

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

**ANNEXE TECHNIQUE
EXERCICE 2011**

GP
BD
by

SOMMAIRE

1. LE CHAMP D'APPLICATION

2. LA MESURE DE LA PERFORMANCE

2.1 Les indicateurs nationaux

2.1.1 La qualité de service

2.1.2 La maîtrise des risques

2.1.3 La performance économique et sociale

2.2 Les indicateurs locaux

2.2.1 Les indicateurs des CPAM

2.2.2 Les indicateurs des DRSM

2.2.3 Les indicateurs de la CNAMTS

2.2.4 Les indicateurs des CARSAT, de la CRAMAM et de la CRAMIF

2.2.5 Les indicateurs des CGSS

2.2.6 Les indicateurs des CTI

2.2.7 Les indicateurs des CEIR

2.2.8 Les indicateurs des UGECAM

3. LES MODALITES DE MISE EN OEUVRE

3.1 Le montant théorique par ETP = part individuelle totale d'intéressement

3.2 Le montant de l'intéressement réel par ETP = montant total de l'intéressement distribué (MTID)

3.3 Les dispositions particulières applicables à certaines catégories d'organismes

3.3.1 Les CARSAT et les CGSS

3.3.1.1 Les CARSAT

3.3.1.2 Les CGSS

3.3.2 La CCSS

3.3.3 Le personnel de droit privé en ARS

GP
1/4
1/3
2
BD

1- LE CHAMP D'APPLICATION

Les organismes visés par la présente annexe sont :

- les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et leurs œuvres,
- les Directions Régionales du Service Médical (DRSM), hors praticiens-conseils, y compris les DRSM DOM,
- la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS),
- les CTI,
- les CEIR,
- les CARSAT et leurs œuvres, la CRAMAM et la CRAMIF,
- les CGSS,
- les UGECAM et leurs établissements,
- les Unions Immobilières (UIOSS) lorsqu'elles sont rattachées pour leur gestion à un des organismes visés ci-dessus,
- la CCSS (Caisse Commune de Sécurité Sociale de la Lozère),
- les ARS s'agissant des personnels de droit privé qu'elles emploient.

2- LA MESURE DE LA PERFORMANCE

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

- la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie,
- la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005 et ses avenants,
- la Convention d'Objectifs et de Gestion entre la CNAMTS et l'Etat pour la période 2010-2013, du 27 octobre 2010,
- la Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche AT/MP pour la période 2009/2012, du 29 décembre 2008.

CP
BD
3

2.1 LES INDICATEURS NATIONAUX

➡ 10

Les indicateurs servant à calculer la part nationale de l'intéressement sont communs aux branches Maladie et AT/MP et à tous les organismes les composant.

Ils sont structurés en 3 pôles :

- la qualité de service ;
- la maîtrise des risques ;
- la performance économique et sociale.

La performance collective de l'Assurance Maladie/AT-MP est mesurée à partir de **10 indicateurs**, ventilés entre ces 3 pôles, et valorisée à hauteur de 1000 points, comme suit :

2.1.1 La qualité de service ➡ 4 indicateurs ➡ 400 points

Développer les services en santé (2) 200 points

- Adhésion au programme SOPHIA 100 points
- Expérimentation du programme d'accompagnement du retour à domicile 100 points

Augmenter le taux de dématérialisation des DAT 100 points

Améliorer la relation aux publics par une gestion professionnalisée des courriels 100 points

2.1.2 Gestion du risque ➡ 3 indicateurs ➡ 300 points

Accompagner les professionnels de santé 100 points

↳ Mettre en place un accompagnement personnalisé des professionnels de santé par les DAM et les PC :

- Visites DAM 25 points
- Visites EC 25 points
- Visites MME 25 points
- Visites MMH 25 points

Tenir les objectifs de maîtrise médicalisée en ville et à l'hôpital 100 points

Optimiser la gestion des pénalités 100 points

2.1.3 La performance économique et sociale ➡ 3 indicateurs ➡ 300 points

Elaborer un nouveau schéma directeur des Ressources Humaines 100 points

Garantir la certification des comptes 100 points

Définir et mettre en œuvre un schéma directeur immobilier privilégiant la sécurité et l'amélioration des conditions de travail 100 points

M SP F R
BD 4

➤ **Le calcul de la performance collective de branche :**

Le poids respectif de chacun des pôles est le suivant :

- 40 % pour la qualité de service ;
- 30 % pour la maîtrise des risques ;
- 30 % pour la performance économique et sociale.

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

LE TAUX DE REUSSITE AU NIVEAU NATIONAL = (Taux de réussite Qualité de service x 40) + (Taux de réussite Gestion du risque x 30) + (Taux de réussite Performance économique et sociale x 30)

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

CP
M
BD
R
5

2.2 LES INDICATEURS LOCAUX

Sont concernés par les indicateurs locaux les CPAM, les CARSAT, la CRAMIF et la CRAMAM, les CGSS, les CTIR, les CEIR, les DRSM (hors praticiens-conseils), les UGECAM et la CCSS.

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

Les indicateurs servant à calculer la part locale de l'intéressement sont structurés autour des 3 mêmes pôles que ceux retenus pour les indicateurs nationaux :

- la qualité de service (intégrant la dématérialisation) ;
- la maîtrise des risques (intégrant la lutte contre les fraudes) ;
- la performance économique et sociale (intégrant le développement durable).

Pour chacun de ces pôles, des points sont attribués en fonction des performances de chaque catégorie d'organisme.

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

La performance locale s'exprime par le rapport :

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

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

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

BD
GP
VI
R

2.2.1 INDICATEURS CPAM

→ 15

La qualité de service	→ 6 indicateurs	→ 400 points
Consolider le service de base aux assurés		50 points
▪ <i>Délai de règlement de la première IJ</i>		
Fiabiliser la réponse téléphonique		100 points
▪ <i>Taux de décroché</i>		
▪ <i>Taux de fiabilité des réponses</i>		
Maîtriser le délai de délivrance de la carte Vitale 2		50 points
Développer les téléservices		100 points
▪ <i>Nombre d'adhésions au compte assuré</i>		
▪ <i>Taux de dématérialisation des arrêts de travail</i>		
Garantir le respect des procédures de reconnaissance des AT/MP		50 points
▪ <i>Nombre de sinistres AT rendus inopposables aux employeurs</i>		
Evaluer la satisfaction des publics		50 points

Gestion du risque	→ 5 indicateurs	→ 400 points
Versement des indemnités journalières		80 points
▪ <i>Nombre de jours d'IJ</i>		
Améliorer la prescription de médicaments		80 points
▪ <i>Statines</i>		
▪ <i>IEC/Sartans</i>		
▪ <i>IPP</i>		
Maîtriser la dépense hospitalière :		80 points
▪ <i>MSAP SSR, Chirurgie ambulatoire, Atypique</i>		
Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités		80 points
▪ <i>Nombre de bénéficiaires de l'ACS</i>		
Lutter contre la fraude		80 points
▪ <i>Nombre de préjudices subis détectés</i>		

La performance économique et sociale	→ 4 indicateurs	→ 200 points
Améliorer la productivité globale		50 points
Poursuivre la démarche de développement durable en réduisant les dépenses d'affranchissement		50 points
Mettre en place un processus médico-administratif sur les IJ		50 points
Elaborer et déployer un plan de prévention des risques psychosociaux		50 points
▪ <i>Mise en place effective au 31.12.2011</i>		

CPA
B D
7

2.2.2 INDICATEURS DRSM

⇒ 15

La qualité de service ⇒ 4 indicateurs ⇒ 200 points

- Respecter les délais des traitements ALD 65 points
- Développer le protocole de soins électronique 50 points
- Augmenter le taux d'avis d'arrêt de travail en ligne 45 points
- Evaluer la satisfaction des professionnels de santé 40 points
 - *Pourcentage de satisfaction*

Gestion du risque ⇒ 7 indicateurs ⇒ 600 points

- Evolution du nombre de jours d'arrêts de travail remboursés maladie/AT-MP 50 points
- Taux des arrêts de travail de plus de 45 jours contrôlés avant le 120^{ème} jours 75 points
- Favoriser la prescription médicamenteuse efficiente 100 points
 - *Statines / IEC/Sartans / IPP*
- Maîtriser la dépense hospitalière 100 points
 - *MSAP SSR, Chirurgie ambulatoire & activité atypique*
- Contrôle contentieux 120 points
 - *Nombre de séjours contrôlés dans le cadre de la T2A*
- Maîtriser l'évolution des prescriptions médicamenteuses des praticiens hospitaliers 75 points
- Mieux cerner le coût des préjudices RCT 80 points

La performance économique et sociale ⇒ 4 indicateurs ⇒ 200 points

- Déployer la procédure de contrôle interne 50 points
 - *Mise en œuvre effective au 31.12.2011*
- Poursuivre la démarche de développement durable 50 points
 - *Réduction des contributions dues au FIPHFP*
- Mettre en place un processus médico-administratif sur les IJ 50 points
 - *Mise en place effective au 31.12.2011*
- Elaborer et déployer un plan de prévention des risques psychosociaux 50 points
 - *Mise en place effective au 31.12.2011*

SP M A TSD R

2.2.3 INDICATEURS CNAMTS

→ 16

La qualité de service

→ 5 indicateurs

→ 250 points

Consolider le service de base aux assurés

60 points

- Améliorer la qualité de la relation écrite aux assurés
 - Refonte de la bibliothèque courrier
- Fluidifier la relation avec les publics
 - Refonte des règles de gestion
 - Délivrance de la carte Vitale 2

20 points

20 points

20 points

Assurer une relation de service aux professionnels

60 points

- Mise en œuvre du n° dédié aux PS
- Nombre d'utilisateurs actifs de téléservices
- Expérimentation de la facturation directe à l'hôpital

Développer les services en santé intégrés

80 points

- Enrichissement d'Ameli-direct
- Développement du programme de retour à domicile

Evaluer la satisfaction des publics

50 points

- Mise en œuvre de nouvelles mesures de la satisfaction

Gestion du risque

→ 6 indicateurs

→ 400 points

Déployer le programme Sophia

80 points

Atteindre nos objectifs soins de ville et hôpital

100 points

Faire progresser la participation au dépistage du cancer

40 points

Privilégier le bon usage du soin

50 points

- MSAP SSR, chirurgie ambulatoire et atypique
- Fiches repères IJ
- Référentiel de reconnaissance TMS

Augmenter le nombre de bénéficiaires ACS

50 points

Mettre en place les outils conventionnels

80 points

- Mettre en place les outils de la convention infirmiers
- Renégocier la convention médicale

La performance économique et sociale

→ 5 indicateurs

→ 350 points

Poursuivre l'amélioration des SI

120 points

- SDSI
- Quickwins
- Programmes 1 et 2

GA * B D
9

Gestion durable et responsable

- *SDRH réseau*
- *Plan immobilier*

60 points

Optimiser l'organisation collective

80 points

Améliorer l'efficacité de l'organisation de la CNAMTS

50 points

Efficacité des UGECAM

40 points

BD GP f B

2.2.4 INDICATEURS CARSAT, CRAMAM, CRAMIF

↻14

La qualité de service ↻ 4 indicateurs ↻ 300 points

Déploiement du compte employeurs AT/MP	75 points
Déploiement de l'e-DAT	75 points
Qualité des fichiers	50 points
Programmes nationaux du Service Social	100 points
▪ <i>Plan d'Accompagnement des Personnes Agées</i>	

Gestion du risque ↻ 6 indicateurs ↻ 500 points

Services intégrés	100 points
▪ <i>Prévention de la désinsertion professionnelle</i>	
▪ <i>Sorties d'hospitalisation</i>	
Réalisation des visites MME	100 points
Réalisation du Plan National d'actions coordonnées	100 points
Partenariat Santé au Travail	100 points
Intervention dans les TPE	25 points
Plan d'actions régional de prévention	75 points

La performance économique et sociale ↻ 4 indicateurs ↻ 200 points

Validation sans restriction des comptes de l'exercice 2011	50 points
Augmentation de la productivité globale	50 points
Satisfaction des usagers du service social	50 points
Elaborer et déployer un plan de prévention des risques psychosociaux	50 points

CP
M
BD
Ry

2.2.5 INDICATEURS CGSS

⇒ 14

La qualité de service ⇒ 6 indicateurs ⇒ 400 points

- Consolider le service de base aux assurés** 50 points
 - *Délai de règlement de la première IJ*
- Fiabiliser la réponse téléphonique** 100 points
 - *Taux de décroché*
 - *Taux de fiabilité des réponses*
- Maîtriser le délai de délivrance de la carte Vitale 2** 50 points
- Développer les téléservices** 100 points
 - *Nombre d'adhésions au compte assuré*
 - *Taux de dématérialisation des arrêts de travail*
- Garantir le respect des procédures de reconnaissance des AT/MP** 50 points
 - *Nombre de sinistres AT rendus inopposables aux employeurs*
- Evaluer la satisfaction des publics** 50 points

Gestion du risque ⇒ 5 indicateurs ⇒ 400 points

- Versement des indemnités journalières** 80 points
 - *Nombre de jours d'IJ*
- Améliorer la prescription de médicaments** 80 points
 - *Statines*
 - *IEC/Sartans*
 - *IPP*
- Maîtriser la dépense hospitalière :** 80 points
 - *MSAP SSR, chirurgie ambulatoire et atypique*
- Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités** 80 points
- Lutter contre la fraude** 80 points
 - *Nombre de préjudices subis détectés*

La performance économique et sociale ⇒ 3 indicateurs ⇒ 200 points

- Poursuivre la démarche de développement durable en réduisant les dépenses d'affranchissement** 70 points
- Mettre en place un processus médico-administratif sur les IJ** 65 points
- Elaborer et déployer un plan de prévention des risques psychosociaux** 65 points

BTD
H
GFF
F
My

2.2.6 INDICATEURS CTI

⇒ 11

La qualité de service	⇒ 5 indicateurs	⇒ 600 points
Le traitement des flux		150 points
▪ IRIS		
▪ PROGRES		
▪ CTI		
L'accessibilité des applications des utilisateurs internes		200 points
▪ <i>Domaine Production</i>		
▪ <i>Domaine AT/MP</i>		
▪ <i>Domaine Services</i>		
▪ <i>Domaine Médical</i>		
▪ <i>Domaine Comptabilité</i>		
L'accessibilité des applications des utilisateurs externes		100 points
▪ <i>Assurés (Vitale)</i>		
▪ <i>PS (Historique des remboursements, PSE, AAT)</i>		
Les échanges avec les partenaires extérieurs		75 points
▪ <i>Noémie</i>		
▪ <i>Transfert des flux éditiques vers le CEN</i>		
La satisfaction des utilisateurs		75 points
La maîtrise des risques	⇒ 3 indicateurs	⇒ 250 points
La démarche de certification et plan de maîtrise socle		100 points
▪ <i>Certification</i>		
▪ <i>Plan de Maîtrise Socle</i>		
La sécurité des systèmes		100 points
La validation des comptes		50 points
La performance économique et sociale	⇒ 3 indicateurs	⇒ 150 points
La productivité globale		50 points
La maîtrise des dépenses de fonctionnement non informatiques		50 points
Elaborer et déployer un plan de prévention des risques psycho-sociaux		50 points

GFP
1317
K

2.2.7 INDICATEURS CEIR

⇒ 12

La qualité de service	⇒ 6 indicateurs	⇒ 350 points
Qualité de remise du courrier à la poste		100 points
Gestion des stocks		10 points
Respect du délai de transmission du bon de livraison et du bon de transport		10 points
Maintenance des matériels : gestion des taux d'indisponibilité des équipements		30 points
Respect des spécifications du bordereau sécurisé de la poste		100 points
Respect de la limite du nombre de plis fautés non imputables au CEIR en fonction du volume de production donné		100 points
La maîtrise des risques	⇒ 2 indicateurs	⇒ 200 points
Démarche de certification		20 points
Respect de la qualité d'impression et de mise sous pli		180 points
La performance économique et sociale	⇒ 4 indicateurs	⇒ 450 points
Respect par le CEIR de l'engagement du plan de charge		330 points
Maintien de la remise dans le cadre des contrats de maintenance		50 points
Plan de prévention des risques psycho-sociaux		50 points
Plan de maîtrise socle		20 points

EP
M
13D
B

2.2.8 INDICATEURS UGECAM

⇒ 11

La qualité de service ⇒ 4 indicateurs ⇒ 300 points

Les établissements sanitaires 200 points

- Les indicateurs HAS – IPAQSS 100 points
- Les indicateurs I CALIN 100 points

Les établissements Médico Sociaux (CRP) 100 points

- Mesurer le taux de réussite aux examens 50 points
- Mesurer le taux de retour à l'emploi 50 points

Gestion du risque ⇒ 4 indicateurs ⇒ 400 points

Les établissements Sanitaires 100 points

- Mise en place du Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM) à savoir la réalisation d'une étude des risques pour la fin d'année 2011

Les établissements Médico Sociaux 200 points

- Mesurer le pourcentage d'établissements ayant mis en œuvre une démarche d'évaluation interne (Plans d'actions, suivi et révision) 100 points
- Mesurer le pourcentage de patients ayant bénéficié d'un bilan (dentaire, gynéco, ophtalmo...) par rapport à la population cible 100 points

L'ensemble des établissements 100 points

- Mise à jour du plan d'actions de gestion des risques

La performance économique et sociale ⇒ 3 indicateurs ⇒ 300 points

Les établissements Sanitaires 100 points

- Augmentation de la production de points IVA en Hospitalisation complète ou de Jour

Les établissements Médico Sociaux 200 points

- Augmentation du taux d'occupation des établissements

L'ensemble des établissements 100 points

- Amélioration du solde primaire (EBITDAR)

CF
BD
15
H

3- LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

3.1 LE MONTANT THEORIQUE PAR ETP = PART INDIVIDUELLE TOTALE D'INTERESSEMENT

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

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

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

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

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

3.2 LE MONTANT DE L'INTERESSEMENT REEL PAR ETP = MONTANT TOTAL DE L'INTERESSEMENT DISTRIBUE (MTID)

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

Les coefficients de performance sont obtenus comme suit :

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

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

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

PINI = Montant par ETP, pour la partie nationale
TRN = Taux de réussite nationale
PILI = Montant par ETP, pour la partie locale
TRL = Taux de réussite locale

Handwritten signatures and initials:
A
GA
BTD
16
K

3.3 LES DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES A CERTAINES CATEGORIES D'ORGANISMES

Sont concernées par ces dispositions particulières les catégories d'organismes suivants :

- d'une part, les CARSAT, hors CRAMIF et CRAMAM, et les CGSS,
- d'autre part, la CCSS,
- enfin, les ARS en leur qualité d'employeurs de salariés de droit privé.

3.3.1 Les CARSAT et les CGSS

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

3.3.1.1 Les CARSAT

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

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

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

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

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

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

3.3.1.2 Les CGSS

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

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

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

CS *BD* *M*
17

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

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

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

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

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

3.3.2 La CCSS

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

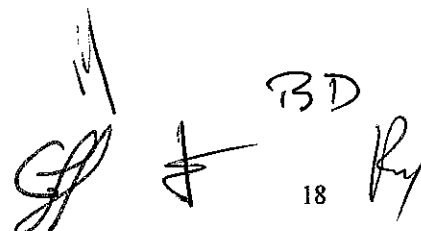
Le montant total d'intéressement distribué (MTID) des salariés de la CCSS est égal à : PNID+PLID

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

3.3.3 Les ARS pour leurs personnels de droit privé

Les salariés de droit privé employés dans les Agences Régionales de Santé (ARS) bénéficient de la disposition suivante de l'article 9 du protocole d'accord du 26 janvier 2010, agréé le 15 février, relatif à la mise en place des ARS :

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

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There are three distinct signatures: one on the left, one in the middle, and one on the right. The initials 'BD' are written above the signature on the right. The number '18' is written below the signature on the right.

ABREVIATIONS

AAT : ATTESTATION ARRET DE TRAVAIL

ACS : AIDE COMPLEMENTAIRE SANTE

ALD : AFFECTION DE LONGUE DUREE

ARS : AGENCE REGIONALE DE SANTE

AT : ACCIDENT DU TRAVAIL

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

CCSS : CAISSE COMMUNE DE SECURITE SOCIALE

CEIR : CENTRE EDITIQUE INFORMATIQUE REGIONAL

CEN : CENTRE D'EXPLOITATION NATIONAL

CRP : CENTRE DE READAPTATION PROFESSIONNELLE

DAM : DELEGUE DE L'ASSURANCE MALADIE

DAT : DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

EC : ECHANGE CONFRATERNEL

e-DAT : DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL EN LIGNE

EBITDAR : EARNINGS BEFORE INTEREST, TAXES, DEPRECIATION, AMORTISATION AND RENT

ETP : EQUIVALENT TEMPS PLEIN

FIPHFP : FONDS POUR L'INSERTION DES PERSONNES HANDICAPEES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

HAS : HAUTE AUTORITE DE SANTE

ICALIN : INDICATEUR COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

IEC (sartans) : INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION.

Les **Sartans** constituent l'une des familles de médicaments utilisées pour traiter l'hypertension artérielle.

IJ : INDEMNITE JOURNALIERE

CA *MSD* *h*

IPAQSS : INDICATEURS POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

IPP : INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE

IRIS : INTERFACE RESEAU INFORMATION SERVICE

IVA : INDICE DE VALORISATION D'ACTIVITE

MME : MAITRISE MEDICALISEE EN ENTREPRISE

MMH : MAITRISE MEDICALISEE A L'HOPITAL

MSAP SSR : MISE SOUS ACCORD PREALABLE DES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

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

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

PC : PRATICIENS CONSEILS

PROGRAMME 1 : PORTAIL ASSURES

PROGRAMME 2 : PORTAIL PROFESSIONNEL DE SANTE

PROGRES : PRODUCTION ET GESTION DES REMBOURSEMENT DE SANTE

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

PS : PROFESSIONNEL DE SANTE

PSE : PROTOCOLE DE SOINS ELECTRONIQUE

QUICKWINS : PROJET A GAINS RAPIDES

RCT : RECOURS CONTRE TIERS

SARTANS : (cf IEC)

SDRH : SCHEMA DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES

SDSI : SCHEMA DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION

Handwritten signatures and initials:
GFF, [Signature], BDO, Py, 20

SI : SYSTEMES D'INFORMATION

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

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

SSR : SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

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

TMS : TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

TPE : TRES PETITE ENTREPRISE

T2A : TARIFICATION A L'ACTIVITE

GP
MA
BD
21
R