

N° 3740

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 février 2007

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES
en conclusion des travaux de la **mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale**

sur

**les suites données aux observations communiquées par la mission
d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) au
Gouvernement et aux organismes de sécurité sociale**

ET PRÉSENTÉ

PAR Mme Paulette GUINCHARD et M. Pierre MORANGE

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- SUITES DONNÉES AU RAPPORT SUR L'ORGANISATION ET LE COÛT DE GESTION DES BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	9
II.- SUITES DONNÉES AU RAPPORT SUR LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES	21
III.- SUITES DONNÉES AU RAPPORT SUR LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	36
IV.- TRAVAUX DE LA COMMISSION	61
V.- ANNEXES	62
ANNEXES 1 : Courriers de réponses au rapport sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale.....	62
ANNEXES 2 : Courriers de réponses au rapport sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées	126
ANNEXES 3 : Courriers de réponses au rapport sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé	135

INTRODUCTION

Après deux années de fonctionnement – la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a tenu sa première réunion le 10 février 2005 – et en cette fin de législature, il a paru nécessaire de dresser un premier bilan des travaux de ce nouvel organe de contrôle dont le Parlement s'est doté dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Tel est l'objet du présent rapport.

On rappellera que la création de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale résulte d'un amendement de M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, au projet de loi relatif à l'assurance maladie, dont il était le rapporteur. Cet amendement, qui est devenu l'article LO 111-10 du code de la sécurité sociale, répondait à la volonté unanime des groupes politiques de renforcer le contrôle parlementaire sur les finances sociales, en dotant la commission chargée des affaires sociales d'un organe équivalent à la Mission d'évaluation et de contrôle (MEC) dont la commission des finances dispose pour contrôler le budget de l'État. La MECSS, organe permanent au sein de chacune des assemblées, a donc vocation à assurer un suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Au cours de sa réunion du 15 décembre 2004, la commission des affaires familiales, culturelles et sociales a constituée une mission de dix-huit membres appartenant à tous les groupes politiques et a choisi le principe de la co-présidence par un député de la majorité et un député de l'opposition.

Conformément aux thèmes retenus par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, la MECSS a successivement procédé à quatre études portant sur :

- l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale (rapport d'information n° 2680 de M. Jean-Pierre Door rendu public le 16 novembre 2005) ;

- le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées (rapport d'information n° 3091 de Mme Paulette Guinchard rendu public le 17 mai 2006) ;

- la tarification à l'activité dans les établissements de santé (rapport d'information n° 3265 de M. Jean-Marie Rolland rendu public le 12 juillet 2006) ;

- l'action sociale du régime général de sécurité sociale et l'action sociale des collectivités territoriales (rapport d'information n° 3739 de Mme Martine Carrillon-Couvreur rendu public le 20 février 2007).

La commission a également autorisé, le 17 novembre 2005, la publication d'une communication sur le Plan Biotox, présentée par M. Jacques Domergue, à la suite d'une série d'auditions que la MECSS a tenues à huis clos pour des raisons liées au respect du secret défense.

Le présent rapport dresse le bilan du suivi des observations que la MECSS a notifiées au Gouvernement et aux organismes de sécurité sociale à l'occasion de ses trois premiers rapports. Il est rappelé que ceux-ci sont tenus de répondre dans un délai de deux mois, conformément à l'article LO 111-9-3 du code de la sécurité sociale.

Si les destinataires des observations de la MECSS ont tous bien répondu au courrier qui leur a été adressé sur le premier rapport, des relances ont dû être faites pour les deux rapports suivants, démarches qui n'ont d'ailleurs pas toutes été suivies d'effet. Il faut toutefois noter que dans les trois mois suivant la publication du rapport de la MECSS sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, le Gouvernement a présenté son Plan solidarité-grand âge (PSGA) dont les mesures reprennent certaines des observations de la MECSS. En revanche, la qualité et la précision des réponses des caisses de sécurité sociales sur le rapport concernant le coût de gestion des branches de la sécurité sociale méritent d'être soulignées, de même que celle du Gouvernement sur le rapport concernant la tarification à l'activité dans les établissements de santé. Elles sont un premier témoignage direct de l'intérêt porté aux travaux de la MECSS.

Le présent bilan du suivi des préconisations de la MECSS est résumé dans les tableaux ci-après, qui ont été établis non seulement à partir des réponses des organismes destinataires mais également à partir des informations obtenues auprès des services, des documents concernant les conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses de sécurité sociale (COG), du Plan solidarité-grand âge et des débats relatifs au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2007.

Sur le fond, il y a lieu de se réjouir de la prise en compte globalement satisfaisante des préconisations de la MECSS qui ont été mises en œuvre non seulement à l'occasion de la négociation des COG entre l'État et les caisses de sécurité sociales (développement de la comptabilité analytique, mobilité des personnels, optimisation de l'organisation des réseaux au sein de la sécurité sociale...) mais également dans le PLFSS initial, qu'il s'agisse de la prise en charge par l'assurance maladie des intérêts d'emprunts contractés par les établissements d'hébergement des personnes âgées, des reconversions de lits d'hospitalisation en lits d'hébergement dans le secteur médico-social ou encore de la création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux qui répond au vœu de la MECSS de faire progresser la notion de « prendre soin ».

De façon encore plus significative, le travail de diagnostic de la MECSS s'est traduit par plusieurs initiatives parlementaires qui ont enrichi la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qu'il s'agisse de l'expérimentation de « caisses communes de sécurité sociales » pour tester l'efficacité du regroupement des caisses, comme l'a préconisé la MECSS dans son premier rapport ou du répertoire commun aux organismes de sécurité sociale pour briser les cloisonnements – une recommandation réitérée de la MECSS – et faciliter la lutte contre les fraudes.

Au-delà de ces premières traductions, les travaux de la MECSS au cours de ces deux premières années de fonctionnement appellent deux remarques :

– **Du point de vue des méthodes de travail**, les réflexions de la MECSS se sont nourries des nombreuses auditions auxquelles elle a procédé mais également, pour chacun de ses rapports, des études préalables effectuées, à sa demande, par la Cour des comptes en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, selon lequel la Cour des comptes peut être saisie par les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Dans la logique de ce partenariat, des représentants de la Cour des comptes ont régulièrement assisté aux séances d'audition de la MECSS et plusieurs réunions ont été organisées pour établir un programme concerté de travail jusqu'à la fin 2007.

Dans le même esprit, pour l'étude relative au financement des établissements d'hébergements des personnes âgées, Mme Paulette Guinchard, rapporteure de la MECSS, a été associée aux travaux du Centre d'analyse stratégique qui menait parallèlement à la MECSS une mission sur les « personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix ». Plus récemment, la MECSS a pu élargir ses partenariats extérieurs en recourant à l'expertise de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), grâce au ministre de la santé et des solidarités qui a permis que l'IGAS participe aux travaux de la MECSS à travers deux contributions – dont une de terrain dans quatre départements – qui ont été annexées au rapport de la mission.

Grâce à ces partenariats – qu'il importe donc d'entretenir, voire de consolider s'agissant de l'IGAS – la MECSS a pu croiser les approches et approfondir sa propre réflexion. Pour l'avenir, et afin d'exploiter l'ensemble des moyens auxquels il lui est possible de recourir pour alimenter son information, elle pourra élargir ses moyens de contrôle en procédant, si nécessaire, à des investigations sur pièces et sur place, comme le lui permet l'article LO 111-9 du code de la sécurité sociale « *auprès des administrations de l'État, des organismes de sécurité sociale, de tout autre organisme de sécurité sociale privé gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire et des établissements publics compétents* ». Selon ce même article : « *Tous les renseignements et documents d'ordre financier et administratif (...), y compris tout rapport établi par les organismes et services chargés du contrôle de l'administration, réserve faite des sujets à caractère secret concernant la défense nationale et la sécurité*

intérieure ou extérieure de l'État et du respect de l'instruction et du secret médical, doivent leur être fournis ». Il pourrait être aussi envisagé d'initier une collaboration avec le Conseil économique et social.

S'agissant toujours des méthodes de travail, il convient de souligner la volonté des deux présidents, mais aussi de l'ensemble des membres de la MECSS, de parvenir autant que possible à des préconisations consensuelles, au-delà des clivages politiques. Il y va en effet de la crédibilité du travail de contrôle et d'évaluation de la MECSS : plus ses positions seront unanimes et réitérées, plus le message sera fort et aura des chances d'être entendu.

– **Sur le fond**, ces deux années de travaux ont permis de mettre en relief des diagnostics convergents sur un certain nombre de points : la nécessité de développer une vraie culture d'évaluation pour bénéficier des retours d'expérience et surtout de mettre en place des référentiels communs permettant de partager les résultats de ces évaluations ; de décloisonner les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de développer les réseaux, notamment pour assurer la continuité de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées ; d'engager des programmes de formation des personnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ; de clarifier les compétences, de supprimer les redondances et de rationaliser l'offre de prestations en mettant en place des plateformes multiservices, le double objectif général étant la qualité des prestations et la rationalisation des moyens dans un contexte marqué par les contraintes financières.

La permanence de la MECSS est à cet égard essentielle. La convergence des diagnostics appelle des réponses qui s'inscrivent dans la durée, d'autant que les aménagements préconisés bousculent souvent des schémas de fonctionnement historiques et des habitudes bien ancrées.

Il faut donc essayer de respecter et de poursuivre le programme que s'est fixé la MECSS, indépendamment des échéances électorales. Non seulement parce que les travaux de la MECSS s'appuient sur des partenariats extérieurs qui traversent les législatures, mais aussi parce que ses préconisations portent sur des problématiques au long cours dont il faut assurer le suivi à travers la succession des lois de financement de la sécurité sociale et de leur application.

La montée en puissance de la MECSS et l'efficacité de son pouvoir de contrôle dépendront autant de la qualité de ses études que de sa capacité à traduire dans ses modes de fonctionnement la permanence de la mission qui lui a été confiée par la loi.

I.– SUITES DONNÉES AU RAPPORT SUR L'ORGANISATION ET LE COÛT DE GESTION DES BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le 16 novembre 2005, la commission des affaires culturelles, familiale et sociales a autorisé la publication du rapport d'information (n° 2680) de M. Jean-Pierre Door, adopté par la MECSS, sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale. Conformément aux dispositions de l'article LO 111-9-3 du code de la sécurité sociale, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre chargé de la santé et des solidarités et les organismes de sécurité sociale ont répondu aux observations de la MECSS, qui leur avaient été notifiées par un courrier en date du 24 novembre 2005. On peut souligner que les réponses fournies par les caisses nationales sont particulièrement précises et développées, ce qui témoigne de l'intérêt porté aux travaux de la MECSS (*cf les réponses annexées*).

*

Les propositions de la mission s'articulaient en deux groupes. Le premier groupe (partie II du rapport), qui se plaçait dans le cadre législatif et réglementaire existant, s'attachait à mettre en évidence la possibilité d'améliorer significativement la performance, l'efficacité et le service rendu par les organismes de sécurité sociale du régime général. Ces propositions s'inscrivaient notamment dans la lignée du rapport que les magistrats de la Cour des comptes avaient rédigé sur le sujet¹. Elles soulignaient notamment la nécessité de réaliser des gains de productivité importants en tirant parti des nombreux départs à la retraite prévus et de modifier la structure du réseau des organismes de base, réseau qui n'a connu aucune évolution significative depuis 1945.

En revanche, le deuxième groupe de propositions (partie III du rapport) avait pour ambition d'élargir significativement le champ de la réflexion en proposant notamment la création d'agences régionales de sécurité sociale. Ces structures nouvelles rassembleraient le pilotage des différentes branches dans un lieu unique, à l'échelon régional. Cette proposition, supposée rapprocher les usagers des institutions grâce au retour des élections aux conseils des organismes de base, aurait pour avantage d'introduire plus de transversalité dans la conduite des politiques de sécurité sociale. Elle laisserait de plus entrevoir des gains significatifs en matière de productivité grâce à la mutualisation des moyens mis en œuvre dans chaque branche. La qualité du service rendu à l'assuré serait améliorée et les conditions de gestion facilitées. De plus, le pilotage des réseaux serait renforcé et la démocratie sociale renouvelée.

Les réponses parvenues font état d'un relatif consensus pour appliquer la majeure partie des propositions du premier groupe. D'ailleurs, les réponses notent que beaucoup des recommandations de la MECSS s'inscrivent déjà, à des degrés

¹ Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, septembre 2004

divers, dans la gestion des organismes de sécurité sociale, dont les grands axes sont formalisés dans les conventions d'objectif et de gestion (COG). On peut néanmoins noter que les recommandations relatives à la rationalisation du réseau des organismes de base et à l'accroissement des efforts de la mutualisation interbranches ne suscitent pas une franche adhésion chez les têtes de réseau, même si, à titre d'exemple, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) envisage de supprimer, à terme, les cas de figure où plusieurs organismes de base coexistent dans le même département.

Les réponses montrent une grande réserve vis-à-vis de la proposition de la création d'agences régionales de sécurité sociale. On ne peut que regretter ce quasi-consensus pour dénier toute pertinence à la troisième partie du rapport, qui privilégie une transversalité accrue des politiques menées par chaque branche du régime général. Sans doute, son caractère plus radical a-t-il bousculé les schémas établis ; les réorganisations territoriales que ces propositions impliquaient ont également pu causer de l'émoi.

Ces réactions soulignent à quel point l'organisation actuelle du régime général de la sécurité sociale, comme la cartographie de son réseau, sont le fruit de l'histoire. Dans ce contexte, il est particulièrement difficile de proposer, et surtout, de faire accepter des changements d'ampleur. Pourtant, si les réactions des ministres, comme des têtes de réseau, n'ont pas montré d'enthousiasme quant à la proposition de créer des agences multibranches, une initiative locale, qui s'est par la suite traduite en article de loi, a peut-être montré la voie à suivre en la matière (cf. *infra*).

*

Le tableau suivant, bâti à partir des données fournies par le ministère de la santé et de la solidarité, des réponses parvenues, des documents des COG et des débats relatifs au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, rend compte de la mise en application des recommandations du rapport. Le bilan apparaît assez satisfaisant.

Le rapport de la mission a, en fait, été publié lors d'une séquence particulièrement intéressante. En effet, les COG liant l'État et les caisses nationales étaient en cours de négociation au moment de la rédaction et de la publication du rapport. Les réflexions de la MECSS s'inscrivaient donc dans une phase où l'intervention du Parlement était particulièrement opportune ; il ne fait pas de doute que les recommandations de la mission ont pu peser dans la négociation entre les caisses et la tutelle, particulièrement pour la CNAMTS dont la COG a été conclue plus tardivement (à l'été 2006). Il faut enfin souligner que l'application des propositions de la MECSS ne pourra faire l'objet d'un recensement intégral qu'à l'échéance des différentes COG et, le cas échéant, après la publication des textes réglementaires appliquant les dispositions législatives.

Quelques points particuliers n'ont malheureusement pas fait l'objet d'une application complète, ce que l'on peut que regretter. Comme le montre le tableau suivant, c'est par exemple le cas de la définition des enveloppes annuelles des COG, des efforts de mutualisation interbranche, de la gestion des ressources humaines au sein des réseaux (promotion de la mobilité, décentralisation de la négociation collective) et du renforcement des compétences de la direction générale de chaque réseau sur le modèle de la branche maladie du régime général. Il faudra attendre quelques années pour vérifier si d'autres points font l'objet d'une véritable application. Il s'agit notamment des modalités de l'exercice de la tutelle sur les investissements informatiques des branches, des efforts de simplification engagés par l'État et du développement effectif des services en ligne.

Enfin, il y a lieu d'insister sur deux initiatives parlementaires particulièrement emblématiques. Ces initiatives donnent tout son sens à la démarche de la MECSS : à partir d'un diagnostic, la mission parlementaire formule des propositions, propositions qui sont ensuite formalisées par des amendements.

Ainsi, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, les députés MM. Morel-A-L'huissier, Saint-Léger et Bur ont déposé un amendement permettant d'ouvrir, pour les départements dont les communes sont classées en zones de revitalisation rurale, à titre expérimental pour une durée limitée, la possibilité de créer une nouvelle catégorie d'organismes de sécurité sociale. Les conseils et conseil d'administration des organismes concernés pourront proposer la création de cette nouvelle caisse dénommée « caisse commune de sécurité sociale ».

Elle pourrait être créée, si le gouvernement l'approuve, par arrêté ministériel, après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés. La gouvernance de cette nouvelle caisse sera définie sur la base du schéma retenu pour les organismes de la branche maladie du régime général dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Elle sera dotée d'un conseil et d'un directeur ; le conseil comprend les différentes catégories aujourd'hui représentées dans les conseils et conseils d'administration des CPAM, CAF et URSSAF.

Cet amendement, adopté par le Parlement, est devenu l'article 141 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cet exemple montre comment une initiative de terrain peut susciter des changements profonds en surmontant les rigidités et les schémas historiques ; il y a lieu de s'en réjouir.

La discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a aussi été l'occasion d'adopter, sur initiative parlementaire, le principe de la création d'un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, pour lequel l'identifiant unique sera le

numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. Cet article 138 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, issu d'un amendement proposé par le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le coprésident de la MECSS et le rapporteur, au nom de la MECSS, du rapport sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale ⁽¹⁾, reprend une préconisation forte de la MECSS. Il permettra d'introduire plus de transversalité dans la gestion des branches de la sécurité sociale en répondant également aux demandes de certaines têtes de réseau. Il pourra également être un instrument puissant à la fois de lutte contre les fraudes et d'amélioration du service rendu à l'assuré.

(1) Amendement n° 195, présenté par MM. Morange, Door et Dubernard.

***L'organisation et le coût de gestion des branches
de la sécurité sociale, rapport présenté par M. Jean-Pierre Door***

Proposition	Application
<p>1. Généraliser la comptabilité analytique afin de définir des indicateurs d'efficience fiables.</p>	<p>Les branches retraite et maladie disposent d'une comptabilité analytique dont le développement est inscrit dans la COG État/ACOSS 2006-2009 (pour l'ACOSS et les centres informatiques).</p> <p>Parallèlement au développement de la comptabilité analytique, la Direction de la sécurité sociale souhaite une généralisation à toutes les branches des « observatoires des coûts et des charges ». Ces observatoires fonctionnent déjà dans les branches famille et retraite. Il en sera installé un à l'ACOSS, conformément à la nouvelle COG.</p>
<p>2. Revoir le mécanisme de formatage des budgets pluriannuels dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion.</p>	<p>La négociation des budgets de fonctionnement des nouvelles COG s'est faite sur la base de la moyenne d'exécution de la précédente COG.</p> <p>Cependant, elle a tenu compte des « contextes propres à chaque branche ». Le rapport du gouvernement préalable au débat d'orientation budgétaire du printemps 2006 confirme le principe d'une base budgétaire s'appuyant sur la moyenne d'exécution de la dernière COG mais nuancée par les « perspectives d'évolution » de chaque branche.</p>
<p>3. Partager plus largement les fonctions support et certains éléments de gestion du risque, au sein des branches et entre les branches.</p>	<p><u>Disposition législative</u></p> <p>A la suite d'un amendement de MM. Morange, Door et Dubernard, l'article 140 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit la possibilité de groupements de caisse et de délégations de missions. Les conseils d'administration des organismes nationaux définiront les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée. Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national pourra confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations et au recouvrement. Les modalités de mise en œuvre seront fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux. Les directeurs signeront la convention après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés. Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné pourra, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution, et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations. Il pourra également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer</p>

certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

L'union de recouvrement désignée pourra assurer pour le compte d'autres unions, des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle pourra également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

Les directeurs des organismes locaux ou régionaux pourront déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions liées à leur gestion, par convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées.

Autres dispositions

*** Le développement de la mutualisation au sein des branches est un objectif des nouvelles COG.**

La CNAMTS regroupera certains métiers (notamment la gestion des prestations en nature et la gestion des plates-formes téléphoniques) ou certaines fonctions supports (notamment les achats). Elle établira un dispositif rénové de pilotage et de soutien aux réseaux dans le domaine de la mutualisation.

La CNAF a présenté en juin 2006 un schéma directeur de la mutualisation. Elle expérimentera à partir de décembre 2006 les mutualisations de fonctions supports et logistiques. Enfin, elle évaluera le fonctionnement des pôles régionaux mutualisés en juin 2007.

La CNAV a entrepris une analyse systématique des principales activités supports en vue de les rationaliser.

L'ACOSS définira des régions ou inter-régions pilotes pour expérimenter la mutualisation de fonctions supports.

* En matière de **mutualisation interbranche**, un groupe de travail sera installé à l'UCANSS en vue d'établir un programme de mutualisation entre les branches, notamment en ce qui concerne les fonctions « paie » et « immobilier ». L'UCANSS ajoute dans sa réponse que deux nouvelles missions transversales lui ont été confiées : le secrétariat de la commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale et la gestion de « l'observatoire de l'achat ». Elle estime opportun que lui soit confiée la gestion centralisée de la paie.

L'ACOSS estime pertinent, dans sa réponse, que le contentieux des ressources humaines soit mutualisé au sein de l'UCANSS. De même, elle se déclare prête à étudier un schéma où les URS-SAF assureraient le recouvrement de créances pour le compte des CAF ou des CPAM.

<p>4. Adopter une démarche entrepreneuriale en matière de gestion et d'achats.</p>	<p>L'audit conjoint Direction de la sécurité sociale / Direction générale de la comptabilité publique et le groupe de travail DSS/caisses nationales sur les fonctions achats ont conduit à faire des recommandations sur la fonction achat des organismes. Une réunion de suivi sera organisée mi-2007 afin d'évaluer la mise en œuvre opérationnelle des recommandations dans les branches.</p>
<p>5. Au sein des réseaux vieillesse, famille et recouvrement, attribuer des pouvoirs de gestion accrus à un directeur général.</p>	<p>La réponse du ministre de la santé et des solidarités est favorable à ce qu'une réflexion soit menée au sein de chaque branche sur les conditions de nomination des directeurs des caisses de base, en s'inspirant de la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.</p>
<p>6. Généraliser la procédure de certification des organismes.</p>	<p>Les démarches de certification relèvent du choix des moyens définis par les organismes nationaux pour atteindre les objectifs de qualité et d'efficacité assignés par les COG. Il est apparu nécessaire de mener une analyse du coût et du retour sur investissement de la mise en œuvre des procédures de certification. Le comité de pilotage sur la certification qui regroupe la Direction de la sécurité sociale (DSS) et les caisses nationales a inscrit ce point à son programme de travail 2006.</p>
<p>7. Décentraliser davantage au niveau des branches la gestion des ressources humaines et la négociation de la convention collective.</p>	<p>Pas d'application.</p>
<p>8. Introduire plus de mobilité géographique et professionnelle dans la carrière des agents.</p>	<p>ACOSS :</p> <p>Le renforcement des outils favorisant la mobilité des personnels est l'un des axes du projet de convention d'objectifs entre l'État et l'ACOSS.</p> <p>Le point 4.1.1 de la COG précise « <i>qu'aucune mobilité géographique ne pourra être imposée aux salariés</i> » mais son point 4.5.2 dispose que « <i>Des passerelles entre métiers devront être développées en s'appuyant sur des modules de formation adaptés et des dispositifs de validation des acquis de l'expérience. Cette gestion prévisionnelle des emplois et compétences doit permettre de développer une véritable politique de mobilité dans le réseau et avec les autres réseaux.</i> »</p> <p>CNAMTS :</p> <p>Le point 3.2.1 de la COG, « <i>Accompagner l'évolution des réseaux</i> », mentionne que l'assurance maladie accompagnera la mobilité, qu'elle soit fonctionnelle ou géographique. Cet accompagnement sera négocié à l'UCANSS. La mobilité interbranche est évoquée.</p> <p>UCANSS :</p> <p>La mise en place en janvier 2006 de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la forma-</p>

	<p>tion professionnelle a pour objectif de faciliter la mobilité fonctionnelle des personnels.</p> <p>CNAF :</p> <p>L'article 26-3 de la COG doit promouvoir la mobilité des directeurs de CAF : la CNAF organise tous les ans un entretien avec chaque directeur de CAF ; la démarche d'évaluation des caisses comporte un examen plus méthodique de la contribution des agents de direction au fonctionnement de leur organisme et de la branche. Cette approche permet une meilleure détection des « potentiels ». La CNAF contribue à l'adaptation de la convention collective des agents de direction, afin de mieux reconnaître leurs performances et de faciliter leur mobilité.</p>
<p>9. Accroître le suivi par les tutelles des plans d'investissement informatique.</p>	<p>La direction de la sécurité sociale améliorera son suivi des plans d'investissement informatique par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une action inter-régimes de suivi des coûts et des performances avec des comparaisons inter-régimes ; - la mise en œuvre de travaux visant à expérimenter un suivi particulier des grands projets avec des « tranches optionnelles regroupant un programme précis ». <p>Les modalités d'allocation des moyens conciliant budgétisation plus fine et pluri annualité des moyens globaux ont été inscrites dans les COG. Les COG de la CNAMTS et de l'ACOSS prévoient des crédits informatiques dits « <i>conditionnels</i> » qui seront débloqués, après avis des tutelles, sur présentation d'un état d'avancement des projets détaillés.</p>
<p>10. Développer les services en ligne aux assurés.</p>	<p>Les branches du régime général proposent actuellement à leurs différents usagers près d'une centaine de télé procédures et de télé services. Au cours des années à venir, elles devraient en proposer une cinquantaine de plus. Toutes les branches du régime général se sont fixées comme objectif l'enrichissement des fonctionnalités des comptes en ligne à destination de leurs différents publics. L'offre en ligne s'oriente donc depuis 2006 vers des bouquets de services personnalisés, tels que la simulation des retraites et le « compte retraite » et le prochain « compte assuré » pour la branche maladie.</p> <p>L'ordonnance n°2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives vise à accroître l'offre de services en ligne.</p>
<p>11. Développer l'interopérabilité des équipements informatiques, au sein des branches et en interbranche.</p>	<p>L'interopérabilité des systèmes d'informations dans la branche maladie est un enjeu majeur pour optimiser les échanges entre le système administratif et le contrôle médical. L'interopérabilité au</p>

	<p>sein de la branche maladie sera renforcée pour rendre homogène les systèmes d'information sur l'ensemble du territoire et simplifier ainsi les démarches des usagers, notamment en cas de mutation.</p> <p>En 2006, un groupe de travail a été mis en place pour étudier et réaliser des tests sur l'installation de bornes interactives communes aux différentes branches afin d'optimiser la présence locale du service public de la sécurité sociale.</p>
<p>12. Au sein de chaque branche, réduire le nombre d'organismes de la sécurité sociale dotés de conseils sans nuire à la proximité, en visant la création d'un échelon départemental ou régional.</p>	<p>L'optimisation de l'organisation des réseaux est abordée dans les dernières conventions d'objectifs et de gestion.</p> <p>La COG État/ACOSS 2005-2008 prévoit le rapprochement des organismes infra départementaux pour aboutir en 2010 à une seule structure par département.</p> <p>La CNAF s'est engagée à étudier les conditions de l'adaptation de l'organisation des organismes infra départementaux. Elle prévoit la création d'une instance de concertation et de coordination des CAF des départements concernés.</p> <p>La COG État/CNAMTS 2006-2009 précise que des rapprochements d'organismes locaux pourront être envisagés, après avis motivé de la commission compétente du conseil, dans la mesure où ils apporteront une réponse pertinente à une situation locale. Selon les orientations concernant l'évolution du réseau pour les années 2006-2009 adoptées par le conseil, de mi-2006 à mi-2007, le cadre général des regroupements d'équipes de direction ou de rapprochement d'organismes devrait être défini.</p>
<p>13. Généraliser le chèque emploi service.</p>	<p>Dans sa réponse, l'ACOSS assure que la généralisation du chèque emploi service universel est une priorité de la COG ; à cette fin, elle mettra en place une nouvelle méthode d'allocation des moyens aux URSSAF pour accompagner la promotion de l'usage du chèque emploi service.</p>
<p>14. Aboutir à terme à l'obligation de télétransmission des feuilles de soin électroniques pour les professionnels de santé conventionnés.</p>	<p>La COG 2006-2009 de la CNAMTS prévoit l'extension de la télétransmission des feuilles de soins à l'ensemble des soins facturés aussi bien en ville qu'à l'hôpital.</p> <p>La voie conventionnelle paraît devoir être privilégiée pour assurer le respect de cette obligation, notamment pour les nouveaux professionnels qui s'installent.</p>

<p>15. Simplifier les dispositifs législatifs et réglementaires.</p>	<p>L'assurance maladie a mis récemment en place le compte AMELI destiné aux professionnels de santé, afin de leur faciliter un ensemble de démarches.</p> <p>Concernant l'entente préalable, l'État et la CNAMTS s'engagent à réviser le dispositif global afin de renforcer son efficacité et de réserver son utilisation à quelques cas ciblés particulièrement coûteux et dangereux en termes de santé publique.</p>
<p>16. Rendre parfaitement inter-opérables les différents réseaux informatiques des branches.</p>	<p>Cf. proposition n° 11 (cf. <i>supra</i>).</p> <p>L'interopérabilité des réseaux comme l'éventuelle création d'agences de sécurité sociale inter-branches (cf. <i>infra</i>) seraient facilitées par la création d'un répertoire commun interbranche. C'est le but d'un amendement n° 195 portant article additionnel de MM. Pierre Morange, Jean-Michel Dubernard et Jean-Pierre Door, au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et devenu l'article 138 de la loi.</p> <p>L'article crée un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, ainsi qu'aux organismes d'assurance chômage. Ce répertoire serait utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale et pour ceux prévus avec les administrations fiscales.</p> <p>Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire pourront prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, seront soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</p> <p>Auront également accès aux données de ce répertoire les organismes de la branche recouvrement du régime général dans le cadre de l'exercice de leurs missions et les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale.</p> <p>Le répertoire contiendra les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir.</p> <p>Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques sera l'identifiant utilisé.</p>

	<p>Le contenu, ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire seront fixés par décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret déterminera également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa.</p>
<p>17. Rassembler au sein d'agences régionales de la sécurité sociale tous les organismes dotés de conseils situés dans chaque région, sans mettre en cause la proximité avec les assurés grâce au maintien d'antennes locales.</p>	<p>Les députés MM. Morel-A-L'huissier, Saint-Léger et Bur ont déposé un amendement additionnel au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cet amendement adopté est devenu l'article 141 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cet article introduit dans le code de la sécurité sociale une nouvelle section intitulée « Caisse commune de sécurité sociale ».</p> <p>Des organismes locaux du régime général de sécurité sociale des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale pourront, sur l'initiative de leurs conseils et conseils d'administration, proposer la création, à titre expérimental pour une durée de cinq ans, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse sera créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.</p> <p>La caisse commune de sécurité sociale créée à titre expérimental sera dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil sera composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives et d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives ainsi que, selon les missions exercées par la caisse commune, de représentants de la Fédération nationale de la mutualité française, de représentants des associations familiales, de représentants d'institutions désignées par l'État et intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et de personnes qualifiées.</p> <p>Le directeur et l'agent comptable seront nommés. Il pourra être mis fin à leurs fonctions dans les conditions prévues à l'article L. 217-3-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, les décisions relatives à la nomination ou à la cessation de fonctions seront prises conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées. Les mêmes directeurs exerceront sur cette caisse les compétences visées au douzième alinéa de l'article L. 221-3-1 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 227-3, le cas échéant par décision conjointe.</p>
<p>18. Organiser l'élection des membres des conseils d'administration de ces agences régionales.</p>	<p>Pas de données sur l'application de cette proposition.</p>
<p>19. Créer un échelon régional fort en matière d'assurance maladie.</p>	<p>Pour permettre une efficacité accrue du régime général dans la gestion du risque et pour donner un cadre aux actions destinées à renforcer l'efficacité des réseaux, la CNAMTS a créé une fonc-</p>

	<p>tion de coordination régionale inscrite dans la COG. Les fonctions de coordonnateur de la gestion du risque et de directeur URCAM ont vocation à être agrégées.</p> <p>La réponse du ministre de la santé et des solidarités insiste sur la nécessité de faire préalablement le bilan des dernières structures régionales créées par la loi relative à l'assurance maladie et la loi relative à la politique de santé publique.</p>
<p>20 Accroître le caractère multi branches des antennes de proximité pour aboutir à de véritables « guichets uniques ».</p>	<p>Pas de données sur l'application de cette proposition.</p>

II.– SUITES DONNÉES AU RAPPORT SUR LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

L'étude confiée à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales portait sur « le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées ». Dans le cadre de ce sujet, la mission a été conduite à s'intéresser tout particulièrement à la question du montant et du contenu des coûts d'hébergement pesant sur les personnes âgées et leurs familles. L'objet du rapport d'information (n° 3091) de Madame Paulette Guinchard, dont la Commission des affaires culturelles familiales et sociales a autorisé la publication à l'unanimité le 17 mai 2006, a été de comprendre les mécanismes constitutifs du coût de séjour en maison de retraite et de proposer une série de mesures permettant de le contenir. Il propose également de manière plus globale une optimisation de l'offre générale de soins et d'accueil indispensable à un meilleur accompagnement individuel de la personne, ainsi qu'une évolution des responsabilités des départements dans la prise en charge de l'hébergement. Enfin, il soutient les initiatives innovantes dans la manière de prendre soin de la personne âgée qui suppose la mise en place d'un programme de formation et de qualification des personnels concernés.

La mise en œuvre des préconisations conjoncturelles et structurelles de la MECSS représente un réel progrès pour contenir les coûts d'hébergement et améliorer la solvabilisation des personnes âgées accueillies en établissement. Il faut donc se réjouir que M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ait présenté, le 27 juin 2006, dans les trois mois qui ont suivi la publication du rapport d'information de la mission, un Plan Solidarité-grand-âge (PGSA) pour les personnes âgées de plus de 85 ans, dont les orientations répondent dans une large mesure aux préconisations de la MECSS.

En effet, la réforme du Gouvernement s'articule autour de cinq axes :

- *Le libre choix du domicile*
- *Inventer la maison de retraite de demain*
- *Adapter l'hôpital aux personnes âgées*
- *Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance*
- *Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention*

On notera par ailleurs que le rapport de la mission a été publié alors que le Centre d'analyse stratégique (CAS) ancien Commissariat général du Plan travaillait encore à sa mission spécifique intitulée « personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix ». La rapporteure avait souhaité être associée à ces travaux en participant à ses réunions et plusieurs de ses déplacements. Le rapport du CAS a finalement été publié en juin 2006, aussitôt après la présentation le Gouvernement du Plan Solidarité Grand âge.

La présentation du programme gouvernemental explique sans doute en partie que les organismes auxquels les préconisations de la MECSS ont été notifiées n'aient pas tous répondu. En effet, sur les huit destinataires institutionnels de ce rapport, seules la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), soit trois organismes sur huit, ont fait part de leurs observations sur les points relevant de leur compétence (*cf annexe réponses*).

*

Le tableau ci-après a été établi à partir des réponses adressées à la MECSS, des données fournies par les services compétents du ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, des mesures d'application du Plan solidarité grand-âge (PSGA) et des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Il rend compte d'une mise en application globalement satisfaisante des préconisations du rapport.

Le rapport de la MECSS insistait sur la nécessité d'identifier clairement les personnels qui assistent les personnes hébergées en maison de retraite dans les actes de la vie quotidienne (proposition n° 1). De nombreux établissements ayant recours à des personnels de service pour assumer ses soins relevant de l'accompagnement, il préconisait la mise en œuvre d'un large programme de formation qualifiante non seulement des soignants mais aussi des agents de service (proposition n° 16). Dans le même esprit, le Gouvernement prévoit de *mettre en place un plan de recrutement et de formation des métiers du grand âge* comportant des mesures précises destinées à professionnaliser les métiers et à les rendre plus attractifs. Ces mesures complètent la validation des acquis de l'expérience ouverte en 2006.

La MECSS proposait également plusieurs mesures conjoncturelles pour contenir les coûts d'hébergement et améliorer la solvabilisation des personnes accueillies en maisons de retraite. Ces mesures visaient essentiellement le réaménagement des sections tarifaires (proposition n° 1), l'assouplissement de règles comptables et de placement financier (proposition n° 5) et l'harmonisation de la fiscalité applicable aux établissements d'hébergement (proposition n° 6). Dans la même logique, la maîtrise du prix payé par les personnes âgées figure

parmi les objectifs du plan du Gouvernement. Tout comme le rapport de la MECSS, il prévoit d'autoriser l'amortissement des subventions à l'investissement pour neutraliser l'impact de l'amortissement obligatoire des biens sur le prix de journée. L'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a mis en œuvre cette mesure en prévoyant la prise en charge par l'assurance maladie des intérêts des emprunts immobiliers contractés par les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes. Le décret précisant les modalités d'amortissements spécifiques doit être publié avant la fin du premier trimestre 2007.

Le plan Solidarité-grand-âge prévoit par ailleurs d'autoriser toutes les catégories de maisons de retraites à placer leurs excédents de trésorerie (proposition n° 5 de la MECSS), ainsi que d'étudier les moyens d'harmoniser certains éléments de la fiscalité applicable aux maisons de retraite et les régimes de déduction fiscale liée à la dépendance. Les arrêtés des 15 et 19 décembre 2006, relatifs aux plans comptables des établissements sociaux et médico-sociaux publics et privés permettent la mise en œuvre de mécanismes d'amortissement des subventions d'investissement qui ne pèseront plus sur les coûts d'hébergement la charge des résidents

En complément de ces dispositions gouvernementales, la Caisse nationale des allocations familiales, à laquelle la MECSS a adressé son rapport, a indiqué être favorable aux mesures préconisées relevant de sa compétence c'est-à-dire :

– le versement d'une aide au logement pour chacun des conjoints, qu'il réside ou non dans la même chambre d'un établissement d'hébergement, dès lors que chacun s'acquitte d'une redevance ;

– une harmonisation des aides au logement aux résidents de toutes les catégories d'établissement.

La présidente du Conseil d'administration de la CNAF a toutefois indiqué que la préconisation de la MECSS visant à étendre le dispositif d'aide personnalisée au logement aux résidents de tous les établissements d'hébergement avait fait l'objet de débats en 2001 dans le cadre des travaux du groupe État/CNAF mis en place par la convention d'objectifs et de gestion mais n'avait pas abouti en raison de la complexité du sujet.

La MECSS soulignait la nécessité de procéder à une approche globale, c'est-à-dire pluridisciplinaire, adaptée aux polypathologies et au risque de la dépendance de la personne ainsi qu'à sa situation sociale (proposition n 8). En réponse à cet impératif, le plan du Gouvernement prévoit d'organiser dans chaque territoire une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés. Selon le plan, la filière de soins doit permettre une prise en charge globale de la personne tenant compte de sa fragilité. En application de cette mesure, le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées et à la famille a précisé en Conseil des ministres, le 3 janvier 2007, que l'assurance

maladie consacrerait, à partir de 2007, 80 millions d'euros chaque année au développement d'une filière gériatrique (court séjour, soins de suite et de réadaptation, hôpitaux de jour, équipes mobiles.). La MECSS veillera à la mise en oeuvre effective de cet engagement qui est également l'un des objectifs de la CNAMTS, comme l'indique la réponse de la Caisse nationale.

La MECSS préconisait aussi l'optimisation des modalités de prise en charge par une reconversion de lits d'hôpitaux en places destinées aux personnes âgées qui relèveraient du secteur médico-social mais qui n'ont, en l'état actuel de l'offre, ni la possibilité ni les moyens d'être accueillies (proposition n° 9). Sur ce point, l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit la répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée (USLD) mentionnées à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Ainsi, la recombinaison des USLD devra tenir compte de la lourdeur de prise en charge des patients relevant de la section des unités de soins de longue durée redéfinie, par nature plus importante que celles des patients relevant d'une section médico-sociale

Pour l'amélioration de la fluidité des services à offrir aux personnes âgées (proposition n° 8 de la MECSS), le plan du Gouvernement prévoit de poursuivre le développement des réseaux de santé « personnes âgées » afin de « resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital ». Sur ce point, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a souligné qu'elle s'était impliquée dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées pour favoriser les passerelles entre hôpital, secteur médico-social et domicile dans l'élaboration du volet personnes âgées des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3) qui a été ensuite adressé à toutes les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) (*cf. le courrier en annexe*).

S'agissant des financements, la MECSS (proposition n° 14) rejoignait la recommandation de la Cour des comptes (rapport de novembre 2005) relative à l'inéluctable prise en charge par la collectivité d'une part croissante de la dépendance, compte tenu de l'augmentation prévisible des besoins et quelle que soit l'évolution des capacités contributives des personnes âgées résidant en maison de retraite. Afin d'assurer le financement solidaire de la dépendance pour l'avenir, conformément au PGSA, le Gouvernement a confié à Madame Hélène Gisserot une mission de réflexion sur les financements complémentaires respectant « *le principe de solidarité, fondement de notre modèle social* ». Le rapport est attendu pour la fin du premier trimestre 2007 mais les conclusions d'un rapport intermédiaire de la mission ont été publiées dans la presse le 30 janvier 2007. Les pistes de financement pourraient notamment prendre la forme d'un élargissement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité (CSS liée à la suppression d'un jour férié), aux revenus de remplacement (retraites et indemnités de chômage) et au cas où un effort public important serait nécessaire, une harmonisation des taux de la contribution sociale généralisée (CSG) : actuellement, les retraités paient 6,6 % au lieu de 7,5 % pour les salariés. Cette orientation rejoint la position de

Mme Paulette Guinchard, rapporteure de la mission, selon laquelle l'effort de solidarité nationale devrait peut-être conduire à un aménagement de la CSG.

Enfin, afin de mieux organiser la gestion des financements consacrés à la prise en charge des personnes âgées entre le niveau national et les collectivités territoriales, le rapport de la MECSS envisageait la création d'une enveloppe globale consacrée à la prise en charge de la perte d'autonomie et d'en transférer la charge vers les départements. Dans le même esprit, le Gouvernement propose dans son Plan d'expérimenter « *une gestion départementale de l'ensemble des budgets relatifs à la prise en charge des personnes âgées* ». Il convient de noter que le rapport intermédiaire de l'étude confiée à Madame Gisserot propose, grâce aux ressources supplémentaires qui pourraient être dégagées, de revenir à un financement égal de l'APA entre l'État et les départements, alors que ces derniers supportent actuellement 70 % du financement. Ces ressources seraient confiées à la CNSA dont les compétences devraient être élargies pour effectuer les arbitrages nécessaires à la juste attribution des crédits.

***Le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées,
rapport présenté par Mme Paulette Guinchard***

Proposition	Application
<p>1. Réorganiser les sections tarifaires des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), afin que les dépenses de personnel administratif, celles afférentes à l'animation sociale et au personnel de service non qualifié intervenant auprès des résidents, ainsi que les frais d'amortissement des investissements réalisés ne relèvent plus exclusivement du tarif hébergement à la charge des résidents.</p>	<p>L'article 44 du PLFSS pour 2007 prévoyait la possibilité de prise en charge par l'assurance maladie des intérêts des emprunts immobiliers contractés par les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).</p> <p>Exposé des motifs</p> <p>« En 2007, 25 millions d'euros sont prévus sur l'ONDAM personnes âgées afin de neutraliser les surcoûts d'exploitation générés par des emprunts. Le décret devra prévoir que le montant limitatif de ces crédits est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale et que le préfet fixe par arrêté les opérations retenues et leurs montants dans le respect des crédits dont la gestion lui sera déléguée.</p> <p>Afin de réduire les coûts de l'hébergement en établissement à la charge des personnes âgées, une mesure réglementaire précisera les modalités d'amortissement spécifiques lorsque des investissements ont des incidences tarifaires financées par les enveloppes de crédits prévues à l'article L. 313-8 et aux articles L. 314-3 à L. 314-5 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Conformément aux recommandations de la MECSS, cette modification permettra d'accélérer la modernisation des établissements médico-sociaux sans peser sur le coût d'hébergement facturé aux familles. »</p> <p>Cet article est devenu l'article 86 de la LFSS pour 2007:</p> <p><i>« En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 dudit code, les intérêts des emprunts contractés à cet effet peuvent être pris en charge par l'assurance maladie, d'une part, dans la limite des dotations départementales limitatives mentionnées au III de l'article L. 314-3 du code précité et, d'autre part, selon des modalités et des conditions fixées par décret.</i></p>

	<p><i>Une part des crédits reportés en 2007 au titre des excédents de l'exercice 2006 est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article. Ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement et d'équipement immobiliers, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du même code, des établissements relevant conjointement du 6° du I de l'article L. 312-1 dudit code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation ainsi que des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Les conditions d'utilisation de ces crédits sont déterminées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. »</i></p> <p>Un décret est en cours d'élaboration pour la mise œuvre de cet article dont la publication est annoncée pour mars 2007.</p> <p>Par ailleurs, les circulaires qui sont en cours d'élaboration (à paraître courant février 2007) vont mettre en œuvre de nouvelles règles de calcul des dotations d'assurance maladie des EHPAD permettant une augmentation des personnels dans les maisons de retraites, notamment en adaptant les taux d'encadrement au degré élevé de dépendance ou de soins médicaux techniques requis des résidents (information de la DGAS).</p>
<p>2. Adapter la réglementation relative à la sécurité incendie et prévoir les financements adéquats.</p>	<p>Deuxième alinéa de l'article 86 de la LFSS pour 2007 :</p> <p>« Une part des crédits reportés en 2007 au titre des excédents de l'exercice 2006 est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article. Ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement et d'équipement immobiliers, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du même code, des établissements relevant conjointement du 6° du I de l'article L. 312-1 dudit code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation ainsi que des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Les conditions d'utilisation de ces crédits sont déterminées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. »</p>
<p>3. Augmenter le volume des prêts aidés en faveur des projets de construc-</p>	<p>Plan solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006 par M. Philippe Bas, ministre délégué à la</p>

<p>tion ou de rénovation d'établissements accueillant des personnes âgées.</p>	<p>Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille (Point n° 10) :</p> <p>Le Gouvernement a prévu de débloquer 25 millions d'euros par an pour inciter les établissements à se moderniser en compensant une part de leurs frais financiers ; cette somme permettant aux maisons de retraite d'emprunter tous les ans jusqu'à 400 millions d'euros à taux zéro.</p> <p>Il convient de rappeler que depuis une circulaire du 1^{er} mars 2006, du ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, les EHPAD ont accès aux prêts locatifs sociaux (TVA à 5,5 % et exonération de la taxe foncière pendant 25 ans). Par ailleurs un plan d'aide à la modernisation des EHPAS (350 M€) a été réalisé en 2006 et prorogé pour 2007 : un arrêté est sur le point d'être signé pour la campagne 2007 (information de la DGAS). Plus globalement, la réponse de la CNAV au rapport de la MECSS indique que l'action immobilière demeure une composante importante de la politique d'action sociale de la branche retraite. Elle figure parmi les grands axes de la COG 200562008 de la Caisse nationale.</p>
<p>4. Assouplir les règles comptables relatives à l'amortissement des subventions d'investissement des collectivités territoriales.</p>	<p>Plan solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006 par M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille (Point n° 10) :</p> <p>la maîtrise du prix payé par les personnes âgées est un des objectifs du plan du Gouvernement qui prévoit notamment :</p> <p>1- de permettre d'amortir les subventions à l'investissement pour neutraliser l'impact de l'amortissement obligatoire des biens sur le prix de journée</p>
<p>5. Autoriser les établissements publics sociaux et médico-sociaux à placer leurs réserves de trésorerie pour accroître leur capacité à autofinancer leurs investissements.</p>	<p>Plan solidarité grand âge : Point n°10 (suite)</p> <p>2- d'autoriser toutes les catégories de maisons de retraites à placer leurs excédents de trésorerie. Selon la Direction générale de l'action sociale, cette recommandation fait actuellement l'objet d'une réflexion.</p>
<p>6. Unifier le régime et la récupération de la TVA sur les investissements applicables aux établissements accueillant des personnes âgées.</p>	<p>Plan solidarité grand âge</p> <p>Point n°10 suite)</p> <p>3- d'étudier les moyens d'harmoniser certains éléments de la fiscalité applicable aux maisons de retraite et les régimes de déduction fiscale liée à la dépendance</p>
<p>7. Étendre le bénéfice des aides personnelles au logement aux résidents de toutes les catégories d'établissement d'hébergement et les attribuer par</p>	<p>Réponse de la CNAF en date du 8 septembre 2006</p> <p>- Concernant la mesure visant à étendre le dispositif de l'APL aux résidents de tous les établis-</p>

<p>personne hébergée et non plus par ménage.</p>	<p>séments d'hébergement :</p> <p>« Cette proposition avait déjà été abordée en 2001 dans le cadre des travaux du groupe État/CNAF mis en place en 1997 par la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la CNAF avec pour objectif la simplification des aides au logement. Mais s'agissant d'un sujet complexe, les travaux engagés n'ont pas abouti. »</p> <p>- Concernant la mesure visant à verser les aides à chacun des conjoints résidant en maison de retraite, la CNAF rappelle sa politique :</p> <p>« Lorsque le couple de personnes âgées est séparé, souvent pour des raisons de santé, l'un étant hébergé en établissement collectif, l'autre vivant à son domicile ou encore l'un et l'autre résidant en maison de retraite mais dans des chambres séparées, des règles adaptées ont été mises en place.</p> <p>Pour ces situations particulières, la résidence séparée est, en effet, assimilée à une véritable séparation de fait, ce qui permet d'étudier un droit pour chacun des deux membres du couple, en fonction de ses propres ressources et des charges de logement acquittées pour son logement personnel. »</p>
<p>8. Favoriser les passerelles pour accompagner la personne âgée entre l'hôpital, la filière des soins d'aval (hôpital local, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation...), les établissements et services médico-sociaux et sociaux, et un domicile adapté.</p>	<p>Plan solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille (Point n°13) :</p> <p>Le plan du Gouvernement poursuit le développement des réseaux de santé « personnes âgées » afin de resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital.</p> <p>CNAMTS</p> <ul style="list-style-type: none"> - La CNAMTS s'est impliquée dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées pour favoriser les passerelles entre hôpital, secteur médico-social et domicile. Ainsi, le modèle développé par la région Bretagne (DRSM + CRAM) a été présenté à la DHOS qui l'a retenu comme exemple national pour l'élaboration du volet personnes âgées des SROS3 et l'a adressé à toutes les ARH. - Mise en place de l'outil PATHOS élaboré en partenariat avec la CNAMTS et le syndicat national de gérontologie clinique pour évaluer le niveau de soins nécessaires pour la prise en charge des polyopathologies des personnes âgées en établissement ou à domicile. - Une convention est en cours de négociation sur la base du décret n° 2006-939 du 27 juillet 2006 qui mentionne les différents domaines dans lesquels la coordination est nécessaire la

	CNAMTS et la CNSA.
<p>9. Optimiser les modalités de prise en charge par une reconversion de lits d'hôpitaux en places destinées aux personnes âgées qui relèveraient du secteur médico-social, mais qui n'ont, en l'état actuel de l'offre, ni la possibilité, ni les moyens d'y être accueillies.</p>	<p>Article 42 du PLFSS pour 2007</p> <p>Exposé des motifs</p> <p>Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu la répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée (USLD) mentionnées à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Cette répartition est effectuée en fonction du résultat des analyses réalisées à partir d'un référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant des soins de longue durée. Ces analyses ont été réalisées dans chacune des régions, dans le respect du calendrier imparté par le législateur.</p> <p>Afin de permettre aux structures concernées de conduire les réorganisations nécessaires pour mettre en œuvre cette réforme, cet article prévoit que chaque établissement décidera par lui-même de la date de sa transformation, dans la limite du 30 juin 2009.</p> <p>Les lits relevant des objectifs mentionnés à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale bénéficient de montants de crédits équivalents à ceux qui leur sont accordés aujourd'hui. Ceux qui relèvent des objectifs mentionnés à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale recevront un abondement budgétaire pour tenir compte de la lourdeur de prise en charge des patients relevant de la section des unités de soins de longue durée redéfinie, par nature plus importante que celles des patients relevant d'une section médico-sociale</p> <p>L'article 42 est devenu l'article 84 de la LFSS pour 2007 :</p> <p><i>« L'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est ainsi modifié :</i></p> <p><i>1° Le III est ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« III. – Par exception aux dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet du département fixent avant le 30 juin 2009, par arrêté conjoint, la répartition des capacités d'accueil et des ressources de l'assurance maladie relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des famil-</i></p>

	<p>les et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale des établissements, pour chaque établissement mentionné au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique après avis de son organe délibérant.</p> <p>« Pour chaque établissement, l'arrêté conjoint est pris au plus tard le 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle il prend effet, au vu du résultat des analyses transversales réalisées sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée, arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives du secteur sanitaire et médico-social, et tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie.</p> <p>« Cet arrêté prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant sa publication.</p> <p>« Afin d'évaluer les moyens nécessaires à la mise en adéquation du budget de la section des unités de soins de longue durée avec le résultat de l'analyse transversale, chaque établissement fait connaître au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet, par décision de son organe délibérant, l'exercice annuel au cours duquel cette répartition est arrêtée. Cette délibération doit parvenir au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet avant le 31 mars de l'exercice annuel au cours duquel la répartition est arrêtée. » ;</p> <p>2° Le IV est abrogé ;</p> <p>3° Dans les première et seconde phrases du V, les références : « aux III et IV » sont remplacées par la référence : « au III ».</p>
<p>10. Rationaliser les moyens financiers, techniques et humains des hôpitaux pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées, notamment en développant les services de court séjour équipés en personnels formés à la gériatrie.</p>	<p>Plan solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille (Point n° 12) :</p> <p>Le plan du Gouvernement prévoit d'organiser dans chaque territoire une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés. La filière de soins doit permettre <i>une prise en charge globale de la personne qui tient compte de sa fragilité</i>. A cette fin, seront formés et recrutés des professeurs des universités, médecins titulaires de la capacité de gérontologie, des infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales. Le 3 janvier 2007, le Gouvernement a annoncé qu'il consacrerait, à partir de 2007, 80 millions d'euros au développement de la filière gériatrique.</p>
<p>11. Désigner clairement et impérativement l'autorité compétente en ma-</p>	<p>Pas de données sur l'application de cette proposition</p>

<p>tière de financement des investissements des établissements d'hébergement pour personnes âgées.</p>	
<p>12. Mettre en place un système d'information et d'évaluation fiable prenant la mesure du caractère diversifié et évolutif de la demande et offrant aux décideurs une typologie permettant de comparer les coûts réels.</p>	<p>Pas de données sur l'application de cette proposition</p>
<p>13. Doter l'administration d'un système de suivi de l'évolution des coûts d'hébergement supportés par les résidents des établissements.</p>	<p>Pas de données sur l'application de cette proposition</p>
<p>14. Envisager des financements supplémentaires faisant appel à la solidarité nationale : « accroître la dépense socialisée » en faveur de la prise en charge financière de la dépendance si les mesures préconisées se révèlent insuffisantes pour répondre aux objectifs précités.</p>	<p>Plan Solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille (Point n°14) :</p> <p>Le Gouvernement a souhaité engager une réflexion sur les modalités possibles de financements supplémentaires qui respectent le principe de solidarité en confiant une mission à Mme Gisserot, procureur général honoraire auprès de la Cour des Comptes, sur, d'une part, l'organisation d'une nouvelle branche de protection sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées et, d'autre part, l'instauration d'une couverture complémentaire « autonomie ». Le rendu de l'étude est attendu pour la fin du 1^{er} trimestre 2007, mais un rapport intermédiaire publié à la fin janvier 2007 suggère plusieurs scénarios, parmi lesquels un élargissement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité (CSS liée à la suppression d'un jour férié) aux revenus de remplacement (retraite et indemnisation chômage) et en cas d'effort public important, une harmonisation des taux de CSG (entre les retraités et les salariés, voire la suppression progressive des exonérations de droits de succession pour l'assurance-vie).</p>
<p>15. Mettre en oeuvre des références de bonnes pratiques destinées à faire progresser la notion de « prendre soin » en associant une réflexion sur le désir de sollicitude des personnes âgées, des actions de prévention et un accompagnement social.</p>	<p>Article 43 du PLFSS pour 2007 : Création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux</p> <p>Exposé des motifs :</p> <p>L'objectif principal de notre système de santé est d'apporter des prestations de qualité croissantes à l'ensemble de la population. Dans ce sens, à l'instar du processus mis en place dans le secteur sanitaire, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale institue une évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cependant, les missions, les moyens et la visibilité du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, créé pour accompagner cette obligation, ne lui permettent pas de mettre en oeuvre cette évaluation.</p> <p>En conséquence, dans le souci conjoint d'amélioration de la qualité et d'extension de la dynami-</p>

que de la maîtrise médicalisée au secteur médico-social, il est nécessaire de mettre en place une structure qui assure la coordination générale du processus d'évaluation et émette, en toute indépendance et à l'écart de toutes pressions politiques, administratives, industrielles et professionnelles, des avis, recommandations et référentiels concernant les pratiques professionnelles faisant autorité.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux reconnaît les spécificités du champ par rapport au secteur sanitaire. Elle prend la forme d'un groupement d'intérêt public. Cette forme juridique permet, dans le respect de l'autonomie administrative de ses composantes, de mettre en synergie l'ensemble des acteurs experts du secteur, au premier rang desquels la Haute Autorité de santé (HAS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), assurant ainsi une meilleure cohérence opérationnelle.

En outre, la mutualisation de fonctions communes et transverses entre la HAS et l'agence et le regroupement dans les mêmes locaux doivent permettre à l'Agence de monter en charge graduellement tout en tirant profit du transfert de compétences et des économies d'échelle attendues. L'économie générale du dispositif proposé doit ainsi permettre de redéployer des moyens pour répondre aux nouvelles attentes des usagers, avec l'exigence d'une meilleure efficacité au regard des moyens alloués.

L'article 43 est devenu l'**article 85 de la LFSS pour 2007** :

« I. – L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale » sont remplacés par les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale » sont remplacés par les mots : « par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;

3° Dans le quatrième alinéa, les mots : « le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale » sont remplacés par les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;

	<p><i>4° Le cinquième alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :</i></p> <p><i>« L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux prend ses décisions après avis d'un conseil scientifique indépendant dont la composition est fixée par décret. Elle est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et d'autres personnes morales conformément aux articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions suivantes :</i></p> <p><i>« 1° Les ressources de l'agence sont notamment constituées par :</i></p> <p><i>« a) Des subventions de l'État ;</i></p> <p><i>« b) Une dotation globale versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;</i></p> <p><i>« c) Une contribution financière perçue en contrepartie des services rendus par l'agence aux organismes gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1.</i></p> <p><i>« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent 1° ;</i></p> <p><i>« 2° Outre les personnes mentionnées à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le personnel de l'agence peut comprendre des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement, des agents contractuels de droit public régis par les dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, recrutés par l'agence, ainsi que des agents contractuels de droit privé également recrutés par l'agence ;</i></p> <p><i>« 3° Le directeur de l'agence est nommé par décret. »</i></p> <p><i>II. – Le I de l'article L. 14-10-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 est imputée sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3. »</i></p>
<p>16. Prévoir un large programme de formation qualifiante, non seulement à l'intention des personnels soignants, mais aussi des agents de service</p>	<p>Plan solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille :</p>

côtoyant les personnes âgées hébergées en établissement, dans le but notamment d'offrir de réelles passerelles professionnelles entre les secteurs et les lieux d'activité.

(Point n° 7 : Mettre en oeuvre un plan de recrutement et de formation des métiers du Grand âge

Le Gouvernement s'est attaché à **mettre en place un plan de recrutement et de formation des métiers du grand âge** comportant des mesures précises destinées à professionnaliser les métiers et les rendre plus attractifs afin de pouvoir recruter 40 000 professionnels par an au cours des dix ans à venir.

Il convient de rappeler que l'article L14-10-5 du code de l'action sociale et des familles a étendu le principe de professionnalisation des personnes intervenant auprès des personnes âgées aux dépenses de formation et de qualification des personnels soignants dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements d'hébergement des personnes âgées. Cette disposition législative (qui date de 2005) a fait l'objet d'un décret en Conseil d'État (décret n° 2006-1144) et d'accords cadres entre l'État et les organismes paritaires, collecteurs agréés au titre de la formation professionnelle continue (information de la DGS).

III.– SUITES DONNÉES AU RAPPORT SUR LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a, le 11 juillet 2006, autorisé la publication du rapport d'information (n° 3265) de M. Jean-Marie Rolland sur la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé. Comme pour les rapports précédents, en application de l'article LO 111-9-3 du code de la sécurité sociale, les dix orientations et les 125 préconisations formulées dans le rapport ont été notifiées aux ministres et aux organismes de sécurité sociale concernés, le 12 juillet 2006.

Seul le ministre de l'économie, des finances et du budget a accusé réception de la transmission dans le délai de réponse de deux mois fixé par l'article précité. Une lettre de relance a donc été adressée, le 14 décembre 2006, aux quatre destinataires n'ayant pas répondu. A ce jour, deux nouvelles réponses sont parvenues, au mois de janvier 2007. Celle de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés fournit des éléments de réponse concernant une dizaine de préconisations. Celle du ministre de la santé et des solidarités, très complète, apporte des réponses circonstanciées sur chacune des préconisations. Deux organismes n'ont pas encore répondu : le ministre délégué au budget et à la réforme de l'État, qui est rattaché au ministère des finances, et la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole.

Les préconisations du rapport de la MECSS visaient deux objectifs :

- Assurer la crédibilité de la réforme en veillant à ce que les nouvelles modalités de financement permettent de réaliser les objectifs fixés et maintenir le cap de la convergence tarifaire ;
- Assurer la réussite de la T2A en apportant les réponses adaptées aux enjeux financiers et d'organisation que sa mise en œuvre impose et renforcer le contrôle et l'évaluation.

C'est à l'aune de ces deux objectifs que doit être appréciée la mise en œuvre des préconisations de la MECSS.

Globalement, le Gouvernement partage les préconisations de la MECSS. Toutefois, il met en avant des difficultés pratiques pour expliquer la mise en œuvre progressive de certaines d'entre elles et affirme quelques divergences concernant le pilotage de la réforme et le contrôle de la facturation des établissements. En outre, il estime que des conditions préalables doivent être réunies avant de reprendre la convergence intersectorielle.

Il y a tout d'abord un accord profond sur la nécessité d'utiliser, si nécessaire, les outils de la régulation tarifaire, comme ce fut le cas en 2006. Il est normal que les

objectifs fixés par le Parlement soient respectés. Le Gouvernement partage aussi le souhait de la MECSS d'assurer la plus grande transparence sur les différents paramètres de calcul du financement et le maximum de lisibilité du dispositif d'ensemble pour les acteurs hospitaliers.

Il y a ensuite un très large accord sur la valorisation des vecteurs de financement.

Le Gouvernement a engagé des travaux visant à améliorer la définition du périmètre et la valorisation des différentes composantes des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Il faut souhaiter que ces travaux aboutissent prochainement et que les conséquences pratiques en soient rapidement tirées.

Le Gouvernement souhaite conserver la souplesse dans l'utilisation par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de l'enveloppe d'accompagnement de la contractualisation avec les établissements pour tenir compte, au mieux, des contextes locaux. La MECSS est favorable à cette orientation mais rappelle qu'elle sera vigilante dans l'utilisation de ces fonds afin que la T2A produise bien les effets attendus en termes d'efficacité et de rationalisation de l'offre de soins. Elle souhaite que le prochain rapport du Gouvernement sur les MIGAC fournisse des informations précises sur ce point.

Le Gouvernement partage aussi l'orientation consistant à rémunérer le maximum des coûts d'activité par les tarifs. Plusieurs travaux en cours visent à permettre la réalisation de cette orientation. On peut notamment citer l'élaboration d'une liste commune de dispositifs médicaux implantables (DMI) et de médicaments onéreux (MO).

En ce qui concerne la convergence, le Gouvernement indique que l'objectif intermédiaire, prévu pour 2007, concernant la convergence intrasectorielle est atteint.

En revanche, comme il l'a déjà indiqué à plusieurs reprises, le Gouvernement rappelle que la convergence intersectorielle, suspendue depuis 2006, ne pourra reprendre qu'après la réalisation de toutes les études sur les écarts de coûts entre les secteurs. Cependant, les travaux préparatoires à la reprise de cette convergence ont été engagés ou se poursuivent (analyse des écarts de coûts, échelle nationale des coûts). Par ailleurs, le Gouvernement n'exclut pas que, dans la perspective d'une fraction tarifée supérieure à 50 %, un dispositif d'écrêtement des gains puisse être mis en place. Le Gouvernement estime qu'il lui appartient, dans le cadre fixé par la loi, de déterminer les voies et moyens, et en particulier les modalités de financement des écarts de coûts, pour parvenir à cette convergence.

Contrairement à la MECSS, le Gouvernement considère aussi que c'est à lui de fixer le taux de la fraction tarifée dans le secteur public et non au Parlement. Par ailleurs, le Gouvernement souligne le problème de faisabilité politique pour intégrer les honoraires des praticiens et auxiliaires libéraux dans les tarifs.

À la différence de la MECSS, le Gouvernement considère qu'en matière de pilotage de la réforme, la Mission T2A (MT2A) est toujours pertinente. La réponse du Gouvernement entretient pourtant la confusion puisqu'il est indiqué que la MT2A doit conserver « *son rôle de pilote* » mais que la DHOS est responsable « *du pilotage* »...

Le Gouvernement indique également que les moyens de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), qui est chargée de l'expertise technique et de la mise en place des outils d'information partagés et avec laquelle sera prochainement signé un contrat d'objectifs et de moyens, seront doublés d'ici 2009.

Le plan hôpital 2012 devrait permettre d'aller dans le sens des préconisations de la MECSS en matière de développement des systèmes d'information hospitaliers (SIH), puisque l'objectif du plan est de doubler la part des dépenses des établissements consacrées aux SIH (de 1,7 % à 3 % des charges des établissements).

Par ailleurs, le Gouvernement refuse l'idée de confier le contrôle médico-économique des établissements à la seule assurance maladie et rappelle qu'un décret du 2 novembre 2006 fixe dorénavant les modalités des sanctions applicables en cas de non-respect des objectifs quantifiés.

Enfin, trois éléments figurant dans la réponse de la CNAMTS peuvent être mentionnés. Comme la MECSS, la Caisse nationale souhaite une stabilisation de la classification des séjours. En outre, elle demande à faire partie des acteurs du pilotage de la réforme et à être associée aux études de coûts.

La tarification à l'activité dans les établissements de santé, rapport présenté par M. Jean-Marie Rolland

Proposition	Application
<p>LA MAITRISE DE L'EQUILIBRE DES FINANCEMENTS</p> <p>ONDAM hospitalier 2006 : 63,8 milliards d'euros (+ 3,44 %) dont 45,8 pour les établissements tarifés à l'activité (40,2 pour l'ODMCO et 5,6 pour les MIGAC)</p>	
<p>1. Respecter les objectifs de dépenses et, le cas échéant, faire jouer la régulation tarifaire</p>	<p>Le Gouvernement indique appliquer depuis 2005, lors de la construction des campagnes tarifaires, les principes de la régulation prix-volume en tenant compte du dépassement de l'année précédente, des hypothèses d'évolution de l'activité et des risques de dépassement de l'ONDAM de l'année en cours. En 2006, il a abaissé de 1 % les tarifs applicables à compter du 1^{er} mars, puis il a procédé, pour la première fois à une régulation tarifaire en cours d'année, puisque les tarifs des établissements de santé privés lucratifs ont été réduits en moyenne de 2,6 %, du 1^{er} octobre au 31 décembre.</p>
<p>2. Éviter les stratégies de contournement de la réforme</p>	<p>Afin d'éviter un moyen de contournement de la T2A et de clarifier ce qui relève de l'hospitalisation et ce qui relève des soins externes, la circulaire du 31 août 2006 concernant « les actes frontières » précise les conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée, ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.</p> <p>Par ailleurs, un important travail de mise à plat des MIGAC, lesquels complètent le financement par les tarifs, a été engagé (<i>voir infra</i>).</p>
<p>3. Confier au Parlement la fixation des sous-enveloppes du sous-objectif de dépenses des établissements tarifés à l'activité (objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique – ODMCO – et dotations des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC) ou</p> <p>Présenter et justifier dans le projet de loi de financement de la sécurité</p>	<p>Le Gouvernement retient la seconde des deux propositions alternatives de la MECSS. Il indique qu'il est légitime que le Parlement soit informé lors de l'examen du PLFSS de la répartition entre les sous-enveloppes ODMCO et MIGAC mais estime qu'il n'est pas nécessaire de segmenter le sous-objectif de dépenses des établissements tarifés à l'activité en deux sous-enveloppes fixées par le Parlement.</p>

sociale (PLFSS), l'évolution des sous-enveloppes et des composantes de financement	
4. Interdire les transferts entre les sous-enveloppes de l'Objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO)	Le Gouvernement rappelle que l'ODMCO constitue une enveloppe unique, et que celle-ci n'est réglementairement pas fractionnée. Il estime que c'est un des piliers de la réforme T2A dans la perspective notamment de la convergence public-privé.
5. Traduire en tarifs la plus grande partie possible de l'activité de soins	Le Gouvernement s'inscrit dans cette logique mais souligne l'importance d'agir avec circonspection afin de ne pas induire des modifications de comportements de la part des acteurs qui pourraient entraîner des effets préjudiciables sur l'accès et la qualité des soins. Il fait état de travaux en cours visant à inclure dans les tarifs des traitements de chimiothérapie anticancéreuse et certains éléments des divers plans de santé publique.
LES MISSIONS D'INTERET GENERAL ET D'AIDE À LA CONTRACTUALISATION (MIGAC) 5,6 milliards d'euros en 2006 (+ 12,6 %)	
A. Définition, valorisation et contrôle des MIGAC	
6. Mieux définir les missions d'intérêt général (MIG) et les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)	<p>Le rapport sur les MIGAC, déposé par le Gouvernement au Parlement, le 26 octobre 2006, en application de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, précise que le ministère de la santé a engagé des travaux avec les fédérations hospitalières et les professionnels de santé afin de « mieux calibrer » les MIGAC avec trois objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - définir plus précisément le champ des activités retenues comme missions d'intérêt général et la partie éligible à un financement MIGAC ; - mesurer le coût de ces activités et construire les référentiels de valorisation qui permettent un financement adéquat et équitable de ces missions sur l'ensemble du territoire ; - améliorer le suivi de ces activités tant au niveau régional que national au travers de la politique de contractualisation entre les ARH et les établissements. <p>Le rapport affirme aussi la volonté d'adapter et stabiliser le dispositif des MIGAC et fixe</p>

	<p>l'objectif d'une inflexion du rythme de progression annuelle de cette dotation. Il indique que les travaux en cours commenceront à produire leurs effets en 2007. Ils se poursuivront sur plusieurs années car ils réclament un travail technique en concertation avec les professionnels. Il ajoute que les rapports annuels transmis au Parlement seront l'occasion de faire le point sur l'état d'avancement de ce pan de la réforme.</p> <p>Le ministre a annoncé que le plan Hôpital 2012 fera l'objet d'un financement, hors tarif, par les MIGAC, à partir de 2008.</p>
7. Accélérer les études sur la définition et la valorisation des MERRI	<p>Le rapport du Gouvernement sur les MIGAC précise que les travaux sur les MERRI doivent viser à augmenter la part du financement assise sur l'efficacité. L'objectif est de diminuer progressivement la part fixe pour accroître la part variable. La réponse du Gouvernement à la MECSS précise que des études préliminaires ont été conduites en 2006 avec pour objectif l'incitation au développement de la recherche et la diffusion maîtrisée de l'innovation. Afin de différencier les financements en fonction des résultats appréciés à partir d'une combinaison d'indicateurs, trois niveaux de financement seraient définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un socle de financement « récurrent », reconduit de manière pluri-annuelle, susceptible de réévaluation à échéance et augmenté d'un taux de base d'évolution ; ce socle aurait vocation à couvrir les charges minimales nécessaires pour assurer les missions de recherche, d'enseignement, de référence et d'innovation ; – une part modulable, attribuée sur la base d'indicateurs simples, pertinents et reconnus par tous les acteurs (nombre de publications, nombre d'unités de recherche EPST, nombre d'essais cliniques, nombre d'étudiants hospitaliers...); – une part variable, correspondant aux financements attribués aux établissements sur appels à projets ou destinés à financer des activités ou des structures contractualisées. <p>– Les simulations et consultations doivent avoir lieu en 2007 et un objectif a été fixé de mise en œuvre en 2008.</p>
8. Assurer la transparence sur la définition et la valorisation des MERRI et des MIG	<p>Le rapport du Gouvernement sur les MIGAC expose les orientations et les conditions techniques des travaux engagés sur la définition et la valorisation des MERRI et des MIG.</p>
9. Fournir le bilan annuel d'application concernant les MIGAC (MERRI, MIGAC)	<p>L'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale prévoit que le rapport sur les MIGAC doit être déposé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Le rapport annuel 2006 sur les</p>

	MIGAC a été déposé au Parlement le 26 octobre 2006.
10. Justifier chaque année dans le PLFSS l'évolution des MIGAC et de leurs composantes	<p>L'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale prévoit notamment : « <i>Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des MIGAC... de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions et de celle du montant des dotations régionales, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements</i> ».</p> <p>Le rapport sur les MIGAC déposé répond à cet obligation et présente notamment en annexe la répartition de l'enveloppe MIGAC par régions, catégories de dépenses et types d'établissements.</p> <p>Par ailleurs, la réponse du Gouvernement à la MECSS rappelle la création d'une enveloppe de contractualisation déléguée aux ARH afin de leur permettre, pendant la période de montée en charge de la T2A, d'accompagner les efforts de restructuration des établissements qu'induit le nouveau mode de financement.</p>
11. Contractualiser l'attribution des MERRI	Le Gouvernement indique que les MERRI, comme les MIG, donneront lieu à contractualisation.
B. Tarifier autant que possible les MERRI et les MIG	
12. Sortir des MIGAC les mesures des plans de santé publique (urgences ou cancer par exemple) qui peuvent être intégrées dans les tarifs	Le rapport sur les MIGAC indique la volonté du ministère de la santé de sortir des MIGAC les activités qui peuvent être tarifées. S'agissant du plan cancer, le Gouvernement en collaboration avec l'INCa proposera dès 2007 des mesures ciblées sur des tarifs en substitution d'une intervention par le biais des MIG.
13. Sortir des MIGAC les équipes pluridisciplinaires mobiles qui doivent être intégrées dans les tarifs ou faire l'objet de suppléments (cf. réanimation)	Le Gouvernement indique qu'un examen attentif de cette préconisation aura lieu courant 2007 dans le cadre de l'examen des MIG dans leur ensemble.
14. Sortir des MIGAC les SMUR (services médicaux d'urgence) qui pourraient être financés par un financement type urgence (part fixe + part variable)	Le rapport sur les MIGAC et la réponse du Gouvernement à la MECSS soulignent la faisabilité de cette mesure qu'il est envisagé de mettre en œuvre, au plus tard en 2008, sous la forme d'une part de financement fixe basée sur les charges de permanence des soins, et une part variable qui pourrait tenir compte du nombre de lignes de garde (médecin, infirmier, ambulancier, secrétaire) et du nombre de sorties.

C. Encadrer et contrôler l'utilisation des crédits d'aide à la contractualisation	
<p>15. Préciser la finalité et l'ampleur à donner à l'enveloppe d'aide à la contractualisation (AC)</p>	<p>Le Gouvernement souligne l'importance des enveloppes régionales d'aide à la contractualisation pour redonner des marges de manœuvre aux ARH et leur permettre l'accompagnement des établissements. Le rapport sur les MIGAC rappelle les termes de la circulaire budgétaire du 24 février 2006 qui précise que la dotation AC peut servir à atténuer les effets revenu liés à la montée en charge de la T2A et à intervenir dans le cas de situation d'urgence mettant en péril l'offre de soins mais n'a pas vocation à compenser de manière pérenne les baisses de revenu résultant des effets redistributifs du nouveau mode de financement.</p> <p>En 2006, l'enveloppe s'est élevée à 174 millions d'euros.</p>
<p>16. Préciser les conditions d'attribution des aides à la contractualisation, en particulier au titre de l'atténuation des effets « revenu »</p>	<p>Le Gouvernement indique que l'utilisation de l'enveloppe régionale d'AC est de la compétence des ARH, lesquelles agissent dans le cadre d'une enveloppe fermée qui impose d'établir des règles de gestion pour assurer un traitement équitable. Des travaux sont en cours pour préciser les règles d'analyse et de traitement des établissements structurellement déficitaires qu'il faut maintenir sur un territoire donné.</p> <p>La circulaire budgétaire pour 2007 n'a pas encore été publiée.</p>
<p>17. Fournir au Parlement un rapport annuel sur l'utilisation de l'enveloppe d'aide à la contractualisation ou l'insérer dans l'annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS)</p>	<p>Le rapport 2007 sur les MIGAC devrait fournir des précisions sur l'utilisation des crédits de l'enveloppe d'aide à la contractualisation en 2006.</p>

<p>LA PART TARIFÉE À L'ACTIVITÉ 28,4 milliards d'euros en 2006 et baisse des tarifs de 1 %</p>	
<p>A. Principes</p>	
<p>18. Assurer autant que possible le financement des activités de soins par les tarifs</p>	<p>C'est la volonté du Gouvernement. Chaque fois que cela sera possible les mesures nouvelles seront intégrées de manière prioritaire dans les tarifs plutôt que dans les dotations.</p>
<p>19. Faire la transparence sur la définition et l'évolution des tarifs</p>	<p>Le Gouvernement indique que les propositions faites par les acteurs hospitaliers lors de la conférence tarifaire du 20 juillet 2006 ont été prises en compte dans l'évolution des tarifs au 1er septembre et dans la préparation de la campagne 2007.</p> <p>L'ensemble des évolutions tarifaires 2006 ont été présentées et décrites aux acteurs hospitaliers ; il en sera de même en 2007.</p>
<p>20. Actualiser la classification des séjours</p>	<p>Les travaux de préparation de la prochaine version (V11) de la classification sont en cours. Ils visent à une segmentation en degré de sévérité des GHM, en sorte de mieux prendre en compte les malades plus lourds et plus exigeants en ressources.</p> <p>La CNAMTS souhaite la stabilisation de la classification des séjours.</p>
<p>21. Stabiliser le nombre de groupes homogènes de malades et de groupes homogènes de séjours (GHM/GHS) à environ un millier</p>	<p>Le ministère indique dans sa réponse à la MECSS que le nombre de GHM dépendra des analyses médico-économiques et qu'il est difficile de prédire le résultat final.</p>
<p>22. Étudier la possibilité de différencier les tarifs par catégories d'établissements (cf. art 162.22.10 du code de la sécurité sociale) en prenant en compte les missions et les spécialisations (disciplines, programmation, populations accueillies...)</p>	<p>L'avenir de cette proposition dépendra des résultats des études complémentaires en cours concernant notamment la classification des GHM, le périmètre des MIG et la convergence intersectorielle.</p>
<p>B. Dans le secteur public</p>	
<p>23. Fixer la fraction tarifée à l'activité dans le secteur public à 50 % en 2007</p>	<p>Un arrêté du 22 décembre 2006 fixe la fraction tarifée à l'activité à 50 %.</p>

<p>24. Confier au Parlement la fixation du taux de la fraction tarifée des facturations dans le secteur public</p>	<p>Le Gouvernement considère que la fixation de la fraction de tarif applicable doit tenir compte de la capacité des établissements perdants à se restructurer, et relève donc de la conduite de la réforme dont le Gouvernement est responsable.</p>
<p>25. Annoncer chaque année, au moment de l'examen du PLFSS, la programmation pluriannuelle actualisée de la montée en charge de la part tarifée à l'activité dans le secteur public</p>	<p>C'est un objectif partagé par le Gouvernement qui a d'ailleurs eu cette attitude pour les années 2006 et 2007.</p>
<p>26. Procéder à une évaluation à mi-parcours, fin 2007</p>	<p>Le ministère indique que l'évaluation de la montée en charge de la T2A est faite annuellement que et le Parlement en est informé dans le cadre du rapport qui lui est adressé. Il ajoute que l'année 2007 qui verra l'application de la part tarifée aux GHS à 50 % est sans doute une année charnière qui justifiera une objectivation des impacts et une anticipation des évolutions, compte tenu de l'adaptation des établissements et de leur capacité à répondre aux préconisations du SROS.</p>
<p>27. Interdire les transferts entre dotations dotation annuelle de financement (DAF), dotation annuelle complémentaire (DAC) et MIGAC</p>	<p>Le ministère indique que les transferts entre la dotation MIGAC, d'une part, et les DAC et DAF, d'autre part, relève du niveau ministériel, et souligne l'utilité de la fongibilité entre DAC et DAF pour faciliter les reconversions d'activité, essentiellement du champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) vers le champ soins de suite ou de réadaptation (SSR).</p>
<p>C. Les activités d'urgences</p>	
<p>28. Extraire des GHS la valorisation des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation et rémunérer par un ATU (forfait d'accueil et de traitement des urgences) chaque passage aux urgences suivi ou non d'une hospitalisation</p>	<p>Le ministère indique que la notion de programmation ou de non-programmation est difficile à établir dans un grand nombre de situations. De ce fait, une attitude systématique de financement des passages aux urgences par les ATU pourrait avoir pour effet de faire transiter par les urgences un grand nombre de malades qui sont aujourd'hui admis directement (<i>a fortiori</i> pour une admission en hospitalisation de jour).</p>
<p>29. Unifier le financement des services d'urgences autorisés dans les secteurs public et privé</p>	<p>L'unification est réalisée depuis 2006.</p>
<p>30. Supprimer le forfait de petit matériel (FFM)</p>	<p>Le ministère souhaite le maintien du FFM. Il estime que la suppression du FFM pourrait entraîner un report sur les services d'urgence autorisés.</p>

D. Les activités de courte durée	
<p>31. Préciser les règles et limites des activités de courte durée : publier l'« arrêté frontières » (précisant l'ouverture du droit aux tarifs de GHS ou forfaits)</p>	<p>Un arrêté du 5 mars 2006, dit « arrêté frontière », précise les trois conditions nécessaires pour qu'un établissement soit autorisé à facturer un GHS pour une prise en charge de moins d'une journée.</p> <p>Une circulaire du 31 août 2006 en précise les conditions d'application.</p>
E. Les dispositifs médicaux implantables et les médicaments onéreux (DMI-MO)	
<p>32. Intégrer autant que possible les médicaments et les DMI dans les tarifs</p>	<p>C'est l'objectif du Gouvernement. En 2006, a été établie une liste quasi identique pour le public et le privé. Les travaux se poursuivent concernant l'intégration dans les tarifs.</p>
<p>33. Définir des critères objectifs économiques (médicaments coûteux par exemple) et médicaux (référentiels de bonnes pratiques définis par la Haute Autorité de santé) pour l'inscription sur les listes de DMI-MO facturables en sus des tarifs de GHS</p>	<p>Des référentiels sont en cours d'élaboration par l'INCa, l'AFSSAPS et la HAS. Ils devraient être disponibles en 2007.</p>
<p>34. Unifier pour les deux secteurs les listes de DMI-MO facturables en sus</p>	<p>C'est chose faite à quelques détails près depuis 2006. Le ministère rappelle sa volonté de parvenir à des listes exactement semblables.</p>
<p>35. Contrôler l'évolution des dépenses de produits facturables en sus et évaluer les effets du dispositif de ristourne concernant les médicaments</p>	<p>Le ministère de la santé a mis en place un dispositif permettant d'assurer le suivi quantitatif et qualitatif de la consommation des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation.</p> <p>Le décret du 24 août 2005 vise à permettre de garantir le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux, en particulier ceux facturables en sus des prestations d'hospitalisation.</p> <p>S'agissant de l'évaluation des effets du dispositif de ristourne applicable aux médicaments, les conditions de sa mise en œuvre seront étudiées avec la CNAMTS.</p>

<p>36. Évaluer les contrats de bon usage des médicaments et utiliser les outils de la régulation (réduction du taux de remboursement en cas de non respect des engagements souscrits)</p>	<p>Le ministère indique que les outils de la régulation seront opérationnels en 2007 et que les ARH pourront donc procéder, cette année, à l'évaluation des contrats de bon usage.</p>
<p>F. L'extension de la T2A</p>	
<p>37. Accélérer les travaux préparatoires à l'extension de la T2A aux soins de suite et de réadaptation, à la psychiatrie et à la chirurgie ambulatoire</p>	<p>L'article 77 de la LFSS pour 2007 ouvre la possibilité d'expérimentations de la T2A pour les activités de psychiatrie et les SSR.</p> <p>Le Gouvernement a décidé de relancer, en 2007, les travaux sur l'extension de la T2A aux SSR avec pour objectif la mise en œuvre d'un premier modèle de financement en 2008 qui aura vocation à évoluer. De premières expérimentations doivent avoir lieu en 2007.</p> <p>Le travail sur la valorisation des activités de psychiatrie se poursuit en collaboration avec les acteurs de ce secteur ; la généralisation du recueil d'activité est prévue en 2007 (arrêté du 29 juin 2006).</p>
<p>G. Les Coefficients géographiques 600 millions d'euros en 2006</p>	
<p>38. Évaluer (recenser et valoriser) précisément les facteurs géographiques de surcoûts compensés par les coefficients géographiques</p>	<p>Le Gouvernement rappelle que c'est son objectif.</p>
<p>39. Réactualiser régulièrement les coefficients géographiques</p>	<p>Le Gouvernement considère que l'actualisation doit se faire régulièrement mais pas forcément être annuelle.</p>

LA VALORISATION DES ÉLÉMENTS DE FINANCEMENT	
A. Les mesures de portée générale	
40. Adapter régulièrement la valorisation des tarifs en fonction de l'activité de soins et des techniques en veillant à prendre en compte les innovations	Le ministère indique que l'utilisation de l'ENC (publique aujourd'hui et commune demain) comme référence de coûts permet de prendre en compte ces évolutions. En cas d'évaluation favorable par la HAS d'une évolution technologique, celle-ci peut être intégrée dans les tarifs.
41. Faire la transparence sur les méthodes et calculs de valorisation des vecteurs de financement	Le ministère reconnaît que des progrès peuvent encore être faits et indique qu'il souhaite mettre à la disposition des acteurs le maximum de données de base via le site internet de l'ATIH.
42. Mettre en place dans les deux secteurs un échantillon statistiquement représentatif d'établissements et définir des normes d'analyse comptable permettant le calcul fiable des coûts complets par vecteur tarifaire	Le Gouvernement partage cet objectif.
B. Le partage financier assurance maladie/assuré	
43. Réformer le dispositif de participation de l'assuré pour l'adapter à la T2A (réduction d'assiette résultant du nouveau découpage des vecteurs de financement) : redéfinir les modes de calcul du ticket modérateur et du forfait hospitalier journalier	L'année 2007 sera consacrée au recueil des données de bases qui permettra d'élaborer des scénarii de réforme de la participation de l'assuré à l'hôpital.
44. Dans l'attente de cette réforme et de la facturation individuelle dans le secteur public, appliquer aux dépenses encadrées des taux de conversion (utilisés pour le passage des dépenses encadrées aux dépenses d'assurance maladie) actualisés, différenciés et transparents selon les vecteurs de financement T2A (MIGAC, DMI, tarifs, forfaits annuels) pour calculer les remboursements dus par l'assurance maladie aux établissements	Depuis 2007, le recours aux taux de conversion dans la valorisation de l'activité est supprimé. Deux circulaires des 19 juin et 15 décembre 2006 précisent les conditions d'application de cette mesure.

C. Les mesures concernant les établissements antérieurement financés par prix de journée et forfaits	
45. Mettre en place un outil fiable de calcul des tarifs à partir des coûts dans le secteur privé (exploitation de la comptabilité analytique sur un échantillon représentatif d'établissements privés afin de disposer d'une décomposition des charges imputées par GHS)	Les résultats de l'étude des coûts de production dans le secteur privé seront disponibles dans l'année 2007.
46. Mettre en place une échelle de coûts des GHM dans le secteur privé	L'exploitation de l'ENC devrait donner des indications sur la pertinence de l'échelle actuelle basée sur les tarifs historiques.
47. Intégrer les honoraires des praticiens et auxiliaires libéraux dans les tarifs	Le Gouvernement souligne la complexité du processus au plan politique et indique que ce sujet est examiné dans le cadre des travaux sur la convergence.
48. Supprimer le « coefficient de haute technicité » pour soins particulièrement coûteux en chirurgie et redéployer les moyens correspondants entre les tarifs	L'article 69 de la LFSS pour 2007 prévoit la suppression progressive du coefficient de haute technicité d'ici 2012.
D. Les mesures concernant les établissements anciennement financés par la dotation globale	
49. Valoriser les MIGAC au coût réel	C'est un objectif du programme de travail de la DHOS et de la MT2A. Des travaux ont été engagés afin d'établir des référentiels de valorisation des MERRI et des MIG.
LA CONVERGENCE	
A. Principes	
50. Éviter que la convergence se traduise in fine par un surcoût global	Le Gouvernement indique partager ce souci et n'avoir jamais intégré dans ses demandes de progression d'ONDAM de demande spécifique à la convergence.
51. Définir précisément les conditions d'octroi des mesures d'accompagnement qui doivent être exceptionnelles, ponctuelles,	Le Gouvernement considère que les composantes de la partie AC des MIGAC doivent avoir des contours nécessairement souples afin de s'adapter au contexte local. Les aides visent

justifiées et contrôlées notamment par la présentation d'un rapport annuel au Parlement	notamment : - le développement de l'activité (aide au démarrage) ; - le soutien à une activité déficitaire indispensable au maintien de l'offre de soin dans un territoire donné ; - l'amélioration de l'offre existante ; - le soutien aux établissements déficitaires dans le contexte d'un plan de retour à l'équilibre ou d'une restructuration en cours ; - l'aide à l'investissement.
52. Veiller à l'emploi rationnel du surcroît de moyens par les établissements « gagnants » en prévoyant un compte rendu annuel des établissements aux ARH	Le Gouvernement indique que c'est le rôle des ARH que de s'assurer de la bonne utilisation d'éventuels surplus, notamment à l'occasion de la négociation des CPOM et de l'approbation des EPRD.
53. Étudier la possibilité de mettre en place des dispositifs de mutualisation partielle ou de plafonnement des gains	Le Gouvernement souligne le risque d'annulation de l'intérêt à agir. Il indique toutefois que dans une perspective d'évolution au-delà de 50 % des taux de prise en charge au titre des tarifs, la question de l'écrêtement des gains devra se poser, et le niveau de régulation éventuel entre la région ou le niveau national devra être optimisé.
B. La convergence intrasectorielle	
▪ Dans le secteur public	
54. Poursuivre la convergence selon l'échéancier prévu	La convergence intrasectorielle est réalisée dans le secteur public par l'augmentation progressive de la fraction de tarifs ; la fixation du taux de 50 % pour 2007 permet d'ores et déjà d'atteindre l'objectif intermédiaire de 2008, fixé par le législateur.
55. Accompagner les établissements les plus perdants : prévoir la possibilité pour les ARH d'attribuer des aides exceptionnelles, justifiées et contrôlées	Les ARH peuvent conclure avec les établissements des contrats de retour à l'équilibre prévoyant des évolutions concertées d'économies, d'amélioration des organisations voire de restructuration.

par contractualisation selon des conditions précisément définies	
56. Présenter un rapport au Parlement ou insérer un compte rendu dans l'annexe 7 du PLFSS sur l'emploi de ces aides	Le rapport a été transmis au Parlement le 20 octobre 2006.
57. Faire converger vers les tarifs des plus performants	Le ministère indique que l'ENC conduit à une échelle de coûts T2A et que compte tenu du mode de constitution de l'échantillon elle ne peut fonder une référence absolue. Il estime qu'il n'est donc pas possible de déterminer un tarif le plus performant par GHS.
▪ Dans le secteur privé	
58. Poursuivre la convergence selon l'échéancier prévu	Le Gouvernement indique que l'échéancier prévu est respecté.
59. Faire converger vers les tarifs des plus performants	Voir la réponse au point 57.
60. Mettre en place une échelle de coûts qui soit la référence pour la convergence	Les études de coûts concernant le secteur privé devraient servir de référence pour faire évoluer progressivement l'échelle des tarifs des établissements prévus.
61. Éviter que le coefficient de haute technicité neutralise la redistribution	Voir la réponse au point 48.
C. La convergence intersectorielle	
▪ Préciser le scénario	
62. Confier au Parlement la définition précise du scénario de la convergence intersectorielle	Le Gouvernement estime qu'il lui appartient, dans le cadre fixé par la loi, de déterminer les voies et moyens pour parvenir à cette convergence.

<p>63. La convergence doit :</p> <p>a) s'effectuer vers une échelle unique de tarifs ;</p> <p>b) s'opérer vers les tarifs des établissements les plus performants ;</p> <p>c) s'appliquer à des tarifs homogènes, après élimination des facteurs exogènes et des disparités tenant à la nature des prestations délivrées par chacun des secteurs</p>	<p>Le Gouvernement indique que le modèle final de convergence pourra être défini précisément quand les travaux de mesure des écarts de coûts et de qualification de ces écarts auront été menés à bien.</p>
<p>64. Le législateur devrait être appelé à préciser le moyen de compenser les « écarts de coûts justifiés » : surtarifs, tarifs différenciés, convergence partielle ou dotations</p>	<p>Voir la réponse au point 62.</p>
<p>▪ Les modalités de réalisation</p>	
<p>65. Reprendre la convergence en 2008 et, si possible, de manière mesurée, dès 2007, après neutralisation des écarts de coûts de personnel</p>	<p>La convergence a été suspendue en 2006, dans l'attente des conclusions des études des écarts de coûts qui ont été engagées.</p>
<p>66. Mener rapidement les études nécessaires au cadrage de la convergence, en particulier pour mesurer l'ampleur des écarts de coûts « justifiés » et l'écart de coût résiduel entre les secteurs</p>	<p>Un programme d'études est prévu à cet effet. Les thèmes ont été retenus en concertation avec les fédérations représentatives des établissements.</p>
<p>67. Doter les instances chargées de mener ces travaux des moyens nécessaires</p>	<p>Aucun renforcement des moyens de l'administration centrale n'a pu être obtenu.</p>
<p>68. Mener des études sur les modalités de financement des « écarts de coûts justifiés »</p>	<p>Le Gouvernement indique que les modalités de financement des écarts de coûts seront définies lorsque les études auront été menées à bien.</p>
<p>69. Confier à l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) la définition et le contrôle de la qualité des méthodologies utilisées pour réaliser les études, en particulier concernant l'élaboration de l'échelle commune des coûts</p>	<p>L'ATIH a préparé la méthodologie commune de l'étude de coûts et assure la maîtrise d'œuvre de certains aspects de l'ENC commune (méthodologie, constitution de l'échantillon, collecte et exploitation des données).</p>

<p>70. Mener rapidement des études d'impact de la convergence sur les établissements et communiquer les résultats au Parlement</p>	<p>Cela sera fait en conclusion des travaux sur l'ENC commune et des études complémentaires.</p>
<p>71. Harmoniser les règles de financement des deux secteurs</p>	<p>La convergence et la mise en œuvre des SROS III permettront de tendre vers cet objectif.</p>
<p>72. Intégrer les honoraires médicaux dans les tarifs du secteur privé</p>	<p>Voir la réponse au point 47.</p>
<p>73. Intégrer dans les tarifs les prestations actuellement externalisées (actes pratiqués en amont ou en aval de l'hôpital : biologie et radiologie par exemple), les remboursements de prestations versées à l'établissement par les régimes obligatoires, les remboursements de l'ensemble des honoraires sans dépassement et la participation de l'assurance maladie aux cotisations des praticiens</p>	<p>Une étude, en complément de l'étude nationale de coûts, est prévue avec le concours de la CNAMTS afin de déterminer s'il peut être observé une fréquence différente entre les deux secteurs des actes, non formellement rattachés au séjour, réalisés en amont et en aval du séjour du patient.</p> <p>La participation de l'assurance maladie aux cotisations des praticiens devrait être également prise en compte dans l'appréciation des écarts de coûts.</p> <p>La CNAMTS soutient cette proposition.</p>
<p>74. Harmoniser les méthodes de valorisation des tarifs dans les deux secteurs</p>	<p>Le Gouvernement indique que l'harmonisation sera réalisée lorsque les études de coûts auront été finalisées.</p>
<p>75. Harmoniser les listes de DMI-MO facturables en sus dans les deux secteurs</p>	<p>L'harmonisation est réalisée pour les MO et en voie d'être achevée pour les DMI.</p>
<p>76. Intégrer dans les tarifs du secteur privé les suppléments tarifaires de SPC (coefficients de haute technicité pour les soins particulièrement coûteux en chirurgie)</p>	<p>Voir la réponse au point 48.</p>
<p>77. Faire la transparence sur l'articulation entre les études de coûts constatés et la fixation des tarifs</p>	<p>Il est envisagé de publier les échelles de coûts en plus de l'ENC sur le site de l'ATIH.</p> <p>La CNAMTS demande à être associée aux études de coûts.</p>

78. Assurer la représentativité des échantillons d'établissements utilisés pour établir les échelles de coûts	Avec la mise en place de l'ENC commune, l'objectif est un accroissement progressif de la taille de l'échantillon afin de disposer de la meilleure représentation de la diversité du secteur.
79. Mettre en place une échelle commune des coûts	L'ensemble des travaux de mesure des écarts de coûts et des facteurs explicatifs doit être réalisé en 2007.
80. Comblent l'important déficit de connaissance des coûts hospitaliers en définissant un programme de recherches et d'études sur les données de l'activité hospitalière des deux secteurs à réaliser dans un calendrier précis	L'étude de coûts à méthodologie commune et les études complémentaires doivent contribuer à améliorer la connaissance des coûts hospitaliers.
81. Conduire sans tarder une étude sur l'incidence des conditions d'emploi sur les coûts	<p>L'incidence des conditions d'emplois sur les coûts constitue un des thèmes essentiels des études complémentaires.</p> <p>Une étude est en cours concernant la situation des établissements privés participant au service public (PSPH).</p>
82. Définir des indicateurs homogènes et fiables de réalisation et de suivi de la convergence	Ceux-ci seront définis lorsque le calendrier prévisionnel et les modalités de la convergence seront fixés.
LES MOYENS HUMAINS DE CONCEPTION ET DE PILOTAGE DE LA RÉFORME	
Principes	
83. Clarifier la répartition des compétences entre les acteurs et les adapter à la nouvelle phase de gestion du dispositif de tarification à l'activité	<p>Voir les réponses aux points 85 à 91.</p> <p>La CNAMTS considère que, compte tenu de la place que lui reconnaît la loi du août 2004, dans le respect de l'ONDAM, elle devrait faire partie des acteurs de pilotage de la réforme.</p>
84. Respecter les objectifs, renforcer les moyens et éviter les retards	Le gouvernement indique que l'atteinte de certains objectifs nécessite la réalisation de travaux techniques importants. C'est le sens du contrat en cours de signature avec l'ATIH.

La MT2A	
85. Intégrer la Mission à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)	La MT2A a été maintenue. Le Gouvernement indique qu'elle doit conserver « <i>son rôle de pilote</i> ».
La DHOS	
86. La DHOS doit être clairement désignée comme pilote de la réforme de la T2A	Le Gouvernement indique que la DHOS est responsable « <i>du pilotage</i> ».
L'ATIH	
87. Préciser les missions de l'ATIH : production de données et expertise	C'est bien la mission que lui assigne le Gouvernement.
88. Affirmer l'autonomie de l'ATIH	L'ATIH a une vocation technique.
89. Élaborer rapidement le contrat d'objectifs et de moyens prévu entre l'ATIH et la tutelle	Un contrat d'objectifs et de moyens est en cours d'élaboration.
90. Renforcer les moyens de l'ATIH	Le COM prévoit un doublement des moyens de l'ATIH d'ici 2009. Elle bénéficiera de 12 ETP en plus en 2007 grâce à une augmentation de ses moyens de financement.
91. Veiller à maintenir le caractère technique de l'ATIH	
LA DSS	
92. Impliquer davantage la direction de la sécurité sociale (DSS) dans le processus de décision	Le Gouvernement indique que la DSS est constamment et étroitement impliquée dans les processus de décision.

La DRESS	
93. Mobiliser davantage la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) sur des travaux de moyen terme	La DHOS et la DREES ont coordonné leurs programmes d'études 2007 dans le cadre notamment des travaux sur la convergence et du comité d'évaluation de la T2A. La DREES a par ailleurs participé à l'élaboration du COM de l'ATIH.
94. Mieux coordonner les activités de recherche sur la base de données du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) de la DRESS et de l'ATIH	Voir réponse au point précédent.
95. Demander à la DRESS de réaliser des études sur la typologie des établissements	Pas de réponse précise.
96. Mettre en place au sein de la DRESS un observatoire des pratiques étrangères de tarification à l'activité	Un observatoire devrait être mis en place.
Les comités et la concertation	
97. Éviter l'empiètement des comités techniques sur la sphère décisionnelle	Le Gouvernement reconnaît que c'est un écueil qu'il faut éviter.
98. Éviter les retards et les dévoiements dans la mise en œuvre de la réforme	Le Gouvernement partage cette préoccupation mais souhaite prendre le temps nécessaire à la concertation.
99. Confier la présidence des groupes de travail et des instances de concertation à des personnalités indépendantes des organisations professionnelles	Le Gouvernement indique qu'il est vigilant concernant l'indépendance de la présidence des groupes de travail.

Les systèmes d'information et le suivi financier	
Les systèmes d'information	
100. Développer des systèmes d'information médico-économique performants et fiables	<p>Le Gouvernement rappelle que c'est une des missions centrales de l'ATIH reprise dans son contrat d'objectif et de moyens. Par ailleurs l'article 73 de la LFSS pour 2007 crée un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.</p> <p>Le plan hôpital 2007 a permis de financer 423 opérations concernant les systèmes d'information pour un montant total de 290 millions d'euros.</p>
101. Accélérer la préparation de la généralisation de la télétransmission des données en 2007	C'est toujours l'objectif du Gouvernement.
102. Mobiliser les crédits du plan Hôpital 2012 pour renforcer les moyens humains, matériels et logiciels mobilisés par les systèmes d'information	Une des trois priorités du plan Hôpital 2012 est la mise à niveau du système d'information hospitalier (SIH). A cette fin, le Gouvernement a annoncé l'objectif du doublement de la part des dépenses affectées aux systèmes d'information ; celle-ci devrait, en moyenne, passer de 1,7 % à 3 % des charges des établissements. Cet effort de mise à niveau du SIH s'inscrit dans le plan stratégique, plus global, du système d'information de santé dont les orientations doivent être proposées par la mission d'informatisation du système de santé (MISS). Le taux d'aide ainsi que la répartition de l'enveloppe régionale unique entre les différentes formes d'aide seront à la libre appréciation des ARH.
103. Organiser des actions de formation des personnels au codage et à l'utilisation des systèmes d'information	Le Gouvernement rappelle l'effort massif développé au moment de la mise en place du PMSI et souligne la nécessité d'assurer la formation continue liée à la mobilité des personnels.
104. Instaurer une obligation de tenue de comptabilité analytique médicalisée, de tableaux de bord et d'indicateurs de suivi	L'action de la MEAH vise à favoriser la mise en œuvre de l'obligation de tenue de comptabilité analytique qui est prévue par l'article L. 6145-7 du code de la santé publique et le contrôle de gestion.
Le suivi financier	
105. Interdire la correction rétroactive des codages	L'interdiction existante de modifier des informations déjà transmises n'a pas toujours été bien

	appliquée par les établissements. Des tests effectués sur l'envoi des données permettent d'alerter sur les modifications effectuées. Des améliorations aux dispositifs existants devraient être prochainement proposées.
106. Mettre en place la facturation individuelle dans le secteur public	Des travaux ont été engagés sur ce point. La convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la CNAMTS pour la période 2006-2009 prévoit la généralisation des flux de facturation individuelle pour les soins externes, en 2008, et pour les séjours, à partir de 2009.
107. Encadrer les procédures de transmission des données d'activité et réduire les délais de transmission de celles-ci	Dans le courant de l'année 2007, la transmission des données devrait s'effectuer mensuellement et non plus trimestriellement.
108. Fiabiliser la mesure de la dépense et de son évolution	L'article 73 I de la LFSS pour 2007 prévoit la création d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, chargé du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Cet observatoire devra remettre au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution de ces dépenses et sera consulté préalablement à la mise en œuvre de la procédure de régulation prix-volume.
109. Demander aux ARH de veiller à la bonne application de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) et prévenir les déséquilibres financiers durables	Le Gouvernement rappelle que les ARH disposent des pouvoirs leur permettant de faire respecter les principes de bonne gestion budgétaire.
LE CONTRÔLE ET L'ÉVALUATION	
Le contrôle	
110. Accélérer la mise en place du contrôle interne de qualité du codage en temps réel	Les établissements peuvent utiliser DATIM développé sur la plateforme e-pmsi pour tester et valider leurs données avant l'envoi à l'ARH. Ils peuvent aussi intégrer dans leur système d'information un produit équivalent (DALIA), plus souple.
111. Instaurer une obligation de contrôle interne du codage selon des normes à fixer	Le Gouvernement rappelle l'intérêt des établissements au bon codage afin d'éviter les conséquences financières du contrôle (indus ou sanctions).
112. Généraliser les contrôles externes et, en particulier, développer les contrôles sur place	Des contrôles avec sanctions seront développés en 2007.

113. Demander aux ARH de tenir un tableau de bord et des indicateurs permettant d'assurer le suivi des contrôles effectués par l'assurance maladie.	Le Gouvernement indique qu'il appartient aux ARH de mettre en place les outils de suivi appropriés.
114. Étudier la possibilité de transférer des ARH à l'assurance maladie la pleine responsabilité du contrôle externe des facturations	Le Gouvernement exclut cette possibilité.
L'évaluation	
115. Mesurer l'évolution de la productivité des établissements à partir d'indicateurs (des points ISA affinés rapportant les moyens alloués à la production) pour apprécier les effets de redistribution et de réduction des inégalités	Les établissements anciennement sous dotation globale peuvent utiliser trois indicateurs de productivité disponibles sur le site de l'ATIH pour mesurer leur productivité (indicateur avec la T2A partielle ou totale sur les activités de MCO et indicateur avec la totalité des activités financée en T2A).
116. Évaluer le rapport coût/efficacité des MIG-MERRI	C'est un des objectifs des travaux en cours.
117. Définir des indicateurs ciblés de performance et de qualité	La Gouvernement rappelle les thèmes de travail du comité d'évaluation de la T2A mais ne fournit pas de réponse précise sur ce point.
118. Assurer une meilleure coordination des moyens de l'évaluation	Le comité d'évaluation assure la coordination de l'évaluation sur ses grands axes, la coordination technique étant assurée par la DREES.
119. Préciser sans tarder la programmation et l'échéancier des travaux d'évaluation	Le Gouvernement rappelle que les premières études et appels d'offres ont été lancés en 2006. Le comité d'évaluation a programmé une série de travaux échelonnés sur plusieurs années portant sur cinq thèmes : le suivi de la situation économique et financière des établissements, les indicateurs de productivité, la qualité et l'accessibilité aux soins, l'organisation et le management et les liens entre T2A et planification ;
120. Veiller à ce que la participation des professionnels ne freine pas l'évaluation	Voir point 99.

La qualité des soins	
121. Confier à la Haute Autorité de santé la définition des indicateurs de qualité des soins	Le Gouvernement indique que la Haute Autorité de santé est associée au comité de pilotage du déploiement et de la généralisation des indicateurs de qualité et peut, le cas échéant, être également associée à la mise en œuvre et au suivi.
122. Instaurer une obligation de suivi de la qualité des soins au niveau national et dans les établissements	Le Gouvernement souligne l'intérêt de la mise en place de tableau de bord de la qualité des soins et rappelle l'existence du tableau de bord des infections nosocomiales et de l'obligation faite aux médecins d'évaluer leurs pratiques professionnelles. Il évoque l'extension de cette obligation à l'ensemble des professionnels de santé.
123. Veiller à la prise en compte de la prévention dans les tarifs	Le Gouvernement indique que la prévention fait partie intégrante des soins et donc des tarifs.
Le pilotage régional	
124. Veiller à la bonne articulation des objectifs quantifiés fixés par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) avec la T2A	Le Gouvernement rappelle les pouvoirs des ARH, la création d'une enveloppe d'accompagnement à la contractualisation et les dispositions relatives au contrôle et aux sanctions. Le décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 fixe les modalités des sanctions applicables en cas de non-respect des objectifs quantifiés.
125. Développer les expérimentations d'agences régionales de santé	Le Gouvernement indique que, sur la base du bilan qui sera tiré du fonctionnement des missions régionales de santé, un dispositif expérimental d'agence régionale de santé sera défini par décret, après concertation avec l'UNCAM.

IV.– TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le rapport d'information sur les suites données aux observations communiquées par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) au gouvernement et aux organismes de sécurité sociale, présenté par **Mme Paulette Guinchard, rapporteure**.

Un débat a suivi l'exposé de la rapporteure.

M. Georges Colombier, président a remercié Mme Paulette Guinchard, coprésidente de la MECSS pour ce rapport réalisé en commun avec M. Pierre Morange, co-président de la MECSS, et plus généralement pour tout le travail qu'elle a accompli avec compétence et passion, en particulier en faveur des personnes âgées, dans le cadre de ses fonctions ministérielles puis tout au long de la présente législature.

Mme Martine Carrillon-Couvreur a indiqué partager les observations de la rapporteure, particulièrement sur la nécessité de travailler en relation plus étroite avec les territoires dont le rôle devient de plus en plus déterminant. La collaboration de l'IGAS, très utile, devra se poursuivre. Le travail accompli par Mme Guinchard en faveur des personnes âgées et, au-delà, dans le domaine de l'action sociale doit être salué, ainsi que la qualité de sa réflexion qui aura indéniablement contribué à faire évoluer l'approche des uns et des autres. Il est souhaitable que le travail engagé dans le cadre de la MECSS continue au cours de la prochaine législature en suivant des pistes déjà largement ouvertes.

La rapporteure a assuré n'avoir fait que son travail de parlementaire en mettant sa passion au service de questions de société beaucoup plus importantes qu'on ne le croit. L'allongement de la vie impactera de plus en plus lourdement tant l'organisation sociale que la sécurité sociale, la vie des familles ou l'évolution des métiers. Il aura fallu un siècle pour construire – sans en avoir terminé – une politique de la petite enfance ; l'allongement de la vie est très probablement appelé à devenir la question la plus importante sur laquelle aura à travailler la commission des affaires sociales. Il faut enfin saluer le grand investissement de M. Pierre Morange dans la mise en place de la MECSS dont M. Jean-Marie Le Guen a également été coprésident lors de sa mise en place. La MECSS est devenue un outil essentiel de contrôle et d'amélioration du travail parlementaire. Tout porte à croire que c'est dans le domaine du contrôle que le Parlement gagnera de nouveaux galons, lorsque toutes les structures auront compris que son rôle n'est pas seulement de voter les lois, mais également de veiller à leur application et au fonctionnement global de l'État au sens large, collectivités territoriales comprises. On pourra alors parler d'un véritable progrès pour la démocratie.

La commission a décidé, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

V. – ANNEXES

ANNEXES 1 : Courriers de réponses au rapport sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale

*Rapport présenté par M. Jean-Pierre Door,
rendu public le 16 novembre 2005*

Destinataires institutionnels du rapport	Date de la réponse
M. Thierry Breton, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie	22 décembre 2005
M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités et M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille	3 février 2006
M. Pierre Burban, Président du conseil d'administration, et M. Jean-Luc Tavernier, directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	25 janvier 2006
M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	15 février 2006
Mme Danièle Karniewicz, présidente du conseil d'administration, et M. Patrick Hermange, directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)	7 février 2006
Mme Nicole Prud'homme, présidente du conseil d'administration, et M. Philippe Georges, directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)	26 janvier 2006
M. Pierre Burban, Président du conseil d'orientation, et M. Philippe Renard, directeur de l'Union nationale des caisses de sécurité sociale (UNCANSS)	17 janvier 2006



LE MINISTRE DE L'ECONOMIE,
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

Paris, le 22 DEC 2005

Nos réf. : E/2005/92829/CRB/DGF/R

Monsieur le Président,

Vous avez eu l'amabilité de m'adresser le premier rapport présenté par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale consacré aux coûts de gestion et d'organisation des branches de la Sécurité sociale, et plus particulièrement des branches du régime général.

C'est avec attention que j'ai pris connaissance à la fois de votre constat, qui rejoint celui des magistrats de la Cour des comptes, mais aussi de vos analyses et de vos propositions.

Les conclusions de ce rapport seront, sans nul doute, utiles dans la recherche de solutions permettant d'améliorer l'organisation et aussi la gestion de la Sécurité sociale qui doit parvenir à un rétablissement à l'équilibre de ses finances.

Comme vous le savez, la réduction des déficits publics, de l'État et de la Sécurité sociale, sont avec l'emploi les priorités du Gouvernement.

Votre travail va donc permettre, ainsi que l'audit des diverses administrations actuellement mené, de nourrir la réflexion du Gouvernement, et de la Conférence générale des finances publiques qui se réunira en janvier 2006, dans la perspective de déterminer des mesures à mettre en œuvre pour engager la réduction des déficits.

Aussi, permettez-moi de saluer l'importance des travaux réalisés par la mission.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Thierry BRETON

Monsieur Pierre MORANGE
Député des Yvelines
Vice-Président de la Commission
des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales
Président de la Mission d'Evaluation et de Contrôle
des Lois de Financement de la Sécurité Sociale
Assemblée nationale
75355 Paris 07 SP

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE



*Le Ministre délégué à la Sécurité
sociale, aux Personnes âgées, aux
Personnes handicapées et à la Famille*

Le Ministre de la Santé et des Solidarités 

Paris, le

03 FEV. 2006

CAB. HD/CG D n° 1486

Monsieur le Président,

Vous nous avez transmis le rapport établi par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale à l'issue des travaux menés au cours de l'année 2005. En application des dispositions de l'article LO 111-9-3 du code de la sécurité sociale, nous avons l'honneur de vous faire connaître les réponses qu'appellent de notre part les observations qui ont été formulées dans ce rapport.

Nous partageons les constats de la Mission sur le fonctionnement des organismes de sécurité sociale et les objectifs qu'elle fixe pour améliorer encore leur efficacité.

Les conventions d'objectifs et de gestion, qui ont d'ores et déjà inscrit avec succès le service public de la sécurité sociale dans une dynamique d'amélioration de la qualité de service, intègrent d'ailleurs de façon croissante les préoccupations de renforcement de l'efficacité des organismes de l'ensemble des régimes et des branches.

1/ Dans ce cadre, nombre de propositions formulées par la Mission, dont certaines ont déjà commencé à être appliquées, nous paraissent effectivement devoir être reprises et mises en œuvre. Il s'agit notamment des propositions visant à améliorer l'efficacité de la gestion et du pilotage, à développer l'administration électronique et à améliorer les systèmes d'information ainsi qu'à renforcer la gestion des ressources humaines.

L'amélioration de l'efficacité (propositions n° 1, 2, 3 et 4)

En ce qui concerne l'amélioration de l'efficacité, nous partageons les propositions relatives à la généralisation de la comptabilité analytique, à l'amélioration de la gestion des achats, au partage des fonctions support entre les organismes et à l'élaboration des budgets pluriannuels.

Monsieur Pierre MORANGE
Président de la Commission des Affaires culturelles,
Familiales et Sociales
ASSEMBLEE NATIONALE
126 rue de l'Université
75355 PARIS 07 SP

Le développement de l'administration électronique, le renforcement du pilotage et l'amélioration de la performance des systèmes d'information (propositions n° 9, 10, 12, 14 et 16)

Les propositions relatives au développement de l'administration électronique, au renforcement du pilotage et à l'amélioration de la performance des systèmes d'information recueillent aussi notre assentiment.

Le développement des télé-procédures devrait permettre, comme le souligne la Mission, non seulement d'améliorer le service rendu aux usagers mais également de faire apparaître des gains de productivité. Les organismes sociaux, déjà très impliqués dans le plan « Adèle » de développement de l'administration électronique, doivent continuer à s'investir dans la mise en place de télé-procédures innovantes, qui seront facilitées par l'ordonnance « télé-services » du 8 décembre 2005. Cette orientation implique de revoir le contenu des pièces justificatives tout en veillant à permettre un contrôle adapté des droits.

S'agissant des aspects spécifiques à la branche maladie, nous partageons entièrement l'approche de la Mission. La dématérialisation des documents nécessaires à la prise en charge ou au remboursement des soins constitue une source importante de progrès. A ce titre, la télétransmission des feuilles de soins électroniques devra être généralisée à l'ensemble des soins facturés aussi bien en ville qu'à l'hôpital, tout en garantissant des délais rapides de remboursement.

Cependant, faire respecter cette obligation par la voie de la contrainte paraît à ce stade inapproprié, et pourrait s'avérer contre-productif en freinant l'achèvement de la montée en charge du processus. C'est pourquoi la voie conventionnelle nous paraît actuellement devoir être privilégiée pour assurer le respect de cette obligation, notamment pour les nouveaux professionnels de santé qui s'installent.

Par ailleurs, nous souscrivons à la préconisation de la Mission selon laquelle l'interopérabilité des systèmes d'informations dans la branche maladie doit impérativement être assurée entre le système administratif et le contrôle médical, afin de passer d'une gestion de liquidation administrative à une authentique gestion du risque et à une liquidation médicalisée. La liquidation médicalisée, telle qu'elle a été définie par la loi du 13 août 2004, constitue en effet, dans le respect du secret médical, l'un des axes forts d'amélioration du système d'information de la CNAMTS.

L'interopérabilité au sein de la branche maladie sera de surcroît renforcée afin de simplifier les démarches des usagers, notamment en cas de mutation. Ces dispositions feront l'objet d'engagements dans la COG en cours de négociation entre la CNAMTS et l'Etat.

S'agissant du rapprochement des systèmes d'information des différentes branches, des études techniques ont été menées en 2005 par la direction de la sécurité sociale, en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse et l'Agence de développement de l'administration électronique, afin d'assurer l'interopérabilité technique des systèmes d'informations, ce qui devrait permettre de simplifier les procédures d'accès pour les usagers tout en garantissant une sécurité importante. Elles seront poursuivies en 2006 et des expérimentations seront conduites notamment pour éviter la duplication d'informations en favorisant l'émergence de référentiels utilisés de façon simple par l'ensemble des acteurs concernés.

De plus, la mise en place d'un fichier commun aux branches pour l'ensemble des assurés fera l'objet dès le premier semestre 2006 d'une étude qui examinera son opportunité, sa faisabilité et le retour sur investissement que l'on peut en attendre.

Enfin, pour améliorer le service rendu aux assurés, un groupe de travail sera prochainement mis en place afin d'étudier et de réaliser des tests sur l'installation de bornes interactives communes aux différentes branches.

La Mission préconise également d'accroître le suivi par les tutelles des plans d'investissement informatique. La direction de la sécurité sociale, en concertation avec les caisses, a entrepris des travaux pour améliorer la mesure et le suivi de la performance informatique des organismes. Ainsi, un rapport d'analyse des coûts des organismes pour les années 2003/ 2004 vient d'être diffusé. Le plan de travail 2006 prévoit de développer des travaux visant notamment à expérimenter un suivi particulier des grands projets.

Enfin, la Mission, dans la perspective de mise en place d'un pilotage stratégique adapté, propose de ventiler les budgets informatiques en tranches optionnelles recouvrant un programme précis. Nous étudierons cette proposition de manière à concilier les exigences d'une budgétisation plus fine avec le dispositif d'allocation pluriannuelle de moyens globaux inscrits dans les COG.

Le renforcement de la gestion des ressources humaines (propositions 5 et 8)

Les recommandations tendant au renforcement de la gestion des ressources humaines rejoignent elles aussi pleinement nos préoccupations.

La mise en œuvre d'une politique des ressources humaines ambitieuse est en effet essentielle pour améliorer le fonctionnement de la sécurité sociale.

Nous souhaitons à cet égard mettre en place une convention d'objectifs entre l'Etat et l'Ucanss, dont l'un des axes principaux devra être le renforcement des outils favorisant la mobilité.

Par ailleurs, nous avons agréé récemment le nouvel accord de classification des agents de direction du 22 juillet 2005 dont certaines dispositions ont précisément pour but de favoriser la mobilité géographique.

L'accroissement de la performance et de l'efficacité des caisses nécessite de surcroît de faire évoluer les métiers, impératif auquel sont consacrés des développements spécifiques dans les conventions d'objectifs et de gestion récemment signées. L'accord sur la formation professionnelle conclu pour l'ensemble du régime général le 22 juin 2005 et que nous avons récemment agréé, va également dans ce sens en prévoyant des formations qui tiennent compte de l'évolution des emplois liée, par exemple, au développement de l'informatisation et des nouvelles technologies.

Enfin, nous sommes également favorables à ce que chaque branche puisse conduire une réflexion sur les conditions de nomination des directeurs des caisses de base, en s'inspirant notamment des dispositions instaurées par la loi du 13 août 2004 pour l'assurance maladie. Cette réflexion devra être menée dans la concertation avant d'adopter les dispositions législatives nécessaires.

2. D'autres propositions formulées par la Mission exigent à nos yeux que la réflexion engagée se poursuive.

La décentralisation au niveau des branches de la gestion des ressources humaines et de la négociation de la convention collective (proposition n° 7)

Indépendamment de l'attachement des partenaires sociaux à une négociation à l'échelle du régime et non de la branche, il convient de prendre en compte le fait que la mise en œuvre de cette proposition pourrait modifier substantiellement, voire supprimer, le dispositif de classification et de rémunération commun à tous les agents du régime général. Il faut être attentif à ne pas créer d'obstacles à la mutualisation des tâches et à la mobilité entre branches. Cela rendrait encore plus difficile la comparaison entre les emplois et diminuerait la capacité du régime dans son ensemble à s'adapter aux évolutions des métiers et aux exigences de la performance.

Un nouveau modèle d'organisation du régime général de sécurité sociale (propositions n°17, 18 et 20)

La Mission propose d'adopter un nouveau modèle d'organisation du régime général de sécurité sociale basé sur des agences régionales communes à toutes les branches relayées au niveau local par des antennes offrant un guichet unique aux assurés. Il nous semble que la mise en œuvre d'un tel schéma, qui supposerait une réorganisation fondamentale du régime général et nécessiterait en tout état de cause une intense concertation préalable avec les partenaires sociaux, n'apporterait pas nécessairement les gains escomptés par la Mission, ni en termes de qualité de service, ni en termes de démocratie sociale, ni en termes d'efficience.

A nos yeux comme d'ailleurs à ceux de la Mission, c'est le critère de l'amélioration de la qualité du service rendu à l'usager qui doit primer et guider toute réflexion sur l'organisation administrative de la Sécurité sociale. Or les réseaux des différentes branches gèrent des prestations de nature très différentes, qui s'adressent à des publics bien distincts, aux besoins et aux attentes différents : ce n'est par exemple pas au même âge de la vie qu'on a besoin de prestations familiales ou de prestations retraite. Répondre à ces différents besoins mobilise des compétences spécifiques et requiert l'exercice de différents métiers au sein de l'univers de la Sécurité sociale. Il paraît dès lors difficile d'envisager des guichets uniques sans prendre aussi en compte le risque réel de dégrader la qualité du service apporté aux assurés. L'amélioration de la qualité de service nous semble devoir passer plutôt par une plus grande professionnalisation de chacune des branches sur son cœur de métier.

Une telle réforme ne serait par ailleurs pas sans conséquence pour la démocratie sociale, alors que ce mode spécifique de représentation des assurés se situe au fondement de notre système de sécurité sociale. Rassembler en une seule agence tous les organismes dotés de conseils situés dans chaque région paraît à ce titre difficilement conciliable avec la pluralité des usagers et des acteurs concernés par la gestion des différents risques. Les enjeux de représentation des usagers et des différents acteurs ne convergent en effet pas nécessairement selon qu'on s'attache aux attentes exprimées à l'égard du recouvrement, des prestations d'assurance maladie, des prestations familiales... En tout état de cause, une telle réforme suppose au préalable une réflexion et une concertation approfondies sur le rôle et la composition des conseils des organismes.

En termes d'efficience enfin, le modèle proposé peut engendrer des difficultés nouvelles tenant notamment à la lourdeur des structures créées, pour des économies et des gains qui ne seraient pas directement perceptibles. Les organismes de sécurité sociale communs à plusieurs branches n'enregistrent en effet pas des performances de gestion et de qualité plus élevées que les organismes spécialisés sur une seule branche.

En outre, la création de structures régionales communes aux différentes branches risque d'aboutir à une centralisation excessive, avec toutes les difficultés managériales que cela suppose. Si une agence régionale de sécurité sociale était par exemple créée en Ile de France, elle compterait plus de 20 000 personnes.

Partageant le souci de la Mission de renforcer les synergies et les coopérations entre organismes, nous souhaitons développer les pratiques existantes et favoriser les expérimentations telles que le rapprochement de certaines branches dans des locaux communs. Ainsi, il serait souhaitable d'expérimenter le regroupement dans les mêmes locaux de CAF et de CPAM, ou d'URSSAF et d'agences du Régime Social des Indépendants.

De même, la politique de service des organismes de sécurité sociale devra évoluer pour présenter, chaque fois que c'est possible, des offres de service conçues avec d'autres branches. Les nouvelles conventions d'objectifs et de gestion en tiendront compte.

Enfin, nous souhaitons que soient tirés tous les enseignements, au profit des adaptations de l'organisation et du fonctionnement du régime général, de l'évolution majeure que constitue, en matière de restructuration de réseau et de rapprochement entre les branches, la création du Régime Social des Indépendants.

Un échelon régional en matière d'assurance maladie (proposition n°19)

En matière d'assurance maladie, la Mission propose plus précisément de créer un échelon régional fort.

La récente loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a retenu divers dispositifs pour faire évoluer la coordination de l'assurance maladie au niveau régional.

A cet effet, elle a créé des missions régionales de santé (MRS), constituées entre l'ARH et les URCAM, qui ont pour mission de déterminer le programme des actions destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins ainsi que le programme annuel de gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires pour assurer leur meilleure articulation. Nous avons réuni ces missions le 5 janvier dernier et une circulaire arrêtera prochainement leur programme de travail pour 2006.

La loi du 13 août 2004 a également renforcé le rôle des URCAM puisqu'elles sont dorénavant chargées de veiller à la mise en œuvre, par chacune des caisses, des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional et de définir un programme régional commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie.

Par ailleurs, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a institué des groupements régionaux de santé publique (GRSP). Regroupant l'ensemble des acteurs régionaux œuvrant dans le domaine de la santé, ils ont pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique.

Il nous apparaît indispensable d'établir tout d'abord un bilan des nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 13 août 2004 et celle du 9 août 2004 pour assurer une meilleure articulation des actions conduites au niveau régional par l'assurance maladie.

Les conclusions tirées devraient permettre de définir l'organisation la plus pertinente à mettre en place, pour l'avenir, au niveau régional pour assurer au mieux les missions de l'assurance maladie.

Nous attendons par ailleurs que la CNAMTS, désormais dotée de nouveaux outils par la loi du 13 août, définisse des propositions en vue de rationaliser son échelon régional et les moyens de leur mise en œuvre grâce aux outils prévus par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004. La convention d'objectifs et de gestion en cours de négociation doit traduire cette ambition.

* * *

Au total, notre objectif est bien de progresser rapidement en partenariat avec les caisses nationales et en menant les concertations nécessaires, vers plus d'efficacité du service public de la sécurité sociale. Les évolutions enregistrées montrent déjà la forte capacité de mobilisation des agents du service public de la sécurité sociale.

Cette recherche d'efficacité s'inscrit pleinement dans le cadre des orientations définies par le Premier ministre lors de la conférence nationale sur les finances publiques. Un tableau de bord de la performance du service public de la sécurité sociale sera mis en place dès cette année afin de rendre compte des progrès qui seront accomplis.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

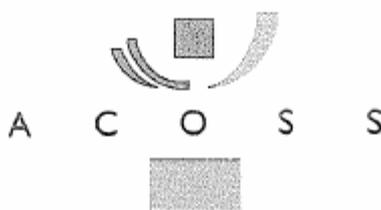


Philippe BAS

B. à un,



Xavier BERTRAND



Présidence n°10
Paris, le 25 janvier 2006

Le Président de l'Agence Centrale
des Organismes de Sécurité Sociale

Le Directeur de l'Agence Centrale
des Organismes de Sécurité Sociale

à

Le Président de la Commission des affaires
culturelles familiales et sociales

Le Président de la Mission d'évaluation et
de contrôle des lois de financement de la
sécurité sociale

La Présidente de la Mission d'évaluation et
de contrôle des lois de financement de la
sécurité sociale

Le Rapporteur de la Mission d'évaluation et
de contrôle des lois de financement de la
sécurité sociale

Objet : rapport de la MECSS sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale a formulé dans son rapport plusieurs constats et recommandations pour améliorer la qualité du service rendu aux usagers tout en augmentant l'efficacité des organismes de la sécurité sociale. L'ACOSS, qu'il s'agisse de son Conseil d'administration ou de ses services, partage bien entendu cet objectif : en raison de sa mission au cœur des finances sociales, l'Agence est évidemment consciente de la nécessité d'améliorer en permanence le rapport efficacité/coût de son action.

Le fait que les coûts de gestion de la branche du recouvrement soient jugés relativement bas (0,38 % des sommes collectées¹) ne dispense nullement de poursuivre la maîtrise des coûts. Il s'agit bien là d'une préoccupation constante de la branche, qui sera à

¹ L'ACOSS souhaite à cet égard apporter une précision sur le coût de gestion rapporté aux sommes collectées qui est indiqué dans le rapport (page 13) : ce ratio, qui a fait l'objet d'une définition commune à plusieurs régimes de protection sociale, s'élève à 0,38% en 2003 et 2004 en rapportant les dépenses de fonctionnement de la branche au montant des encaissements de l'exercice (hors reversement de la CADES). La valeur indiquée dans le rapport semble exclure les encaissements au siège de l'ACOSS qui correspondent notamment à la compensation par l'Etat des exonérations de cotisations sociales, comptabilisées et contrôlées par le réseau du recouvrement. Aussi est-il plus justifié de retenir comme coût de gestion pour la branche la valeur de 0,38%.

Les Ressources de la Sécurité Sociale

AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE
65, boulevard Richard-Lenoir - 75536 PARIS CEDEX 11
Internet: www.acoss.fr - Tél : 01 49 23 30 00

nouveau présente dans la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009, qui est en cours de discussion avec l'Etat et au sein du Conseil d'administration de l'ACOSS.

La branche est en effet confrontée aujourd'hui à un double objectif. Il s'agit d'une part de poursuivre l'amélioration du service rendu aux cotisants, de maintenir ses performances de recouvrement, de consacrer plus de moyens à la lutte contre le travail dissimulé et de développer le contrôle, d'améliorer encore la gestion de trésorerie du régime général et de renforcer ses capacités d'expertise sur le financement de la sécurité sociale. Il s'agit d'autre part de continuer à remplir ces missions au moindre coût et de réduire encore les coûts de gestion en proportion des sommes collectées. Les enjeux financiers pour la sécurité sociale d'une amélioration des performances de la branche sont en effet majeurs : les pertes de recettes liées au travail illégal sont estimées entre 4 et 8 milliards d'euros pour la sécurité sociale ; une baisse de 0,1 point du taux de reste à recouvrer représente un enjeu financier de l'ordre de 210 millions d'euros ; près de 16 millions d'euros de frais financiers ont pu être économisés en 2004 en améliorant les conditions de financement de la trésorerie du régime général. Il s'agit donc bien entendu de rechercher toutes les économies et tous les gains de productivité possibles sans compromettre en rien les performances en matière de recouvrement et la qualité du service offert aux cotisants. En facilitant la collecte des cotisations, la qualité de service participe aussi à la bonne tenue des recettes publiques.

L'ACOSS rejoint donc la MECSS sur beaucoup des recommandations qui sont formulées dans le rapport. Le tableau joint détaille les réactions et commentaires de l'ACOSS à chacune des préconisations qui concernent la branche du recouvrement. Il montre que dans la majorité des cas, le constat est partagé et que les orientations du projet de convention d'objectifs et de gestion en cours d'élaboration convergent avec les recommandations de la mission.

Il en va ainsi, notamment, du développement des services dématérialisés, de la généralisation du chèque emploi service universel, de l'extension du « versement en lieu unique » et du développement de différents outils ou de différents processus porteurs d'économie et de bonne gestion (comptabilité analytique, mutualisation des achats, audits, gestion prévisionnelle des emplois et compétences etc...).

La branche s'est aussi penchée, à la faveur de l'élaboration de cette COG, sur les moyens d'optimiser le fonctionnement de son réseau, sans pour autant rejoindre complètement les recommandations du président et du rapporteur de la mission en ce domaine.

En termes de méthode, la branche est partie d'une analyse des attentes des usagers et de ses métiers pour en déduire les conditions d'exercice les plus efficaces, sans considérer a priori les structures juridiques. C'est à une analyse minutieuse de chacune des fonctions et missions, au regard d'un principe d'efficacité et de subsidiarité, que la branche s'est livrée. Cet exercice a été mené dans un cadre assez proche de celui suggéré par la mission, avec des agents de direction du réseau et au sein du conseil d'administration de l'ACOSS ; cette réflexion a associé les représentants des conseils locaux. Conduite dans le cadre de la préparation de la COG, elle devra se poursuivre : une instance stratégique a été mise en place avec des directeurs d'organismes pour accompagner le changement et un suivi de la COG sera assuré au sein du conseil d'administration de l'ACOSS. L'Agence participera en outre activement aux négociations qui seront menées au niveau de l'UCANSS sur l'accompagnement des évolutions des réseaux

La conclusion de cette analyse approfondie conduit à conserver le niveau départemental pour la conduite des actions de terrain, l'accompagnement des cotisants et les partenariats ; ces missions s'accommoderaient mal du relâchement du lien de proximité qui existe aujourd'hui et qui a montré son intérêt. En revanche, le niveau régional ou

interrégional se prête au pilotage et à la mutualisation de fonctions support et il doit être conforté à cet effet.

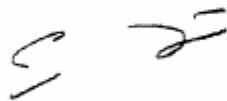
Alors que coexistent aujourd'hui dans la branche des expériences de rapprochements, voire de fusions entre URSSAF voisines et des expériences d'organismes communs aux différentes branches du régime général, la préparation de la COG a bien entendu été l'occasion d'une réflexion sur la forme de mutualisation la plus efficiente.

La spécialisation et la complexité croissante des métiers, la différence des missions et des publics n'incitent pas, à nos yeux, à privilégier un rapprochement systématique entre organismes de branches différentes mais plutôt à rechercher de plus en plus de synergies et d'économies d'échelle entre organismes de la même branche. Les partenaires des uns et des autres sont sensiblement différents, et les URSSAF se doivent avant tout de renforcer leurs liens avec les chambres consulaires, les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, les services fiscaux, les autres réseaux de recouvrement.

Ainsi, le projet de la branche recouvrement n'est ni celui de l'URSSAF régionale, ni celui d'une fusion avec les organismes des branches prestataires. Comme l'ont souhaité tous les partenaires sociaux gestionnaires de la branche, ce projet ne remet pas en cause les conseils d'administration au niveau départemental et ne modifie pas les structures juridiques en créant des fédérations au niveau régional. C'est néanmoins un projet ambitieux pour la branche qui vise à renforcer l'efficacité du métier tout en maîtrisant les coûts, et qui ne néglige pas pour autant les évolutions du réseau qui apparaissent nécessaires : dans les dix départements où il existe plusieurs URSSAF, celles-ci devront se rapprocher pour conduire à une seule entité juridique par département d'ici 2010 ; le pilotage de certaines missions et fonctions au niveau régional devra très vite se systématiser.

Le rapport de la MECSS souligne, à juste titre, le besoin d'un soutien de l'Etat qui doit dégager et imposer une ligne politique claire en la matière. C'est d'autant plus vrai pour la branche recouvrement pour laquelle la prochaine convention d'objectifs et de gestion sera marquée par des évolutions importantes, notamment par la mise en place en 2007 et 2008 de l'interlocuteur social unique pour les travailleurs indépendants.

Pierre BURBAN
Président du Conseil
d'administration de l'ACOSS



Jean-Luc TAVERNIER
Directeur de l'ACOSS





Caisse Nationale
Le Directeur général

W

Date : 15 FEV. 2006

Monsieur Pierre MORANGE
Président de la Mission d'évaluation et de
contrôle des lois de financement de la
sécurité sociale
Député des Yvelines
Maire de Chambourcy

126, rue de l'Université
75355 Paris Cedex 07

CAB n° 124 /2006

Monsieur le Président,

Par lettre en date du 24 novembre dernier, vous avez bien voulu me transmettre le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, rapporté par Monsieur Jean-Pierre Door, sur l'organisation et le coût de gestion des branches de sécurité sociale, en m'invitant à bien vouloir vous faire part des remarques de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie sur les préconisations que vous émettez.

J'ai le plaisir de vous adresser ci-joint mes observations qui rejoignent, le plus souvent, les préoccupations des membres de la MECSS.

Dans le cadre des dispositions de l'article 53 de la loi du 13 août 2004, il appartient au Conseil de la CNAMTS d'élaborer des orientations sur l'évolution du réseau pour la période 2006-2009. Je ne manquerai pas de vous faire parvenir les résultats de ces travaux dès que le Conseil se sera prononcé.

Je vous en souhaite bonne réception et vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Frédéric van Rookeghem

NB. : Ce courrier est adressé parallèlement à Monsieur Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à Madame Paulette Guinchard, co-président de la MECSS et à Monsieur Jean-Pierre Door, rapporteur.

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Rapport d'information sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale

Réponse de la CNAMTS

- La MECSS estime "qu'une gestion administrative inefficace ne permet pas l'allocation optimale des moyens disponibles et influe in fine sur le niveau des déficits des branches" (page 10).

Il convient de noter, ainsi que le remarque la Mission, le faible montant des coûts de gestion des branches maladie et accidents du travail (moins de 5% en 2004) et même inférieur à 4,5% pour la seule branche maladie au regard du volume des prestations traitées par les organismes et de la complexité sans cesse croissante de la législation applicable au traitement de ces prestations. En effet, les coûts de gestion de l'Assurance Maladie représentent un montant de 5,1 milliards d'euros pour un montant de 114 milliards d'euros de prestations.

Si la maîtrise de ses coûts de gestion est une préoccupation forte de la CNAMTS, elle ne doit pas occulter l'enjeu majeur pour les dépenses de santé et pour l'Assurance Maladie de devenir un opérateur de gestion du risque efficace et efficient. Pour ce faire, l'Assurance Maladie doit pouvoir disposer de moyens lui permettant de réaliser les investissements nécessaires à l'atteinte de cet objectif par l'industrialisation de ses traitements de masse (dématérialisation des flux de prestations) au profit de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et au profit de l'accroissement de la qualité de service rendu à ses usagers.

Il convient également de rappeler qu'au cours de ces deux dernières années, l'Assurance Maladie a supprimé près de 3200 postes, ce qui a été rendu possible grâce aux efforts des caisses pour rationaliser leurs organisations. Parallèlement, leurs moyens ont été re-déployés sur la gestion du risque et le service, en augmentant la productivité des fonctions de liquidation et en s'engageant dans la mutualisation des moyens affectés aux fonctions de logistique.

Cette diminution des effectifs a généré une **économie** des dépenses de personnel de **155 millions d'euros sur les années 2004 et 2005** et conduira, compte tenu des effets reports, à une économie annuelle estimée à 170 millions d'euros fin 2006. Par ailleurs, la mise en œuvre du plan de rationalisation des achats permettra d'atteindre l'objectif d'économies de 200 M€ auquel la CNAMTS s'est engagé.

Il y a lieu également de noter que le coût par bénéficiaire actif qui permet de mesurer l'efficacité des organismes du réseau - une organisation efficiente utilise le mieux possible ses ressources au moindre coût - a baissé de 1999 à 2004 en euros constants de 6,75 % tout en absorbant le passage aux 35 heures et de nouveaux dispositifs lourds à gérer tels que la CMU.

Ainsi cette exigence d'efficacité a permis de ramener le coût de gestion rapporté aux prestations à 4,80 % en 2004 au lieu de 5,13 % en 2003.

- La MECSS reprend l'affirmation de la Cour des Comptes selon laquelle la branche maladie a connu entre 1999 et 2002 une diminution de la productivité apparente (page 14).

S'agissant de productivité de la branche maladie, c'est tout naturellement celle des CPAM pour le seul pôle PRODUCTION qui est privilégiée (le ratio mesure alors une productivité en décomptes par Equivalent Temps Plein à la production).

Si l'on veut élargir le spectre à l'ensemble des salariés des CPAM, l'unité d'œuvre Bénéficiaire Actif peut être retenue (le ratio BA/ETP retrace alors la productivité des CPAM pour rendre un ensemble de services à la clientèle la plus nombreuse).

Aussi, comme rappelé ci-dessus, on s'intéressera donc à la productivité des seules CPAM (qui rassemblent tout de même 70% des effectifs de la branche).

Evolution de la charge de travail et des effectifs associés dans les CPAM de 1999 à 2004.

1/ de 1999 à 2002

Mesurée en décomptes, la charge de travail des CPAM a cru de 21,3% entre 1999 et 2002, tandis que les ETP du seul pôle PRODUCTION diminuaient de 0,6% (sans correction RTT) et 7,6% avec rebasage 1 600 h.

Un tel effet ciseau n'a pu être maîtrisé que par une augmentation de la productivité rendue possible par le déploiement soutenu des Echanges de Données Informatisées (EDI) et de la scannerisation.

Par ailleurs, sur la même période, l'augmentation des bénéficiaires actifs de 6,6 % s'accompagnait d'une hausse corrélative de 4,2% du total des ETP des 4 pôles PRODUCTION + REGULATION + RELATIONS CLIENTS + SUPPORT, mais en fait d'une baisse de 3,1% en prenant en compte la correction RTT.

Ainsi les productivités en décomptes ou en bénéficiaires actifs affichent-elles une hausse quelle que soit l'option de correction RTT retenue :

- la productivité en décomptes a progressé, sur la période, à un rythme annuel moyen de + 6,9% (productivité apparente sans correction RTT) à + 9,5% (productivité rebasée 1 600 h),
- la productivité en bénéficiaires actifs a progressé, sur la période, à un rythme annuel moyen de + 0,8% (productivité apparente sans correction RTT) à + 3,2% (productivité rebasée 1 600 h).

En tout état de cause, il n'y a aucune baisse de la productivité entre 1999 et 2002, et ce, d'autant plus, qu'il a fallu absorber la charge nouvelle liée à la mise en place de la CMU.

2/ de 1999 à 2004

En prolongeant les séries jusqu'à la dernière année connue (2004), la productivité reste en constante augmentation induite en cela par la baisse très significative des effectifs en 2004 :

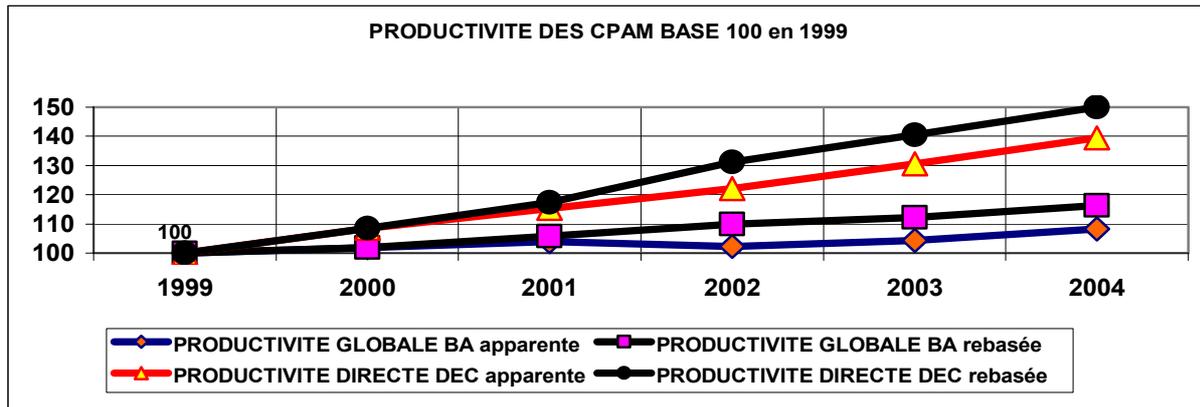
- la productivité en décomptes a progressé, sur la période, à un rythme annuel moyen de + 6,9% (productivité apparente sans correction RTT) à + 8,4% (productivité rebasée 1 600 h),
- la productivité en bénéficiaires actifs a progressé, sur la période, à un rythme annuel moyen de + 1,6% (productivité apparente sans correction RTT) à + 3,1% (productivité rebasée 1 600 h).

PRODUCTIVITES CPAM DE 1999 A 2004

	1 999	2 000	2 001	2 002	Evol 02/99	Evol moya nu. 99-02	2 003	2 004	Evol. 04/99	Evol. moy. annu. 99-04
DECOMPTES en millions (1)	849	944	1 000	1 029	21,3%	6,6%	1 045	1 052	24,0%	4,4%
ETP PÔLE PRODUCTION sans correction RTT (2)	38 799	39 770	39 688	38 557	-0,6%	-0,2%	36 589	34 472	-11,2%	-2,3%
ETP PÔLE PRODUCTION 1 600 h (2bis)	41 709	42 752	41 921	38 557	-7,6%	-2,6%	36 589	34 472	-17,4%	-3,7%
PRODUCTIVITE DIRECTE apparente(1)/(2)	21 869	23 728	25 204	26 689	22,0%	6,9%	28 565	30 512	39,5%	6,9%
PRODUCTIVITE DIRECTE rebasée (1)/(2bis)	20 343	22 072	23 862	26 689	31,2%	9,5%	28 565	30 512	50,0%	8,4%
BENEFICIAIRES ACTIFS en millions (3)	43,9	45,1	46,2	46,9	6,6%	2,2%	47,2	47,4	7,8%	1,5%
TOTAL ETP DES 4 PÔLES sans correction RTT (4)	60 964	61 434	61 738	63 521	4,2%	1,4%	62 707	60 722	-0,4%	-0,1%
TOTAL ETP DES 4 PÔLES 1 600 h (4bis)	65 537	66 041	65 211	63 521	-3,1%	-1,0%	62 707	60 722	-7,3%	-1,5%
PRODUCTIVITE GLOBALE BENEF. ACTIFS apparente (3)/(4)	721	734	749	738	2,3%	0,8%	752	780	8,2%	1,6%
PRODUCTIVITE GLOBALE BENEF. ACTIFS rebasée (3)/(4bis)	671	683	709	738	10,0%	3,2%	752	780	16,3%	3,1%

Source : comptabilité analytique CPAM

Avertissement : les ETP analytiques CPAM sont calculés en moyenne annuelle et non au 31/12/N



- Les membres de la MECSS ont relevé des écarts de coûts et de qualité de service les caisses qui mettent en évidence des progrès sensibles (page 14).

La CNAMTS mesure la performance des organismes à l'aide de l'indicateur appelé coût du point performance. Cet indicateur compare le coût du bénéficiaire actif pondéré, qui mesure l'efficacité, à savoir la capacité à maîtriser les coûts de fonctionnement, et le score CPG, qui mesure l'efficacités, à savoir l'aptitude à atteindre les objectifs contractualisés.

$$\text{Coût du point performance} = \frac{\text{Coût du Bénéficiaire Actif Pondéré (BAP)}}{\text{Score CPG}}$$

$$\text{Coût du Bénéficiaire Actif Pondéré (BAP)} = \frac{\text{Dépenses de référence globales}}{\text{Nombre de bénéficiaires actifs pondérés}}$$

Au regard de cet indicateur, la performance des CPAM est relativement hétérogène. Ainsi, on observait en 2003:

	2003
Coût du point performance moyen	8,51
Coût du point performance moyen au premier décile (13 premières caisses)	6,47
Coût du point performance moyen au neuvièmes décile (13 dernières caisses)	12,70
Rapport entre le neuvième décile et le premier décile	1,96
Coût par BAP moyen	66,55
Coût par BAP moyen au premier décile (13 premières caisse)	55,96
Coût par BAP moyen au neuvième décile (13 dernières caisses)	84,95
Rapport entre le neuvième décile et le premier décile	1,52
Taux d'efficacité moyen	66,08%
Taux d'efficacité moyen du premier décile (13 premières caisse)	78,17%
Taux d'efficacité moyen du neuvième décile (13 dernières caisses)	50,33%
Rapport entre le neuvième décile et le premier décile	0,64

Rappel: le coût du point performance moyen et le coût par BAP moyen sont pondérés par le nombre de BAP. Le taux d'efficacité moyen n'est pas pondéré par le nombre de BAP.

Dans le cadre des contrats d'engagement 2004-2005, afin d'accroître d'une part la performance globale du réseau et d'autre part de réduire les écarts de performance entre les organismes, des actions ont été engagées pour minorer les coûts de fonctionnement et pour homogénéiser la qualité de service offerte sur le territoire national.

Sur le plan de l'efficience, des taux de remplacement des départs différenciés ont été fixés aux CPAM, variant de 1 sur 10 pour les caisses les moins efficaces à 9 sur 10 pour les caisses les plus efficaces.

Sur le plan de l'efficacité, des objectifs homogènes ont été négociés avec les caisses, et un système de pilotage resserré a été mis en place pour apporter une réponse rapide à tout écart entre objectifs et résultats.

Des résultats très encourageants ont été obtenus tant en terme d'efficience.

En effet, le coût du point performance a baissé de plus de 18%, passant de 8,51 centimes en 2003 à 6,95 centimes en 2004.

	2003	2004	Evolution 2004/2003 en pourcentage	Evolution 2004/2003 en centimes
Coût du point performance moyen	8,51	6,95	-18,33%	-1,56
Coût du point performance moyen au premier décile (13 premières caisses)	6,47	5,10	-21,22%	-1,37
Coût du point performance moyen au neuvièmes décile (13 dernières caisses)	12,70	10,32	-18,72%	-2,38
Rapport entre le neuvième décile et le premier décile	1,96	2,02	3,17%	0,06

Ces résultats ont été acquis grâce à une forte progression de l'aptitude des caisses à réaliser leurs objectifs. Le taux d'atteinte des objectifs CPG national a progressé de 25,46% pour atteindre 82,9% en 2004.

	2003	2004	Evolution 2004/2003 en pourcentage	Evolution 2004/2003 en points
Taux d'efficacité moyen	66,08%	82,90%	25,46%	16,82
Taux d'efficacité moyen du premier décile (13 premières caisses)	78,17%	92,64%	18,51%	14,47
Taux d'efficacité moyen du neuvième décile (13 dernières caisses)	50,33%	62,38%	23,95%	12,05
Rapport entre le neuvième décile et le premier décile	0,64	0,67	4,59%	2,95

En matière d'efficience, l'application d'un taux moyen de remplacement de 50% des agents partant à la retraite aboutit à une baisse encourageante de 1,15% du coût par Bénéficiaire Actif Pondéré, il est en moyenne de 65,78 Euros par Bénéficiaire Actif Pondéré en 2004. De plus, l'application de taux de remplacement très faibles pour les caisses les moins efficaces a permis de réduire l'écart entre les caisses les plus efficaces et celles qui enregistrent les moins bons résultats dans ce domaine.

	2003	2004	Evolution 2004/2003 en pourcentage	Evolution 2004/2003 en points
Coût par BAP moyen	66,55	65,78	-1,15%	-0,77
Coût par BAP moyen au premier décile (13 premières caisses)	55,96	53,62	-4,18%	-2,34
Coût par BAP moyen au neuvième décile (13 dernières caisses)	84,95	79,22	-6,74%	-5,73
Rapport entre le neuvième décile et le premier décile	1,52	1,48	-2,68%	-0,04

- La MECSS propose d'assurer au niveau de gestion le plus pertinent la centralisation des achats et de la gestion des fonctions support (page 12).

La fonction « achat » de la CNAMTS a fait l'objet d'un audit réalisé début 2005 par la société Capgemini. Suite aux conclusions de cet audit, une mission « achats » au sein de la caisse nationale a été mise en place, en septembre dernier, avec pour objectif de définir un plan global d'économies ainsi que les orientations de la nouvelle organisation des achats au sein du réseau.

Les principaux postes concernés par le plan d'économie sont :

- l'affranchissement avec :
 - o la définition de la politique nationale d'envoi des décomptes aux assurés sociaux, définition qui a permis en parallèle d'harmoniser les pratiques locales, de garantir l'égalité devant le service public sur l'ensemble du territoire national et de maîtriser de façon significative les coûts,
 - o le développement de services dématérialisés pour progressivement supprimer l'envoi aux professionnels de santé et aux employeurs des bordereaux de tiers payant (10 M€ d'économie attendue),
 - o la réflexion sur l'intégration dans l'éditique nationale (ESOPE) du courrier « caisse ».

Une première opération d'importance a été réalisée en novembre dans ce secteur avec l'harmonisation des délais de diffusion des décomptes pour les assurés sociaux (économie attendue en 2006 : 15 M€).

- l'informatique avec :
 - o la mise en œuvre des nouvelles procédures en matière de marché avec le recours aux enchères inversées pour l'acquisition notamment des unités centrales et des écrans de l'institution (économie attendue de 10 à 14 M€ sur 3 ans),
 - o la réflexion sur le recours aux génériques pour les futurs contrats concernant les consommables informatiques,
 - o la réflexion sur les coûts d'impression locaux et les moyens de les réduire (responsabilisation au travers de budgets de service et/ou externalisation de tout ou partie de la gestion de cette fonction).

- la téléphonie avec :
 - o la préparation d'un marché national pour bénéficier des avancées technologiques récentes et ainsi réduire dans le domaine les dépenses et tenir compte des nouvelles offres de services des opérateurs (économie de 4 M€ en année pleine).

D'autres postes sont également envisagés même si les enjeux sont plus faibles : le nettoyage, les imprimés, le papier, les fournitures de bureau, le mobilier, l'électricité.

Chacun de ces postes est l'objet d'une étude préalable pour définir le potentiel d'économies. La réalisation des plans nécessite au cas par cas une réflexion sur la meilleure organisation des achats à mettre en place ainsi que le niveau optimum de passation des marchés (local, régional, interrégional ou national).

L'efficacité de la fonction « achat » au sein du réseau passe également, notamment sur les principaux postes (affranchissement, téléphonie,...), par la désignation de référents nationaux en charge des discussions avec les fournisseurs, de la veille technologique afin de pouvoir bénéficier des évolutions des offres de service et connaître les prix du marché, ainsi que du suivi et de l'animation du réseau. Il s'agit également de favoriser la diffusion des bonnes pratiques « achat » au sein du réseau.

- *La MECSS craint l'inexistence d'un inventaire exhaustif des ressources informatiques de l'ensemble du réseau (page 16)*

Dans un souci d'une meilleure utilisation de l'ensemble des ressources informatiques disponibles dans le réseau des caisses, un recensement des effectifs intervenant sur la fonction informatique au sein des CPAM a été réalisé par la CNAMTS en 2005.

Ce recensement qui a concerné l'ensemble des CPAM, a corroboré les données issues des comptabilités analytiques remontées par les organismes.

Cette étude a permis d'identifier pour chaque CPAM la nature des emplois et les métiers occupés ainsi que le profil en terme d'âge, d'expérience, de formation et de compétence des personnels informatiques des caisses.

Par ailleurs, la CNAMTS dispose à travers la centralisation des budgets informatiques et le pilotage de ses centres informatiques, d'une bonne maîtrise de ses budgets et actifs informatiques.

- La MECSS s'interroge sur le pilotage de la stratégie informatique (page 23)

Dès 2004, la CNAMTS a entrepris les réformes indispensables concernant les modalités de pilotage de sa stratégie informatique.

Elle a, notamment, pris des mesures sur le pilotage de ses principaux projets en instaurant des instances d'arbitrage, un plan de charge annuel, et des directions de programme chargées de la maîtrise globale des projets informatiques stratégiques de l'assurance maladie. Elle s'est par ailleurs engagée sur la maîtrise de ses dépenses informatiques en rationalisant sa stratégie en matière d'investissement informatique et en s'engageant dans une politique volontariste en matière d'achat informatique.

Elle a aussi repris des initiatives de gestion des emplois et des compétences spécifiquement dédiées au développement du système d'information. Ces initiatives doivent être élargies désormais aux autres métiers de l'informatique.

Ces principales mesures ont été prises dans le cadre d'une réorientation du SDI 2000-2004 basée sur l'avenant COG 2004-2005.

Dans le cadre de la réorganisation de la CNAMTS mis en œuvre en 2005, une direction déléguée aux systèmes d'information a été créée afin de piloter l'ensemble des chantiers liés à la modernisation des systèmes d'information de l'Assurance Maladie.

La CNAMTS procède actuellement à l'édification d'un Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI) aligné sur la stratégie du projet d'entreprise et des besoins métiers de la CNAMTS. Ce schéma directeur bâti en totale adéquation avec la COG 2006-2009 donnera à la CNAMTS et aux tutelles une vision globale et précise sur l'évolution du système d'information de l'assurance maladie.

- Afin d'améliorer l'efficacité de la gestion, la MECSS recommande l'interopérabilité des équipements informatiques (page 27)

Dans le cadre du futur Schéma Directeur du Système d'Information, des travaux vont s'engager sur la définition et la mise en œuvre de standards de communication.

Ces outils, seront à la base de la conception des nouveaux services et applications intégrant des normes d'échange, favorisant la multiplicité des accès aux services et le partage des applications.

Des travaux ont été lancés sur :

- l'interopérabilité des systèmes informatiques médico-administratifs dans le cadre de la mise en œuvre d'outils de régulation et de gestion du risque
- la normalisation des échanges (chantier piloté par la DSS et mené en collaboration avec la CNAVTS).

Cependant, l'objectif global consiste à décroiser l'architecture du système d'information, à travers notamment le développement d'une infrastructure de services

web, et permettre l'ouverture et l'accès du système d'information de l'assurance maladie à d'autre système dans une logique de synergie.

- La MECSS propose la création d'une plate-forme unique par région destinée au scannage des feuilles de soins (page 27)

Dans le cadre de ses actions pilotes régionales, l'Assurance Maladie a créé en 2005 deux plates formes de traitement des feuilles de soins qui peuvent être traitées par l'outil de production scanner dans les régions Midi-Pyrénées et Auvergne.

La pertinence de ce modèle d'organisation fait actuellement l'objet d'une évaluation par la CNAMTS sur la base plusieurs critères (bilan économique de fonctionnement annuel, saut de performance, maîtrise du processus notamment dans sa dimension gestion du risque, impact sur la gestion des ressources humaines). C'est à l'issue de cet examen que des préconisations de mutualisation de ressources seront données au réseau sur ce domaine d'activité.

- La MECSS souligne que l'Assurance Maladie aurait tout intérêt à « s'engager résolument dans une gestion à l'échelon régional, voire national, de certains processus » (page 28)

Sur ce point, l'Assurance Maladie pilote son réseau en s'appuyant sur les deux dimensions indiquées par la MECSS.

En ce qui concerne la gestion du risque, les programmes de régulation directement issus de la convention ont été préparés et documentés, par le niveau national. Les résultats sont recueillis régulièrement et permettent de mesurer leur mise en œuvre effective au niveau régional, départemental et local.

L'ensemble des processus de relation clientèle est géré par la CNAMTS. Ainsi, l'architecture technique des plates-formes téléphoniques est nationale et le management opérationnel est très fortement impulsé par la CNAMTS qui dispose de tous les éléments statistiques en temps réel, procède au suivi quotidien de la performance quantitative et qualitative via l'administration de campagnes nationales d'appels mystères.

Une attention particulière est portée à la gestion de l'accueil physique afin de nationaliser le suivi direct de ce canal de contact : mise en place d'un marché national de maintenance des gestionnaires de files d'attente, marché national unique d'équipement des bornes interactives, outil national de suivi de l'activité...

De même, la gestion des courriels répond au même objectif de gestion par l'échelon national du processus de délivrance du service puisque la CNAMTS, s'appuyant sur un marché national en cours de passation, va gérer les courriels à l'échelon régional selon une architecture nationale unique, adossée au site Internet AMELI, portail d'entrée de l'ensemble des Caisses Primaires du réseau.

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale propose également de centraliser certains processus « sur un ou deux sites nationaux ». La CNAMTS s'oriente vers ce type de gestion dans le cadre de missions nationales déléguées à des organismes. Quelques exemples :

- centralisation sur un site unique de la gestion des soins à l'étranger pour l'ensemble du réseau

- mise en place d'un centre hot line d'assistance technique aux téléservices, national et inter-régimes, basé à Besançon et à Marseille
- mise en place d'un centre d'appels national dédié à la réforme de l'Assurance Maladie de janvier 2005 à octobre 2005, centralisant les questions des assurés sur la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, réparti sur une dizaine de sites géographiques.

Au plan régional, on citera l'exemple de la production avec la désignation de « correspondants production » régionaux ou encore pour la relation de service avec les publics avec la création de plates-formes téléphoniques mutualisées, couvrant l'ensemble du territoire et ayant permis une économie de 390 ETP, la nomination de managers régionaux des centres d'appels ou de correspondants régionaux des délégués Assurance Maladie, chargés d'animer les délégués de l'Assurance Maladie visitant les professionnels de santé dans leur cabinet.

- La MECSS estime que la modification de la carte du réseau aurait un impact certain sur les coûts de gestion de la branche maladie (pages 30 et 31)

L'objectif stratégique de la CNAMTS est d'améliorer son efficience pour mener à bien dans les meilleures conditions ses grands objectifs.

- Maîtriser la dépense de santé en développant des actions de régulation ;
- Enrichir le service rendu à ses différents publics ;
- Développer son efficience en harmonisant ses processus et son expression régionale.

Pour ce faire, la palette d'outils proposée au Conseil est la suivante :

- des dispositifs de mutualisation normés avec un périmètre variable portant sur des missions support ou métier permettant le regroupement des moyens de plusieurs entités,
- le développement d'une contractualisation régionale pour la gestion du risque,
- des rapprochements d'équipe de direction, même s'il ne s'agit pas d'ériger en règle le partage systématique de cadres dirigeants entre plusieurs caisses,
- des fusions de caisses qui pourront être accueillies favorablement dans la mesure où elles apporteraient une réponse pertinente à une situation locale. Ces dispositifs seront précisés par un cahier des charges permettant à la caisse nationale de valider les objectifs obtenus à chaque étape.

Le Conseil arrêtera ainsi dans les prochaines semaines ses orientations en la matière en vue de mener, au cours des prochaines années, ce chantier prioritaire.

- La MECSS souligne la nécessité de mettre en œuvre l'action sociale des caisses selon une logique régionale cohérente, en liaison avec les autres institutions compétentes. (page 31)

L'Action Sanitaire et Sociale de la branche Maladie repose principalement sur l'octroi d'aides financières individuelles aux assurés en situation de fragilité sociale, du fait de difficultés engendrées par la maladie, la maternité, un accident ou un handicap.

L'objectif vise donc à prendre en compte le plus adéquatement possible la situation sociale, familiale et de santé des demandeurs. À cet égard, la notion de proximité est fondamentale. La nécessaire articulation du social et du sanitaire implique de prendre en compte, outre les problématiques sociales émergentes en situation de proximité, les pro-

blèmes de santé publique dont l'approche épidémiologique, économique, culturelle, et partant programmatique, s'inscrit au plan régional.

En ce sens, l'organisation de l'action sanitaire et sociale de la branche doit relever d'un niveau régional pour la définition des schémas par thème d'action et par population (accès aux soins, insertion, personnes âgées, personnes handicapées ...) et être ensuite déclinée au niveau local, pour une meilleure prise en compte des besoins des assurés et des potentialités d'intervention des différents acteurs.

La CNAMTS est tout à fait acquise à la nécessité d'assurer une plus grande cohérence. Dans ce sens, les orientations votées par le Conseil du 1er septembre 2005 en matière de politique d'Action Sanitaire et Sociale pour la période 2006-2009 posent, en préalable, l'inflexion de la politique « *actuellement orientée vers une action catégorielle et ponctuelle vers une action sociale plus harmonisée, dans le cadre d'interventions coordonnées qui permettraient de peser sur l'environnement social et culturel et de concilier la solidarité collective et la responsabilité individuelle* ».

A cette fin :

- il est préconisé l'harmonisation, dans le cadre d'une aide à la décision, des conditions de gestion de la dotation paramétrique (modalités de calcul des ressources ; montant des plafonds de ressources retenus; barèmes de participation) ;
- il est défini trois domaines d'intervention prioritaires, l'accès aux soins, la prévention de la précarisation et le retour ou le maintien à domicile ;
- il est recommandé le développement de politiques partenariales, au regard des nouvelles logiques d'intervention territoriale, avec la mise en œuvre :
 - d'actions coordonnées et transversales à l'intérieur de l'Institution (services sociaux, services médicaux des CRAM ; URCAM dans le cadre des plans régionaux de santé publique, des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire et des contrats de services ; Centres d'examen de santé...),
 - et d'actions de concertation avec les différents partenaires externes (Conseils Généraux, Maisons Départementales des Personnes Handicapées, Groupements Régionaux de Santé Publique...).
- La MECSS propose d'étendre la démarche de certification (page 39)

L'Assurance Maladie est convaincue depuis plusieurs années de l'intérêt de cette démarche qui constitue un levier de management de la performance. Initié en 2002, le projet visait la gestion des feuilles de soins électroniques. Trois ans après, en voici le bilan :

CPAM

117 organismes certifiés sur 128 (Les 11 restants ont largement entamé leur plan d'action et seront certifiés dans le courant 2006)

- 20% sur l'intégralité de l'activité
- 40% sur le champ minimum des FSE (feuilles de soins électroniques)
- 40% sur un champ élargi qui comprend les FSE et une ou plusieurs autres activités

CGSS

La cartographie commune est validée

Une CGSS a programmé une certification à mi-2006, les trois autres s'engagent dans la démarche.

CRAM et CTI

La démarche a été initiée par la CNAMTS en 2005

Les comités de pilotage et groupes de travail chargés de définir le périmètre et construire les outils achèvent leurs travaux en Décembre

Ces organismes réaliseront leur auto diagnostic d'ici la fin de l'année.

La démarche de certification sera déployée sur la prochaine COG

SERVICE MÉDICAL

Il s'agit d'une certification de réseau qui intègre le niveau national et l'ensemble des échelons locaux à la seule exception de la CGSS de la Guadeloupe dont la démarche doit aboutir en 2006

Le champ concerne "les avis individuels sur prestations et accueil associé"

L'Assurance Maladie s'appuie pour préparer la prochaine COG 2006-2009 sur une triple logique de généralisation (nouvelles catégories d'organismes qui engagent la démarche), d'extension (harmonisation et extension du champ de certification des CPAM), et de convergence des démarches qualité qui intègre la maîtrise des risques (certification de réseau, articulation avec le contrôle interne avec la mise en place d'un outil commun, le plan de maîtrise).

- *La MECSS estime que la création d'un guichet unique au niveau local améliorera sensiblement la qualité du service rendu à l'assuré* (page 48)

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale propose la création de guichets uniques inter-branches constitués par le « *regroupement, à l'échelon local, des antennes locales des diverses branches* ». Les avantages présentés par la mission seraient une amélioration de la qualité du service offert, de l'égalité de traitement des assurés et du maillage géographique.

Elle ajoute que « *selon la configuration de la région, des agences et des antennes continueraient d'irriguer le territoire et de satisfaire l'exigence de proximité. Les antennes présenteraient, dans la mesure du possible, un caractère interbranches afin d'atteindre l'objectif du territoire unique* ».

L'Assurance Maladie relève la cohérence, au regard de ces éléments de diagnostic, de la stratégie d'accueil physique qu'elle se propose de déployer sur la période de la Convention d'Objectifs et de Gestion 2006-2009 :

- des agences d'accueil Assurance Maladie sur les gros sites et les sièges d'organismes, modernisées (aménagements intérieurs et extérieurs), professionnalisées (zone de libre service, préaccueil, accueil en box), outillés (gestionnaires de files d'attente conviviaux, bornes interactives). Le maillage géographique de ces agences sera parallèlement repensé. Cependant, l'analyse des statistiques de fréquentation de ces agences montre que les assurés qui s'y déplacent n'attendent qu'un service Assurance Maladie et font bien la différence avec les autres Institutions. Seuls 0.42% des contacts concernent un autre service public (CAF, CRAM, UNEDIC, ANPE, Conseil général).
- des antennes privilégiant le partenariat inter-branches, s'appuyant notamment sur les maisons de services publics, les relais services publics et les dispositifs

ministériels tels les points d'accueil multi-services (PIMS) ou les pôles d'accès aux droits (PARADS). A ce titre, l'Assurance Maladie participe aux travaux ministériels sur l'accueil physique en milieu rural, l'accueil des populations précaires, les maisons de services publics et les relais services publics.

- le déploiement de bornes interactives et de visio-guichets proposant des services inter-branches dans l'ensemble des lieux d'accueil. La CNAMTS étudie d'ores et déjà avec la CNAF cette possibilité.
- la mise en place de guichets uniques virtuels pour certains services ou certains segments de publics, dans une logique de facilitation des relations administratives et d'atténuation de la complexité des législations. Ce chantier s'inscrit dans le cadre des travaux sur les parcours clients et des offres de services dédiés. Par exemple, il est prévu un guichet unique virtuel entre la CAF et la CPAM pour la déclaration de grossesse dans le parcours client femme enceinte, entre la CPAM et l'URSSAF pour les formalités initiales dans le parcours client installation du professionnel de santé. De même, les offres de services destinées aux publics précaires ne peuvent être mises en place que dans un cadre partenarial fort entre la CAF et la CPAM.

Conseil

Réunion du 16 mars 2006

ORGANISATION DU RESEAU NOTE D'ORIENTATIONS 2006/2009

L'Assurance Maladie doit renforcer son efficience à la fois pour améliorer le service rendu à ses différents publics et pour optimiser la dépense de santé tout en contenant ses coûts de gestion. Elle doit mieux s'organiser pour s'adapter aux modifications de son environnement, notamment de la démographie, ainsi qu'aux attentes de ses publics.

L'atteinte de ces objectifs impose d'aménager progressivement les modes de fonctionnement des réseaux administratif et médical.

Il s'agit d'accroître l'efficacité des actions de gestion du risque sur l'ensemble du réseau et de mieux structurer et de mieux coordonner au sein du régime général nos actions de gestion du risque au niveau régional, sans oublier toutefois que les résultats de cette politique dépendront, au-delà de l'implication des réseaux, de la participation active des professionnels de santé et des assurés sociaux.

Il s'agit aussi de garantir un service plus homogène en harmonisant les processus, en confortant l'expertise et en développant la mutualisation des activités et la coopération entre les différentes structures de l'Assurance Maladie.

Tout l'enjeu, aujourd'hui, réside dans la capacité de l'Assurance Maladie à se mobiliser rapidement autour d'une organisation plus adaptée pour permettre la mise en oeuvre effective des orientations d'ores et déjà arrêtées pour la branche.

1. Le contexte et les enjeux de la nouvelle organisation des réseaux

L'organisation administrative de l'Assurance Maladie a longtemps été conçue et structurée autour d'une logique de production, dans un cadre territorial, aujourd'hui daté. A l'inverse, le service du contrôle médical est devenu un service national structuré par des échelons régionaux et locaux.

Certes, de réels efforts ont d'ores et déjà été engagés pour adapter nos activités aux attentes de nos publics et au déploiement de programmes de maîtrise médicalisée. Mais l'organisation même de l'Assurance Maladie est restée relativement figée au regard des évolutions sociodémographiques, des migrations de population ou encore du développement des nouvelles technologies et surtout de la priorité donnée à la gestion du risque qui implique notamment un dialogue avec les structures hospitalières.

Une véritable transformation progressive des modèles organisationnels et des modalités de coopération entre les réseaux et les organismes est aujourd'hui indispensable pour accompagner les objectifs stratégiques de la branche dans le domaine de la gestion du risque, de la relation client et de l'efficience.

11. D'une logique de production à une logique de gestion du risque

Le nombre de départs à la retraite sur la période 2006/2009 constitue à la fois une forte contrainte de gestion et une réelle opportunité pour adapter nos organisations aux grands enjeux de la branche et singulièrement à ceux de la maîtrise médicalisée.

Cette période de transition doit être l'occasion de redéployer des moyens et d'investir résolument dans le développement de nouveaux services dédiés et de la gestion du risque, qui remplissent une fonction à forte valeur ajoutée. L'Assurance Maladie gagne en crédibilité, enregistre des résultats en professionnalisant davantage les ressources consacrées aux actions de maîtrise médicalisée, tout en veillant à la qualité du service de base et à l'accompagnement de ses publics, en particulier ceux qui sont en situation de précarité.

Elle exercera d'autant mieux sa mission d'opérateur en gestion du risque qu'elle renforcera ses moyens affectés à ces missions. Des nouveaux métiers devront être développés pour mieux orienter l'assuré social dans le système de soins (prévention et information) et conforter l'accompagnement des assurés et des professionnels de santé en intégrant la complexité administrative. Des

compétences et des ressources nouvelles devront également être mobilisées tant dans les domaines de l'expertise médico-administrative, de l'analyse du système de soins que dans le suivi des dépenses de santé, le contrôle et la lutte contre la fraude.

Pour ce faire, il est nécessaire d'accroître les synergies entre les réseaux administratifs et le service médical. Les actions de gestion du risque nécessitent en effet de mettre en oeuvre des processus partagés entre les services médicaux et les services administratifs, tant au niveau national qu'aux niveaux régional et local. Cette démarche devra être confortée à travers des modalités de coopération appropriées, gage d'une plus grande efficacité dans la réalisation des actions de régulation des dépenses de santé.

I. Une organisation à rénover pour un service au plus près des attentes de ses publics

L'offre de service de l'Assurance Maladie est en pleine mutation, mais elle reste encore contrainte par des logiques territoriales.

Malgré des progrès notables, le service de base apparaît insuffisamment homogène sur l'ensemble du territoire. Selon les organismes, le niveau de performance obtenu demeure sensiblement différent et l'affectation des moyens humains en fonction des missions et des priorités reste encore très marquée par l'historique des recrutements.

Le maillage actuel du réseau d'accueil de proximité ne garantit pas, non plus, une égalité de traitement pour tous. Il en est de même pour l'accessibilité des services offerts ou la délivrance de services dédiés qui est très inégale selon les régions, faute de moyens également répartis et de coopération suffisante entre les organismes.

Par ailleurs, la multiplicité des structures existantes du régime général (16 CRAM, 128 CPAM, 16 DRSM) et leur périmètre d'intervention respectif conduit, dans certaines situations, à un fractionnement du service offert alors même que nos publics aspirent à un service plus global. Pour les populations en difficulté (invalides, assurés en réinsertion professionnelle, handicapés) en priorité, une nouvelle articulation de l'offre de service proposée s'avère indispensable. Une prise en charge plus réactive et mieux adaptée aux situations de chacun doit en particulier être privilégiée grâce à une coopération renforcée entre les différentes composantes de l'Assurance Maladie, au niveau le plus pertinent.

Enfin, la demande croissante de nos publics en faveur de la simplification des formalités, d'un service immédiatement disponible, invite à une nouvelle conception de nos processus et de nos organisations avec en particulier le développement de la dématérialisation et des télé services, pour lesquels

l'Assurance Maladie doit atteindre rapidement un niveau au moins équivalent à celui des autres branches de la sécurité sociale.

D'une manière générale, de nouveaux modes d'organisation et de coopération doivent être explorés, dans l'objectif de simplifier les parcours clients et de mieux satisfaire aux attentes de nos publics, tout en maîtrisant les coûts de gestion. Cette orientation pourra utilement s'appuyer sur les potentialités offertes par les nouvelles technologies pour enrichir le service rendu à l'instar de ce qui a été conduit pour les plates formes de services.

13. Des gains de productivité nécessaires pour préserver la pérennité d'une Assurance Maladie solidaire

Comme tous les grands services publics, l'Assurance Maladie va devoir faire face à des évolutions démographiques majeures, qui doivent être anticipées dès la période 2006-2009.

Dans un contexte de nécessaire rééquilibrage des dépenses et des recettes du régime général, l'Assurance Maladie doit aussi prendre en compte des contraintes budgétaires fortes tandis que les gisements de productivité, liés à l'industrialisation et à l'automatisation des processus d'acquisition des données ont été en très grande partie exploités avec 80% des flux de production dématérialisés.

Il convient en conséquence de favoriser l'affectation de ses ressources humaines sur les métiers de service et de gestion du risque, où la valeur ajoutée pour la collectivité est la plus importante, en bénéficiant au mieux des gains d'organisation sur l'ensemble des opérations.

A cet effet, l'Assurance Maladie doit poursuivre sa politique d'harmonisation des coûts de gestion. Sur ce point, des écarts sensibles subsistent, en matière de coût de gestion ou de productivité, les indicateurs variant dans un rapport de 1 à 2 entre les CPAM. Au cours de la période de la prochaine COG, de nouveaux efforts devront être faits pour réduire les disparités de coûts observées sur les principales activités et les fonctions supports en favorisant l'alignement sur les meilleures pratiques et ainsi dégager de nouvelles marges de manœuvre.

Le partage de bonnes pratiques au sein des réseaux et surtout une réelle convergence autour des procédures de traitement les plus efficaces constituent, de ce point de vue, une nécessité. Dans un contexte de forte judiciarisation, il apparaît tout autant indispensable de renforcer les capacités d'intervention et d'expertise de l'Assurance Maladie en favorisant l'émergence de pôles d'expertises au niveau régional ou national pour gérer les dossiers les plus techniques.

C'est pourquoi, il importe dorénavant de saisir les opportunités de mutualisation des activités métier et des fonctions supports susceptibles de procurer des économies d'échelle, tout en améliorant la qualité de service. A cet effet, la responsabilité de la qualité de service doit rester portée au plus près des publics. Il s'agit de veiller à conserver la réactivité et le sens de la responsabilité inhérents à l'existence d'une organisation fortement décentralisée.

Une inflexion progressive des modalités d'organisation des activités au sein de l'Assurance Maladie apparaît donc nécessaire pour améliorer la performance collective de l'Institution. Cette organisation, qui reste marquée par une très grande dispersion d'organismes distincts et de structures de tailles variées couvrant des populations d'assurés plus ou moins importantes, conduit parfois à multiplier certaines fonctions supports et d'expertises, parfois redondantes entre les services administratifs et les services médicaux (paie, logistique, documentation..).

L'industrialisation progressive du traitement des prestations en nature, conduite sous forme de projet partagé entre plusieurs caisses, pourrait également générer des gisements de productivité. Certaines évolutions ont déjà été partiellement engagées par les réseaux (Centres de traitement informatique, plateformes téléphoniques régionales, site régional de scannage des feuilles de soins...) selon des modalités et des degrés de coopération variés. Ces actions, tout comme le développement de la dématérialisation des flux, doivent être poursuivies.

2. DES ORIENTATIONS POUR UN RESEAU PLUS EFFICIENT

Pour conforter l'efficacité de notre action et garantir la continuité d'un service de qualité en tous points du territoire, il importe, en premier lieu, de favoriser le développement rationnel de la mutualisation des activités et de la coopération entre les organismes. Pour être réellement efficace, cette mutualisation nécessite la définition de zones d'actions géographiquement différenciées, au niveau le plus pertinent qu'il soit régional, inter régional, voire dans certains cas national. Elle doit s'exercer partout où elle apporte une plus value en fonction de la taille critique de l'activité concernée.

Par ailleurs, il y a lieu, simultanément, d'augmenter la capacité et l'efficacité d'intervention de l'Assurance Maladie comme opérateur en gestion du risque. Cela ne sera possible sans l'approfondissement des modalités de coopération et de pilotage entre les différentes composantes du régime général, sur la base de processus communs.

21. Pour un travail en réseau plus efficace

Plusieurs axes de travail sont à privilégier : coopérer de façon plus active et plus efficace entre organismes, revisiter l'ensemble des organisations à la lumière des objectifs et des contraintes.

Parmi les outils proposés, à adapter en fonction du contexte, la mutualisation consiste à organiser, au sein des réseaux, des partenariats forts sur le partage des bonnes pratiques, des moyens, le traitement en commun des activités, pour le compte d'une ou plusieurs structures et selon des modalités variées conduisant à une intégration plus ou moins forte d'activité en commun.

Cette évolution doit aujourd'hui être amplifiée et davantage formalisée pour améliorer nos coûts de gestion, adapter notre offre de service et en assurer la continuité mais aussi conforter notre expertise dans tous les domaines. Dans certaines situations circonscrites, le regroupement d'équipes de direction ou le rapprochement d'organismes pourrait également apporter une réponse adaptée au contexte local.

Enfin, la nouvelle organisation des réseaux pourrait être aussi une opportunité pour mettre en œuvre les recommandations qui seront faites par ailleurs en ce qui concerne la gestion du risque professionnel.

211. Adapter l'organisation de nos activités pour améliorer le service rendu

Nos publics attendent un service global et homogène de l'Assurance Maladie sur l'ensemble du territoire national, adapté à leurs besoins spécifiques avec, si possible, un nombre d'interlocuteurs restreint qui apporte des réponses précises à leurs préoccupations dans des délais les plus brefs.

Dans le même temps, l'Assurance Maladie doit maîtriser ses coûts de gestion afin d'optimiser l'utilisation des cotisations sociales et des impôts affectés aux dépenses de santé, car nos assurés souhaitent bénéficier du meilleur niveau de remboursement rendu possible par ces financements.

Ceci suppose toutefois que l'Assurance Maladie dispose des ressources, notamment humaines, susceptibles de favoriser une meilleure régulation des dépenses et notamment une adéquation accrue entre l'offre et les besoins de santé.

L'évolution de l'organisation de l'Assurance Maladie doit, pour satisfaire à ces objectifs, veiller en premier lieu à renforcer l'affectation de ses ressources humaines sur les missions liées aux services aux assurés et à la gestion du risque.

Elle doit par ailleurs accroître les gains d'échelle sur les fonctions mutualisables et, d'autre part, favoriser les niveaux de décision les plus décentralisés possibles dès lors qu'elle est en mesure de s'assurer du strict respect des orientations approuvées par la branche.

Le niveau national a d'ores et déjà la responsabilité de garantir l'homogénéité de la qualité de service, de définir la politique de gestion du risque et d'assurer le pilotage général et l'affectation harmonieuse des ressources entre les organismes. Des économies importantes doivent aussi être réalisées au niveau national, en particulier dans la conception des programmes de régulation, le service médical et l'informatique.

Le niveau local est en charge de la relation avec les assurés, de la qualité de service et de la mise en œuvre opérationnelle des programmes de gestion du risque maladie et professionnel.

Une plus grande convergence dans la structuration et le maillage du réseau d'accueil de proximité apparaît utile pour améliorer le service à l'utilisateur. Si elle s'adosse à un dispositif de péréquation des ressources, au sein de chaque région, cette politique doit permettre d'ajuster progressivement les effectifs dédiés à l'accueil, à l'évolution des flux de visiteurs constatés en tenant compte des impératifs d'aménagement du territoire et des évolutions sociodémographiques.

Afin de réaliser les gains d'échelle souhaitable, la mutualisation et la coopération inter organismes devront être développées. D'une manière plus générale, toutes les expériences de mutualisation entre les organismes seront encouragées dès lors qu'elles permettent de garantir la délivrance d'un service plus homogène sur le territoire (par exemple : application de référentiels communs de traitement pour les revenus de substitutions, les accidents de travail et les maladies professionnelles).

Niveau intermédiaire entre le national et le local, la région apparaît être un espace adapté à la mutualisation et la coordination des actions de gestion du risque, en particulier pour garantir la cohérence des expressions du régime général dans les différentes instances régionales et favoriser l'adaptation des programmes de gestion du risque à l'organisation particulière de l'offre de soins.

212. Saisir toutes les opportunités de mutualisation pour développer notre efficience

Grâce aux nouvelles technologies, des regroupements d'activités sont désormais possibles pour atteindre ou rétablir la taille critique, dans un souci d'amélioration de la qualité de service, de réduction des coûts de gestion et de diminution des écarts de performance entre les organismes.

C'est le cas, en particulier, pour la gestion des prestations en nature qui peut, le cas échéant, être organisée autour de sites exploités pour le compte de plusieurs caisses. Il ne s'agit toutefois plus de mutualiser un scanner de production mais de créer de véritables unités de production partagées.

De la même façon, le traitement d'activités spécifiques comme l'invalidité ou les rentes pourrait faire l'objet de regroupements selon les réalités et les difficultés observées en terme de moyens à mobiliser. Il importe, en effet, de rechercher une taille critique en fonction des besoins et des attentes de la population, au-delà des structures en place.

Le renforcement de la mutualisation dans le domaine de la gestion des plateformes téléphoniques apparaît également nécessaire tant pour développer et homogénéiser notre offre de service que pour améliorer nos coûts de gestion.

Les nouvelles technologies peuvent par ailleurs être utilement mises à profit pour enrichir l'offre, par exemple dans la mise à disposition rapide des décomptes dématérialisés, tout en diminuant globalement les dépenses inutiles.

La mutualisation concerne également les fonctions supports et en particulier la fonction achat au sein des deux réseaux. La globalisation des achats, par exemple, est un levier important pour réduire les coûts de gestion (atteinte de la taille critique, meilleure connaissance du marché, renforcement de la mise en concurrence). Cette orientation va être approfondie autour d'une structuration de la politique des achats définissant les responsabilités entre les niveaux national (par exemple ; l'affranchissement, l'informatique et la téléphonie...), régional et local (par exemple ; nettoyage, gardiennage...).

Pour d'autres fonctions supports comme la gestion de la paie, la comptabilité, la communication, la documentation, un regroupement des activités au niveau régional ou infra régional favorise également le professionnalisme et la bonne utilisation des ressources humaines et financières.

Sur un autre plan, le regroupement d'équipes de direction peut s'imposer pour donner de la cohérence à l'action dans des organismes très proches géographiquement. Il peut aussi permettre de faire face au manque de candidatures constaté pour certaines fonctions et dans certaines régions. Cependant, il ne s'agit pas d'ériger en règle le partage systématique de cadres dirigeants entre plusieurs caisses.

De même, des projets de rapprochement entre organismes pourront être accueillis favorablement par la CNAMTS, après avis motivé de la CARM, dans la mesure où ils apporteront une réponse originale et pertinente à une situation

locale ou régionale. La CNAMTS devra rechercher l'organisation cible la plus adaptée aux besoins des assurés et la plus soucieuse du devenir des personnels.

Ces opérations vont être précédées pendant la période qui s'ouvre de mi 2006 à mi 2007 par la définition, d'un cadre général des regroupements d'équipes de direction ou de rapprochement d'organismes. Ce dernier, élaboré en concertation avec les principaux acteurs du réseau administratif, devra déterminer les conditions nécessaires et les tailles pertinentes, compte tenu notamment de l'importance du département dans le maillage territorial et le déploiement du service à la population. Il précisera également les mesures générales et les procédures particulières de mise en œuvre de ce type d'opérations. Le Conseil de la CNAMTS complétera ces orientations dans ce domaine après examen de l'organisation cible.

213. Garantir et conforter nos champs d'expertises

L'évolution du volume d'activité, du marché de l'emploi ou encore des coûts de recrutement risque de rendre plus difficile, pour certains organismes, l'acquisition des compétences spécifiques.

C'est en particulier le cas pour les activités à forte technicité, par exemple liées à l'audit, les études et statistiques, le contrôle de gestion, la gestion de la trésorerie, la fonction contentieux et les recours contre tiers.

Cela peut aussi être le cas pour certaines fonctions de management, lorsque la taille des équipes trop réduite nécessite la mise en commun des expériences de façon à augmenter régulièrement leur niveau de professionnalisation.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie élaborera une liste des fonctions d'expertise pour lesquelles la mutualisation est souhaitée.

214. Optimiser la gestion opérationnelle du risque professionnel

Pour le risque professionnel, le périmètre de compétences entre les différentes entités de l'Assurance Maladie mériterait d'être examiné.

La gestion du risque professionnel regroupe, en effet, plusieurs acteurs de l'assurance maladie que sont, les CRAM, les DRSM et les CPAM. Cette segmentation des activités peut fragiliser le pilotage global de la gestion du risque professionnel et diminue l'accessibilité des services offerts aux employeurs.

L'organisation cible sera définie après une période probante de mise en œuvre du nouveau dispositif de la branche AT/MP.

Plusieurs pistes de réflexion seront envisagées concernant la gestion de la matérialité des accidents du travail et des maladies professionnelles et la définition d'un parcours simplifié pour les assurés et employeurs entre les divers organismes gestionnaires (CPAM-CRAM).

22. OPTIMISER L'ORGANISATION ET LE PILOTAGE DES PROGRAMMES DE REGULATION AU SEIN DU REGIME GENERAL

En 2006, l'Assurance Maladie poursuit et renforce son action ambitieuse de maîtrise médicalisée pour les soins de ville. Dans le même temps, les orientations nationales vont être déclinées dans le domaine hospitalier.

Ces enjeux nécessitent une plus grande réactivité des réseaux administratif et médical et une forte mobilisation des compétences du régime général autour des programmes d'actions prioritaires de la Branche.

La nouvelle organisation de la CNAMTS, arrêtée en 2005, a déjà permis de mieux fédérer les expertises administratives et médicales au niveau national pour donner davantage de cohérence et d'efficacité à l'action. L'efficacité de l'action en région peut être renforcée par l'émergence d'une véritable coordination des organismes administratifs et médicaux du régime général

221. Le directeur coordonnateur de la gestion du risque

Pour permettre cette efficacité accrue du régime général dans la gestion du risque, et pour donner un cadre aux actions destinées à renforcer l'efficacité des réseaux une fonction de coordination régionale est créée.

Le Directeur coordonnateur de la gestion du risque assure fonctionnellement, en liaison avec l'URCAM, une meilleure coordination des actions de gestion du risque du régime général de manière à garantir, à un niveau intermédiaire entre le niveau national et le niveau local:

- la mise en œuvre des programmes et la comparaison des résultats obtenus au niveau des assurés du régime général, au niveau administratif et médical, au sein de la région ;
- la mise en œuvre des politiques nationales en région (formation, outils de déploiement...);
- le développement des synergies entre les réseaux administratif et médical, notamment dans la mise en œuvre de la liquidation médico-administrative et des programmes de maîtrise médicalisée ;

- une déclinaison plus efficace et réactive, au sein du régime général, des priorités de l'Assurance Maladie dans les champs ambulatoire et hospitalier ;
- le pilotage des projets de mutualisation dans le champ de la gestion du risque.

Le coordonnateur exerce cette responsabilité, en sus de son rôle de directeur d'organisme ou de structure, dans le cadre d'une mission déléguée par la CNAMTS. Il supervise l'évolution des résultats de gestion du risque et propose éventuellement des mesures d'ajustements : plan d'action complémentaire, dispositif de soutien inter organismes.

Il rend compte régulièrement à la CNAMTS de l'évolution des résultats obtenus par le régime général.

Conformément aux dispositions de la loi du 13 août 2004, les fonctions de ce coordonnateur et celles de directeur d'URCAM ont vocation à être agrégées.

222. Les organes de concertation

Un comité de pilotage de la gestion du risque

Ce comité est composé des directeurs des organismes et du DRSM. Il est animé par le coordonnateur de la gestion du risque qui en assure le secrétariat. Ce comité a vocation à examiner toutes les actions du régime général dans le domaine de la gestion du risque ainsi que leurs modalités de mise en œuvre et l'évolution des résultats obtenus en région.

L'implication des Conseils

La création de nouvelles structures n'est pas envisagée. Cependant, il paraît indispensable de permettre au coordonnateur de connaître l'avis des conseillers.

A cette fin, il présentera annuellement devant le conseil de chaque caisse de sa région :

- les projets de déclinaison régionale des actions de gestion du risque du régime général,
- les résultats obtenus au cours de l'année.

3 Le dispositif de mise en œuvre

L'évolution de nos organisations ne saurait aboutir sans une étroite implication de ses cadres dirigeants et de l'ensemble de son personnel.

A court terme, ils seront associés autant à la construction des dispositifs de coopération qu'à la définition de ses conditions de mise en œuvre. A moyen

terme, les personnels seront accompagnés dans le cadre de l'évolution de leurs métiers.

Cette évolution exigera également un dispositif de supervision et d'accompagnement national adapté au contexte et aux besoins des organismes.

31. Une démarche partenariale pour préciser un schéma cible d'organisation des réseaux.

311. Les principes directeurs

Le parti pris est d'associer les réseaux dans la définition des étapes et des modalités de mise en œuvre des orientations. A cette fin, plusieurs groupes de travail seront constitués et concourront à la définition :

- I. des champs prioritaires de mutualisation (thèmes, périmètre, taille critique)
- II. des modalités de contractualisation entre les entités des réseaux
- III. des cahiers des charges type de la mutualisation
- IV. des scénarios de déploiement et les prés requis nécessaires
- V. des conditions générales de mise en œuvre ; conditions techniques avec l'évolution des outils informatiques, l'interopérabilité des systèmes ; conditions juridiques notamment les délégations confiées à des agents d'autres organismes, règle de la prise de décision à la majorité simple.

Une fois arrêtés, ces principes seront soumis pour information au Conseil de la CNAMTS.

312. Les principes opérationnels

Au delà, les réseaux seront impliqués avant la mise en œuvre opérationnelle de la démarche. Les organismes de chaque région réaliseront, avec le concours de la CNAMTS, un diagnostic préalable local et régional.

Ce dernier devra :

- VI. établir une cartographie des points forts et perfectibles de chaque organisme et structure, au sein de la région, au regard des objectifs de la branche dans les domaines de la gestion du risque, du service, du risque professionnel et des moyens,
- VII. identifier les écarts de performance de la caisse comparés à ceux constatés au niveau régional et national sur le service mais aussi sur les principales activités métiers et les fonctions supports,
- VIII. explorer toutes les opportunités offertes par la mutualisation pour résoudre les difficultés identifiées et améliorer l'efficacité de l'organisme,

- IX. concevoir un plan d'actions de mutualisation (sur la période de la COG), viable sur le plan économique et garantissant une amélioration significative des résultats de la structure.

Ce diagnostic et les propositions d'actions en résultant, devront également intégrer les champs prioritaires de mutualisation et les seuils de taille critique spécifiés par la caisse nationale.

C'est à partir de cette observation que les initiatives proposées seront validées par la CNAMTS.

Un point régulier sur l'avancement de ces travaux sera effectué en CARM.

32. Le dispositif ressources humaines

321. Dissiper les craintes injustifiées

La mise en œuvre de cette nouvelle organisation du réseau s'étalera sur toute la période de la COG 2006-2009. Elle s'effectuera évidemment, en fonction des opérations de mutualisation, sans licenciement par le simple redéploiement des entrées qui suivront une partie des départs en retraite. Les règles de mobilité géographique actuelles seront conservées.

La CNAMTS doit piloter l'accompagnement des personnels qui peuvent à juste titre manifester une certaine appréhension face à des changements d'environnement professionnel. Le dispositif qui va être mis en œuvre doit permettre :

- une compréhension par le personnel des objectifs poursuivis grâce à une communication adaptée et régulière,
- un accompagnement individuel et collectif des changements par la formation.

Pour ce faire, la CNAMTS doit travailler avec l'UCANSS, les fédérations syndicales, et les organismes. Parallèlement, elle intégrera dans son futur schéma directeur des ressources humaines les nécessaires mesures de formation et de professionnalisation des nouveaux emplois.

322. Privilégier le dialogue social

Négocier des garanties collectives au sein de l'UCANSS

La CNAMTS a saisi le Président du COMEX pour que s'engage dans les délais les plus courts une négociation sur les garanties conventionnelles et sur le maintien de l'emploi dans l'Institution pouvant être apportées aux salariés dans le cadre de la réorganisation des réseaux. La CNAMTS contribue à la

bonne fin de cette négociation qui est une des clés de l'adhésion des personnels aux projets envisagés.

Conduire un dialogue social régulier avec les fédérations syndicales

La CNAMTS consultera les fédérations syndicales dans le cadre de l'Instance Nationale de Concertation sur les évolutions du réseau. Elle fera périodiquement le point sur la mise en œuvre des démarches engagées au sein des réseaux dans le cadre d'un groupe de travail ad hoc.

X. Développer les compétences et la formation des personnels

La CNAMTS proposera aux réseaux une démarche et des outils pour permettre localement l'accompagnement individuel et collectif de l'évolution des compétences des personnels liée à des projets de coopération et de réorganisation.

L'accompagnement collectif des personnels sera piloté et suivi par la CNAMTS en lien avec des correspondants ressources humaines qui devront relayer au niveau régional ou local les dispositifs mis en œuvre mais aussi faire remonter les éléments d'information utiles au pilotage .

Des programmes de formation devront être proposés aux organismes pour favoriser soit la professionnalisation, soit la réorientation professionnelle sur la base de besoins identifiés et validés au niveau national.

XI. La mise en œuvre opérationnelle des opérations

La mise en œuvre de la démarche devra pouvoir être rapidement rendue opérationnelle, en l'absence d'intégration de structure nouvelle.

Il faut dès le deuxième trimestre mobiliser des groupes de travail pour définir cadre et champs des actions de mutualisation et de coopération.

Après une phase de validation par la caisse nationale des travaux menés avec les réseaux, les pilotes seront désignés par les organismes, avant la fin du premier semestre, pour les opérations de mutualisation. Dans le même sens, les lettres de mission seront adressées par la CNAMTS aux directeurs coordonnateurs de la gestion du risque. Le respect de ce calendrier prévisionnel devrait autoriser une première application concrète des orientations, dès le 3^{ème} trimestre 2006.

*

*

*

Ces orientations privilégient une démarche pragmatique prenant en compte les réalités des réseaux et les différentes étapes qu'il faudra franchir, pour réussir collectivement un nouveau saut de performance et d'efficacité.

Cette approche graduelle qui conduit l'ensemble des acteurs à fédérer leurs efforts sur les grands objectifs de la branche, devrait progressivement conforter les contours des différents niveaux de pilotage et de coopération :

- XII. un niveau national qui initie les principaux plans d'actions, pilote les deux réseaux, et offre une taille critique pertinente pour la gestion d'activités spécifiques
- XIII. un niveau régional de coordination, d'expertise et de mutualisation sur les moyens pour mieux répondre aux enjeux de l'Assurance Maladie
- XIV. un niveau local qui met en œuvre les opérations de maîtrise médicalisée vers les offreurs de soins et les assurés et garantit un service de proximité, au plus près des besoins des assurés, des professionnels de santé, des établissements et des employeurs.

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE



Le 7 février 2006

La Présidente du Conseil d'administration
de la Caisse Nationale d'Assurance
Vieillesse

Le Directeur de la Caisse Nationale
d'Assurance Vieillesse

à

Monsieur le Président de la Commission
des Affaires Culturelles familiales et sociales
de l'Assemblée Nationale

Monsieur le Président de la Mission
d'évaluation et de contrôle des lois de
financement de la sécurité sociale

Madame la Présidente de la Mission
d'évaluation et de contrôle des lois de
financement de la Sécurité sociale

Monsieur le Rapporteur de la Mission
d'évaluation et de contrôle des lois de
financement de la Sécurité sociale

122 – DK/PH/AF/MR

**Objet : Rapport de la MECSS sur l'organisation et le coût de gestion des
branches de la sécurité sociale.**

C'est avec beaucoup d'intérêt que nous avons pris connaissance du rapport
d'information sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité
sociale.

Notre organisme partage de nombreuses analyses contenues dans ce rapport et
a d'ailleurs intégré dans la convention d'objectifs et de gestion 2005-2008 conclue
avec l'Etat en mai 2005, un certain nombre de propositions qui y figurent.

Cnav

110, Avenue de Flandre – 75951 Paris cedex 19
Tél. 01 55 45 50 00 – Fax. 01 55 45 51 99
www.retraite.cnnav.fr

1. Généraliser la comptabilité analytique afin de définir des indicateurs d'efficience fiables.

La CNAV dispose d'une comptabilité analytique depuis 1983 ; celle-ci a été modernisée en 1996. Elle est basée sur l'analyse des processus (méthode ABC).

Elle dispose également d'un indicateur synthétique de productivité permettant de calibrer les moyens de gestion des Caisses au regard de leurs charges.

Elle a, en outre, créé au début de l'année 2006, un observatoire des coûts de la branche retraite. Cette nouvelle structure à laquelle participent la direction de la sécurité sociale et la direction du budget est présidée par un magistrat à la cour des comptes.

Cet observatoire a, notamment, pour objectif, d'appréhender les économies de gestion potentielles, de mesurer les gains de productivité et de déterminer les indicateurs d'efficience.

Enfin, la CNAV co-anime avec la Direction de la sécurité sociale un groupe de travail dénommé « benchmarking » ayant notamment pour objectif de définir des indicateurs communs aux diverses branches et régimes de la sécurité sociale.

2. Revoir le mécanisme de formatage des budgets pluriannuels dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion.

Comme l'indique le rapport, les crédits de fonctionnement de la COG 2005-2008 de la branche retraite ont été calculés sur la base de la moyenne d'exécution de la COG 2001-2004.

3. Partager plus largement les fonctions support et certains éléments de gestion du risque, au sein des branches et entre les branches.

4. Adopter une démarche entrepreneuriale en matière de gestion des achats.

La mutualisation et la rationalisation des dépenses font partie des objectifs prioritaires de la COG 2005-2008.

Celle-ci prévoit notamment la création de 4 centres informatiques mutualisés (un centre « données sociales » commun avec la branche accidents du travail, deux centres « retraite » et un centre « logistique, comptabilité, budget, Ressources humaines »).

Les marchés informatiques ainsi que les services bancaires relatifs au paiement des retraites font l'objet d'une gestion au niveau national et notre organisme a, récemment, lancé un appel d'offres national concernant la téléphonie.

Dans le cadre de la mutualisation interbranche, la CNAV est chef de projet pour la création d'un portail à destination des entreprises pour les marchés publics commun à onze organismes de la protection sociale.

La convention d'objectifs et de gestion a prévu l'analyse systématique des principales activités supports afin de déterminer :

- les tâches qui pourraient être allégées, voire supprimées,
- celles qui seraient susceptibles d'être mutualisées
- celles qui devraient être automatisées.

Cette analyse sera complétée par des études comparatives avec d'autres organismes dans le cadre des travaux du groupe benchmarking ou d'autres entreprises.

Elle permettra, en outre, de faire connaître les bonnes pratiques, ainsi que de déterminer les indicateurs pertinents.

5. Au sein des réseaux vieillesse, famille et recouvrement, attribuer des pouvoirs de gestion accrus à un directeur général.

Les rapports entre la CNAV et les CRAM ont été organisés par les ordonnances de 1967 sur une base transitoire.

« A titre transitoire et jusqu'à l'intervention des arrêtés prévus à l'article R 215.3, les caisses régionales d'assurance maladie autres que celles de Strasbourg et Paris exercent sous le contrôle technique de la caisse nationale d'assurance vieillesse, les attributions précédemment assumées par les caisses régionales d'assurance maladie ».

Les arrêtés ainsi prévus n'ayant jamais été pris ce régime transitoire perdure.

En conséquence, il nous apparaît que tout renforcement du rôle du directeur de la CNAV sur le réseau des caisses régionales suppose une réflexion préalable commune avec la CNAM sur la place des caisses régionales dans les réseaux des deux branches.

Cette réflexion devra en particulier intégrer le rôle qu'entend leur faire jouer la CNAM en matière de régulation des dépenses de santé et de gestion des accidents du travail dans le cadre de la reconfiguration du réseau de l'assurance maladie.

Par ailleurs, la proposition visant à ce que les Directeurs de Caisse nationale disposent de la compétence de nomination de directeurs et agents comptables des organismes locaux, à l'instar de la CNAMTS, nécessite une réflexion plus approfondie.

Comme l'a rappelé la mission elle-même dans son rapport, les dispositions nouvelles intéressant la nomination des directeurs pour la branche maladie n'est qu'un des éléments et des conséquences de la réforme de la gouvernance dans cette branche. Aussi, la CNAV considère-t-elle que ce sujet des pouvoirs de nomination ne peut être traité de manière isolée et ne concerne pas la branche retraite en l'état actuel

6. Généraliser la procédure de certification des organismes.

Si la CNAV partage l'objectif d'amélioration de la qualité de service aux assurés et aux entreprises, elle considère que la certification n'est qu'un moyen parmi d'autres d'atteindre ce résultat.

Dans le cadre de la COG 2005-2008, elle a, notamment, prévu une démarche « qualité » s'appuyant sur des engagements de services en cohérence avec la charte Marianne.

Elle s'interroge, par ailleurs, sur le retour sur investissement que générerait un projet aussi lourd que la certification, alors même que les taux de satisfaction des assurés mesurés par un organisme indépendant sont supérieurs à 95 % au niveau de la branche.

7. Décentraliser davantage au niveau des branches la gestion des ressources humaines et la négociation de la convention collective.

Bien que cette proposition présente un intérêt certain, sa mise en œuvre se heurte à des difficultés juridiques dans la mesure où les accords signés par l'UCANSS sont considérés comme des accords de branche.

En outre, les partenaires sociaux représentant les salariés du régime général sont très attachés à l'unité de la convention collective de l'UCANSS ce qui limite les marges d'actions.

8. Introduire plus de mobilité géographique et professionnelle dans la carrière des agents.

La CNAV est favorable à cette proposition qui a d'ailleurs fait l'objet de mises en œuvre concrètes dans plusieurs organismes de la branche.

Des clauses de mobilité régionale ont ainsi été intégrées dans les contrats de travail des agents récemment recrutés et travaillant dans les agences de proximité.

9. Accroître le suivi par les tutelles des plans d'investissement informatique.

La CNAV n'a aucune objection de principe sur cette proposition.

10. Développer les services en ligne aux assurés.

Le développement des services en ligne fait partie des priorités de la COG de la branche retraite.

D'ores et déjà, les assurés de plus de 54 ans ont accès à leur carrière individuelle et peuvent procéder à des simulations du montant de la pension.

Au début de l'année 2006, 1.565.000 assurés étaient inscrits au service sécurisé CNAV.retraite.fr

Depuis décembre 2005, les internautes ont la possibilité de déposer leur demande de retraite en ligne et de consulter l'état d'avancement de leur dossier.

Au début de l'année 2006, ils pourront procéder à des régularisations de carrière en ligne et une base questions/réponses sur les thèmes les plus courants sera proposée aux internautes.

Enfin d'autres services, tels les changements d'adresse ou de coordonnées bancaires ou les déclarations de ressources seront progressivement mis en ligne.

11. Développer l'interopérabilité des équipements informatiques, au sein des branches et en inter branche.

16. Rendre parfaitement interopérables les différents réseaux informatiques des branches.

La CNAV mène actuellement à la demande de la direction de la sécurité sociale, une étude relative à l'interopérabilité des systèmes avec la CNAM et la MSA.

Cette étude porte sur les aspects suivants :

1. analyse des besoins d'échanges de données entre organismes, et des actions nécessaires pour les mettre en œuvre dans le respect de la loi informatique et libertés, avec une hiérarchisation des priorités et un calendrier prévisionnel de mise en œuvre ; les avantages attendus de cette interopérabilité devront être

particulièrement soulignés (productivité, contrôle, simplifications pour les usagers, ...)

2. élaboration d'un standard commun de propagation des droits d'accès et des habilitations entre les organismes.

La généralisation des procédures dématérialisées rend en effet nécessaire l'accès réciproque des techniciens des institutions aux offres de services des autres régimes, ceci dans le but de garantir la qualité, les délais et la simplification pour l'utilisateur.

De tels échanges croisés nécessitent la sécurisation des accès en fonction de profils métiers et d'habilitations précises des droits autorisés.

La mise en œuvre de procédures d'interopérabilité s'appuiera sur l'annuaire de chaque organisme de protection sociale pour donner des droits d'accès dans les autres institutions.

Les institutions qui offrent l'accès à leurs services administreront les habilitations et les services associés, chaque accès étant identifié grâce à un « jeton » qui véhiculera le profil de la personne.

12. Réduire le nombre d'organismes de la sécurité sociale dotés de conseils sans nuire à la proximité, en visant la création d'un échelon départemental ou régional.

Le réseau de la branche retraite qui ne comprend que 16 organismes en métropole dont 15 exercent également des missions relatives à l'assurance maladie et aux accidents du travail ne nous paraît pas justifier la fusion de caisses.

Par contre, l'architecture du système de retraite en France qui comporte 38 régimes fonctionnant avec des règles différentes, mériterait d'être simplifiée.

15. Simplifier les dispositifs législatifs et réglementaires.

La CNAV ne peut que partager cet objectif en soulignant la complexité générée par la pluralité des régimes de retraite.

Pour les assurés qui ont été affiliés à plusieurs régimes de retraite, la réforme du 21 août 2003 a introduit quasiment systématiquement dans tous les dispositifs :

- Pour ouvrir les droits, l'obligation de disposer de la totalité de la carrière
Exemples : retraites anticipées carrière longue et adultes handicapés, trimestres de surcote acquis dans tous les régimes, ...

- Pour calculer les droits, la nécessité de proratiser la carrière en fonction de la durée d'assurance dans le régime général sur la durée d'assurance totale tous régimes :
Exemples : calcul du minimum contributif, droit propre et droit dérivé, majoration de durée d'assurance des assurés âgés de + de 65 ans, salaire annuel moyen de certains polypensionnés.

Compte tenu du nombre très élevé de régimes de base « actifs », ces dispositions ont introduit une complexité de gestion accrue, en termes d'informations à recueillir et d'échanges, ceci à différents niveaux.

Les échanges informatisés des carrières ne sont pas effectifs avec tous les régimes, certains « petits » régimes n'ayant pas eu de besoins à cet égard et n'ayant pas un mode de gestion qui le permette.

Il y a, encore actuellement, avec les régimes spéciaux et ceux de la fonction publique, de grandes difficultés à faire coïncider les notions différentes gérées par ces régimes avec celles du régime général (annuités, bonifications d'une part, trimestres d'autre part).

Par ailleurs, lorsque le régime général n'est pas le dernier régime de l'assuré, des liaisons sous forme d'imprimé sont nécessaires pour obtenir les validations des périodes les plus récentes (jusqu'à la date d'effet de la pension) afin de disposer de la totalité de la carrière, même si des échanges carrière informatiques ont eu lieu en amont.

Il faut noter que selon les études récentes, plus de 90 % des actifs ont été affiliés au régime général dans leur carrière, de telle sorte que le régime général est confronté massivement à ces obligations d'échanges.

Il est bien évident qu'un nombre de régimes de base plus restreint diminuerait ces aspects de complexité, de délai et donc de coût.

- 17. Rassembler au sein d'agences régionales de la sécurité sociale tous les organismes dotés de conseils situés dans chaque région, sans mettre en cause la proximité avec les assurés grâce au maintien d'antennes locales.**
- 18. Organiser l'élection des membres des conseils d'administration de ces agences régionales.**
- 20. Accroître le caractère multibranche des antennes de proximité pour aboutir à de véritables « guichets uniques »**

La CNAV est très réservée sur l'intérêt de la création d'un échelon fort de gestion de la sécurité sociale au niveau régional.

En effet, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, les synergies avec les autres branches de la sécurité sociale sont limitées. Cela est imputable au fait que les contacts des assurés avec les caisses de retraite sont concentrés sur

une courte période de leur vie et se limitent à quelques visites au moment du passage de la vie active à la retraite.

Dans ces conditions, il lui apparaît préférable dans le souci de faciliter les démarches des assurés de créer des structures de proximité communes aux divers régimes de retraite de base ou complémentaires.



Enfin, nous souhaitons vous faire part de quelques remarques sur certains développements figurant dans le rapport.

Page 18 - I) :

La politique d'action sociale de la branche retraite et sa mise en oeuvre ne relèvent pas du service social régional mais des services d'action sociale retraite des caisses régionales et générales qui sont rattachés au budget de gestion administrative vieillesse.

Le service social régional qui relève de la responsabilité de la CNAM, réalise toutefois des actions relatives à la prévention du vieillissement au profit de la branche retraite dans le cadre d'orientations communes fixées par la CNAM et la CNAV.

Pages 27 et 28 :

Le rapport indique que « les gains attendus du projet de mutualisation (des moyens informatiques) de 30 % ne sera atteint qu'en 2012. Cela semble excessivement long ».

La CNAV estime utile de préciser à ce titre que la création des centres mutualisés sera effective avant la fin de la présente COG.

Toutefois, les économies qui en dériveront, émaneront principalement d'une rationalisation des effectifs. Or, sauf à envisager des licenciements économiques, les gains de productivité ne pourront être totalement récupérés que lorsque les personnels en « surnombre temporaire » du fait des opérations de mutualisation partiront à la retraite ce qui, compte tenu de la pyramide des âges, ne sera totalement réalisé qu'à la fin 2012. Ce phasage devrait permettre d'éviter tout mouvement social au sein du réseau de la branche retraite dans un secteur d'activité qui est vital pour le bon fonctionnement de l'ensemble des organismes et pour le versement en temps voulu des prestations aux assurés.

Il est à noter cependant qu'au cours de la période 2005-2008, une première étape en terme de réduction des coûts sera réalisée puisque le nombre d'informaticiens sera réduit de 150, soit environ 15 % du nombre total des informaticiens.

Page 36 :

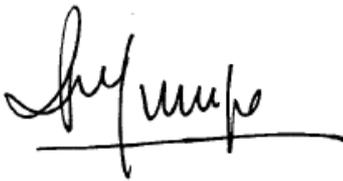
« S'agissant des dernières COG de la branche vieillesse et famille, on ne peut que regretter l'absence dans le corps même des COG d'engagements chiffrés sur la réduction des écarts de coûts entre les caisses »

Afin d'alléger le contenu des COG, la CNAV fait observer qu'il a été décidé de renvoyer en annexe à la fois le niveau des crédits adoptés et l'ensemble des indicateurs de résultat.

Ainsi, en ce qui concerne les écarts de coût entre organismes, la COG prévoit de ramener l'écart type par rapport à la moyenne de 0,48 en 2005 à 0,36 en 2008.

Telles sont les principales analyses et précisions, que nous sommes en mesure de porter à votre connaissance, tout en restant à votre disposition pour tout complément que vous pourriez souhaiter de notre part.

Le Directeur,



Patrick HERMANGE

La Présidente,



Danièle KARNIEWICZ

Copie : Mme Paulette GUINCHARD - M. Pierre MORANGE - M. Jean-Pierre DOOR

*Caisse nationale
des allocations familiales*

Le 26 janvier 2006

La Présidente

**Madame la Présidente
Messieurs les Présidents
Monsieur le Rapporteur
Mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité
sociale
233, bd Saint Germain
75007 PARIS**

Madame la Présidente,
Messieurs les Présidents,
Monsieur le Rapporteur,



32 avenue de la Sibelle
75685 Paris cedex 14

Tél. : 01 45 65 52 52
Fax : 01 45 65 57 24

Par courrier en date du 24 novembre 2005, vous m'avez adressé le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

Je vous en remercie et j'en ai pris connaissance avec un grand intérêt.

Je vous transmets mon appréciation sur les sujets abordés par la mission dans une lettre dont le contenu est identique à celui que vous adresse parallèlement le directeur de la Caisse nationale. Seul diffère dans ces courriers le dernier paragraphe relatif à la gouvernance pour laquelle vous comprendrez que s'exprime une légitime différence de position.

Je souhaite appeler votre attention sur le fait que nombre de souhaits et propositions formulés constituent déjà la réalité du fonctionnement de la branche famille et que d'autres font partie des engagements pris par la branche famille dans la Convention d'objectifs et de gestion (Cog) 2005-2008 signée par la Caisse nationale des allocations familiales au nom de la branche famille avec l'Etat, le 2 août 2005.

Je pense d'ailleurs que la démarche contractuelle sur des objectifs clairement formulés, tant entre la Caisse nationale et l'Etat, qu'entre la Caisse nationale et les caisses locales, constitue plus que jamais un instrument efficace de progrès et a contribué de manière décisive, depuis une dizaine d'années, à l'amélioration de notre qualité de service et à l'optimisation continue de nos moyens, dans le cadre d'une contrainte financière rigoureuse.

Ainsi, le développement du service en ligne aux allocataires est, depuis plusieurs années, un des axes forts du développement du système d'information de la branche famille. Son extension est d'ailleurs programmée dans le cadre de l'actuelle Cog.

D'ores et déjà, plusieurs services en ligne sont offerts aux allocataires et partenaires des Caf, comme la déclaration des ressources annuelles (« DR Web » qui a été utilisé en 2004 par plus de 800 000 allocataires), la demande d'allocation de logement étudiant depuis cinq ans, le téléchargement de l'ensemble des formulaires de demande d'allocations, la simulation de droits, la consultation de son compte et de l'état du traitement de son dossier pour l'ensemble des allocataires, la prise en compte des informations communiquées par courriels ou par téléphone dans le cadre du principe de co-production avec les allocataires ou partenaires, la déclaration unique de changement d'adresse mise en œuvre dans le cadre de l'ADAE et dont la branche famille est l'un des promoteurs.

Le développement de télé procédures et de Web services permettra d'élargir la gamme des services offerts en ligne aux usagers et partenaires des Caf (télé procédure @Irmi, changement de situation, traitement automatique des courriels, extension de la demande d'allocation logement à l'ensemble des allocataires, ...).

Un rapide survol de la Cog 2005-2008 confirme que la branche va s'engager dans la voie décrite par votre mission

En matière d'offre de service, la Cnaf s'engage à mettre en place un identifiant national unique et un répertoire des allocataires permettant, outre une amélioration des opérations de contrôle, une information des allocataires sur leur dossier en tous points du territoire (article 18.4 de la Cog).

Elle s'engage également à mieux mesurer les coûts des services rendus, en définissant des indicateurs de mesure de la performance économique et des retours sur investissement (articles 20 à 22 de la Cog), à mettre en place un observatoire à cette fin (article 23 de la Cog) et à rechercher des économies d'échelles par la mutualisation de certaines activités (article 24 de la Cog) qui est un projet prioritaire pour la branche.

La Cnaf s'engage aussi dans une politique nationale de ressources humaines plus active et plus harmonisée qui valorise la reconnaissance de la performance dans le système de rémunération et encourage la mobilité des directeurs de Caf (article 26 de la Cog). Au-delà de cette orientation, le protocole d'accord du 30 novembre 2004 permet une évaluation plus efficace et plus personnalisée des agents des caisses.

Je partage aussi, avec la mission, le constat qu'il nous faut significativement améliorer, notamment en matière d'action sociale, les indicateurs physico-financiers permettant de mieux mesurer l'impact des actions menées avec nos partenaires et de mieux en maîtriser les évolutions. Cet objectif constitue une des priorités de la branche.

J'ai bien pris note également de votre remarque – qui rejoint aussi ma préoccupation – selon laquelle l'élaboration des lois et des textes réglementaires doit prendre en compte les conditions de gestion et fixer des délais raisonnables de mise en application. Force est cependant de constater, notamment à la lumière de la publication en 2005 de lois et de décrets dans des champs nécessitant une adaptation des systèmes d'information de la branche, que la mise en œuvre de ces principes, inscrits eux aussi dans la Cog 2005-2008, reste à construire.

En revanche, je dois vous faire part de mes fortes réserves sur le volet institutionnel de votre rapport. Je souhaite tout particulièrement appeler votre attention, non seulement sur les difficultés de mise en œuvre, mais sur la faisabilité même du scénario que vous envisagez, consistant à un regroupement général au niveau régional de l'ensemble des caisses des différentes branches, au motif de réduire les coûts de gestion d'un réseau d'organismes de base jugé « *pléthorique* ».

Si je partage avec vous l'idée qu'une mutualisation, chaque fois que cela est possible, des dépenses de fonctionnement des organismes est un élément d'optimisation de la gestion, il ne faut pas y voir, en soi, la réponse décisive à un objectif de rationalisation. En réalité, la perspective consistant à regrouper l'ensemble des risques ne paraît pas réalisable à court ou moyen terme, au moins dans le contexte actuel de la réglementation : elle peut même être très déstabilisante et de nature à remettre en cause les acquis en termes de qualité de service et d'optimisation de la gestion déjà engagés dans les Cog des différentes branches.

Ainsi, du point de vue de la relation de service, la vision théoriquement séduisante d'un interlocuteur et d'un guichet uniques pour l'utilisateur se heurtera à coup sûr à de fortes difficultés opérationnelles. En réalité, les métiers, les systèmes d'information, les logiques de fonctionnement propres à chaque risque sont très différents et il sera bien difficile d'éviter une juxtaposition de l'offre et des organisations.

Du point de vue de la gestion du risque, une caisse régionale, centre de décision et d'organisation, nous ferait perdre les avantages de la proximité – qui n'est pas limitée à l'accueil – notamment pour les politiques d'action sociale qui ne peuvent être gérées dans de bonnes conditions sans une forte complémentarité avec le partenariat local et en particulier le Conseil général.

De ce point de vue d'ailleurs, l'option de la fusion des organismes au niveau régional me paraît difficilement compatible avec le postulat manifesté page 48 du rapport que « *la branche famille doit conserver des liens forts avec les départements en raison des compétences de ce dernier en matière d'action sociale.* »

Du point de vue des coûts de gestion, une caisse régionale regroupant un grand nombre de salariés - même dans un cadre déconcentré - ne permettra pas d'optimiser la gestion des ressources humaines. Aussi, l'on peut aisément prévoir que les gains de productivité liés à la taille seraient très largement annulés par les difficultés de faire coexister des métiers et des logiques institutionnelles trop dissemblables, aujourd'hui mobilisables par des objectifs qui leur sont spécifiques. C'est principalement cette considération qui a conduit la branche à décentraliser, il y a quelques années, la caisse régionale de la région parisienne. Ceci ne signifie pas pour autant qu'il ne soit pas nécessaire d'engager, chaque fois que c'est possible, une démarche d'optimisation de la gestion vers un niveau optimal de gestion. C'est pourquoi, en matière de rationalisation du réseau de la branche famille, le regroupement de certaines caisses infra-départementales est clairement envisagé : les caisses concernées doivent instaurer une instance de concertation et de coordination départementale pour développer un positionnement commun (article 25 de la Cog).

Enfin, un système d'information permettant une gestion articulée autour de tous les risques couverts par le régime général, outre les risques de désorganisation des systèmes d'information de chacune des branches pour les missions très spécifiques qu'elles assurent (recouvrement, calcul et versement des pensions civiles, calcul et versement des prestations familiales ou d'insertion en lien avec les Conseils généraux, versement des prestations maladies et gestion de dispositifs spécifiques de rémunération des professionnels de santé), nécessiterait des investissements très lourds dont la rentabilité n'est pas, a priori, démontrée.

Là encore, il paraît préférable - car plus efficace - de s'engager vers des dispositifs plus opérationnels de coopération renforcée entre les systèmes d'information des branches, orientation déjà largement engagée par les différentes branches. Les annexes jointes en détaillent les modalités de mise en œuvre, qu'il s'agisse de la mutualisation interbranches de certains applicatifs de gestion (comme l'applicatif de gestion du personnel Grh adopté par la branche recouvrement) ou de l'inter opérabilité des équipements informatiques. Même si la coopération interbranche peut encore être développée, il me paraît donc très excessif de considérer que « *la mutualisation des moyens entre les branches reste en friche* ».

La coopération interbranches a également trouvé à s'exercer dans le champ nouveau de la préparation du passage des branches du régime général à la certification des comptes.

Cette disposition, introduite dans la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, et précisée par divers textes légaux et réglementaires, a été préparée au cours des années 2004 et 2005 dans le cadre du Haut conseil interministériel des organismes de sécurité sociale, instance dont sont membres de droit les directeurs et agents comptables des trois Caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Ces derniers ont été tout particulièrement impliqués dans la préparation des textes d'application concernant les modalités de validation des comptes locaux par les Caisses nationales et la création d'un référentiel commun de certification. L'élaboration du guide d'audit comptable a également été conduite en étroite coopération.

Pour ce qui est de la gouvernance, je tiens également à marquer un désaccord avec vos propositions. L'enjeu me semble moins d'organiser une attitude malthusienne fondée sur la difficulté à trouver des candidats aux fonctions d'administrateur dans les caisses que de redonner un attrait à ces fonctions en respectant les pouvoirs des conseils d'administration. En ce sens, le maintien de la désignation des directeurs par les conseils d'administration concourt davantage à l'objectif que vous recherchez, que la concentration d'organismes aux missions très diverses et aux préoccupations différentes. Globalement, la transposition de la nouvelle gouvernance de la branche maladie à la famille serait préjudiciable à la vitalité de l'action de nos organismes. Et il reste à démontrer que cette évolution a été bénéfique pour le fonctionnement des Caisses primaires d'assurance maladie. Rétablir le paritarisme par une présence effective de tous les représentants des employeurs est une réponse plus certaine au défi d'une gouvernance qui implique la société civile.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, Messieurs les Présidents, Monsieur le Rapporteur, l'expression de mes salutations distinguées.



Nicole Prud'homme

ANNEXE 1 : Les échanges de données informatisés institutionnels (interbranche)

Depuis la fin des années 1980, la branche famille s'est engagée, dans le développement d'échanges de données informatisées (EDI) avec de nombreux partenaires institutionnels. Ces EDI répondent certes à des objectifs de contrôle mais ils ont également pour vocation de favoriser l'accès aux droits et la prise en charge globale des familles.

C'est particulièrement vrai s'agissant des droits sociaux et notamment ceux relevant des différentes branches de la sécurité sociale. La proximité institutionnelle avec les acteurs assurant la gestion des différents risques nous a permis de mettre en œuvre et de développer, au fil du temps, un réseau dense de relations automatisées.

Le descriptif ci-après en témoigne :

La branche vieillesse

Recherche et certification des NIR : Il s'agit d'un échange mensuel qui consiste recherche et certifier les NIR de nos bénéficiaires auprès de la CNAV qui assure la gestion de cet identifiant pour le compte de l'INSEE. C'est un échange « capital » puisque le NIR constitue la clé de rapprochement utilisée dans le cadre de la plupart des EDI avec nos partenaires. Au cours de l'année 2006, les CAF pourront également accéder en consultation à l'accès direct au SNGI (système national de gestion des identifiant).

DNA : Chaque année les CAF transmettent à la DSINDS (centre informatique de la CNAV) la liste des bénéficiaires de l'AVPF pour permettre le report à leur compte vieillesse des trimestres de droit.

La recherche de carrière : Les bénéficiaires du complément d'activité doivent justifier d'au moins 8 trimestres de cotisations vieillesse (activité antérieure) pour prétendre à cette prestation. Un échange permet de récupérer directement auprès de la CNAV et donc sans sollicitation des allocataires, les trimestres d'activité des bénéficiaires potentiels du complément de libre choix d'activité, puis de leur adresser ensuite une demande de CLCA simplifiée.

AFEAMA : Les Déclarations Nominatives Trimestrielles exploitées par les CAF sont transmises trimestriellement aux CRAM en flux dématérialisé via la DSINDS pour permettre le report au compte vieillesse des AM des périodes d'activité professionnelle.

La branche maladie

Un seul transfert mensuel (deux finalités) :

- **CMU** : L'objectif est de transmettre au CPAM via la CNAMTS, ou au CMR via la CANAM pour les ETI, les ouvertures et les fins de droits des bénéficiaires de RMI (et leurs ayant droits) pour leur permettre d'être affiliés à la CMU/CMUC.
- **Affiliation a l'assurance maladie** : Signalement aux CPAM des bénéficiaires d'API, d'AAH, d'APE ou du complément d'activité PAJE (tx plein) et de l'APP (tx plein) pour l'ouverture du droit à l'assurance maladie maternité.

La branche recouvrement

Les échanges mis en œuvre avec la branche recouvrement sont essentiellement des échanges de gestion qui visent :

- L'AFEAMA : Transfert vers les URSSAF (CERTI) des DNT exploitées par les CAF
- L'AGED : Le signalement des bénéficiaires potentiels (CAF vers URSSAF) et la facturation (URSSAF vers CAF)
- Le CMG (PAJE) : La gestion de cette prestation repose sur un réappropriation de leur métier par chaque branche ; les CAF pour la gestion du droit à la prestation, le centre Pajemploi pour le calcul des cotisations. Le circuit de gestion repose sur :
 - o des flux quotidiens d'informations dématérialisées entre les CAF (signalement des ouvertures, des modifications et des fins de droit) et le centre Pajemploi (immatriculation des employeurs, envois des volets sociaux)
 - o Une facturation mensuelle (Centre Pajemploi vers CAF)
 - o Un échange annuel (CAF vers CPE) pour le signalement des aides versées (élaboration de l'attestation fiscale par le CPE)

Pour chacune des branches de la sécurité sociale, des perspectives d'évolutions sont d'ores et déjà en phase d'étude. Il s'agit de :

- continuer à élargir les périmètres fonctionnels couverts par ses relations interbranches. Il est, par exemple, prévu à court terme d'automatiser complètement le basculement du Rmi ou de l'Aah vers le bénéfice d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse
- faire évoluer techniquement les modalités des échanges en s'inscrivant dans les critères d'interopérabilité des systèmes (groupe de travail sous l'égide de la Dss), en utilisant les technologies les plus novatrices dans ce domaine (Web services) et en favorisant les transferts d'information plutôt en amont du calcul des droits (accès a priori) plutôt qu'en aval (contrôle a posteriori).
- construire une offre de service globale qui associe aux échanges de gestion plus ou moins volumineux des outils de consultation ponctuels.

NB : l'Unédic ne fait évidemment pas partie de la sécurité Sociale au sens juridique du terme. Il est cependant certains que nos relations et nos

problématiques avec les gestionnaires de ce risque sont tout à fait transposables à celles exposées dans cette note.

ANNEXE 2 : Observations détaillées sur le système d'information

1 – La qualité du système d'information et l'efficience de sa gestion

Page 21 (Parag. IC1) : La nécessité de « disposer d'un système d'information performant et fin »

C'est une préoccupation constante de la branche famille. C'est grâce à cela que les 18.000 règles de gestion des prestations familiales peuvent être traitées sans en exposer toute la complexité aux bénéficiaires et partenaires. C'est aussi grâce au système d'information et de gestion des prestations familiales que les Caf sont constamment en mesure de prendre en compte l'ensemble des évolutions réglementaires et législatives qui affectent leur domaine de responsabilité. Le système d'information de la branche famille tient pour une large part sa performance généralement reconnue de ses partenaires et interlocuteurs de sa capacité d'adaptation et de sa ré (voire de sa pro) activité.

Page 25 (parag. II) : « une nécessaire amélioration de l'efficience de la gestion ... »

Le Chapitre 2 du rapport suggère une amélioration de l'efficience de la gestion des branches de la sécurité sociale. Plusieurs axes d'amélioration sont préconisés. On notera que plusieurs d'entre eux sont d'ores et déjà largement engagés dans la branche famille dans le domaine du système d'information. C'est particulièrement le cas :

- De la mutualisation des ressources et des processus : les Pôles régionaux mutualisés (PRM) assurent l'accompagnement et l'assistance au bénéfice de l'ensemble des Caf dans le domaine du système d'information et dans plusieurs autres domaines d'expertise (contrôle de gestion, audit, affaires immobilières, ...), depuis 2003. Ces Pôles régionaux mutualisés ont en fait succédé aux Pôles régionaux Cristal qui avaient été mis en place, à l'initiative des Caf et de la Cnaf pour la généralisation de Cristal en 1996. L'offre de service régionale en matière de système d'information comprend dans la branche famille à la fois les Prm et les Certi. De fait les réflexions institutionnelles portent désormais sur la mise en commun de l'ensemble des services dans un souci d'efficacité et d'économie d'échelle. Ce projet fait partie des objectifs de la présente COG.
- Concernant les Centres régionaux de traitement de l'information (CERTI), on soulignera que la branche famille a aussi inscrit dans le schéma directeur de son système d'information la concentration sur un nombre réduit de centres (2 au lieu de 8 actuellement) de l'ensemble de la production de masse (traitement des prestations familiales). Les 8

CERTI actuels deviendront, dans une évolution qui concerne tout aussi bien les PRM, des centres régionaux de services, assurant, entre autres, l'ensemble des opérations de télégestion des moyens informatiques installés dans et au service des Caf. Dans la même logique, la gestion de l'informatique au niveau local (Caf) disparaît progressivement. La reconversion des personnels informatiques des Caf fait partie des préoccupations importantes de la branche dans la présente période.

- Il convient encore de souligner que la nouvelle architecture fonctionnelle et technique du système d'information de la branche famille permettra de nouvelles coopérations et des mutualisations renforcées. En effet, l'harmonisation des processus de gestion mis en œuvre dans le cadre de cette nouvelle architecture (notion de modèle de processus générique optimisé, sur lequel travaillent les Caf et la Cnaf depuis plusieurs années) assurera des possibilités de mises en commun beaucoup plus larges : plates-formes téléphoniques, services commun de numérisation des documents, gestion des tiers aux différents niveaux pertinents (national, régional et local selon le type de donnée) pour éviter des redondances et assurer une amélioration de la qualité des données traitées (projet TIERSI), chaîne éditique commune et externalisation, ...

2- L'interopérabilité des systèmes et la collaboration entre branches

Page 27 : « l'interopérabilité des équipements informatiques est nécessaire »

La notion d'interopérabilité est totalement intégrée dans la logique de la nouvelle architecture du système d'information de la branche famille. Le re-développement des composants aux normes J2E, permet, entre autres, de garantir les relations avec les systèmes partenaires, à travers l'utilisation de Web services, la communication de portail à portail ou d'application à application. Pour autant, si les techniques mises en œuvre doivent rendre possible l'interopérabilité dont les mérites sont soulignés par le rapport, il sera tout aussi nécessaire que le cadre juridique et légal évolue dans le même sens. En effet, la question de l'identifiant qui permet la reconnaissance nécessaire des usagers ou des partenaires des services, devient essentielle. L'utilisation d'un même identifiant par plusieurs partenaires est de ce point de vue une absolue nécessité. Le NIR est de ce point de vue l'identifiant privilégié par la branche famille. Une démarche sera entreprise par la branche pour disposer d'un cadre légal opportun en la matière, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Page 28 : « Permettre d'ici quelques années la mise en place de bornes interactives ... »

L'expérimentation de bornes interactives partenariales (Caf, Assedic, Anpe, Cnam, ...) s'engagera dans le premier trimestre 2006 avec les Caf de Bourg en Bresse et d'Aurillac. Il s'agit d'une réalité bientôt opérationnelle, qui sera probablement rapidement développée. Des travaux communs avec les autres services de la sphère administrative et sociale (DSS, ADAE, Cnam, Cnav, Unedic, Acoss, ...) sont menés dans ce sens. D'autres expériences sont envisagées, comme celle du visio-guichet par exemple.

Page 28 : « la mise en place d'une gestion nationale de certains processus »

Cf. supra : la gestion des « tiers » (partenaires en relation avec les dossiers des allocataires) aux différents échelons pertinents (local pour les partenaires départementaux, régional, voire national pour les tiers partagés entre plusieurs Caf ou à dimension régional ou national), est une hypothèse sérieuse d'évolution engagée par la branche famille (projet TIERSI).

Page 29 (parag.112): « La coopération interbranche doit être davantage développée »

Le rapport souligne l'avancée qu'a constitué en matière de coopération interbranche la gestion de la PAJE (entre la Cnaf et l'Acoss). D'autres exemples de relations reposant sur des dispositifs de même nature ou proches peuvent être évoqués :

- Le système de certification des NIR entre les Caf et le SNGI (service national de gestion des identifiants) de la CnavTs : une relation de type Web service est en cours de mise au point qui permettra une certification dans le flux quotidien au lieu de l'échange mensuel actuel. Une solution identique est programmée pour la gestion des DNA (déclarations nominatives annuelles) pour l'AVPF (assurance vieillesse pour les familles).
- Dans le cadre de la gestion de l'instruction du Rmi une relation directe pour l'acquisition des informations relatives aux indemnités chômage est prévue. A travers la télé procédure pour l'instruction du Rmi dont la mise en production est planifiée dans le courant de l'année 2006, il est aussi envisageable de créer une liaison avec les Cnam pour communiquer les informations utiles à l'étude des droits à la Cmu.

On peut considérer que le développement de Web services, appuyés sur les technologies à l'état de l'art des nouveaux systèmes d'informations partagés par l'ensemble des institutions des sphères sociales et administratives, est une réelle opportunité pour développer des coopérations nouvelles entre les services. Il représente probablement le socle technologique et fonctionnel essentiel (voire indispensable) de l'interopérabilité souhaitée par les auteurs du rapport.

D'autres types de coopérations peuvent encore animer les relations entre institutions sociales. C'est le cas par exemple avec l'utilisation de solutions de gestion partagée dans le domaine de la GRH. L'application développée par la Cnaf a ainsi été reprise par la branche du recouvrement (Acos). Au-delà de la couverture fonctionnelle suffisante des besoins de cette branche par la GRH Cnaf, c'est la mise à niveau technologique de l'architecture du système d'information de la Cnaf qui a permis d'offrir une convergence opportune avec celle de la branche recouvrement et ainsi de faciliter le choix de cette dernière. Un comité des maîtrises d'Ouvrage Grh récemment constitué au sein de l'Ucanss, regroupant des représentants de l'ensemble des caisses nationales du régime général, devra se pencher sur l'extension de ce déploiement. Il peut constituer le socle de la mise en commun d'une des fonctions supports des caisses du régime général.

La dimension technique de l'interopérabilité est largement acquise avec la mise en œuvre d'architecture de type « N-tier » et l'utilisation de normes de communication au standard d'Internet (échanges Xml, Web services, ...).

3 – les activités externalisées

Page 34 : « ... externalisation de certains processus »

La nouvelle architecture du système d'information de la branche famille rend effectivement désormais possible l'externalisation d'activités concourant au processus de gestion des Caf.

On peut citer, puisqu'ils font d'ores et déjà l'objet d'expérimentations ou d'études :

- en amont du processus, l'acquisition des images des documents papiers reçus par les Caf,
- en aval du processus, l'édition, l'émission, la mise sous plis, le routage et l'envoi des courriers.

Cette « externalisation » peut être :

- concédée à des prestataires externes à l'institution,
- traitée dans le cadre d'une mutualisation régionale ou nationale.

On soulignera que la dématérialisation (transmission de flux de données informatiques en provenance de partenaires, utilisation de Web services mettant en relation directement plusieurs applications gérées par des partenaires reconnus, mise en relation de portails, ..) sont autant de

nouvelles approches qui peuvent opportunément se substituer (ou substantiellement diminuer) aux activités traditionnelles à faible valeur ajoutée (traitement des courriers à l'arrivée, ...) qui ont, elles, vocation à être sous-traitées



UCANSS
UNION DES CAISSES NATIONALES
DE SÉCURITÉ SOCIALE

familiales et sociales

Date d'arrivée 23 JAN. 2006

Adressé : M. Jean-Michel Dubernard

Assemblée Nationale
Président de la Mission d'évaluation et de
Contrôle des lois de financement de la
Sécurité sociale
126, rue de l'Université
75 355 Paris Cedex 07 SP

Direction générale – N°01006

Cabinet du Directeur

Paris, le 17 janvier 2006

Objet : *rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur l'organisation et le coût de gestion des branches de sécurité sociale.*

Monsieur le Président,

Le rapport publié par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale formule différentes préconisations pour améliorer l'efficacité de la gestion des branches de la sécurité sociale.

Parmi les leviers identifiés, deux d'entre eux relèvent plus particulièrement de la compétence de l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale : la recherche d'une plus grande efficacité à travers, notamment, une mutualisation accrue des moyens et la nécessité de développer une politique de ressources humaines favorisant la mobilité et l'engagement des personnels.

1. accroître l'efficacité du système par une mutualisation des ressources et des processus

Comme le souligne la mission, l'Ucanss mutualise actuellement entre les branches certains moyens. Elle assure des missions de conseils juridiques dans le domaine des relations du travail, assiste les branches dans les dossiers d'expertise immobilière et gère la mutualisation de certains imprimés.

Ce rôle transversal de l'Ucanss vient d'être conforté par les dispositions de l'arrêté du 4 octobre 2005. En effet, deux nouvelles missions viennent de lui être confiées : le secrétariat de la Commission Consultative des Marchés des organismes de Sécurité Sociale qui lui permettra de s'affirmer dans son rôle de conseil sur les marchés publics pour l'ensemble des branches et la gestion de l'observatoire de l'achat destiné, notamment, à dégager les pratiques les plus efficaces au sein de l'institution.

Cette recherche d'efficacité pourrait franchir une étape supplémentaire en confiant à l'Ucanss la gestion centralisée de la paie. La mission relève, à juste titre, la nécessité de parvenir, au préalable, à l'interopérabilité des systèmes informatiques.

1/3

Outre l'économie d'échelle qui en découlerait, cette mutualisation faciliterait la maîtrise de l'évolution de la masse salariale. L'Ucanss disposerait des données sociales nécessaires pour mener les négociations et pourrait mettre en place un véritable observatoire social notamment sur les questions d'évolution de carrière et de mobilité des personnels au service des caisses nationales.

2. une politique de ressources humaines incitative à la mobilité et à l'engagement des personnels

Les différents protocoles d'accords conclus ces deux dernières années au niveau national confirment l'orientation interbranches de développer une politique de ressources humaines accompagnant les restructurations des réseaux et impliquant directement les personnels.

Tout d'abord, le protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif au dispositif de rémunération et à la classification des emplois instaure une progression dans la plage d'évolution salariale conditionnée par l'expérience et le développement professionnel, la mise en place d'une prime de résultats destinée à reconnaître l'atteinte d'objectifs particuliers, la possibilité de bénéficier d'un bilan professionnel interne pour orienter son parcours et objectivise l'entretien annuel d'évaluation et d'accompagnement à partir du référentiel de compétences des emplois.

Le protocole du 22 juillet 2005 relatif à la classification des emplois et au dispositif de rémunération des personnels de direction, prévoit des mesures incitatives à la mobilité. Ainsi, le titre IV prévoit des compensations financières. En outre, une évolution à l'intérieur de la plage salariale est également garantie. Au-delà de ces mesures salariales classiques, d'autres dispositifs d'accompagnement sont prévus qui vont de l'aide à la recherche d'emploi pour le conjoint à la prise en charge des frais de déménagement ou encore à l'aide à la recherche d'un logement. L'ensemble de ces dispositions vise à offrir aux agents de direction des facilités à la mobilité tout en préservant les impacts que celle-ci peut avoir sur leur vie personnelle.

La réflexion sur la mobilité géographique ne peut être dissociée d'une réflexion plus large sur la mobilité professionnelle largement favorisée par les dispositifs de formation professionnelle, notamment depuis l'accord du 22 juin 2005.

Ainsi, la mise en place en janvier 2006 de la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle qui a une mission d'observation prospective des métiers et des qualifications au plan national conforte cette orientation. De fait, cette mission participera à la réflexion globale sur l'adaptation des personnels aux nouveaux métiers et donc plus généralement sur la mobilité fonctionnelle et l'évolution des métiers.

Le programme de négociation pour les 2 années à venir intègre pleinement cette volonté d'accompagner les changements structurels.

En conclusion, un grand nombre de questions soulevées par la Mission d'évaluation et de contrôle trouve des réponses dans les chantiers engagés par l'Employeur Sécurité Sociale, qu'il s'agisse de l'individualisation des rémunérations avec l'accord du 30 novembre 2004 ou de la gestion des carrières des personnels de direction avec l'accord du 22 juillet 2005.

En outre, la recherche d'efficience via une mutualisation accrue des moyens est également une orientation au centre de laquelle l'Ucanss s'inscrit pleinement.

Philippe Renard, Directeur de l'Ucanss, et moi-même restons à votre disposition pour toutes précisions complémentaires.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de ma considération distinguée.



Philippe Renard
Directeur



Pierre Burban
Président du Conseil d'Orientation

ANNEXES 2 : Courriers de réponses au rapport sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées

*Rapport présenté par Mme Paulette Guinchard,
rendu public le 17 mai 2006*

Destinataires institutionnels du rapport	Date de la réponse
M. Thierry Breton, ministre de l'économie, des finances et du budget	Relance le 14 décembre 2006 – Lettre d'accusé de réception du 16 janvier 2007
M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités et M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille	Relance le 14 décembre 2006
M. Alain Cordier, président et M. Denis Piveteau, directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	Relance le 14 décembre 2006
M. Yves Humez, directeur général de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)	Relance le 14 décembre 2006
M. Patrick Hermange, directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)	Réponse du 25 juillet 2006
Mme Nicole Prud'homme, présidente du conseil d'administration, et M. Philippe Georges, directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)	Réponse du 8 septembre 2006
M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	Relance le 14 décembre 2006 – Réponse du 18 janvier 2007



LE MINISTRE DE L'ECONOMIE,
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

Paris, le 16 JAN 2007

Nos réf. : E/2006/52997F/CRB/DGF/SSE



Dear Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu me faire part des préconisations contenues dans votre rapport d'information sur « Le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées ».

Afin de répondre à votre demande, j'en ai saisi mes services et ne manquerai pas de vous tenir informé de la suite qui pourra y être réservée.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

A vous,

Thierry BRETON

Monsieur Jean-Michel DUBERNARD
Président de la Commission des Affaires culturelles,
familiales et sociales
Député du Rhône
Assemblée nationale
75355 Paris 07 SP

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

139, rue de Bercy - Télédéc 144 - 75572 Paris Cedex 12



CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

Monsieur Jean-Michel DUBERNARD
Président de la Commission des affaires
culturelles, familiales et sociales

Madame Paulette GUINCHARD
Présidente et rapporteure de la mission
d'évaluation et de contrôle des lois de
financement de la sécurité sociale

Monsieur Pierre MORANGE
Président de la mission d'évaluation et de
contrôle des lois de financement de la
sécurité sociale

Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS Cedex 07 SP

DIRECTION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE
SCE 983 - 2006-371 PH/CP/YLM/LT
Affaire suivie par Laurent Tarricu
Titre : Chargé de mission
Tél. : 01 53 10 59 53
Fax : 01 53 10 59 42

le 25 juillet 2006

OBJET : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) / Rapport relatif au financement des établissements d'hébergement des personnes âgées

Madame et Messieurs les Présidents,

Par lettre du 21 juin 2006, vous m'avez transmis le rapport relatif au financement des établissements d'hébergement des personnes âgées qui a été adopté par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS).

Si les préconisations d'ensemble figurant dans ce rapport n'appellent pas de remarques particulières de la part de la CNAV, certaines des observations développées par la mission me conduisent à apporter les précisions suivantes :

Observation (page 30) : La mission rappelle à titre indicatif le montant des dépenses d'action immobilière de la CNAV pour les années 2003 à 2005.

A cet égard, il convient de préciser que ces dépenses s'élèvent à 43,6 millions d'euros en 2003, 61,4 millions d'euros en 2004 et 63,4 millions d'euros en 2005.

Observation (page 31) : La mission souligne que la CNAV ayant manifesté son souhait de recentrer ses aides sur les personnes les moins dépendantes (GIR 5 et 6), l'investissement immobilier en direction des établissements ne semble pas figurer parmi ses priorités

Les nouvelles orientations de la politique d'action sociale de la CNAV, inscrites dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'Etat pour les années 2005 à 2008, prévoient effectivement un recentrage des aides de la branche retraite à destination des retraités socialement fragilisés relevant des GIR 5 et 6 dans une perspective de prévention de la perte d'autonomie, et ce compte tenu du rôle dévolu aux départements avec la création de l'APA.

En dépit de cette réorientation, l'action immobilière demeure une composante importante de la politique d'action sociale de la branche retraite et figure parmi les grands axes de la COG 2005-2008 de la Caisse Nationale.

A cet égard, les orientations nouvelles relatives à l'aide apportée par la CNAV aux lieux de vie collectifs, arrêtées dans le cadre de la COG 2005-2008, portent sur l'animation, le développement et le soutien de formules d'accueil intermédiaires entre le domicile et l'établissement classique ainsi que sur l'amélioration du cadre bâti des établissements accueillant des personnes âgées autonomes.

Ces nouvelles orientations sont essentiellement motivées par le double constat suivant :

- L'insuffisance de lieux de vie collectifs offrant une sécurisation, une réponse à l'isolement social ou géographique, des stimulations physiques et intellectuelles des résidents, dans une logique de préservation de leur autonomie,
- La nécessité d'exercer un effet de levier sur l'offre de ce type de lieux de vie collectifs, en participant à la prise en charge de certains types de dépenses (investissement, équipement et, pour partie seulement, dépenses de fonctionnement).

L'objectif de la branche Retraite est d'une part, d'apporter une première réponse à des besoins pour lesquels il n'existe pas ou peu de financement public et, d'autre part, de contribuer au financement de projets concourant aux axes prioritaires de la politique d'action sociale de la branche.

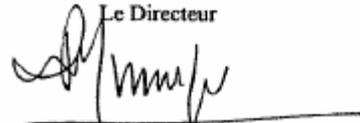
A cet égard, la COG 2005-2008 précise trois axes stratégiques en matière d'aide aux lieux de vie collectifs :

- Le développement de mesures d'amélioration de l'animation et de la vie sociale dans les établissements, répondant à l'objectif de prévention de la perte d'autonomie.
- La diversification des modes d'accueil dans le but de permettre la mise en place de structures intermédiaires entre le domicile et l'hébergement permanent en établissement. Cet axe a notamment pour ambition de répondre aux situations de certaines personnes qui souhaitent rester à leur domicile mais ont besoin d'être accueillies, de manière temporaire, pour faire face par exemple à une situation difficile d'isolement.
- L'amélioration du cadre bâti des structures accueillant des personnes autonomes, avec un projet de vie prévoyant les modalités d'accompagnement médico-social répondant à l'évolution éventuelle de leurs besoins (soit dans le cadre de ces structures, soit au travers de la création de filières). Cet axe correspond en particulier à la problématique des logements-foyers et de la nécessaire modernisation du nombre d'entre eux.

L'ensemble de ces éléments nous paraissent témoigner du fait que la CNAV et la branche retraite entendent rester présents sur ce champ d'activité .

Telles sont les principales remarques et observations que le projet de rapport appelle de notre part.

Je vous prie d'agréer, Madame et Messieurs les Présidents, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur

Patrick HERMANGE

Caisse nationale
des allocations familiales

Paris, le - 8 SEP. 2006

La Présidente

Madame Guinchard et
Messieurs Dubernard et Morange
Présidents de la MECSS
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75355 Paris cedex 07 SP

Objet : Observations concernant le rapport sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées.

Madame et Messieurs les Présidents,



32 avenue de la Sibelle
75685 Paris cedex 14

Tél. : 01 45 65 52 52
Fax : 01 45 65 57 24

Par lettre du 21 juin 2006, vous m'avez transmis le rapport sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées et vous me demandez des réponses précises pour chacune des préconisations impliquant les Caisses d'allocations familiales.

La Cnaf est plus particulièrement concernée par les deux propositions développée au § III - C - 1- b) et c) visant à étendre les aides personnelles au logement.

Concernant la mesure visant à verser l'Als ou l'Apl à chacun des conjoints résidant en maison de retraite.

D'ores et déjà, les Caf appliquent la réglementation prévue par les textes, lorsqu'un couple résidant en maison de retraite, occupe la même chambre et formule une demande d'aide au logement.

Le droit à l'allocation de logement à caractère social est, en effet, examiné, sur une base ménage en fonction des ressources cumulées des deux membres du couple avec prise en compte pour l'Als d'un loyer forfaitaire spécifique pour les couples de personnes âgées ou handicapées hébergées en structure collective et pour l'Apl avec prise en compte d'une équivalence loyer retenue pour les couples résidant en foyer.

Cette application découle des textes législatifs et réglementaires suivants :

Pour l'Als, il s'agit de :

- l'article L 831-4 du code la sécurité sociale qui tient compte, pour le calcul de l'aide, de la situation de famille de l'allocataire,

- l'article R 831-1 du code la sécurité sociale qui pose le principe de l'examen d'un seul droit au titre de la résidence principale. Or pour un couple la notion de résidence principale est indivisible,
- l'article R 831-5 du code la sécurité sociale qui prévoit la prise en compte des ressources du conjoint, ce qui conforte l'examen d'un seul droit au titre du couple.

Pour l'Apl, il s'agit des articles L 351-3, R 351-5 et R 351-61 du code la construction et de l'habitation.

En revanche, lorsque le couple de personnes âgées est séparé, souvent pour des raisons de santé, l'un étant hébergé en établissement collectif, l'autre vivant à son domicile ou encore l'un et l'autre résident en maison de retraite mais dans des chambres séparées, des règles adaptées ont été mises en place.

Pour ces situations particulières, la résidence séparée est, en effet, assimilée à une véritable séparation de fait, ce qui permet d'étudier un droit pour chacun des deux membres du couple, en fonction de ses propres ressources et des charges de logement acquittées pour son logement personnel.

Concernant la mesure visant à étendre le dispositif de l'Apl aux résidents de tous les établissements d'hébergement.

Cette proposition avait déjà été abordée en 2001 dans le cadre des travaux du groupe Etat/Cnaf mis en place en 1997 par la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat et la Cnaf avec pour objectif la simplification des aides au logement.

Mais s'agissant d'un sujet complexe, les travaux engagés n'ont pas alors abouti.

En tout état de cause, la Cnaf est favorable aux deux mesures préconisées à savoir :

- le versement d'une aide au logement pour chacun des conjoints, qu'il réside ou non dans la même chambre dès lors que chacun s'acquitte d'une redevance,
- une harmonisation des barèmes des aides au logement du secteur collectif.

Je vous prie de croire, Madame et Messieurs les Présidents, à l'assurance de ma considération distinguée.



Nicole PRUD'HOMME

Le Directeur général

Monsieur Pierre MORANGE
Président de la Mission d'Évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale
Député des Yvelines
Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS Cedex 07 SP

Cabdir - N° /2007

Affaire suivie par le Docteur Michel MARTY ☎ 01.72.60.20.99

Monsieur le Président,

Madame Paulette Guinchard et vous-même, avez bien voulu me transmettre les préconisations émises par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, dans le cadre de ses récents travaux sur « la tarification à l'activité dans les établissements de santé » et sur « le financement des établissements des personnes âgées », en m'invitant à bien vouloir vous faire part des remarques de la CNAMTS.

L'assurance maladie partage globalement vos préconisations sur « la tarification à l'activité dans les établissements de santé » et « le financement des établissements des personnes âgées ».

Vous trouverez ci-joint quelques observations complémentaires.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération distinguée.

Frédéric van ROEKEGHEM

P.J. : 2

OBSERVATION DE LA CNAMTS

Objet : Rapport de la MECSS sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées

La CNAMTS partage les orientations suggérées par la MECSS sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées (EHPAD). Depuis la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (loi n° 2004-626 du 30 juin 2004), le rôle de l'assurance maladie est limité dans les processus décisionnels sur ce champ.

Toutefois, la CNAMTS s'est impliquée dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées pour favoriser les passerelles entre hôpital, secteur médico-social et domicile. Ainsi, le modèle développé par la région Bretagne (DRSM + CRAM) a été présenté à la DHOS qui l'a retenu comme exemple national pour l'élaboration du volet personnes âgées des SROS3 et l'a adressé à toutes les ARH.

Grâce à la base nationale gériatrique gérée par la DRSM Bretagne il a été possible de modéliser, à partir de la structure en âge de la population, le besoin en court séjour gériatrique, soins de suite et réadaptation gériatrique, mais aussi en aides soignantes et en infirmières pour la prise en charge à domicile. La CNAMTS participe aussi aux travaux sur la mise en place de la filière gériatrique et l'élaboration du cahier des charges des réseaux de gérontologie. Un modèle national de cahier des charges d'un réseau a été construit à la CNAMTS. Il doit être utilisé pour structurer les cahiers des charges des réseaux spécifiques.

Après la grille AGGIR, l'outil PATHOS a été développé en partenariat entre le service médical de la CNAMTS et le syndicat national de gérontologie clinique. Cet outil permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la polypathologie des personnes âgées en établissement et à domicile. Il consiste à identifier sur un thésaurus de 50 états pathologiques, tous ceux dont souffre la personne le jour de l'évaluation, chaque état pathologique étant qualifié par un profil de soins, au profil de stratégie thérapeutique, sélectionné parmi 12 profils de soins possibles indiquant la gravité de la pathologie. Cet outil a été choisi par le Ministère pour déterminer dans les unités de soins de longue durée (LFSS 2006) les personnes qui relèvent des EHPAD ou celles qui requièrent des soins au long cours. Par ailleurs, cet outil a été retenu pour le calcul de la dotation minimum de convergence qui permet de déterminer la dotation soins des EHPAD. Il s'agit de valoriser les soins techniques à la charge des établissements en fonction de leur besoin et non plus de manière forfaitaire.

Enfin, la CNAMTS et la CNSA vont établir une convention qui organise les relations et définit les actions communes ou complémentaires déterminées dans le respect des compétences de chacune des caisses.

Le décret n° 2006-939 du 27 juillet 2006 mentionne les différents domaines dans lesquels la coordination est nécessaire (actions sanitaires et sociales, prévention, aides techniques, échanges de données financières, budgétaires et comptables...).

ANNEXES 3 : Courriers de réponses au rapport sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé

*Rapport présenté par M. Jean-Marie Rolland
rendu public le 12 juillet 2006*

Destinataires institutionnels du rapport	Date de la réponse
M. Thierry Breton, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie	Réponse du 4 septembre 2006
M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités	Relance le 14 décembre 2006 – Réponse du 12 janvier 2007
M. Jean-François Copé, ministre délégué du budget et à la réforme de l'État	Relance le 14 décembre 2006
M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	Relance le 14 décembre 2006 – Réponse du 18 janvier 2007
M. Yves Humez, directeur général de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)	Relance le 14 décembre 2006



LE MINISTRE DE L'ECONOMIE,
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

Paris, le - 4 SEP 2006

Nos réf. : E/2006/52997D/CRB/DGF/SSE

du Madame la Présidente,

Vous avez eu l'amabilité de me communiquer le rapport d'information sur les travaux menés par la Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale pour évaluer la mise en place de « la tarification à l'activité dans les établissements de santé ».

Je vous remercie de m'en avoir rendu destinataire. Les conclusions, sur la mise en œuvre de cette réforme majeure au terme des deux premières années de son application, font apparaître un bilan positif dont je me réjouis.

Les nombreuses propositions que vous préconisez tant pour l'efficacité que la pérennité de cette réforme ont retenu mon attention. Bien entendu, je n'ai pas manqué de transmettre ce document à mes services.

Je vous prie de croire, Madame la Présidente, à l'assurance de mes respectueux hommages.

Très Cordialement,

Thierry BRETON

Madame Paulette GUINCHARD
Ancien Ministre
Membre de la Commission des Affaires culturelles,
familiales et sociales
Présidente de la Mission d'Évaluation et de Contrôle
des lois de financement de la Sécurité sociale
Députée du Doubs
Assemblée nationale
75355 Paris 07 SP

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

139, rue de Bercy - Télédéc 144 - 75572 Paris Cedex 12

Rapport d'information N° 3265

Réponse de monsieur le ministre de la santé et des solidarités aux propositions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé, présentées par M. Jean Marie ROLLAND, Député.

PROPOSITIONS

PRINCIPALES ORIENTATIONS

1. Assurer la crédibilité et la réussite de la T2A
2. Respecter l'objectif de dépenses hospitalières
3. Privilégier le financement par les tarifs
4. Valoriser les éléments de financement conformément aux objectifs fixés
5. Veiller à la bonne utilisation des aides à la contractualisation
6. Faire la transparence sur les paramètres de financement
7. Assurer la lisibilité du dispositif
8. Veiller à la qualité des soins
9. Renforcer l'information et le contrôle du Parlement
10. Améliorer le suivi, le contrôle et l'évaluation

LA MAITRISE DE L'EQUILIBRE DES FINANCEMENTS

ONDAM hospitalier 2006 : 63,8 milliards d'euros (+ 3,44 %) dont 45,8 pour les établissements tarifés à l'activité (40,2 pour l'ODMCO et 5,6 pour les MIGAC)

1. Respecter les objectifs de dépenses et, le cas échéant, faire jouer la régulation tarifaire

Le Gouvernement applique depuis 2005, lors de la construction des campagnes tarifaires, les principes de la régulation prix-volume en tenant compte du dépassement de l'année précédente et des hypothèses d'évolution de l'activité de l'année en cours. En outre, Il a, en 2006, exercé sa capacité de régulation en cours d'année, au vu notamment des risques de dépassement de l'ONDAM, en procédant à une baisse tarifaire pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre.

2. Éviter les stratégies de contournement de la réforme

Il s'agit d'un souci constant du Gouvernement. Des études ont été faites et de mesures prises dès 2006 pour notamment préciser le champ des actes dits " frontières " et spécifier ceux qui relèvent de l'hospitalisation tout en créant de fait une catégorie intermédiaire pour les prises en charge qui nécessitent un environnement hospitalier sans pour autant exiger une hospitalisation. Dans un autre registre un important travail de mise à plat du champ des missions d'intérêt général a été accompli et présenté au Parlement dans le rapport sur les MIGAC.

3. Confier au Parlement la fixation des sous-enveloppes du sous-objectif de dépenses des établissements tarifés à l'activité (objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique – ODMCO – et dotations des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC)

ou

Présenter et justifier dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), l'évolution des sous-enveloppes et des composantes de financement

Le périmètre des sous objectifs de dépenses actuels, soumis au vote du Parlement, est très proche de celui des objectifs réglementaires sur lesquels s'appuie le Gouvernement pour réguler les dépenses hospitalières. Le premier de ces sous objectifs regroupe l'ODMCO et les MIGAC, traitant ainsi de la partie MCO de l'activité. Il lie étroitement la part « tarifs » et la part « dotations », assurant ainsi que dans le cadre des contraintes fixées par le Parlement la progression de l'une sera examinée à l'aune de son impact sur l'autre. Toutefois, le choix d'un modèle mixte permet de favoriser un segment plus qu'un autre. Ainsi le choix d'augmenter les financements de la recherche au titre des MERRI pourrait être décidé isolément, majorant d'autant le montant des MIG. Il est légitime que cette décision soit portée à la connaissance du Parlement dans le cadre du PLFSS, sans qu'il soit nécessaire de segmenter les sous-enveloppes ce qui figerait le processus et le rendrait plus complexe encore. Le deuxième sous objectif prend en compte les dépenses de soins de suite et réadaptation, et de psychiatrie pour les deux secteurs (dotation pour le public et OQN pour le privé), ainsi que d'autres dépenses, comme le FMESPP. Une plus grande précision dans la description de la dépense, est extrêmement difficile techniquement, car elle suppose affectation des facteurs de coûts entre activité au sein des établissements que l'on ne connaît absolument pas pour les établissements privés lucratifs. Elle devrait surtout être cohérente avec la politique de planification de l'offre de soins, ne pas la contredire par une centralisation des prévisions de ressources alors qu'elle se fonde sur décentralisation des décisions.

4. Interdire les transferts entre les sous-enveloppes de l'ODMCO

L'ODMCO constitue une enveloppe unique, elle n'est réglementairement pas fractionnée. C'est un des piliers de la réforme T2A dans la perspective notamment de la convergence public privé.

5. Traduire en tarifs la plus grande partie possible de l'activité de soins

A ce jour, l'ensemble de l'activité MCO, à l'exception des missions d'intérêt général (voir point 12) est traduit dans des éléments de tarification (tarifs, forfaits et suppléments). La classification doit encore évoluer à la demande des représentants des établissements pour correctement prendre en compte la diversité des prises en charge tout en respectant les principes de la rémunération forfaitaire et non à l'acte. S'agissant des pathologies faiblement représentées, des travaux doivent être menés visant à une couverture par les tarifs dans un contexte technique articulé, mais différent de celui de l'ENC. Il en est ainsi également des réflexions en cours visant à améliorer la classification des traitements de chimiothérapie anticancéreuse permettant, le cas échéant, d'inclure une plus grande partie des médicaments actuellement inscrits sur liste en sus dans les tarifs. Enfin, les divers plans de santé publique pourraient voir leur caractère incitatif s'inscrire dans les tarifs.

Il importe d'agir à chaque fois avec circonspection, en s'assurant de la bonne compréhension des actions, mais aussi de l'absence de risques comportementaux qui impacteraient l'accès ou la qualité des soins.

LES MIGAC

5,6 milliards d'euros en 2006 (+ 12,6 %)

A. Définition, valorisation et contrôle des MIGAC

6. Mieux définir les missions d'intérêt général (MIG) et les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)

Un important travail d'analyse a été entrepris ; le dernier rapport annuel au Parlement, déposé le 20 octobre 2006, en donne les principaux orientations et résultats. Les réponses aux propositions suivantes en sont également l'illustration.

7. Accélérer les études sur la définition et la valorisation des MERRI

Les études préliminaires ont été conduites en 2006 en collaboration avec un groupe d'experts avec pour objectifs l'incitation au développement de la recherche, et la diffusion maîtrisée de l'innovation. Elles visent à poursuivre l'effort de différenciation des financements entre établissements déjà engagés, et à proposer un financement qui prenne en compte les résultats enregistrés au travers d'une combinaison d'indicateurs.

Le modèle proposé pour les années à venir définit trois « étages » de financement :

- Un socle de financement "récurrent", reconduit de manière pluri annuelle, susceptible de réévaluation à échéance et augmenté d'un taux de base d'évolution

Ce socle aurait vocation à couvrir les charges minimales nécessaires pour assurer les missions de recherche, d'enseignement, de référence et d'innovation

- Une part modulable, attribuée sur la base d'indicateurs simples, pertinents et reconnus par tous les acteurs (Nombre de publications, nombre d'unités de recherche EPST, nombre d'essais cliniques, nombre d'étudiants hospitaliers...)
- Une part variable, correspondant aux financements attribués aux établissements sur appels à projets ou destinés à financer des activités ou des structures contractualisées (PHRC, centres d'investigation clinique, STIC...)

Les simulations et consultations auront lieu en 2007 pour un objectif de mise en œuvre en 2008.

8. Assurer la transparence sur la définition et la valorisation des MERRI et des MIG

Il importe dans ce champ, comme c'est le cas dans celui des tarifs, de faire en sorte d'établir une transparence dans l'allocation de ressources. C'est l'objectif de la mise en place des indicateurs qui permettront la mise en exergue du service rendu. La contractualisation prévue entre les établissements et les ARH sur ce champ devrait contribuer à une plus grande équité dans les financements en même temps que l'assurance d'une organisation des services adaptée.

9. Fournir le bilan annuel d'application concernant les MIGAC (MERRI, MIG, AC)

Le rapport au Parlement a été transmis le 20 octobre 2006

10. Justifier chaque année dans le PLFSS l'évolution des MIGAC et de leurs composantes

L'évolution des MIGAC est fonction de l'évolution des charges des structures existantes, de personnel essentiellement, au même titre que toutes les autres activités, aux mesures nouvelles découlant de la mise en œuvre des plans de santé publique ou des programmes du type volet investissement du plan Hôpital 2007, ainsi qu'une progression de la marge de la manœuvre régionale pour la contractualisation avec les établissements. La progression de la dotation nationale des MIGAC prend en compte les effets mécaniques de l'évolution de la dépense, et de la mise en œuvre d'actions mûrement préparées avec les professionnels de santé et les représentants des établissements. Quant à la marge de contractualisation des ARH, elle est essentielle pour accompagner une montée en charge de la T2A et les efforts de restructuration d'établissements qu'elle induit. Le Parlement est informé de manière détaillée de l'utilisation des fonds MIGAC via le rapport annuel.

11. Contractualiser l'attribution des MERRI

Les MERRI, au même titre que les autres MIG, donneront lieu à une contractualisation dont les termes se préciseront au fur et à mesure que l'on s'éloignera d'un financement forfaitaire pour aller vers un financement modulé, aujourd'hui à l'étude.

B. Tarifier autant que possible les MERRI et les MIG

12. Sortir des MIGAC les mesures des plans de santé publique (urgences ou cancer par exemple) qui peuvent être intégrées dans les tarifs

C'est un des objectifs du Gouvernement comme décrit dans le rapport annuel sur les MIGAC. S'agissant du plan cancer, le Gouvernement en collaboration avec l'INCA proposera dès 2007 des mesures ciblées sur des tarifs en substitution d'une intervention par le biais les

MIG.

13. Sortir des MIGAC les équipes pluridisciplinaires mobiles qui doivent être intégrées dans les tarifs ou faire l'objet de suppléments (cf. réanimation)

L'objectif est effectivement que le maximum d'éléments susceptibles d'être financés au titre de l'activité le soit. Les travaux en cours n'ont pas donné priorité à l'examen des équipes mobiles, car l'ajout d'un supplément indépendamment de l'effet pervers incitatif, sans grande possibilité de contrôle, complexifie encore un peu plus le modèle. Par ailleurs, ces équipes sont amenées à se mobiliser dans tout l'établissement, voire à l'extérieur de la structure – dans ce cas l'établissement support de l'équipe peut être indemnisé – ce qui rend plus complexe la valorisation exclusive sous forme de supplément.

Toutefois, un examen attentif de ces préconisations aura lieu courant 2007 dans le cadre de l'examen des MIG dans leur ensemble.

14. Sortir des MIGAC les SMUR (services médicaux d'urgence) qui pourraient être financés par un financement type urgence (part fixe + part variable)

Une réflexion est d'ores et déjà engagée au sein de la MT2A et de la DHOS sur ce sujet. Forfaitiser le paiement des SMUR paraît possible dans la mesure où il s'agit d'une activité bien cadrée dans ses missions, et faisant l'objet de normes de fonctionnement. La part fixe pourrait comme c'est le cas pour les services d'urgences se baser sur les charges de permanence des soins. L'articulation entre les deux composantes SMUR et services d'urgences serait à privilégier et le recours à une mutualisation systématiquement recherchée. La part variable est plus complexe à faire émerger. L'axe le plus robuste paraît être la corrélation existant entre le nombre de lignes de garde et le nombre de sorties, mais cet indicateur comporte des risques d'effets pervers contre-productifs, qui nécessitent un examen plus complet du modèle.

C. Encadrer et contrôler l'utilisation des crédits d'aide à la contractualisation

15. Préciser la finalité et l'ampleur à donner à l'enveloppe d'aide à la contractualisation (AC)

C'est un point très important de l'analyse des MIGAC qui conditionne le rôle que joue et que le Gouvernement souhaite voir jouer par les ARH dans l'accompagnement personnalisé des établissements, notamment dans la situation exige des restructurations. Le Gouvernement s'attache d'ores et déjà à clarifier ce point en exigeant un reporting de l'emploi de ces fonds.

16. Préciser les conditions d'attribution des aides à la contractualisation, en particulier au titre de l'atténuation des effets "revenu"

L'utilisation des ressources d'aides à la contractualisation est de la compétence des ARH car elles sont seules à même d'apprécier la situation des établissements au regard du contexte local. Elles agissent par ailleurs dans le cadre d'une enveloppe fermée qui impose d'établir des règles de gestion pour assurer un traitement équitable. Néanmoins il existe des cas où l'activité est structurellement déficitaire mais indispensable dans le cadre du maintien de l'offre de soins dans un territoire donné. Des travaux sont en cours pour préciser les règles d'analyse et de traitement de ces situations.

17. Fournir au Parlement un rapport annuel sur l'utilisation de l'enveloppe d'aide à la contractualisation ou l'insérer dans l'annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS)

Le rapport au Parlement a été transmis le 20 octobre 2006

LA PART TARIFÉE À L'ACTIVITÉ
28,4 milliards d'euros en 2006 et baisse des tarifs de 1 %

A. Principes

18. Assurer autant que possible le financement des activités de soins par les tarifs

C'est la volonté du Gouvernement et la campagne 2007 sera construite sur ce principe, comme l'a été la campagne 2006. Chaque fois que cela est possible les mesures nouvelles sont intégrées de manière prioritaire dans les tarifs plutôt que dans les dotations.

19. Faire la transparence sur la définition et l'évolution des tarifs

L'ensemble des évolutions tarifaires 2006 ont été présentées et décrites aux acteurs hospitaliers, il en sera de même en 2007. Les propositions faites par les acteurs lors de la conférence tarifaire du 20 juillet ont été prises en compte dans l'évolution des tarifs au 1^{er} septembre 2006 et dans la préparation de la campagne 2007.

20. Actualiser la classification des séjours

Les travaux de préparation de la prochaine version (V11) de la classification sont en cours. Ils visent à une segmentation en degré de sévérité des GHM, en sorte de mieux prendre en compte les malades plus lourds et plus exigeants en ressources. Ces travaux se font en collaboration avec les représentants des professionnels et les fédérations d'établissements. Il convient cependant de bien mesurer l'incidence des modifications de la classification sur le niveau des ressources des établissements.

21. Stabiliser le nombre de groupes homogènes de malades et de groupes homogènes de séjours (GHM/GHS) à environ un millier

Le nombre de GHM dépendra des analyses médico économiques ; il est difficile de prédire le résultat final, quoiqu'il en soit, le principe de la rémunération forfaitaire aux GHS est consubstantiel d'un nombre de GHM limité.

22. Étudier la possibilité de différencier les tarifs par catégories d'établissements (cf. art 162.22.10 du code de la sécurité sociale) en prenant en compte les missions et les spécialisations (disciplines, programmation, populations accueillies...)

Cette proposition renvoie, au-delà de la classification des GHM et au périmètre des MIG, aux travaux sur la convergence intersectorielle, en particulier aux études dites "complémentaires". Elle est donc à l'étude.

B. Dans le secteur public

23. Fixer la fraction tarifée à l'activité dans le secteur public à 50 % en 2007

Telle est la décision qui a été prise (arrêté du 22 décembre 2006 – JO du 29 décembre 2006).

24. Confier au Parlement la fixation du taux de la fraction tarifée des facturations dans le secteur public

Selon la volonté du législateur, un schéma de montée en charge progressive de la réforme du financement des établissements de santé a été mis en place. La loi du 18 décembre 2003 a prévu à cette fin qu'une fraction de tarifs s'appliquerait chaque année, sa fixation relevant d'une décision du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale; la décision ministérielle doit respecter deux échéances fixées par la loi : la fraction de tarifs ne peut être inférieure à 50 % en 2008 et doit atteindre 100 % en 2012. Dans le cadre ainsi défini par la loi, il apparaît que la fixation de la fraction de tarif applicable doit tenir compte de la capacité des établissements perdants à se restructurer, et relève de ce fait de la conduite de la réforme dont le Gouvernement est responsable.

25. Annoncer chaque année, au moment de l'examen du PLFSS, la programmation pluriannuelle actualisée de la montée en charge de la part tarifée à l'activité dans le secteur public

C'est un objectif partagé par le Gouvernement qui a d'ailleurs eu cette attitude pour les années 2006 et 2007.

26. Procéder à une évaluation à mi-parcours, fin 2007

L'évaluation de la montée en charge est faite annuellement et le Parlement en est informé dans le cadre du rapport qui lui est adressé. L'année 2007 qui verra l'application de la part tarifée aux GHS à 50% est sans doute une année charnière qui justifiera une objectivation des impacts et une anticipation des évolutions compte tenu de l'adaptation des établissements et de leurs adaptations à répondre aux préconisations du SROS.

27. Interdire les transferts entre dotations dotation annuelle de financement (DAF), dotation annuelle complémentaire (DAC) et MIGAC

La loi prévoit une fongibilité entre DAC et DAF. Cette fongibilité est utile, d'une part, pour faciliter les reconversions d'activité qui s'avèrent nécessaires, essentiellement du champ MCO vers le champ SSR et, d'autre part, en gestion pour l'affectation des ressources aux établissements pluridisciplinaires dans lesquels il est parfois malaisé de distinguer les charges relevant des activités de MCO et celles relevant des activités de SSR/PSY. La loi ne prévoit pas en revanche de fongibilité entre la dotation MIGAC, d'une part, et les DAC et DAF, d'autre part, au niveau des ARH. De tels transferts ne peuvent être opérés qu'à la suite d'une modification, au niveau ministériel, des objectifs et dotation concernés.

C. Les activités d'urgences

28. Extraire des GHS la valorisation des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation et rémunérer par un ATU (forfait d'accueil et de traitement des urgences) chaque passage aux urgences suivi ou non d'une hospitalisation

La notion de programmation ou de non-programmation est difficile à établir dans un grand nombre de situations. Une attitude systématique de financement des passages aux urgences par les ATU pourrait avoir pour effet de faire transiter par les urgences un grand nombre de

malades qui sont aujourd'hui admis directement (a fortiori pour une admission en hospitalisation de jour), ce qui provoquerait un engorgement injustifié.

En effet, le financement du passage aux urgences par l'ATU est complété par la prise en charge des actes réalisés (ce choix a pour objet de faire en sorte que les modalités de financement des urgences autorisées soit identique dans les secteurs public et privé).

Dans le cas d'un passage aux urgences avant hospitalisation, les actes qui ont participé au diagnostic, voire parfois au début du traitement, concernent des prestations du séjour hospitalier et se verraient remboursés, à l'inverse de ce qui se passerait pour les malades admis directement. Outre que cela introduirait un manque d'équité, les acteurs seraient poussés à mal se comporter, ce qui est injustifiable.

L'objectif à l'inverse est de privilégier l'admission programmée lorsque c'est possible, le recours aux consultations lorsque l'état du malade le permet, et un passage aux urgences lorsque c'est justifié.

29. Unifier le financement des services d'urgences autorisés dans les secteurs public et privé

C'est chose faite depuis 2006 par un recours unique aux ATU facturés en tant qu'élément de détermination du montant des forfaits urgence (FAU).

30. Supprimer le forfait de petit matériel (FFM)

Le FFM est destiné à financer les établissements non autorisés au titre des urgences, mais qui reçoivent toutefois des patients dans le cadre de soins non programmés, en conformité avec les dispositions des articles R. 6123-26 et 27 du code de santé publique qui précisent que ces établissements ne sont pas dispensés de prodiguer aux patients qui se présentent à leur porte les soins justifiés par leur état.

Le fait que ces établissements assurent ce type de soins évite le transfert systématique vers un service d'urgences pour des prestations courantes, ce que les malades ne comprendraient pas. Cette prise en charge de proximité permet d'éviter les frais de transport (dont une partie serait à la charge du malade), et l'engorgement des services d'urgences. Il s'agit de soins la plupart du temps banaux, mais qui nécessitent souvent l'utilisation de consommables, et qu'il est naturel de financer.

D. Les activités de courte durée

31. Préciser les règles et limites des activités de courte durée : publier l'“ arrêté frontières ” (précisant l'ouverture du droit aux tarifs de GHS ou forfaits)

L'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations comporte un nouvel article (article 5 - I - 10°) correspondant ce qui est communément appelé "l'arrêté frontière" : il définit les 3 conditions nécessaires pour qu'un établissement soit autorisé à facturer un GHS pour une prise en charge de moins d'une journée.

L'instruction d'application est la circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006.

E. Les dispositifs médicaux implantables et les médicaments onéreux (DMI-MO)

32. Intégrer autant que possible les médicaments et les DMI dans les tarifs

C'est l'objectif du Gouvernement. Une étape capitale a eu lieu en 2006, avec la convergence des listes publique et privée vers une liste quasi identique. Un important travail d'analyse et

d'échange avec les médecins a été organisé entre avril et juillet 2006 pour démontrer la pertinence de ces mesures. Ces travaux se poursuivent pour assurer l'intégration dans de bonnes conditions de qualité de la pratique.

33. Définir des critères objectifs économiques (médicaments coûteux par exemple) et médicaux (référentiels de bonnes pratiques définis par la Haute Autorité de santé) pour l'inscription sur les listes de DMI-MO facturables en sus des tarifs de GHS

L'inscription sur la liste en sus des DMI-MO se fait d'ores et déjà au regard de données médico économiques objectives. Les référentiels sont en cours de production par les institutions dont c'est la fonction (INCa - AFSAPS- HAS) pour que puisse être contrôlé et pleinement appliqué le contrat de bon usage des produits et prestations.

34. Unifier pour les deux secteurs les listes de DMI-MO facturables en sus

C'est chose faite à quelques détails près depuis 2006 C'est un objectif que de parvenir à des listes exactement semblables

35. Contrôler l'évolution des dépenses de produits facturables en sus et évaluer les effets du dispositif de ristourne concernant les médicaments

Le ministère de la santé a mis en place un dispositif permettant d'assurer le suivi quantitatif et qualitatif de la consommation des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation. Ce suivi est à ce jour assuré par deux mécanismes distincts, l'un applicable aux établissements antérieurement sous OQN, l'autre applicable aux établissements antérieurement sous dotation globale. Il s'appuie sur la généralisation des codes UCD et LPP,

Sur le plan qualitatif, la mise en œuvre du dispositif instauré par le décret du 24 août 2005, doit permettre de garantir le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux, en particulier ceux facturables en sus des prestations d'hospitalisation. Les établissements s'engagent ainsi à garantir la conformité de ces prescriptions à l'AMM ou aux indications de la LPP, aux protocoles thérapeutiques établis par la HAS, l'AFSSAPS et l'INCa ou à défaut et par exception à justifier ces prescriptions en référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.

S'agissant de l'évaluation des effets du dispositif de ristourne applicable aux médicaments, les conditions de sa mise en œuvre seront étudiées avec la CNAMTS

36. Évaluer les contrats de bon usage des médicaments et utiliser les outils de la régulation (réduction du taux de remboursement en cas de non-respect des engagements souscrits)

Les contrats ont été signés dans la plupart des cas début 2006, après réalisation d'un état des lieux et définition d'une batterie d'indicateurs de suivi. Les ARH seront donc en mesure d'évaluer, à partir de 2007, l'application des engagements des établissements. Les référentiels qui font aujourd'hui défaut devraient être produits en nombre courant 2007. Ces outils seront tout à fait opérationnels en 2007, et il importera de faire application des outils de régulation pour donner à ce contrat toute la crédibilité nécessaire.

Les contrats de bon usage constituent un vecteur d'amélioration des pratiques de prescription dans la mesure où ils visent à favoriser le développement des pratiques pluridisciplinai-

res ou en réseau ainsi que le respect des référentiels. Les Observatoires des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) occupent quant à eux une place centrale dans l'analyse de ces pratiques.

F. L'extension de la T2A

37. Accélérer les travaux préparatoires à l'extension de la T2A aux soins de suite et de réadaptation, à la psychiatrie et à la chirurgie ambulatoire

Il est effectivement fondamental que le SSR, aval du MCO, puisse rapidement bénéficier d'un financement à l'activité. Le Gouvernement a décidé de relancer les travaux en cours à partir des fondamentaux (classification et ENC) en 2007 avec pour objectif la mise en œuvre d'un premier modèle de financement en 2008 qui aura vocation à évoluer.

Le travail sur la valorisation des activités de psychiatrie se poursuit en collaboration avec les acteurs de ce secteur; la généralisation du recueil d'activité est prévue en 2007

LES COEFFICIENTS GÉOGRAPHIQUES

600 millions d'euros en 2006

38. Évaluer (recenser et valoriser) précisément les facteurs géographiques de surcoûts compensés par les coefficients géographiques

C'est l'objectif du Gouvernement, l'évaluation des facteurs géographiques de surcoûts relève en outre du cadre plus général de la connaissance des charges des établissements.

39. Réactualiser régulièrement les coefficients géographiques

La périodicité d'actualisation dépend des évolutions majeures des surcoûts géographiques et doit tenir compte de la nécessité pour les établissements de disposer d'une visibilité suffisante sur l'évolution des tarifs. Elle doit se faire régulièrement sans forcément être annuelle.

LA VALORISATION DES ÉLÉMENTS DE FINANCEMENT

A. Les mesures de portée générale

40. Adapter régulièrement la valorisation des tarifs en fonction de l'activité de soins et des techniques en veillant à prendre en compte les innovations

L'utilisation de l'ENC (publique aujourd'hui et commune demain) comme référence de coûts permet de prendre en compte ces évolutions. De plus, les relations permanentes de la mission T2A avec les professionnels, les industriels et les sociétés savantes permettent la prise en compte des évolutions technologiques. Lorsqu'il s'agit de techniques ayant fait l'objet d'une évaluation favorable de la part de la HAS, son intégration dans le cadre des tarifs est posée. Le financement peut se faire sur la base de dires d'experts dans un premier temps, le tarif retrouvant son positionnement normal lorsqu'il est ultérieurement représenté dans l'ENC.

Dans certain cas, lorsque l'innovation nécessite des compétences particulières, le financement n'est autorisé qu'à un nombre d'équipes limité, dont la détermination est faite par les ARH en sorte de mailler le territoire et de répondre aux besoins tout en assurant la compétence sur ces technologies récentes.

41. Faire la transparence sur les méthodes et calculs de valorisation des vecteurs de financement

C'est l'objectif du Gouvernement, qui multiplie les rencontres avec les représentants des établissements en préparation des campagnes tarifaires puis au cours de leur mise en œuvre. Il est certain que des progrès peuvent être encore faits dans la mesure où l'on appréhende de mieux en mieux les difficultés de mise en œuvre technique de la réforme et les besoins d'échange des acteurs. L'objectif est également de mettre à disposition des acteurs le maximum de données de base via le site internet de l'ATIH.

42. Mettre en place dans les deux secteurs un échantillon statistiquement représentatif d'établissements et définir des normes d'analyse comptable permettant le calcul fiable des coûts complets par vecteur tarifaire

Il convient tout d'abord de préciser que la participation à une ENC exige un investissement important des établissements, de sorte qu'elle est fondée sur le volontariat et sous réserve que l'établissement ait démontré ses capacités à mener l'étude. Le Gouvernement partage le souci de la MECSS d'élargir l'échantillon et de définir puis d'approcher une représentativité statistique suffisante.

B. Le partage financier assurance maladie/assuré

43. Réformer le dispositif de participation de l'assuré pour l'adapter à la T2A (réduction d'assiette résultant du nouveau découpage des vecteurs de financement) : redéfinir les modes de calcul du ticket modérateur et du forfait hospitalier journalier

Il est important que très rapidement l'assiette de calcul de la contribution de l'assurance maladie et de la participation du patient soit harmonisée, notamment dans le cadre la mise en place de la facturation directe. C'est un dossier clé dont se préoccupe le Gouvernement. L'année 2007 sera consacrée au recueil des données de bases qui permettra d'élaborer des scénarii de réforme de la participation de l'assuré à l'hôpital.

44. Dans l'attente de cette réforme et de la facturation individuelle dans le secteur public, appliquer aux dépenses encadrées des taux de conversion (utilisés pour le passage des dépenses encadrées aux dépenses d'assurance maladie) actualisés, différenciés et transparents selon les vecteurs de financement T2A (MIGAC, DMI, tarifs, forfaits annuels) pour calculer les remboursements dus par l'assurance maladie aux établissements

Afin de permettre le passage des dépenses encadrées en dépenses à la charge de l'assurance maladie, un taux de conversion sur les dotations a été appliqué en 2005 et pour cette seule année. Pour des raisons techniques, il s'est avéré nécessaire de maintenir en 2006 un taux de conversion pour déterminer la part des tarifs à la charge de l'assurance maladie.

Il a été décidé de supprimer le recours en 2007 aux taux de conversion dans la valorisation de l'activité. Il s'agit de rapprocher les données administratives de prise en charge de chaque patient avec sa prise en charge médicale lors de l'analyse de l'activité (aujourd'hui trimestrielle) par les ARH. (Circulaires DHOS/F1/F4 2006/269 du 19 juin 2006, DHOS/F1/F4 n° 454 du 17 octobre 2006 et DHOS/F1/F4 2006/532 du 15 décembre 2006)

C. Les mesures concernant les établissements antérieurement financés par prix de journée et forfaits

45. Mettre en place un outil fiable de calcul des tarifs à partir des coûts dans le secteur privé (exploitation de la comptabilité analytique sur un échantillon représentatif d'établissements privés afin de disposer d'une décomposition des charges imputées par GHS)

Comme c'est le cas dans le secteur public, une étude des coûts de production a été menée dans le secteur privé. Le recueil d'informations nécessaires à la réalisation de ce type d'étude ne va pas de soi d'emblée dans les établissements qui s'y emploient pour la première fois. Les résultats de l'étude de coûts privé seront disponibles dans l'année 2007.

46. Mettre en place une échelle de coûts des GHM dans le secteur privé

L'exploitation de l'ENC devrait donner des indications sur la pertinence de l'échelle actuelle basée sur les tarifs historiques. Néanmoins il convient de souligner que les coûts T2A par GHS que l'on peut en tirer de l'ENC sont certes un élément essentiel de l'objectivation des tarifs, mais ne constituent pas leur seul critère de hiérarchisation.

47. Intégrer les honoraires des praticiens et auxiliaires libéraux dans les tarifs

Ce point doit être examiné sous deux dimensions.

- La première consiste à proposer effectivement l'intégration des honoraires des médecins libéraux dans les tarifs des GHS. Outre la complexité du processus au plan politique dans la mesure où cette démarche pourrait être interprétée comme la remise en cause du caractère libéral de l'exercice médical dans les cliniques privées, la question de la prise en compte des dépassements d'honoraires dans les tarifs d'établissements doit également être soulevée.
- La seconde, plus évidente, concerne l'objectif de comparaison des prix par séjours dans chacun des secteurs. Il s'agit alors d'examiner le prix pour l'assurance maladie, voir le prix de revient total d'une prestation, et il importe donc d'inclure la part de dépenses liée aux honoraires. Ce sujet est examiné dans le cadre des travaux sur la convergence.

48. Supprimer le “ coefficient de haute technicité ” pour soins particulièrement coûteux en chirurgie et redéployer les moyens correspondants entre les tarifs

L'article 69 III de la LFSS pour 2007 prévoit la réduction progressive du coefficient de haute technicité, afin de s'assurer notamment qu'en 2012, date de sa disparition, les moyens auront été progressivement répartis sans craindre d'effet revenu brutal pour les établissements.

D. Les mesures concernant les établissements anciennement financés par la dotation globale

49. Valoriser les MIGAC au coût réel

La mesure du coût des MIGAC et la construction de référentiels de valorisation qui permettront un financement adéquat et équitable de ces missions sur l'ensemble du territoire constituent un objectif du programme de travail de la DHOS et la MT2A. Il a été décidé à ce titre de mener prioritairement une réflexion sur les MERRI. Sur les autres MIG, via des groupes de travail spécifiques, un travail d'analyse a été entrepris en commençant par celles

dont les enjeux financiers sont les plus importants : SAMU/SMUR, médicaments sous ATU, actes hors nomenclature, éducation thérapeutique, centres de référence, UCSA, équipes mobiles de soins palliatifs, prise en charge de la douleur chronique rebelle. Par ailleurs, en fonction des plans de charge du ministère, il a été saisi l'opportunité de mener des travaux sur des MIGAC aux enjeux financiers moindres (implants cochléaires, CCLIN et antennes régionales de CCLIN, COREVIH/CISIH, centres régionaux de pharmacovigilance et centres d'information sur la pharmacodépendance, CDAG, banques de tissus, centres anti-poisons / toxicovigilance).

LA CONVERGENCE

A. Principes

50. Éviter que la convergence se traduise *in fine* par un surcoût global

Le Gouvernement partage ce souci et n'a jamais intégré dans ses demandes de progression d'ONDAM de demande spécifique à la convergence.

51. Définir précisément les conditions d'octroi des mesures d'accompagnement qui doivent être exceptionnelles, ponctuelles, justifiées et contrôlées notamment par la présentation d'un rapport annuel au Parlement

Les composantes de la partie AC des MIGAC ont des contours nécessairement souples afin de s'adapter au contexte local. Il est possible néanmoins de préciser les grandes rubriques suivantes :

- développement de l'activité (aide au démarrage)
- soutien à une activité déficitaire indispensable au maintien de l'offre de soin dans un territoire donné ;
- amélioration de l'offre existante ;
- soutien aux établissements déficitaires dans le contexte d'un plan de retour à l'équilibre ou d'une restructuration en cours
- aide à l'investissement.

52. Veiller à l'emploi rationnel du surcroît de moyens par les établissements “ gagnants ” en prévoyant un compte rendu annuel des établissements aux ARH

Les ARH ont notamment pour missions d'approuver les EPRD et de conclure des contrats d'objectifs et de moyens (dont un volet MIGAC), qui donnent l'occasion de faire un point sur la situation financière des établissements et d'évoquer l'utilisation des ressources générées par l'activité. Il va de soi que le surplus de ressources dont peuvent bénéficier ces établissements ne doit constituer un « effet d'aubaine » mais doit faciliter la réalisation des objectifs contenus dans leur projet d'établissement.

53. Étudier la possibilité de mettre en place des dispositifs de mutualisation partielle ou de plafonnement des gains

La question de l'écrêtement des gains pour les établissements gagnants doit être examinée avec circonspection, car cela ne doit pas engendrer de recul sur la mise en œuvre d'organisations ou d'outils de gestion visant à l'efficacité. L'intérêt à agir ne doit pas être annulé par la

réention d'une trop grande partie de la recette ainsi constituée.

L'évolution de la classification toujours plus adaptée aux typologies de malades pris en charge et le cadrage plus fin des MIG devraient améliorer les gains comme de minimiser les pertes d'ailleurs qui seraient liées à l'insuffisante précision des outils.

Toutefois, dans une perspective d'évolution au-delà de 50% des taux de prise en charge au titre des tarifs, la question devra se poser, et le niveau de régulation éventuel entre la région ou le niveau national devra être optimisé.

B. La convergence intrasectorielle

Dans le secteur public

54. Poursuivre la convergence selon l'échéancier prévu

La convergence intrasectorielle est réalisée dans le secteur public par l'augmentation progressive de la fraction de tarifs; la fixation du taux de 50 % pour 2007 permet d'ores et déjà d'atteindre l'objectif intermédiaire de 2008, fixé par le législateur.

55. Accompagner les établissements les plus perdants : prévoir la possibilité pour les ARH d'attribuer des aides exceptionnelles, justifiées et contrôlées par contractualisation selon des conditions précisément définies

C'est l'objectif du Gouvernement, et c'est une nécessité pour que la réforme puisse suivre son cours. Toutefois, le recours au soutien des établissements ne saurait annuler les effets de la réforme sur le niveau des ressources qui leur sont allouées. Les ARH sont donc engagés avec les établissements dans des contrats de retour à l'équilibre qui prévoient des évolutions concertées d'économies, d'amélioration des organisations voire de restructuration.

56. Présenter un rapport au Parlement ou insérer un compte rendu dans l'annexe 7 du PLFSS sur l'emploi de ces aides

Le rapport a été transmis au Parlement le 20 octobre 2006

57. Faire converger vers les tarifs des plus performants

L'ENC conduit à une échelle de coûts T2A. Compte tenu du mode de constitution de l'échantillon elle ne peut fonder une référence absolue. En d'autres termes il n'est pas possible de déterminer un tarif le plus performant par GHS. Les tarifs résultent essentiellement des ressources nouvelles attribuées par la LFSS et des contraintes macro budgétaires imposées au secteur. Les tarifs sont une donnée, qui pousse les établissements à revoir leur organisation et leurs dépenses pour globalement diminuer leurs charges.

Dans le secteur privé

58. Poursuivre la convergence selon l'échéancier prévu

Dans le secteur des cliniques privées, la convergence intrasectorielle est assurée par le coefficient de transition. Le rapprochement doit tenir compte des effets revenus, comme c'est le cas dans le secteur public. L'échéancier initialement prévu est respecté.

59. Faire converger vers les tarifs des plus performants

Cette proposition appelle la même réponse de principe que celle formulée au point 57. Il convient néanmoins de rappeler qu'actuellement les tarifs des établissements sont des tarifs historiques qui convergent progressivement vers les tarifs nationaux.

60. Mettre en place une échelle de coûts qui soit la référence pour la convergence

Ainsi qu'il a été indiqué dans la réponse aux questions 45 et 46, une étude des coûts de production a été menée dans le secteur privé. Le recueil d'informations nécessaires à la réalisation de ce type d'étude constitue un exercice nouveau pour les établissements. Les éléments de cette étude de coûts, puis ceux de l'étude de coûts à méthodologie commune pour ce qui concerne les établissements privés, devraient servir de référence pour faire évoluer progressivement l'échelle des tarifs des établissements privés.

61. Éviter que le coefficient de haute technicité neutralise la redistribution

La suppression progressive du coefficient de haute technicité (voir réponse au point 48) répond à cette préoccupation à laquelle le Gouvernement est également très sensible.

C. La convergence intersectorielle

Préciser le scénario

62. Confier au Parlement la définition précise du scénario de la convergence intersectorielle

La loi prévoit que les tarifs nationaux des prestations sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre le secteur public et le secteur privé qui devra être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. Un objectif intermédiaire de convergence des tarifs a été fixé à 50 % en 2008. Il appartient au Gouvernement, dans le cadre ainsi fixé par la loi, de déterminer les voies et moyens pour parvenir à cette convergence.

63. La convergence doit :

- a) **s'effectuer vers une échelle unique de tarifs ;**
- b) **s'opérer vers les tarifs des établissements les plus performants ;**
- c) **s'appliquer à des tarifs homogènes, après élimination des facteurs exogènes et des disparités tenant à la nature des prestations délivrées par chacun des secteurs**

L'ensemble de ces points sera examiné dans le cadre des travaux sur la convergence et à l'aune du rapport IGAS sur ce sujet. Le modèle final de convergence pourra être défini précisément quand les travaux de mesure des écarts de coûts et de qualification de ces écarts auront été menés à bien.

64. Le législateur devrait être appelé à préciser le moyen de compenser les “ écarts de coûts justifiés ” : surtarifs, tarifs différenciés, convergence partielle ou dotations

Cette proposition appelle la même réponse que celle formulée au point 62

Les modalités de réalisation

65. Reprendre la convergence en 2008 et, si possible, de manière mesurée, dès 2007, après neutralisation des écarts de coûts de personnel

C'est l'objectif du Gouvernement dans le respect de la loi. La convergence ne pourra être mise en œuvre que lorsque les écarts de coûts auront été objectivés. La méthodologie concernant les études de coûts ayant été définie en 2006, l'année 2007 sera consacrée à la collecte et l'exploitation des données ainsi qu'à la réalisation d'études complémentaires destinées à mesurer les variables explicatives des écarts.

66. Mener rapidement les études nécessaires au cadrage de la convergence, en particulier pour mesurer l'ampleur des écarts de coûts " justifiés " et l'écart de coût résiduel entre les secteurs

Un programme d'études est prévu à cet effet. Les thèmes ont été retenus en concertation avec les fédérations représentatives des établissements. Ces études seront conduites au sein le ministère avec en fonction des thèmes et du programme de travail des services, par la DHOS et la DREES. Il sera fait appel en tant que de besoin au concours de l'ATIH et de la CNAMTS.

67. Doter les instances chargées de mener ces travaux des moyens nécessaires

Aucun renforcement des moyens de l'administration centrale n'a pu être obtenu dans le cadre des contraintes pesant sur le budget de l'État. Le renforcement des moyens de l'ATIH apparaît nécessaire dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens en cours d'élaboration..

68. Mener des études sur les modalités de financement des " écarts de coûts justifiés "

Dès lors que les études (cf. réponse à la question 66) auront été menées à bien, les modalités de financement des écarts justifiés devront être définies. Ce financement peut prendre différentes formes telles qu'un surtarif, un coefficient multiplicateur, l'allocation de dotations...

69. Confier à l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) la définition et le contrôle de la qualité des méthodologies utilisées pour réaliser les études, en particulier concernant l'élaboration de l'échelle commune des coûts

La méthodologie commune de l'étude de coûts préparée par l'ATIH a été finalisée. Les principes en ont été validés en comité de pilotage qui réunit sous la présidence de la DHOS les représentants des fédérations d'établissements.

L'ATIH assure, comme elle fait pour l'ENC du secteur public, en tant que maître d'œuvre de l'ENC commune pour les opérations suivantes :

- l'élaboration de la méthodologie commune et rédaction du guide ;
- la constitution de l'échantillon après appel à candidatures auprès des établissements
- la collecte et l'exploitation des données

Pour les études complémentaires, il est fait appel à l'agence en fonction des compétences qui sont les siennes

70 Mener rapidement des études d'impact de la convergence sur les établissements et communiquer les résultats au Parlement

Cela sera fait en conclusion des travaux sur l'ENC commune et des études complémentaires.

71. Harmoniser les règles de financement des deux secteurs

La convergence et la mise en œuvre de SROS III permettront de tendre vers cet objectif.

72. Intégrer les honoraires médicaux dans les tarifs du secteur privé

Cette proposition appelle la même réponse que celle formulée au point 47

73. Intégrer dans les tarifs les prestations actuellement externalisées (actes pratiqués en amont ou en aval de l'hôpital : biologie et radiologie par exemple), les remboursements de prestations versées à l'établissement par les régimes obligatoires, les remboursements de l'ensemble des honoraires sans dépassement et la participation de l'assurance maladie aux cotisations des praticiens

Cette proposition revêt plusieurs aspects :

- le rattachement de l'ensemble des coûts au séjour du patient afin de permettre une comparaison entre les deux secteurs dans une perspective de convergence tarifaire ;
- leur régulation sachant que ces dépenses relèvent actuellement de sous objectifs différents au sein de l'ONDAM et d'autorités régulatrices différentes.

Cette proposition est sensiblement de même nature que la proposition 72 d'intégration des honoraires dans les tarifs. Les actes de biologie ou de radiologie pratiqués dans le secteur privé relèvent des honoraires.

Sur le 1^{er} aspect, plusieurs précisions peuvent être apportées :

- dans les études de coûts, l'ensemble des coûts qui peuvent être rapportés au séjour du patient et se traduisent par la facturation d'un GHS sont pris en compte ; il en est ainsi pour les cliniques privées des honoraires quels qu'ils soient dès lors qu'ils figurent sur le bordereau de facturation du séjour car il importe de déterminer un périmètre de charges comparables entre les secteurs ;
- par ailleurs, en amont et aval du séjour du patient, des actes, non formellement rattachés au séjour, peuvent néanmoins être réalisés; une étude, en complément de l'étude nationale de coûts, est prévue avec le concours de la CNAMTS afin de déterminer s'il peut être observé une fréquence différente entre les deux secteurs ;
- en ce qui concerne la participation de l'assurance maladie aux cotisations des praticiens, cet élément sera également pris en compte dans l'appréciation des écarts de coûts.

74. Harmoniser les méthodes de valorisation des tarifs dans les deux secteurs

Ce sera chose faite lorsque les études de coûts auront été finalisées. Toutefois, l'historique de l'un et l'autre des secteurs devra nécessairement conduire à réaliser cette harmonisation par ajustements qui pourront différer à la marge.

75. Harmoniser les listes de DMI-MO facturables en sus dans les deux secteurs

C'est un acquis pour les médicaments onéreux et ce qui concerne les DMI cette proposition

appelle la même réponse que celle formulée au point 34

76. Intégrer dans les tarifs du secteur privé les suppléments tarifaires de SPC (coefficients de haute technicité pour les soins particulièrement coûteux en chirurgie)

Cette proposition appelle la même réponse que celle formulée au point 48

77. Faire la transparence sur l'articulation entre les études de coûts constatés et la fixation des tarifs

Les ENC permettent d'établir des échelles de coût T2A des GHM puis des GHS. Il est envisagé de publier ces échelles de coûts en plus de l'ENC sur le site de l'ATIH. Néanmoins il convient de rappeler qu'elles ne constituent qu'un élément dans la détermination des tarifs. Les tarifs par ailleurs doivent traduire la mise en œuvre de politiques publiques (effets incitatifs et désincitatifs).

78. Assurer la représentativité des échantillons d'établissements utilisés pour établir les échelles de coûts

La notion de représentativité d'un échantillon ne peut être définie qu'en fonction de l'objectif poursuivi : représentativité en fonction des activités, représentativité en fonction de la situation financière des établissements sachant qu'il est possible de s'attacher à une rentabilité moyenne ou de ne retenir que les établissements ayant la rentabilité la plus élevée, représentativité en fonction de la taille ou du statut juridique des établissements

Les échantillons se sont attachés à assurer la meilleure représentativité en terme d'activités et de nature d'établissement.

Avec la mise en place de l'ENC commune, l'objectif est un accroissement progressif de la taille de l'échantillon afin de disposer de la meilleure représentation de la diversité du secteur.

79. Mettre en place une échelle commune des coûts

La notion d'échelle commune peut revêtir plusieurs significations :

- une échelle conduisant à des tarifs à la moyenne de l'écart observé entre les deux secteurs, ce qui serait en contradiction avec la recommandation faite par l'IGAS d'une convergence vers les tarifs les plus efficaces et incompatible avec une évolution maîtrisée de l'ONDAM ;
- l'objectif final de convergence, ce qui suppose que l'ensemble des travaux de mesure des écarts de coûts et des facteurs explicatifs soient menés à bien, de sorte que le modèle de convergence puisse être défini précisément. Ces travaux seront réalisés au cours de l'année 2007

80. Comblent l'important déficit de connaissance des coûts hospitaliers en définissant un programme de recherches et d'études sur les données de l'activité hospitalière des deux secteurs à réaliser dans un calendrier précis

Le Comité d'évaluation de la réforme mène un certain nombre de travaux dont ceux relatifs au suivi d'activité et à l'analyse de la santé économique des établissements de santé. La DREES s'exprime régulièrement sur ce point. Mais il ne s'agit pas à proprement parler d'une connaissance des coûts hospitaliers. Répondre à cette question signifie d'abord l'examen des points de différentiels de coûts avant d'examiner les motifs structurels de surcoût par rapport

à une médiane dont il faudrait se doter. Une recherche de cette nature constitue effectivement un vaste programme de recherche. L'étude de coûts à méthodologie commune et les études complémentaires contribuent grandement à améliorer la connaissance des coûts hospitaliers.

81. Conduire sans tarder une étude sur l'incidence des conditions d'emploi sur les coûts

L'incidence des conditions d'emplois sur les coûts constitue un des thèmes essentiels des études complémentaires (cf. réponse à la question 66). Cette question revêt différents aspects : écarts liés aux rémunérations nettes, aux régimes fiscaux et sociaux, aux effectifs, aux niveaux de qualifications ainsi qu'aux différences de statuts.

Une étude est en cours concernant la situation des établissements privés participant au service public (PSPH).

82. Définir des indicateurs homogènes et fiables de réalisation et de suivi de la convergence

Une fois l'objectif notamment temporel fixé, le calendrier prévisionnel posé et les modalités prévues, il importera de se doter d'indicateurs de réalisation, mais aussi et surtout de suivi d'impact en sorte de conduire ce projet dans des conditions de faisabilité adaptées, car il existe des incidences que l'on sait externes et qui s'imposent à l'un ou à l'autre des deux secteurs, susceptibles de brouiller les conditions d'avancement. Dans ce domaine, les indicateurs doivent permettre aussi d'adapter la démarche et de repérer l'émergence de difficultés.

LES MOYENS HUMAINS DE CONCEPTION ET DE PILOTAGE DE LA RÉFORME

Principes

83. Clarifier la répartition des compétences entre les acteurs et les adapter à la nouvelle phase de gestion du dispositif de tarification à l'activité

Cette préoccupation a été prise en compte et trouve sa traduction dans l'articulation des rôles respectifs de la MT2A, de l' ATIH et de la DHOS, décrits dans les réponses aux points 85 à 91 ci-après.

84. Respecter les objectifs, renforcer les moyens et éviter les retards

Ce souci est partagé par le Gouvernement, qui entend mener à bien la réforme du financement selon le calendrier prévu et dans le respect du schéma cible défini par le législateur. L'atteinte de certains objectifs de cette réforme nécessite toutefois la réalisation de travaux techniques importants et la mise en œuvre des moyens correspondants ; c'est le sens du contrat en cours de signature avec l' ATIH (voir réponse aux propositions 89 et 90)

La MT2A et la DHOS

85. Intégrer la Mission à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

86. La DHOS doit être clairement désignée comme pilote de la réforme de la T2A

L'articulation entre la DHOS et la MT2A, en ce qui concerne le pilotage et la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de santé est fondée sur les principes ci-après énoncés. Si la justification initiale d'une "mission" pour animer et coordonner la réforme n'a pas fait débat, il est logique de faire évoluer sa place au fur et à mesure des réalisations. Celle-ci doit s'articuler par rapport aux administrations et autres structures existantes. Au-delà des professionnels de santé de « terrain », la mission a de multiples interlocuteurs et référents : les directions du ministère de la santé, les autres ministères, l'assurance maladie, les agences nationales et régionales, les représentants syndicaux, les professionnels...

Dans son champ de responsabilité, la mission doit continuer à être le lien entre ces différentes instances et acteurs car la notion de transversalité est fondamentale. Par ailleurs, la mission doit renforcer ses liens avec les régions et en créer de nouveaux avec les structures de santé publique, celles en charge des sujets de la qualité, de la recherche, avec les universités...

La capacité des administrations traditionnelles à gérer le dispositif tarifaire, une fois établies les règles du jeu, ne fait pas de doute. Toutefois, la culture du changement, la flexibilité, et la mobilisation sur des champs jusque là inexplorés sont plus aisément mobilisées par le biais d'une mission. Par ailleurs, il est souvent utile qu'un tiers (au sens de la représentation) établisse les premiers contacts, afin de permettre à l'administration centrale, (au cas présent la DHOS) de se placer en recours, ou en arbitrage le cas échéant.

La vocation principale de la mission est d'être une instance de recherche pour des axes de développement, de transversalité et de référence technique. Elle doit impérativement conserver son rôle moteur et de pilote, rester flexible, souple et adaptable. Elle est garante du respect des procédures, des grands principes du modèle.

Par ailleurs, la mission se doit d'être force de proposition et d'argumentation des arbitrages politiques.

La DHOS quant à elle est responsable du pilotage et de la mise en œuvre des modèles de financement mais elle n'est pas en capacité de conduire les travaux de prospective autrement que par une contribution technique.

L'ATIH

87. Préciser les missions de l'ATIH : production de données et expertise

88. Affirmer l'autonomie de l'ATIH

89. Élaborer rapidement le contrat d'objectifs et de moyens prévu entre l'ATIH et la tutelle

90. Renforcer les moyens de l'ATIH

91. Veiller à maintenir le caractère technique de l'ATIH

Les propositions relatives à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) appellent une réponse d'ensemble.

Celle-ci est chargée de travaux techniques concourant à la mise en œuvre et à l'accessibilité aux tiers du système d'information, ainsi qu'au traitement des informations. Et elle apporte, dans les mêmes conditions, son concours aux travaux relatifs aux nomenclatures de santé,

La création de l'ATIH répond au souci du ministère, et plus particulièrement de la DHOS, de disposer d'une structure à vocation technique apte à fournir un cadre juridique, organisationnel et financier cohérent pour la mise en œuvre du PMSI.

Mais au-delà des concours aux diverses composantes du PMSI et aux nomenclatures de santé, l'ATIH doit plus globalement veiller à la cohérence des divers systèmes d'information et de communication au niveau national. Pour ce faire, elle œuvre en partenariat avec l'assurance maladie et en relation avec les représentants des établissements de santé, des agences régionales de l'hospitalisation et des fédérations hospitalières.

Depuis octobre 2002, elle est un des acteurs principaux de la réalisation du volet du programme gouvernemental « hôpital 2007 » consacré à la prise en compte de l'activité des établissements hospitaliers dans la détermination de leurs moyens financiers. Elle est donc devenue un partenaire majeur de la MT2A

A moyen terme, les objectifs de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) s'articuleront autour de deux axes :

- assurer des traitements de masse tout en veillant à la qualité des données, notamment par la mise en œuvre de procédures de contrôle et par l'amélioration des délais de production ;
- contribuer à la définition de la politique de l'hospitalisation tant par la fourniture d'outils d'aide à la décision que par la mise en œuvre et/ou l'actualisation de dispositifs de suivi et de connaissance (présentations statistiques, systèmes d'information, etc.).

Ces axes se développeront nécessairement dans le cadre de la T2A et de sa généralisation à l'ensemble des champs. Les enjeux sont les suivants :

- participer activement à l'élaboration de la campagne budgétaire (élaboration des éléments de préparation des tarifs, suivi des EPRD, etc.) et à la mise en place d'une analyse des risques financiers (CNAM, DSS, DHOS) ;
- contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la convergence tarifaire (ENC à méthodologie commune, analyse des écarts de coûts, simulations financières, etc.) ;
- accompagner l'extension de la logique de la tarification à l'activité au champ des soins de suite (sur la base d'une première expérimentation en 2007, seront élaborés des outils de recueil et de traitement des données) ;
- généraliser la dématérialisation des échanges de données et d'informations (processus déjà engagé avec la plateforme e-PMSI).

L'année 2007 est, indépendamment des éléments développés ci-dessus, marquée pour l'ATIH par ces deux enjeux clés :

- consolidation des emplois de l'opérateur que la DHOS espère porter à 64 ETPT (+12 ETP) ;
- financement de la mesure par une augmentation des recettes propres de l'établissement et celle de la subvention État et un prélèvement sur fonds de roulement.

Le projet de contrat d'objectifs et de moyens en cours d'élaboration, s'appuyant sur les conclusions du rapport IGAS – IGF de 2005 prévoit le doublement des moyens de l'agence d'ici 2009.

LA DSS

92. Impliquer davantage la direction de la sécurité sociale (DSS) dans le processus de décision

La DSS est constamment et étroitement impliquée dans les processus de décision :

- dans le cadre traditionnel de ses compétences de contrôle interne et de garant de la

- maîtrise de l'ONDAM ;
- au travers du conseil de l'hospitalisation où siège son directeur, qui en assure la vice-présidence, et un autre représentant.

La DREES

93. Mobiliser davantage la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur des travaux de moyen terme

94. Mieux coordonner les activités de recherche sur la base de données du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) de la DREES et de l'ATIH

95. Demander à la DREES de réaliser des études sur la typologie des établissements

La DHOS et la DREES ont coordonné leurs programmes d'études 2007 dans le cadre notamment des travaux sur la convergence et du comité d'évaluation de la T2A.

La DREES a par ailleurs participé à l'élaboration du COM de l'ATIH

96. Mettre en place au sein de la DREES un observatoire des pratiques étrangères de tarification à l'activité

La DREES a d'ores et déjà à connaître des pratiques étrangères pour élaborer ses travaux d'impacts et d'évaluation. C'est dans cet objectif que des experts étrangers participent aux travaux du Comité d'Evaluation.

Un observatoire des pratiques étrangères, quelle que soit la direction chargée de sa mise en place, devra être unique et permettre à chaque acteur institutionnel d'y trouver la réponse à ses demandes en fonction de ses responsabilités.

Les comités et la concertation

97. Éviter l'empiètement des comités techniques sur la sphère décisionnelle

C'est un écueil qu'il faut éviter sachant que le Gouvernement doit mettre en place des réformes techniquement complexes.

98. Éviter les retards et les dévoiements dans la mise en œuvre de la réforme

Le Gouvernement partage cette préoccupation ; il a aussi la conviction que la réforme ne pourra pleinement se réaliser sans l'adhésion de l'ensemble des acteurs, ce qui suppose de consacrer le temps nécessaire à la concertation, tout en restant ferme et constant sur les objectifs

99. Confier la présidence des groupes de travail et des instances de concertation à des personnalités indépendantes des organisations professionnelles

En premier lieu il convient de souligner que les organisations professionnelles doivent être des relais entre le Gouvernement et les établissements dans la mise en place des réformes. Pour cela il est important que les organisations soient associées le plus en amont possible dans le processus de préparation technique des décisions pour être en mesure d'en expliquer le détail aux établissements qu'elles représentent. Par ailleurs il est aussi important que les services de l'État puissent bénéficier de synthèses des réactions ou des problématiques de terrain de la part de ces organisations.

En ce qui concerne la présidence des groupes de travail, le Gouvernement est bien sûr

vigilant à l'indépendance de la présidence. Elle donc est assurée souvent par les services de l'État ou leurs représentants, ou des personnalités qualifiées. L'organisation en sous-groupe de travail (comme par exemple dans le cadre du comité d'évaluation de la T2A) s'appuie sur les membres du groupe et peut bien sûr dans ce cas faire appel aux représentants des organisations professionnelles.

LES SYSTÈMES D'INFORMATION ET LE SUIVI FINANCIER

Les systèmes d'information

100. Développer des systèmes d'information médico-économique performants et fiables

C'est une des missions centrales de l'ATIH reprise dans son contrat d'objectif et de moyens. Par ailleurs la LFSS 2007 crée un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée qui devrait canaliser l'ensemble des informations disponibles et pousser à l'amélioration et la coordination des systèmes.

101. Accélérer la préparation de la généralisation de la télétransmission des données en 2007

C'est un objectif du Gouvernement, essentiel pour la mise en œuvre de nombreuses mesures de la loi assurance maladie de 2004, qui implique d'importants développements des systèmes d'information des établissements mais également du réseau de l'assurance maladie.

102. Mobiliser les crédits du plan Hôpital 2012 pour renforcer les moyens humains, matériels et logiciels mobilisés par les systèmes d'information

Les travaux de conception du volet SIH du plan d'investissement « Hôpital 2012 » interviennent dans le contexte d'une réflexion plus générale sur les systèmes d'information de santé (SIS) et les systèmes d'information hospitaliers (SIH) marquée par l'élaboration d'un plan stratégique du système d'information de santé dont les grandes orientations doivent être proposées par la mission d'informatisation du système de santé (MISS) et la mise en œuvre d'un plan d'actions opérationnelles, sur la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.

Le Plan Hôpital 2012 sera un instrument de financement au service d'une politique globale de modernisation des SIH. Compte tenu de l'importance des besoins et des priorités ministérielles, le périmètre fonctionnel des projets éligibles est potentiellement très large.

La politique nationale pour les SIH a retenu quatre axes de progrès qui sont la régulation des dépenses de santé issues de la double réforme du financement de l'hôpital et de l'assurance maladie, le partage de l'information médicale, la modernisation de l'hôpital alliée à l'efficacité de sa gestion et l'organisation de l'offre de soins en liaison avec les politiques de santé publique.

Globalement l'objectif est de doubler l'effort des établissements sur le SIH.

103. Organiser des actions de formation des personnels au codage et à l'utilisation des systèmes d'information

Les actions de formation des personnels au codage et au PMSI ont été massivement menées, et impulsées par l'État au moment de la mise en place du dispositif PMSI. Depuis, ces

actions sont davantage de type universitaire, institutionnelles, voire de type privé, en réponse à des demandes ponctuelles.

La nécessaire formation continue, liée à la mobilité des personnels est à développer.

Les COTRIM qui jouent un rôle d'expertise en matière de gestion de l'information médicale ont également contribué à des actions de formation, sur un mode ponctuel, ou dans le cadre de rencontres régionales annuelles.

104. Instaurer une obligation de tenue de comptabilité analytique médicalisée, de tableaux de bord et d'indicateurs de suivi

Cette obligation existe ; elle est prévue par l'article R 6145-7 du code de la santé publique.

Au-delà de cette obligation des outils sont mis à la disposition des établissements (guide méthodologique, analyse de gestion hospitalière nationale) et la MEAH a mis en oeuvre des actions pour favoriser le développement de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion.

Le suivi financier

105. Interdire la correction rétroactive des codages

L'ATIH travaille actuellement à des propositions de sécurisation du dispositif, applicable à l'ensemble des établissements.

S'agissant des corrections des résumés de séjour, un premier pas a été réalisé en juillet dernier en rappelant aux établissements que l'envoi cumulatif des données d'activité aux ARH était destiné à assurer l'exhaustivité du recueil (les informations non transmises un trimestre donné pouvant être le trimestre suivant), mais en aucun cas à modifier des informations déjà transmises, sauf à en faire une demande expresse à l'ARH. Cette disposition à caractère réglementaire existant depuis le début de la T2A n'avait pas été parfaitement intégrée par tous les établissements.

En outre, depuis l'envoi des données du troisième trimestre 2006, un test introduit permet de repérer les résumés de séjour qui ont fait l'objet d'une modification entre deux envois successifs. Il constitue un élément d'alerte que l'ARH doit pouvoir mettre à profit pour s'assurer que l'établissement se conforme à ses obligations.

Ces dispositions doivent être améliorées, et feront l'objet de propositions dans les mois qui viennent, la contrainte étant qu'il ne peut être interdit aux établissements de rectifier une erreur, à condition que cette correction soit visible, et qu'il y ait simultanément correction de tous les éléments concourant à la facturation..

106. Mettre en place la facturation individuelle dans le secteur public

Des travaux sont en cours, associant les directions concernées du ministère et les services de l'assurance maladie, en vue de définir les modalités de facturation directe aux caisses des frais d'hospitalisation, de consultations et de soins externes. La convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la CNAMTS pour la période 2006-2009 prévoit à cet égard la généralisation des flux de facturation individuels, pour les soins externes en 2008 et pour les séjours, à partir de 2009.

107. Encadrer les procédures de transmission des données d'activité et réduire les délais de transmission de celles-ci

Dans l'attente de la facturation individuelle directe, il est prévu la mise en place dans le courant de l'année 2007 d'une transmission, selon une périodicité mensuelle et non plus trimestrielle, des données d'activité issues du PMSI. La réduction des délais de transmission permettra aux services ministériels d'avoir une connaissance plus précoce de l'évolution de l'activité des établissements et ainsi de pouvoir faire jouer plus rapidement les mécanismes de régulation. Cette réduction garantira également une meilleure alimentation de la trésorerie des établissements.

108. Fiabiliser la mesure de la dépense et de son évolution

L'article 73 I de la LFSS pour 2007 prévoit la création d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, chargé du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Cet observatoire devra remettre au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution de ces dépenses et sera consulté préalablement à la mise en œuvre de la procédure de régulation prix volume.

109. Demander aux ARH de veiller à la bonne application de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) et prévenir les déséquilibres financiers durables

Les directeurs d'ARH ont compétence pour approuver les EPRD, et le cas échéant ils peuvent demander la présentation d'un nouvel état tenant compte des motifs de refus qu'ils ont opposés, au nombre desquels figure le constat d'une situation financière dégradée, en l'absence de mesures de redressement. Il leur appartient également de demander au conseil d'administration de présenter un plan de redressement s'ils estiment que la situation financière l'exige. A défaut ils peuvent décider de placer l'établissement sous administration provisoire d'un conseiller général des établissements de santé. Les ARH disposent donc de l'ensemble des pouvoirs leur permettant de faire respecter les principes de bonne gestion budgétaire.

LE CONTRÔLE ET L'ÉVALUATION

Le contrôle

110. Accélérer la mise en place du contrôle interne de qualité du codage en temps réel

DATIM est l'outil de dépistage des atypies de codage développé par l'ATIH, et utilisé par les contrôleurs pour procéder au ciblage des établissements et activités à contrôler. DATIM est développé sur la plateforme e-pmsi, et les établissements peuvent l'utiliser pour tester et valider leurs données avant validation et envoi à l'ARH. Un produit équivalent (DALIA) a été développé, et mis à disposition établissements désireux de l'intégrer dans leur système d'information pour une plus grande souplesse d'utilisation. Cet outil contribue à la mise en place de procédures de qualité internes, dont il a été considéré qu'elles relevaient désormais (et notamment depuis la mise en œuvre des contrôles T2A) de l'intérêt à bien faire des établissements.

111. Instaurer une obligation de contrôle interne du codage selon des normes à fixer

La mise en place de la fonction groupage pour le secteur public et de l'outil de certification du groupage par l'ATIH est de nature à garantir un bon codage.

Il est de la responsabilité et de l'intérêt des établissements de contrôler les informations

qu'ils produisent, à défaut de quoi, ils s'exposent aux risques des conséquences financières du contrôle (indus ou sanctions).

112. Généraliser les contrôles externes et, en particulier, développer les contrôles sur place

C'est en effet l'objet de la procédure de contrôle mise en place, dont la dernière phase prévue pour 2007 comporte la mise en œuvre des contrôles avec sanctions.

113. Demander aux ARH de tenir un tableau de bord et des indicateurs permettant d'assurer le suivi des contrôles effectués par l'assurance maladie.

Comme indiqué au point 114, les contrôles externes sont réalisés sous la responsabilité des ARH ; il leur appartient à ce titre de mettre en œuvre les outils de suivi appropriés

114 Étudier la possibilité de transférer des ARH à l'assurance maladie la pleine responsabilité du contrôle externe des facturations

La loi du 13 août 2004 a donné à la commission exécutive des ARH le pouvoir d'infliger des sanctions aux établissements de santé en cas de manquements aux règles de facturation, à la suite de contrôles réalisés par les médecins inspecteurs de la santé publique et les praticiens conseils de l'assurance maladie. Les commissions exécutives des ARH étant composées à parité de représentants de l'État et de l'assurance maladie, celle-ci est donc pleinement impliquée dans la mise en œuvre des contrôles et dans les suites qui leur sont données.

Il convient de rappeler que le dispositif de contrôle a été conçu en partenariat État/assurance maladie il tire sa complexité du fait qu'il ne s'agit pas d'un simple contrôle de facture, mais d'un contrôle des éléments médicaux qui fondent la facture, et notamment des résumés de sortie standardisés. S'agissant de contrôle des résumés de séjour, l'expérience des agents de l'État en matière de production de l'information médicale est bien antérieure à celle des agents de l'assurance maladie, et leur connaissance des établissements eux-mêmes, de nature à optimiser l'interprétation des tests de dépistage d'atypies de l'information produite.

Ce dispositif a été conçu en réponse à la volonté du législateur de sanctionner les manquements aux règles de facturation ou aux erreurs de codage, ainsi que l'absence de réalisation d'une prestation facturée. Les sanctions financières prévues sont conçues comme des amendes, qui relèvent des prérogatives de l'État.

En revanche, ce dispositif ne remet nullement en cause les prérogatives propres de l'assurance maladie qui l'autorisent à récupérer les sommes indûment facturées et payées, mises en évidence à l'occasion des contrôles dans les établissements. La mise en œuvre de cette mission de l'assurance maladie s'effectue sans ingérence de l'État. La seule contrainte réside dans la coexistence des deux types de conséquences financières pour les établissements (indus/sanctions). Afin d'éviter la multiplication de contrôles auprès des établissements, et d'optimiser leur déroulement ainsi que l'utilisation des ressources humaines, a été défini un dispositif concerté, coordonné au niveau régional par l'ARH (COMEX).

La validation par la COMEX des différentes étapes du contrôle régional largement confié à l'assurance maladie pour sa réalisation pratique (ciblage/contrôles sur site/propositions de sanction éventuelles) se justifie in fine par la responsabilité tutélaire des établissements de santé exercée par les ARH.

Il ne semble donc pas justifié de remettre en cause le dispositif actuellement en cours de déploiement, dont les effets seront particulièrement observés et exploités dans le cadre d'un groupe national de suivi des contrôles et d'identification des déviations, souhaité par le Ministre, et défini par le conseil de l'hospitalisation comme l'un de ses groupes de travail thématiques. Ce groupe technique associe État (DHOS/DSS) et assurance maladie (trois régimes)

L'évaluation

115 Mesurer l'évolution de la productivité des établissements à partir d'indicateurs (des points ISA affinés rapportant les moyens alloués à la production) pour apprécier les effets de redistribution et de réduction des inégalités

Une nouvelle catégorie d'indicateurs appelés « Indicateurs de production médico économiques » a été élaborée et est disponible sur le site de l'ATIH. En effet le PMSI, fournit des informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements de santé. Il permet d'identifier la production des établissements de soins. L'objectif des indicateurs suivants est d'évaluer la productivité des établissements anciennement sous dotation globale et de donner aux responsables hospitaliers notamment, des éléments de pilotage à court et moyen terme. Les recettes des établissements sont ainsi appréciées au regard de leurs charges et donc de leurs coûts.

Trois indicateurs financiers sont proposés pour éclairer les acteurs du secteur sur les conséquences de la mise en place de la Tarification à l'Activité :

- le premier concerne l'exercice et mesure l'impact de la mise en place partielle de la TAA sur le budget de l'ensemble de l'activité de l'établissement. Cet indicateur est noté IP-GFT, indicateur de Productivité Globale avec fraction de tarifs
- le second est relatif à la seule activité MCO de l'établissement et se place dans une perspective de moyen terme. L'indicateur calcule le taux de couverture des charges MCO par un financement 100% TAA. Cet indicateur est noté IP-MCO, indicateur de productivité MCO
- le troisième concerne l'ensemble du budget de l'établissement et se place dans une perspective de financement à 100% par l'activité. Il mesure l'impact, sur le budget global de l'établissement, d'une mise en œuvre totale de la TAA par rapport à la situation antérieure. Cet indicateur est noté IP-G, indicateur de productivité globale.

Ces indicateurs ont été construits sur le modèle de tarification tel que défini en 2004. Tout changement significatif de modèle peut influencer sur les valeurs des indicateurs et doit être pris en compte dans les observations pluriannuelles.

116 Évaluer le rapport coût/efficacité des MIG-MERRI

L'évolution du modèle de financement des MERRI envisagée tient compte de l'activité de recherche des établissements, du nombre de leurs publications recensées France entière ou du nombre d'étudiant.

117. Définir des indicateurs ciblés de performance et de qualité

Le comité d'évaluation de la T2A, a organisé son travail autour de 5 axes afin de suivre dans le temps les effets de la T2A:

- Suivi de la situation économique et financière
- Mesure de l'activité et indicateurs de productivité sectoriels et partiels
- Qualité et accessibilité aux soins : impact de la T2A sur l'évolution des modes de prises en charge des patients
- Organisation et management : comment appréhender les changements liés à la T2A ?
- T2A et planification : quelles relations ?

118. Assurer une meilleure coordination des moyens de l'évaluation

Le comité d'évaluation assure le suivi dans la durée des effets de la T2A et peut être force de proposition pour l'évolution du modèle. Regroupant l'ensemble des parties prenantes à la mise en place de la réforme, il assurera une coordination de l'évaluation sur ses grands axes. Son secrétariat et la coordination technique de ses travaux sont aujourd'hui assurés par la DREES.

119. Préciser sans tarder la programmation et l'échéancier des travaux d'évaluation

Le comité d'évaluation s'est mis en place en 2005, les premières études et appels d'offres ont été lancés en 2006, dans le cadre du programme de travail décrit en 117.

120. Veiller à ce que la participation des professionnels ne freine pas l'évaluation

Lors de sa réunion du 27 mars 2006, le Comité d'évaluation a présenté un bilan de ses travaux qui se poursuivent régulièrement, suivis par des comités techniques.

Ces travaux sont conduits selon cinq grands axes qui sont :

- le suivi de la situation économique et financière des établissements ;
- les indicateurs de productivité ;
- la qualité et l'accessibilité aux soins ;
- l'organisation et le management ;
- les liens entre T2A et planification ;

Sur le suivi économique, il est prévu une cadence de publication annuelle, en septembre de l'année n+1 dans la filiation des travaux antérieurement conduits par la DREES.

Le groupe « productivité » a engagé ses travaux et le calendrier prévoit, hormis la présentation de deux rapports intermédiaires, un rapport final à 15 mois.

Dans ce cadre, les travaux sur l'optimisation du codage devraient pouvoir se concrétiser pour l'automne 2007.

Les sujets ayant trait à la qualité et à l'impact sur les organisations ne peuvent se dérouler qu'à plus long terme en sorte de repérer les évolutions qui ne sont pas immédiates. Les travaux portant sur la nature des études, les indicateurs et le cas échéant les cahiers des charges sont en cours.

Pour ce qui concerne les liens entre planification et T2A, le cahier des charges des études a été rédigé et devrait associer : les expériences étrangères, un point de situation avant effet T2A, un aspect théorique et deux monographies pour rendre concret cet examen par des observations de terrain.

LA QUALITE DES SOINS

121 Confier à la Haute Autorité de santé la définition des indicateurs de qualité des soins

La définition d'indicateurs de qualité des soins fait l'objet d'expérimentations telles que le projet « COMPAQH » - coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière - et, sur le plan européen, "PATH" - performance assessment tool for quality improvement.

Le déploiement et la généralisation des indicateurs de qualité doivent s'inscrire dans le cadre d'un pilotage national pluri-institutionnel auquel la Haute autorité en santé est associée

Ce pilotage doit être distingué des phases de mise en œuvre et de suivi de ces indicateurs de qualité de mesure de la qualité, qui peuvent être confiées par le comité de pilotage à des institutions de façon non exclusive comme la Haute autorité de santé.

122 Instaurer une obligation de suivi de la qualité des soins au niveau national et dans les établissements

L'obligation d'évaluation et de suivi de la qualité des soins s'avèrerait indispensable et permettrait d'introduire une modalité de régulation par la qualité, à condition de l'assortir de mesures d'accompagnement, d'incitation, voire de sanction, et ce, de préférence sous forme d'engagements contractuels (contrat ARH- établissement de santé par exemple). Dans ce cadre, la mise en place de tableaux de bord de mesure de la qualité des établissements de santé et des soins qui y sont dispensés constitue un véritable facteur de progrès, non seulement comme outils de pilotage interne et externe aux plans régional et national, mais aussi comme outil d'information au service des usagers lors d'une diffusion publique adaptée et pédagogique. C'est le sens de la mise en œuvre progressive du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales, à "usages multiples", à plusieurs niveaux (interne, régional, national) et qui est porté à la connaissance des usagers.

De même, l'obligation faite aux médecins d'évaluer leurs pratiques professionnelles peut, si cette activité est coordonnée aux plans national et loco-régional et articulée avec des objectifs nationaux, constituer un outil puissant de suivi de la qualité des soins. Dans ce cadre, son extension à l'ensemble des professionnels de santé remplirait également cette mission.

123 Veiller à la prise en compte de la prévention dans les tarifs

La prévention qu'il s'agisse des bilans de repérages lors de certaines pathologies ou des actions visant à la prévention des complications fait partie intégrante des soins, et à ce titre des tarifs.

LE PILOTAGE REGIONAL

124 Veiller à la bonne articulation des objectifs quantifiés fixés par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) avec la T2A

Plusieurs dispositifs ont été prévus en vue d'assurer la cohérence et l'articulation entre la planification et l'allocation de ressources, toutes deux à la main des ARH ; il incombe en effet à celles-ci de :

- Définir les objectifs quantifiés par territoire de santé ;
- Décliner, dans les contrats d'objectifs et de moyens, les objectifs quantifiés par établissement ;
- Fixer les dotations de chaque établissement, compte tenu notamment des orientations du SROS et du contrat d'objectifs et de moyens

En conséquence, une maquette de chiffrage des SROS III, assortie d'un guide, garantissant une homogénéité de l'évaluation, a été mise à disposition de l'ensemble des ARH en 2006.

Les pouvoirs publics devraient ainsi disposer dès 2007 des premiers éléments de réflexion nécessaires pour anticiper le niveau des ressources à allouer aux établissements de santé.

Par ailleurs, en 2006 une marge régionale constitutive de l'accompagnement à la contractualisation a été dégagée au sein de l'ODMCO et dans le cadre de la dotation annuelle de financement.

S'agissant de l'accompagnement à la contractualisation au profit des établissements MCO, cette marge régionale permet de financer notamment :

- les surcoûts supportés par les quelques établissements isolés dans les différentes régions, du fait d'une attractivité limitée et donc de recettes d'activité inférieures aux coûts de fonctionnement dans le respect des normes ;
- les surcoûts d'investissement supérieurs à 5 % du budget annuel de l'établissement et non compensés par une aide au titre du Plan Hôpital 2007 ;
- L'accompagnement de la montée en charge à la tarification à l'activité qui pourrait se traduire par l'octroi de crédits non reconductibles destinés à favoriser des restructurations difficiles dans des régions surdotées et à compenser la perte de recettes liée à la montée en charge de la tarification à l'activité dans les établissements où l'activité doit se développer ;

En outre, divers outils permettent d'ores et déjà un niveau de contrôle qualitatif suffisant pour analyser le volume des activités, reconnaître, le cas échéant, les situations injustifiées. (DATIM, ENC, RMO, contrôle des prescriptions....) et les corriger, voire de les sanctionner. Enfin, le décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 fixe les modalités des sanctions applicables en cas de non-respect des objectifs quantifiés

125 Développer les expérimentations d'agences régionales de santé

L'article 68 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit que, sur la base du volontariat, des régions seront autorisées à mener pendant une durée de quatre ans une expérimentation créant une agence régionale de santé (ARS) qui sera chargée des compétences aujourd'hui dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Cette réunion du champ hospitalier et du champ ambulatoire sous une autorité unique de pilotage régional doit fortement contribuer au décloisonnement ville - hôpital qui est lui-même gage d'une optimisation à la fois de la qualité des soins et des dépenses qui y sont liées. Elle doit permettre d'assurer une meilleure coordination et une meilleure continuité des soins et de centrer sur le malade la gestion des ressources en promouvant une approche globale de la politique de santé.

Par une gestion intégrée des missions conjointes des ARH et des URCAM, les missions régionales de santé (MRS), mises en place au début de l'année 2005 et compétentes en particulier en matière de répartition territoriale des professionnels de santé et d'organisation de la permanence des soins, permettent désormais d'aborder de la façon la

plus cohérente les problématiques communes et les interactions entre la médecine de ville et l'hôpital et constituant, à ce titre, une première étape vers la création d'ARS.

Une étape supplémentaire doit être franchie avec l'expérimentation elle-même qui prendra notamment appui sur les enseignements qui seront tirés du fonctionnement des MRS et du premier bilan de leur action. Le dispositif expérimental doit être défini en lien avec l'union nationale des caisses d'assurance maladie. A l'issue de cette phase de concertation, un projet de décret fixant les modalités de constitution des ARS expérimentales pourra être transmis au Conseil d'État.

Le Directeur général

Monsieur Jean-Marie ROLLAND
Rapporteur de la Mission d'Evaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale
Député de l'Yonne
Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS Cedex 07 SP

Cabdir - N° /2007

Affaire suivie par le Docteur Michel MARTY ☎ 01.72.60.20.99

Monsieur le Rapporteur,

Madame Paulette Guinchard, Monsieur Pierre Morange et vous-même, avez bien voulu me transmettre les préconisations émises par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, dans le cadre de ses travaux sur « la tarification à l'activité dans les établissements de santé », en m'invitant à bien vouloir vous faire part des remarques de la CNAMTS.

L'assurance maladie partage globalement vos préconisations sur « la tarification à l'activité dans les établissements de santé ».

Vous trouverez ci-joint quelques observations complémentaires.

Je vous prie de croire, Monsieur le Rapporteur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Frédéric van ROEKEGHEM

P.J. : 1

OBSERVATION DE LA CNAMTS

Objet : Rapport de la MECSS sur « la T2A dans les établissements de santé »

La CNAMTS partage dans l'ensemble les préconisations présentées par la MECSS.

Malgré ses nombreuses limites, le Conseil de l'Hospitalisation contribue déjà pour la CNAMTS, à la mise en œuvre de plusieurs préconisations de la MECSS, en ce qui concerne notamment le respect des objectifs et la régulation tarifaire des dépenses.

Par ailleurs, le souci d'une plus grande transparence et d'une meilleure efficacité guide l'action de l'assurance maladie dans le développement de la politique de gestion du risque dans l'ensemble du système de santé. Les préconisations du rapport dans ce sens, nous paraissent très importantes. L'assurance maladie contribuera dans la mesure de ses compétences à leur prise en compte dans la politique hospitalière.

L'exploitation de nos bases de données dans le contexte de la tarification à l'activité devrait permettre à l'Assurance Maladie, dès les prochains mois, des progrès significatifs.

Enfin, nous souhaitons vous apporter nos remarques sur quelques éléments très spécifiques :

20 – La part tarifée de l'activité - actualiser la classification des séjours.

La montée en charge de la T2A nécessite, tant pour les établissements que pour l'Assurance Maladie, un niveau important de stabilité de la classification des séjours ; aussi les évolutions doivent-elles être progressives et mesurées. Il faut éviter des modifications régulières profondes des classifications.

28 – Les activités d'urgence – extraire des GHS la valorisation des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation et rémunérer par un ATU (forfait d'accueil et de traitement des urgences) chaque passage suivi ou non d'une hospitalisation.

Rémunérer systématiquement les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation risque de modifier les modalités d'entrée dans les établissements hospitaliers et de générer le paiement systématique d'un ATU pour chaque hospitalisation.

48 – Supprimer le « coefficient de haute technicité » pour soins particulièrement coûteux en chirurgie et redéployer les moyens correspondants entre les tarifs.

Cette proposition est d'autant plus nécessaire que les établissements vont être très prochainement autorisés à facturer leurs prestations de réanimation, surveillance continue et soins intensifs qui sont aujourd'hui rémunérées par le coefficient de haute technicité pour les séjours en chirurgie.

53 – La convergence – Etudier la possibilité de mettre en place des dispositifs de mutualisation partielle ou de plafonnement des gains.

Le plafonnement des gains pose la question de l'adéquation des tarifs aux coûts de revient et de la sélection des activités développées. D'autre part, il ne faudrait pas que

ces dispositifs de mutualisation découragent la recherche d'efficacité par les gestionnaires des établissements.

- 55 – La convergence intrasectorielle – Accompagner les établissements les plus perdants : prévoir la possibilité pour les ARH d'attribuer des aides exceptionnelles, justifiées et contrôlées par contractualisation selon des conditions précisément définies.**

La rédaction de cet article nécessiterait un cadrage plus précis des aides exceptionnelles qui devraient être limitées dans le temps. Elle devrait inclure l'hypothèse d'aide à l'évolution, à l'adaptation des établissements en vue de la satisfaction des besoins des assurés et de l'amélioration de l'efficacité des établissements.

- 73 – Intégrer dans les tarifs des prestations actuellement externalisées (actes pratiqués en amont ou en aval de l'hôpital : biologie et radiologie par exemple), les remboursements de prestations versées à l'établissement par les régimes obligatoires, les remboursements de l'ensemble des honoraires sans dépassement et la participation de l'assurance maladie aux cotisations des praticiens.**

Cette proposition va dans le bon sens, il sera cependant nécessaire de se donner les moyens de définir les actes à inclure dans les tarifs des prestations et de chaîner à des fins de contrôle les prestations hospitalières et attenantes aux hospitalisations prises en charge par l'assurance maladie.

- 75 – Harmoniser les listes de DMI-MO facturables en sus dans les deux secteurs.**

La suppression de la liste des DMI et MO facturables dans le seul secteur privé est nécessaire afin de rapprocher les systèmes de gestion.

- 77 – Faire la transparence sur l'articulation entre les études de coûts constatés et la fixation des tarifs.**

La CNAMTS, favorable à cette mesure, demande à être associée aux études de coûts.

- 83 – Moyens humains de conception et de pilotage de la réforme – Clarifier la répartition des compétences entre les acteurs et les adapter à la nouvelle phase de gestion du dispositif de tarification à l'activité.**

Compte tenu de la place que reconnaît la loi d'août 2004 à l'assurance maladie dans, notamment, le respect de l'ONDAM, il semblerait nécessaire d'inclure la CNAMTS dans la liste des acteurs de pilotage de la réforme.

- 115 – Evaluation : Mesurer l'évolution de la productivité des établissements à partir d'indicateurs (des points ISA affinés rapportant les moyens alloués à la production) pour apprécier les effets de la redistribution et de réduction des inégalités.**

L'assurance maladie est prête à contribuer à la recherche de moyens susceptibles de mieux appréhender l'efficacité des établissements.