est appliqué à la part nationale d'intéressement.

### 3.2- LES INDICATEURS LOCAUX

Sont concernés par les indicateurs locaux les CPAM, les CARSAT, la CRAMIF et la CRAMAM, les CGSS, les CTIR, les CEIR, les DRSM (hors praticiens – conseils), les DRSM DOM, les UGECAM, la CCSS et le personnel de l'assurance maladie en ARS.

Les salariés des œuvres et des Unions Immobilières des Organismes de Sécurité Sociale sont rattachés pour le calcul de l'intéressement à l'organisme qui les gère.

Bien que ne bénéficiant pas de contrat pluriannuel spécifique, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie se voit appliquer des indicateurs qui lui sont propres.

Si un organisme local ne dépasse pas 50 % des points totalisables, le montant de son intéressement pour la partie locale sera nul.

Passé ce seuil de 50%, le taux de réussite locale est appliqué à la part locale d'intéressement.

#### 32.1- LA PRESENTATION DES INDICATEURS

Le système d'intéressement repose sur un score attribué à chacun des organismes en fonction des résultats obtenus pour chacun des indicateurs.

La performance locale s'exprime par le rapport :

$$\text{Taux de Réussite Local} = \frac{\text{Montant des points acquis au titre des objectifs réalisés}}{\text{Montant des points théoriques à atteindre}}$$

Pour chaque domaine et pour la part locale, des points sont attribués en fonction des performances de chaque type d'organisme :

**Pour les CPAM et la CCSS :**

1. <u>Les missions</u>	800 points
A. La Gestion du risque	400 points
B. Le service	400 points
pour la branche maladie	350 points
pour la branche AT / MP	50 points
2. <u>Le Management et pilotage</u>	200 points
A. Optimisation des organisations	60 points
B. L'Efficienc-Productivité	40 points
C. La maîtrise de l'activité	40 points
D. La validation des comptes	40 points
E. Le développement durable	20 points
Total	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

**INTERESSEMENT CPAM 2010**

**La gestion du risque**

**400 points**

- **La maîtrise médicalisée** (225)
  - Montant des IJ remboursées 20 points
  - Nombre de jours d'IJ remboursées 20 points
  - Transports 35 points
  - Statines 40 points
  - Sartans 35 points
  - Kinésithérapeutes 25 points
  - IPP 25 points
  - Pratique de la chirurgie ambulatoire 25 points
  
- **Le contrôle contentieux** (45)
  - Préjudices subis 25 points
  - Recouvrement T2A 20 points
  
- **L'accompagnement des professionnels de santé** (25)
  - Visites DAM professions libérales dont entretiens médecins conseils 15 points
  - MMH visites en établissements 10 points

*Handwritten signature and initials: "me", "UA", "CB", "M"*

- **Les CAPI** (50)
  - Les contrats 25 points
  - Les objectifs 25 points
- **La maîtrise médicalisée en entreprise** (15)
  - Visites (régional) 15 points
- **le RCT** (20)
  - Montant moyen recouvré par affilié 15 points
  - Rapport montants recouverts/montants mis à charge 5 points
- **La prévention** (20)
  - Examen bucco-dentaire 10 points
  - Cancer colorectal 10 points

**Le service**

**400 points**

**Maladie**

**(350)**

- **Le règlement des prestations** (100)
  - Délai de remboursement des FSE aux assurés 20 points
  - Taux de FSE + EDI 50 points
  - Délai de règlement à l'assuré (1<sup>ère</sup> IJ maladie AT/MP) 20 points
  - Délai de saisie dans PROGRES de l'avis d'arrêt de travail 10 points
- **La gestion du dossier assuré** (25)
  - Taux de certification des ayants droit 25 points
- **L'accueil et les relations avec les publics** (60)
  - Taux de décroché téléphonique 20 points
  - Taux de fiabilité des réponses téléphoniques 20 Points
  - Délai de réponse aux courriels 20 Points
- **L'offre de téléservices** (90)
  - Assurés 35 points
  - Professionnels de santé 35 points
  - Employeurs 10 points
  - Taux d'avis d'arrêts de travail électroniques 10 points
- **La démarche qualité** (75)
  - Enquête satisfaction
    - Assurés 25 points
    - Professionnels de santé 25 points
    - Employeurs 25 points

**AT/MP**

**(50)**

- Tableau de bord suivi des créances 15 points
- Taux de déclaration AT dématérialisée 15 points
- Taux de notification de rente AT 10 points
- Nombre de sinistres rendus inopposables à l'employeur 10 points

*Handwritten signature: M. J. Roy*

**Le management et pilotage**

**200 points**

- **L'optimisation des organisations** (60)
  - Diagnostic régional de mutualisation 20 points
  - Objectif "individualisé" (Sophia, CES, PFS, OSCARR etc....) 40 points
- **L'efficience** (40)
  - Productivité globale 40 points
- **La maîtrise de l'activité** (40)
  - Certification 20 points
  - PMS 20 points
- **La validation des comptes** (40) 40 points
- **Le développement durable** (20) 20 points

*[Handwritten signature and initials]*

**Pour les CARSAT, la CRAMIF et la CRAMAM :**

1. <u>Les Missions</u>	850 points
Au titre de la branche maladie	350 points
A. La gestion du risque	150 points
B. Le service	200 points
Au titre de la branche AT / MP	500 points
A. Prévention	350 points
B. Tarification	150 points
2. <u>Le Management et pilotage</u>	150 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

**INTERESSEMENT CARSAT CRAMIF CRAMAM 2010**

**LES MISSIONS**

**850 points**

**Maladie**

**350 points**

**A. La gestion du risque**

**150 points ventilés**

La gestion des SI maladie

R1 • BREX : délai d'intégration des données suite à décision de l'ARS 10 points

Appareillage

R2 • Nombre de réunions CPR pour les 4 catégories de fournisseurs 10 points

R3 • Nombre d'actions de gestion du risque par rapport au total fournisseurs 10 points

Observatoire des situations de fragilité (personnes âgées)

R4 • Mise en place d'un observatoire 10 points

Travaux relatifs aux commissions de coordination des politiques publiques de santé

R5 • Fourniture d'un dossier entreprise dans le cadre de la Maîtrise Médicalisée en Entreprise pour chaque visite 20 points

Réalisation de 2 programmes nationaux du Service Social

R6 • Programme 2 : prévention de la désinsertion professionnelle 45 points

R7 • Programme 3 : sorties d'hospitalisation en distinguant la part des personnes âgées (+ de 60 ans) 45 points

*Handwritten signatures and initials: "M", "re", "EB", "MA"*

**B. Le service****200 points ventilés**Engagements dans les programmes nationaux du Service Social

S1 • Niveau d'engagements dans les programmes nationaux 30 points

Réalisation de 2 programmes nationaux du Service Social

S2 • Programme 1 : assurés sociaux en arrêt de travail de plus de 90 jours 35 points

S3 • Programme 4 : parcours prévention santé pour des publics fragilisés en distinguant la part des personnes âgées 35 points

Actions PAPA

S4 • Nombre d'ateliers et de relais formés 30 points

Plates-formes téléphoniques

S5 • Taux de décroché téléphonique 30 points

Satisfaction des usagers

S6 • Indice de satisfaction 40 points

**AT/MP****500 points****A. Prévention de l'AT/MP****350 points ventilés**Actions nationales200 points ventilés

AN1 • Plan National d'Actions Coordonnées 100 points

AN2 • Sinistralité 25 points

AN4 • Champs coordonnés 15 points

AN5 • Connaissance des risques 25 points

\* *Maîtrise médicalisée en entreprises (MME)*\* *Couverture de la sinistralité par les actions directes*

AN6 • Partenariats SIST 15 points

AN7 • Interventions TPE 10 points

AN8 • Projet National Formation 10 points

Actions régionales150 points ventilés

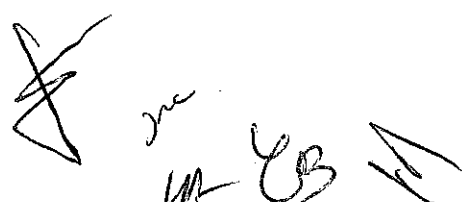
AR1 • Plan d'Actions Régional

\* *conformité* 25 points\* *association des instances paritaires* 25 points\* *respect des délais* 25 points

AR2 • Incitations financières 15 ou 25 points

AR3 • Unités techniques 25 points

AR4 • Expérimentations 25 ou 35 points

\* *Expérimentations (action obligatoire)*\* *Programme régional (action facultative)*

**B. Tarification**

**150 points ventilés**

TA1 • Services aux entreprises : dématérialisation DAT	25 points
TA3 • Classement des entreprises	25 points
TA4 • Qualité des fichiers « établissements »	25 points
* <i>Radiation établissements</i>	
* <i>Concordance des fichiers</i>	
TA5 • Tableau de bord FIE	25 points
TA6 • Réunions départementales	50 points

**LE MANAGEMENT ET PILOTAGE**

**150 points**

M1 • Mutualisation et optimisation des organisations	15 points
M2 • L'efficacité	50 points
M3 • La certification	30 points
M4 • La validation des comptes	40 points
M5 • Le développement durable	15 points

**TOTAL GENERAL**

**1000 points**

Handwritten signatures and initials: *YB*, *MA*, and other marks.

**Pour les CGSS :**

<b>1. Les Missions</b>	<b>840 points</b>
Au titre de la branche maladie	640 points
A. La gestion du risque	320 points
B. Le service	320 points
Au titre de la branche AT / MP	200 points
A. Prévention	140 points
B. Tarification	60 points
<b>2. Le Management et pilotage</b>	<b>160 points</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1000 points</b>
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

**INTERESSEMENT CGSS 2010**

**LES MISSIONS**

**840 points**

**Maladie**

**640 points**

**A. La gestion du risque**

**320 points ventilés**

- **La maîtrise médicalisée** (200)
  - IJ montant 30 points
  - IJ nombre 15 points
  - Statines 40 points
  - Sartans 35 points
  - Kinésithérapeutes 30 points
  - IPP 30 points
  - Pratique de la chirurgie ambulatoire 20 points
- **Le contrôle contentieux** (40)
  - Préjudices subis 25 points
  - Recouvrement des indus T2A 15 points
- **L'accompagnement des professionnels de santé** (40)
  - Visites DAM professions libérales y compris les entretiens confraternels 20 points
  - MMH visites en établissements 20 points
- **La maîtrise médicalisée en entreprise** (20)
  - Fourniture d'un dossier entreprise dans le cadre de la Maîtrise Médicalisée en Entreprise pour chaque visite 20 points
- **La prévention** (20)
  - Examen bucco-dentaire 20 points

**A. Le service**

**320 points ventilés**

- **Prestations** (120)
  - Délai de règlement des FSE aux assurés 25 points
  - Taux de FSE + EDI 35 points
  - Délai de règlement à l'assuré (1<sup>ère</sup> IJ maladie AT/MP) 15 points
  - Délai saisi AAT 15 points
  - Délai "date de consolidation – date de notification" de la rente AT inférieur à 3 mois 15 points
  - Taux de décision confirmée suite au recours devant la CRA 15 points
- **La gestion du dossier assuré** (15)
  - Taux de certification des ayants droit 15 points
- **L'accueil et les relations avec les publics** (50)
  - Taux de décroché téléphonique 35 points
  - Taux de fiabilité des réponses téléphoniques 15 points
- **La démarche qualité** (95)
  - Enquête satisfaction Assurés 40 points
  - L'offre téléservices Professionnels de santé 20 points
  - Assurés 35 points
- **Le service social** (40)
  - Engagement sur 2 des 4 programmes nationaux 40 points

**AT/MP<sup>1</sup>**

**200 points**

**A. Prévention**

**140 points ventilés**

Actions nationales

80 points ventilés

- AN1 • Plan National d'Actions Coordonnées
- AN2 • Sinistralité
- AN4 • Champs coordonnés
- AN5 • Connaissance des risques
  - \* *Maîtrise médicalisée en entreprises (MME)*
  - \* *Couverture de la sinistralité par les actions directes*
- AN6 • Partenariats SIST
- AN7 • Interventions TPE
- AN8 • Projet National Formation

Actions régionales

60 points ventilés

- AR1 • Plan d'Actions Régional
  - \* *conformité*
  - \* *association des instances paritaires*
  - \* *respect des délais*
- AR2 • Incitations financières

<sup>1</sup> Les points des indicateurs AT/MP sont les même que ceux des CARSAT pondérés par 0.4

AR3 • Unités techniques

AR4 • Expérimentations

\* *Expérimentations (action obligatoire)*

\* *Programme régional (action facultative)*

25 ou 35 points

**B. Tarification**

**60 points ventilés**

TA1 • Services aux entreprises : dématérialisation DAT

TA3 • Classement des entreprises

TA4 • Qualité des fichiers « établissements »

\* *Radiation établissements*

\* *Concordance des fichiers*

TA5 • Tableau de bord FIE

TA6 • Réunions départementales

**Le management et pilotage**

**160 points**

- Objectif individualisé 30 points
- Certification 35 points
- PMS 35 points
- La validation des comptes 45 points
- Le développement durable 15 points

*Jre*  
*4* *LB*

**Pour les CTI :**

1. <u>Les missions</u>	700 points
A. Le service	630 points
B. La régulation	70 points
2. <u>Management et pilotage</u>	300 points
A. Pilotage stratégique et opérationnel	160 points
B. RH et organisation	20 points
C. Efficience	120 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

**INTERESSEMENT CTI 2010**

<b>LES MISSIONS</b>	<b>700 points</b>
<b>A LE SERVICE</b>	<b>630 POINTS</b>
<u>Le traitement des flux [4 indicateurs]</u>	120 points ventilés
Délai de chargement des flux internes IRIS	30 points
Délai de chargement des flux externes IRIS	40 points
Délai de traitement des flux Progrès (PE)	10 points
Vérification de la chaîne des traitements en CTI	40 points
<u>L'accessibilité des applications des utilisateurs internes [13 indicateurs]</u>	300 points ventilés
Progrès	30 points
Iris	40 points
Hippocrate	20 points
Dettes	30 points
Copernic	20 points
Orphée	20 points
Image 4	20 points
Webmatique	20 points
Medialog	20 points
Eurydice	20 points
Scapin	20 points
Icare	20 points
GDR-PS	20 points
<u>L'accessibilité des applications des utilisateurs externes [3 indicateurs]</u>	80 points ventilés
Vitale	30 points
Serveur vocal	30 points
Historique des remboursements (ex »Téléservices Mon compte Praticien)	20 points
<u>Les échanges avec les partenaires extérieurs [2 indicateurs]</u>	30 points ventilés
Noémie (retours)	15 points
Transfert des flux éditiques vers le CEN	15 points

L'enquête de satisfaction	80 points
Résultats de l'enquête	80 points
Le respect des plannings de traitement périodiques	20 points
Respect des plannings de traitement périodiques	20 points

**B LA REGULATION 70 POINTS**

Transfert des flux	30 points
Transfert des flux NEC des CTI vers CENTI	30 points
Le traitement des flux [3 indicateurs]	30 points ventilés
Délai de mise à disposition des flux de la base ERASME Régionale	10 points
Hippocrate décisionnel	10 points
BDO	10 points
L'accessibilité des applications	10 points
Accessibilité application Erasme	10 points

<b>LE MANAGEMENT ET PILOTAGE</b>	<b>300 points</b>
----------------------------------	-------------------

**A. PILOTAGE STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL 160 POINTS**

La démarche de certification et de plan de maîtrise socle	90 points ventilés
Certification	30 points
Plan de Maîtrise Socle	60 points
Le reporting vers la CNAMTS	30 points ventilés
Reporting RH	10 points
Reporting Budget	10 points
Reporting exploitation	10 points
La sécurité des systèmes	20 points
Suivi mise en œuvre du contrôle interne/risques couverts	20 points
La validation des comptes	20 points
Validation des comptes	20 points

**B. RESSOURCES HUMAINES ET ORGANISATION 20 POINTS**

Communication plan de formation (document normalisé)	10 points
Communication état d'exécution plan de formation	10 points




**C. EFFICIENCE 120 POINTS**

Efficiences	40 points
Gains de productivité CTI	40 points
Maîtrise des dépenses de fonctionnement non informatique	20 points
Développement durable : reporting et élaboration d'un plan d'action	20 points

<b>TOTAL</b>	<b>1 000 POINTS</b>
--------------	---------------------

Handwritten signature and initials, possibly 'YA' and 'CB'.

Les quatre centres nationaux - le CNQD (Centre National de Qualification et de Diffusion), le CNE (Centre National d'Exploitation), le CSN (Centre de Support National) et le CNGR (Centre National de Gestion du Réseau) –sont intégrés à la CNAMTS dans le cadre du projet SNIAM.

**Pour les CEIR :**

1. Les missions	330 points
Le service	330 points
2. L'efficacité et la qualité	670 points
Maîtrise de la performance	500 points
Maîtrise des coûts	170 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

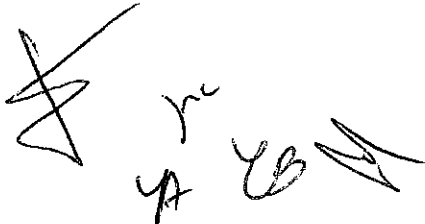
**INTERESSEMENT CEIR 2010**

**LES MISSIONS 330 points**

- A LE SERVICE 330 points**
- Qualité de remise du courrier à la poste *80 points*
  - Gestion des stocks *10 points*
  - Respect du délai de transmission du bon de livraison et bon de transport (fournitures marchés nationaux) *10 points*
  - Maintenance des matériels : gestion des taux d'indisponibilité des équipements *30 points*
  - Respect des spécificités du bordereau sécurisé de la Poste *100 points*
  - Respect de la limite du nombre de plis en fonction du volume donné *100 points*
  - et Pénalités fournisseur pour les plis fautés non imputables au CEIR

**L'EFFICIENCE ET LA QUALITE 670 points**

- B MAITRISE DE LA PERFORMANCE 500 points**
- Respect par le CEIR du plan de charge *380 points*
  - Respect de la qualité d'impression et de mise sous pli *120 points*



**C MAITRISE DES COUTS**

**170 points**

Maintien de la remise dans le cadre des contrats de maintenance

*50 points*

Développement durable

*20 points*

Certification

*50 points*

Plan de maîtrise socle

*50 points*

**TOTAL**

**1 000 points**

4/7  
MA  
me  
EB

**Pour les DRSM de la métropole et leurs échelons locaux :**

1. <u>Les missions</u>	880 points
A. Régulation	800 points
Dont accompagnement et suivi des avenants conventionnels	500 points
Accompagnement des professionnels de santé et des structures	130 points
Contrôle	140 points
Autres	30 points
B. Service	80 points
2. <u>Management et pilotage</u>	120 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

**INTERESSEMENT DRSM 2010**

<b>AXE REGULATION</b>	<b>800 points</b>
-----------------------	-------------------

Accompagnement et suivi des avenants conventionnels 500 points

- Maîtrise du poste indemnités journalières 160 points
  - Evolution des dépenses d'IJ 20 points
  - Evolution du nombre d'IJ 20 points
  - Contrôle des arrêts de travail de plus de 45 jours
    - 95% des arrêts de travail supérieurs à 45 jours contrôlés avant le 120ème jour 30 points
    - 25% d'avis sur personnes pour les arrêts de plus de 45 jours 50 points
    - 80% d'avis sur personne pour les arrêts de plus de 45 jours pour dorsalgies 20 points
  - Contrôles des arrêts de travail de courte durée
    - Nombre d'arrêts de travail contrôlés 10 points
    - Nombre d'avis après examen sur personne 10 points

*J  
de  
VA  
EB*

- Evolution des dépenses de transports 35 points
- Evolution des dépenses de Statines 50 points
- Evolution des dépenses de IEC sartans 50 points
- Evolution des dépenses de Kinésithérapie 30 points
- Evolution des dépenses de IPP 30 points
- Taux de Chirurgie ambulatoire 40 points
  
- Révision des protocoles en ALD 60 points
- Contrat d'amélioration des pratiques individuelles : part des signataires ayant une rémunération 45 points

Accompagnement des Professionnels de Santé et des structures 130 points

- Visites DAM professions libérales y compris entretiens confraternels 80 points
- Visites en établissements de santé (MMH) 30 points
- Visites en entreprise 20 points

Contrôle 140 points

- T2A 140 points
  - L'opportunité d'une sanction (L162-22-18 CSS)
  - Nombre de séjours contrôlés

Autres 30 points

- RCT 30 points
  - Montant moyen recouvré par affilié 20 points
  - Ecart entre frais futurs estimés et montants recouverts 10 points

<b>AXE SERVICE</b>	<b>80 points</b>
--------------------	------------------

- Respect des délais réglementaires ETM (Tableau de Bord Qualité) 30 points
- Délai de réponse aux réclamations écrites 30 points
- Enquête de satisfaction 20 points
  - Assurés
  - Professionnels de santé

**AXE MANAGEMENT ET PILOTAGE****120 points**

- L'optimisation des organisations
  - Diagnostic régional de mutualisation 30 points
- La validation des comptes 20 points
- Le déploiement du contrôle interne 40 points
- Délai "date de consolidation – date de notification" de la rente AT inférieur à 3 mois 30 points

**TOTAL GENERAL****1000 points****Pour les DRSM des DOM :**

1. Les missions	880 points
A. Régulation	800 points
Dont accompagnement et suivi des avenants conventionnels	500 points
Accompagnement des professionnels de santé et des structures	130 points
Contrôle	140 points
Autres	30 points
B. Service	80 points
2. Management et pilotage	120 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

**INTERESSEMENT DRSM DOM 2010****AXE REGULATION****800 points**

- Accompagnement et suivi des avenants conventionnels 470 points
  - Maîtrise du poste indemnités journalières 160 points
    - Evolution des dépenses d'IJ 20 points
    - Evolution du nombre d'IJ 20 points

*Handwritten signatures and initials:*  
 A large stylized signature on the left, and initials "JA" and "CB" below it.

○ Contrôle des arrêts de travail de plus de 45 jours	
▪ 95% des arrêts de travail supérieurs à 45 jours contrôlés avant le 120ème jour	30 points
▪ 25% d'avis sur personnes pour les arrêts de plus de 45 jours	50 points
▪ 80% d'avis sur personne pour les arrêts de plus de 45 jours pour dorsalgies	20 points
○ Contrôles des arrêts de travail de courte durée	
▪ Nombre d'arrêts de travail contrôlés	10 points
▪ Nombre d'avis après examen sur personne	10 points
• Evolution des dépenses de Statines	55 points
• Evolution des dépenses de IEC sartans	55 point
• Evolution des dépenses de Kinésithérapie	40 points
• Evolution des dépenses de IPP	40 points
• Taux de Chirurgie ambulatoire	50 points
• Révision des protocoles en ALD	70 points
<u>Accompagnement des Professionnels de Santé et des structures</u>	<u>150 points</u>
• Visites DAM professions libérales y compris entretiens confraternels	95 points
• Visites en établissements de santé (MMH)	35 points
• Visites en entreprise	20 points
<u>Contrôle</u>	<u>150 points</u>
• T2A	150 points
▪ L'opportunité d'une sanction (L162-22-18 CSS)	
▪ Nombre de séjours contrôlés	
<u>Autres</u>	<u>30 points</u>
• RCT (neutralisé pour les DOM)	30 points
▪ Montants moyen recouverts par affiliés	20 points
▪ Ecart entre frais futurs estimés et montants recouverts	10 points

<b>AXE SERVICE</b>	<b>80 points</b>
--------------------	------------------

- |   |           |
|---|-----------|
| • Respect des délais réglementaires ETM (Tableau de Bord Qualité) | 30 points |
| • Délai de réponse aux réclamations écrites                       | 30 points |
| • Enquête de satisfaction   | 20 points |

Assurés  
Professionnels de santé

*Handwritten signatures: MA, EB, MA*

<b>AXE MANAGEMENT ET PILOTAGE</b>	<b>120 points</b>
-----------------------------------	-------------------

- La validation des comptes 40 points
- Le déploiement du contrôle interne 40 points
- Délai "date de consolidation – date de notification"  
de la rente AT inférieur à 3 mois 40 points

<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1000 points</b>
----------------------	--------------------

*[Handwritten signature]*  
juc  
M-CB

**Pour les UGECAM :**

Transparence et fiabilité	200 points
Objectifs financiers	250 points
Préparer la T2ASSR	225 points
Objectifs établissements MS	225 points
Objectifs projets immobiliers	100 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au delà de 50%	+ de 500 points

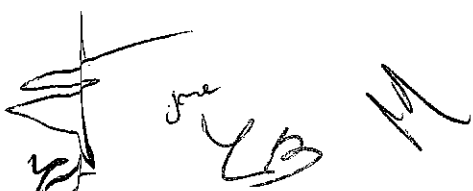
**INTERESSEMENT UGECAM 2010**

**A – TRANSPARENCE ET FIABILITE 250 points**

- A1 • Contrôle interne :  
cartographie des processus / cartographie des risques 75 points
- A2 • Mise en place du reporting d'activité :  
déploiement de l'outil national et production mensuelle du reporting 100 points
- A3 • Mise en place du reporting d'activité : qualité des informations 75 points

**B – OBJECTIFS FINANCIERS 250 points**

- B1 • Equilibre budgétaire des établissements 25 points
- B2 • Solde primaire excédentaire et amélioration du solde primaire
  - B21 Solde primaire excédentaire 50 points
  - B22 Amélioration du solde primaire 50 points
- B3 • Augmentation du chiffre d'affaires de l'UGECAM (100 points)<sup>2</sup>
  - B31 Augmentation du nombre moyen de points IVA par journée produits par les établissements sanitaires SSR 50 points
  - B32 Augmentation du nombre de points IVA produits par les établissements sanitaires SSR 25 points
  - B33 Augmentation du chiffre d'affaires des établissements Sanitaires 25 points
  - B34 Augmentation du nombre de journées d'internat, semi-internat, actes réalisés par les établissements médico-sociaux 50 points
  - B35 augmentation du chiffre d'affaires des établissements médico-sociaux 50 points
- B4 • Prise en compte des charges à payer pour congés payés 25 points

The bottom left corner of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. There are approximately five distinct marks, including what appears to be a large signature and several smaller initials or marks.

**C – PREPARER LA T2A SSR****225 points**

C1 • Exhaustivité des données saisies dans le PMSI	25 points
C2 • Qualité des données saisies dans le PMSI	75 points
C3 • Analyse des données dans le PMSI	60 points
C4 • Délais de codage	40 points
C5 • Tableau de bord des infections nosocomiales	25 points

**D – OBJECTIFS ETABLISSEMENTS MEDICO SOCIAUX****225 points**

D1 • Elaboration de grilles harmonisées d'analyse de l'activité médico-sociale	150 points
D2 • Documentation de la grille d'analyse de l'activité des centres de réinsertion professionnelle	25 points
D3 • Suivi de l'auto-évaluation	25 points
D4 • Projet de service et parcours individualisés	25 points

**E – OBJECTIFS PROJETS IMMOBILIERS****50 points**

E1 • Respect des calendriers des projets immobiliers	25 points
E2 • Respect des enveloppes budgétaires des projets	25 points

**TOTAL GENERAL****1000 points**

<sup>1</sup> Cet indicateur est décomposé en 5 sous-indicateurs :

- les sous-indicateurs B3-1 à B3-3 s'appliquent aux établissements sanitaires. Le total des pondérations de ces 3 sous-indicateurs est égal à 10 points. Le score relatif aux établissements sanitaires est égal à la somme des résultats obtenus sur ces 3 sous-indicateurs ;
- les sous-indicateurs B3-4 à B3-5 s'appliquent aux établissements médico-sociaux. Le total des pondérations de ces 2 sous-indicateurs est égal à 10 points. Le score relatif aux établissements médico-sociaux est égal à la somme des résultats obtenus sur ces 2 sous-indicateurs

Le score obtenu par l'UGECAM au titre de l'indicateur B3 est égal à la somme des scores relatifs aux établissements sanitaires et médico-sociaux pondérés de la part respective du chiffre d'affaires 2010 sur le chiffre d'affaires global de l'UGECAM (les chiffres d'affaires étant ceux définis respectivement aux indicateurs B3-3 et B3-5).

$$\text{Score (B3)} = \frac{(\text{Score(B3-1)} + \text{Score(B3-2)} + \text{Score(B3-3)}) \times \text{CA (établt SAN)} + (\text{Score(B3-4)} + \text{Score(B3-5)}) \times \text{CA (établt MS)}}{\text{CA (établt SAN)} + \text{CA (établt MS)}}$$

## Pour la CNAMTS :

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les salariés des quatre centres nationaux - le CNQD (Centre National de Qualification et de Diffusion), le CNE (Centre National d'Exploitation), le CSN (Centre de Support National) et le CNGR (Centre National de Gestion du Réseau) – sont intégrés à la CNAMTS dans le cadre du projet SNIAM et sont régis par des règles identiques à celles appliquées aux agents du siège.

La part locale des agents de la CNAMTS (siège et sites déconcentrés) est basée sur le taux de réussite des indicateurs suivants :

1- Les missions	800 points
A.    Gestion du risque	500 points
B.    Qualité de service	300 points
2- Management et pilotage	200 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

### INTERESSEMENT CNAMTS 2010

#### AXE GESTION DU RISQUE

**500 POINTS**

- Aider nos assurés à mieux gérer leur santé 80 points
- Favoriser l'accès de nos assurés aux soins et réduire les inégalités de santé 70 points
- Améliorer la qualité de la prise en charge, notamment des patients atteints de pathologies chroniques 100 points
- Accompagner nos politiques dans les relations avec les professionnels de santé 70 points
- Lutter contre la fraude 100 points
- Développer la gestion du risque dans la branche AT/MP 80 points

#### AXE SERVICE

**300 POINTS**

- Consolider le service de base à nos assurés 60 points
- Fluidifier la relation avec nos publics 60 points
- Développer le recours aux téléservices 60 points
- Accompagner nos assurés par une politique de services en santé intégrée 60 points
- Mieux appréhender la satisfaction de nos publics 60 points

*WA* *Jme* *EB* *MA*

**AXE MANAGEMENT ET PILOTAGE****200 POINTS**

- Poursuivre l'amélioration de nos systèmes d'information 100 points
- Renforcer l'organisation du réseau 70 points
- UGECAM 30 points

**TOTAL****1000 POINTS**

*Joe*  
*WA CB M*

## 4-LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

### 4.1- LE MONTANT THEORIQUE PAR ETP = PART INDIVIDUELLE TOTALE D'INTERESSEMENT

Pour chacune des deux enveloppes nationale et locale est calculé un montant théorique par ETP :

- ◆ Masse nationale d'intéressement / Nombre d'ETP de l'assurance maladie éligibles selon le présent accord
- ◆ Masse locale d'intéressement / Nombre d'ETP de l'assurance maladie éligibles selon le présent accord

Le montant théorique de l'intéressement est uniforme pour l'ensemble de l'assurance maladie et indépendant des différents fonds de gestion qui permettent de le financer.

Ainsi, l'intéressement des salariés résultera de deux composantes :

- ◆ Un montant par ETP, pour la partie nationale appelée Part Individuelle Nationale d'Intéressement (PINI)
- ◆ Un montant par ETP, pour la partie locale appelé Part Individuelle Locale d'Intéressement (PILI)

### 4.2 - LE MONTANT DE L'INTERESSEMENT REEL PAR ETP = MONTANT TOTAL DE L'INTERESSEMENT DISTRIBUE (MTID)

Le montant de chacune des parts théoriques nationale et locale sera pondéré par un coefficient reflétant la performance respective de la branche et de l'organisme local :

Les coefficients de performance sont obtenus comme suit :

- ◆ Pour la performance de branche le coefficient sera égal au taux de réussite nationale (TRN), sous réserve du dépassement du seuil de déclenchement fixé à 50%.
- ◆ Pour la performance locale, le coefficient sera égal au taux de réussite locale (TRL), sous réserve du dépassement du seuil de déclenchement fixé à 50%.

Par ETP, le montant total de l'intéressement distribué (MTID) sera calculé comme suit :

$$\text{◆ MTID} = (\text{PINI} * \text{TRN}) + (\text{PILI} * \text{TRL})$$

PINI = Montant par ETP, pour la partie nationale

TRN = Taux de réussite nationale

PILI = Montant par ETP, pour la partie locale

TRL = Taux de réussite locale

*Joue*  
*WA* *EB* *MA*

### **4.3 - LES DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES A CERTAINES CATEGORIES D'ORGANISMES**

Sont concernés par ces dispositions d'une part les CARSAT et les CGSS et d'autre part la CNAMTS.

#### **43.1 - Pour les CARSAT, LA CRAMIF, LA CRAMAM et les CGSS**

Afin d'éviter des disparités au sein d'un même organisme des dispositions particulières sont prévues pour les organismes ayant plusieurs caisses nationales de rattachement.

#### **431.1 - LES CARSAT, LA CRAMIF ET LA CRAMAM**

Le montant national d'intéressement distribué (MNID) aux agents des caisses régionales (hors CRAMIF et CRAM Alsace Moselle) est égal à la moyenne pondérée du montant national d'intéressement distribué (MNID) de la branche Retraite et du montant national d'intéressement distribué (MNID) des branches Maladie et Accident du Travail.

Le montant local d'intéressement distribué (MLID) est égal à la moyenne pondérée du montant local d'intéressement distribué (MLID) de la branche Retraite et du montant local d'intéressement distribué (MLID) des branches Maladie et Accident du travail.

**Le montant total de l'intéressement distribué (MTID) pour les CARSAT est égal à la somme des montants nationaux et locaux d'intéressement distribués.**

Chaque organisme national versera à la CARSAT une enveloppe correspondant au montant total d'intéressement distribué (MTID) multiplié par le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) relevant de sa branche.

Un mécanisme de compensation sera organisé entre organismes nationaux afin d'assurer la neutralité de ce dispositif pour chacun des organismes nationaux.

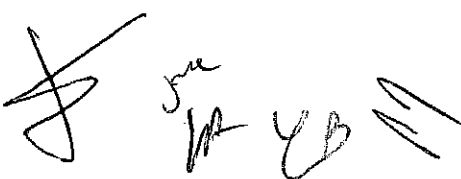
Ainsi l'éventuelle augmentation de la charge, pour l'un ou l'autre des organismes nationaux, induite par le mécanisme de péréquation organisé au niveau de l'organisme sera compensée par une contribution de l'autre organisme national.

#### **431.2 - LES CGSS**

Le MNID des agents des Caisses Générales est égal à la moyenne pondérée du MNID de la branche Retraite et du MNID des branches Maladie et Accident du Travail et du MNID de la branche Recouvrement.

Le MLID des agents des caisses générales est égal à la moyenne pondérée du MLID de la branche Retraite et du MLID des branches Maladie et Accident du Travail et du MLID de la branche Recouvrement.

**Le montant total d'intéressement distribué (MTID) des salariés des CGSS est égal à :  
PNID+PLID**



Chaque organisme national versera à la CGSS une enveloppe correspondant au MTID multiplié par le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) relevant de sa branche.

Un mécanisme de compensation sera organisé entre organismes nationaux afin d'assurer la neutralité de ce dispositif pour chacun des organismes nationaux.

Ainsi l'éventuelle augmentation de la charge, pour l'un ou l'autre des organismes nationaux, induite par le mécanisme de péréquation organisé au niveau de l'organisme sera compensée par une contribution d'un ou des autres organismes nationaux.

Les agents de la CGSS relevant de la branche des exploitants agricoles recevront une prime identique à ceux des autres agents de la CGSS.

Le financement de cette prime sera assuré par chacune des branches (ACOSS, CNAMTS, CNAV) au prorata de leurs effectifs spécifiques.

#### **43.2 – LA CCSS (Caisse Commune de Sécurité Sociale) de la Lozère**

Le MLID des agents de la Caisse Commune de Sécurité Sociale tiendra compte des objectifs des branches famille, recouvrement et maladie est égal à la moyenne pondérée du MLID de la branche Famille et du MLID des branches Maladie et Accidents du Travail et du MLID de la branche Recouvrement et Maladie.

**Le montant total d'intéressement distribué (MTID) des salariés de la CCSS est égal à : PNID+PLID**

La CNAMTS versera à la CCSS une enveloppe correspondant au MTID multiplié par le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP).

#### **43.3– LE PERSONNEL DE L'ASSURANCE MALADIE EN ARS**

**Rappel du dispositif prévu pour le personnel de l'assurance maladie transféré en ARS (cf protocole du 26 janvier 2010 agréé le 15 février 2010).**

**EXTRAIT**

«

Si la mise en place, dans les agences régionales de santé, d'un dispositif d'intéressement au profit des salariés est envisagée à très court terme, le salarié ne pourra percevoir le produit d'un intéressement sur l'exercice 2010. Dès lors, il bénéficie d'une prime de compensation dont le montant, exprimé en net, correspond à celui de l'intéressement moyen servi dans la branche maladie. Cette prime, dont le montant est proratisé en fonction de l'horaire contractuel de travail et du temps de présence sur l'année 2010 dans l'agence, est versée une fois, au mois de juin 2011. Jusqu'à ce qu'un dispositif d'intéressement ait été mis en place au niveau de l'agence, elle est versée les années suivantes, aux mêmes conditions, son montant étant alors actualisé en fonction de l'évolution de l'intéressement moyen servi dans la branche maladie.

»

*Handwritten signatures and initials:*  
A large signature on the left, and initials "me", "LB", and "AA" to its right.

## **ABREVIATIONS**

**AAT** : ATTESTATION ARRET DE TRAVAIL

**ALD** : AFFECTION DE LONGUE DUREE

**ARS** : AGENCE REGIONALE DE SANTE

**BDO** : BASE DE DONNEES OPERANTE

**BREX** : BASE REGIONALE DES ETABLISSEMENTS

**CAPI** : CONTRAT D'AMELIORATION DES PRATIQUES INDIVIDUELLES

**CARSAT** : CAISSE D'ASSURANCE RETRAITE ET DE LA SANTE AU TRAVAIL

**CCSS** : CAISSE COMMUNE DE SECURITE SOCIALE

**CEIR** : CENTRE EDITIQUE INFORMATIQUE REGIONAL

**CEN** : CENTRE D'EXPLOITATION NATIONAL

**CES** : CENTRE D'EXAMEN DE SANTE

**CNQD** : CENTRE NATIONAL DE QUALIFICATION ET DE DIFFUSION

**COPERNIC** : COMPTABILITE POUR L'ENSEMBLE DU RESEAU NATIONAL DE SECURITE SOCIALE INTEGRANT LA CENTRALISATION  
Nouveau système budgétaire et comptable de la branche Maladie.

**CRA** : COMMISSION DE RECOURS AMIABLE

**CPG** : CONTRAT PLURIANNUEL DE GESTION

**CPR** : COMMISSION PARITAIRE REGIONALE

**CSN** : CENTRE DE SUPPORT NATIONAL

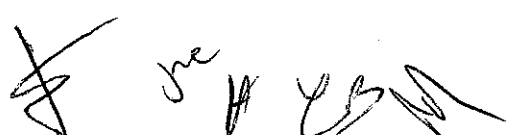
**DAM** : DELEGUE DE L'ASSURANCE MALADIE

**DAT** : DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

**DETTES** : SUIVI DES DETTES ET CREANCES EN TRAITEMENT CENTRAL  
ENTRAINANT LA MISE A JOUR DE LA COMPTABILITE AUXILIAIRE ET  
GENERALE.

**EDI** : ECHANGES DE DONNEES INFORMATISEES

**ETM** : EXONERATION DU TICKET MODERATEUR



**ETP** : EQUIVALENT TEMPS PLEIN

**EURYDICE** : Applicatif de gestion des indemnités en capital et des rentes AT

**FIE** : FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR

**FSE** : FEUILLES DE SOINS ELECTRONIQUE

**FSP** : FEUILLES DE SOINS PAPIER

**GDR** : GESTION DU RISQUE

**HIPPOCRATE** : Système d'information du service médical ayant pour finalité de constituer une base médico administrative dans le but de développer l'activité de santé publique. Sa finalité est également de transmettre aux CPAM les avis individuels sur prestations données par les médecins conseils.

**ICARE** : INFORMATIQUE CONVERGENTE DE L'ACTION RECURSOIRE  
Permet notamment de gérer en temps réel les dossiers RCT

**IDEL** : INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT LIBERAUX

**IEC (sartans)** : INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION.  
Les **Sartans** constituent l'une des familles de médicaments utilisées pour traiter l'hypertension artérielle.

**IMAGE** : INFORMATISATION DE L'ARCHIVAGE PAR LE GESTION ELECTRONIQUE.  
Remplace l'application microfiche.

**IPP** : INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE

**IRIS** : INTERFACE RESEAU INFORMATION SERVICE

**ISG** : INDICE DE SATISFACTION GLOBALE

**IVA** : INDICE DE VALORISATION DE L'ACTIVITE

**MAJ** : MISE A JOUR

**MEDIALOG** : LOGICIEL DE GESTION DE LA RELATION CLIENT

**MME** : MAITRISE MEDICALISEE EN ENTREPRISE

**MMH** : MAITRISE MEDICALISEE A L'HOPITAL

**MNI** : MASSE NATIONALE D'INTERESSEMENT

**MLID** : MONTANT LOCAL D'INTERESSEMENT DISTRIBUE

**MNID** : MONTANT NATIONAL INTERESSEMENT DISTRIBUE

**MTID** : MONTANT TOTAL DE L'INTERESSEMENT DISTRIBUE  
**NEC** : NORME D'ECHANGE COMMUNE

**NOEMIE** : NORME OUVERTE D'ECHANGE ENTRE LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE ET LES INTERVENANTS EXTERIEURS.

Standard d'échange utilisé pour transmettre les flux retour du centre informatique AMO vers le partenaire de santé ; les échanges se font aussi avec les AMC (télétransmission du double magnétique des décomptes).

**OBZ** : ORDONNANCIER BIZONE

**OFR** : ORGANISATION FONCTIONNELLE DE REFERENCE

**OSCARR** : OUTIL DE SUIVI ET DE COLLECTE DES ACTIVITES ET DE REPARTITION DES RESSOURCES Cette application a pour objectif de simplifier à la fois la collecte des données d'activité des salariés et aussi leur traitement.

**ORPHEE** : GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS A HABILITATION ETENDUE APPLICATIF NATIONAL UNIQUE POUR LA GESTION ADMINISTRATIVE DES DOSSIERS AT/MP PREMIER DES TROIS PRODUITS QUE COMPORTE LE PROJET PIRAT.

**PAPA** : PRESERVATION DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

**PFS** : PLATE FORME DE SANTE

**PILI** : PART INDIVIDUELLE LOCALE D'INTERESSEMENT

**PINI** : PART INDIVIDUELLE NATIONALE D'INTERESSEMENT

**PLI** : PART LOCALE D'INTERESSEMENT

**PLID** : PART LOCALE D'INTERESSEMENT DISTRIBUEE

**PMS** : PLAN MAITRISE SOCLE

**PMSI** : PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION

**PNI** : PART NATIONALE D'INTERESSEMENT

**PNID** : PART NATIONALE D'INTERESSEMENT DISTRIBUEE

**PNLF** : PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

**PRISMES** : PROGRAMME D'INFORMATIONS SYNTHETISEES MEDICO-SOCIALES.

Outil informatique d'analyse budgétaire, comptable et financière sur le secteur institutionnel médico social du handicap.

*J se*  
*VF ES M*

**PROGRES : PRODUCTION ET GESTION DES REMBOURSEMENT DE SANTE**

Système informatique de production des CPAM, intégrant la gestion des données dans la Base de Données Opérante (BDO), le PMF et le développement des échanges avec les tiers (IRIS, SESAM,...) qui permet à l'agent de production d'entrer l'ensemble des informations venant principalement de l'assuré social dans le système informatique de l'institution.

**RCT : RECOURS CONTRE TIERS**

**RH : RESSOURCES HUMAINES**

**SARTANS :.** (cf IEC)

**SCAPIN : SUIVI, CALCUL ET AUTOMATISATION DES PENSIONS D'INVALIDITE**

**SIST : SERVICE INTER REGIONAL DE SANTE AU TRAVAIL**

**SNIAM : SERVICE NATIONAL DE L'INFORMATIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE**

**SOPHIA : SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES**

L'Assurance maladie a lancé, à titre expérimental, à partir de mars 2008 un service à la personne destiné à accompagner les patients diabétiques. Son objectif : améliorer la qualité de vie des malades chroniques en ALD et renforcer la prévention des complications grâce à un accompagnement dans leur vie quotidienne.

**SSR : SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION**

**STATINES : CLASSE MEDICAMENTEUSE PERMETTANT LA REDUCTION DU CHOLESTEROL, SURTOUT LE CHOLESTEROL LDL STENOSE ...**

**TMS : TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES**

**TPE : TRES PETITE ENTREPRISE**

**TRL : TAUX DE REUSSITE LOCALE**

**TRN : TAUX DE REUSSITE NATIONALE**

**T2ASSR : TARIFICATION A L'ACTIVITE SERVICE DE SUITE ET DE REEDUCATION**

*Handwritten marks:*  
A stylized signature or mark on the left.  
The letters "me" written in the middle.  
The letters "IA" and "YB" written below "me".  
A double horizontal line on the right.