

**ANNEXE TECHNIQUE  
DE L'ASSURANCE MALADIE**

## **1- CHAMP D'APPLICATION**

Les organismes visés par la présente annexe sont :

- les CPAM et leurs œuvres
- les CRAM et leurs œuvres
- les CGSS
- les UGECAM et leurs établissements
- les URCAM
- les CTI et CEIR
- la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- les Directions Régionales et les Echelons Locaux du Service Médical hors praticiens - conseils
- Les Unions Immobilières (UIOSS) lorsqu'elles sont rattachées pour leur gestion à un des organismes visés ci-dessus.

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

Le montant de la Masse Nationale d'Intéressement (MNI) s'établira au maximum à 1,50 % de la masse salariale brute de l'année de référence, calculés sur les masses salariales des branches maladie et accident du travail.

La masse nationale d'intéressement est divisée en deux parts, à raison de 50% pour la première et 50% pour la seconde.

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

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

### **3- 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 COG 2006 / 2009
- la COG AT / MP du 25 février 2005

Les indicateurs de la performance locale sont issus des Contrats Pluriannuels de Gestion

#### **3.1- LES INDICATEURS DE BRANCHES**

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

Trois domaines ventilés en 14 indicateurs permettent de mesurer la performance collective de l'assurance maladie.

**La régulation (40%)** : 5 indicateurs

- Atteinte des objectifs d'économies attendues.
- Réalisation des plans d'actions : visites des DAM, contrôle des arrêts de travail de courte durée, respect de la réglementation de l'ordonnancier bizona dans le cadre des ALD, délivrance de génériques.

**La qualité de service (40%)** : 8 indicateurs

- Qualité perçue : indice de satisfaction globale de l'enquête nationale assurés CPAM, indice de satisfaction globale issu des enquêtes diligentées par les CPAM auprès des professionnels de santé, indice de satisfaction globale des employeurs et indice de satisfaction globale des usagers des services sociaux des CRAM.
- Qualité offerte : délai de remboursement des FSE aux assurés, délai initial pour la prise de décision sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident, la relation client et la gestion du dossier client

**La performance (20%)** : 1 indicateur

- Nombre de bénéficiaires actifs consommateurs par ETP hors UGECAM

## 31.1 LA REGULATION

Le principe est de mesurer l'efficacité de l'assurance maladie en matière de régulation du système de soins.

L'efficacité globale sur ce domaine est valorisée en deux temps :

- 50% du score est attribué en fonction de la mesure de l'atteinte des objectifs d'économies attendues ( avenant 2006 à la convention médicale).
- 50% du score est attribué en fonction de la mesure de la réalisation des plans d'actions.

### 311.1 Mesure de l'atteinte des objectifs d'économies attendues

La capacité de l'Assurance Maladie est mesurée à l'aune des économies attendues sur les domaines suivants : arrêts de travail, statines, antibiotiques, génériques et anxiolytiques / hypnotiques et affections de longue durée soit un montant de 790 millions d'euros.

**Mode de calcul du taux de réussite des économies réalisées:**  
**Somme des économies réalisées / Somme des économies attendues**  
*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

### 311.2 Mesure de la réalisation des plans d'actions

La capacité de l'Assurance Maladie à réaliser les plans d'actions relatifs aux objectifs indépendamment de leur contribution à la réalisation des économies globales est mesurée selon les modalités suivantes :

#### 3112.1 - LES VISITES DES DELEGUES DE L'ASSURANCE MALADIE

L'objectif est d'accompagner les professionnels de santé afin qu'ils concourent à la baisse des dépenses sur 2006.

- Indicateur nombre de visites effectuées par les Délégués de l'Assurance Maladie à des professionnels de santé libéraux.
- Objectif 2006 : 200 000 visites.
- Socle de performance : 150 000 visites réalisées soit 75%  
*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

#### 3112.2 - CONTROLE DES PRESCRIPTIONS D'ARRET DE TRAVAIL DE COURTE DUREE

L'objectif est de réduire la prescription d'arrêts de travail de courte durée c'est à dire inférieur à 60 jours non médicalement justifiés.

Pour ce faire, l'indicateur chiffrable retenu est le nombre de contrôles d'arrêts de travail de courte durée

- Indicateur : Nombre d'arrêts de travail de courte durée contrôlés par le Service Médical
- Objectif 2006 : 230 000 contrôles
- Socle de performance : 200 000 contrôles soit 87%  
*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

### **3112.3 – RESPECT DE LA REGLEMENTATION DE L'ORDONNANCIER BIZONE DANS LE CADRE D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE**

L'objectif est d'améliorer l'application de la réglementation de l'ordonnancier bizona et des feuilles de soins permettant une juste attribution des dépenses sans rapport avec une affection de longue durée.

- Indicateur : montant des médicaments pris en charge à 100% à tort pour 6 pathologies<sup>1</sup> / total des médicaments pris en charge à 100% pour les mêmes patients.
- Objectif 2006 : - 4,8 points
- Socle de performance : 0 point  
*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

### **3112.4 – DELIVRANCE DE GENERIQUES**

L'objectif est d'augmenter la délivrance des génériques par les pharmaciens

- Indicateur : Nombre de boites de génériques remboursées / nombre total de boites de médicaments remboursées appartenant au répertoire des génériques (hors médicaments sous tarif forfaitaire de responsabilités)
- Objectif 2006 : 70%
- Socle de performance : 63%  
*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

**Mode de calcul du taux de réussite de l'atteinte des objectifs:**

**Pour chacun des indicateurs, la formule suivante est appliquée :  
résultat - socle/ objectif - socle**

**Le taux de réussite de l'atteinte des objectifs :  
(Taux de réussite visites des DAM+ Taux de réussite contrôle des arrêts de travail de courte durée + taux de réussite respect ordonnance bizona dans le cadre d'une ALD + taux de réussite de délivrance de génériques) /4**

### **311.3- MODE DE CALCUL DE L'EFFICACITE GLOBALE DANS LE DOMAINE DE LA REGULATION**

L'efficacité globale est calculée selon la formule suivante :

**Taux de réussite régulation= (Taux de réussite de réduction des dépenses+ Taux de réussite de réalisation des plans d'actions) / 2**

<sup>1</sup> Détails des 6 pathologies : insuffisance respiratoire grave, diabète, hypertension artérielle, maladie coronaire, insuffisance cardiaque grave et artériopathie chronique.

## **31.2 LA QUALITE DE SERVICE**

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

Selon deux thématiques - la qualité de service offerte et la qualité de service perçue, huit objectifs ont été retenus.

### **312.1 – LA QUALITE DE SERVICE OFFERTE**

Quatre indicateurs recouvrent le champ de la qualité de service offerte à savoir la maîtrise du service de base (délais de remboursement), la relation client et la gestion du dossier client.

#### **3121.1 – LE DELAI DE REMBOURSEMENT DES FSE AUX ASSURES**

L'objectif est de mesurer la rapidité d'exécution de prestations lorsque le support de remboursement de l'assuré est la FSE.

- Indicateur : Valeur du délai au 9<sup>ème</sup> décile de l'ensemble des résultats pour l'année 2006.
- Objectif 2006 : 7 jours calendaires
- Socle de performance : 8 jours calendaires
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]

*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

#### **3121.2 – DELAI INITIAL POUR LA PRISE DE DECISION SUR LA RECONNAISSANCE DU CARACTERE PROFESSIONNEL D'UN ACCIDENT**

L'objectif est d'améliorer le respect du délai initial dans la procédure de liquidation des prestations AT / MP.

- Indicateur : taux de prise de décision sur le caractère professionnel dans le délai initial
- Objectif 2006 : 85%
- Socle de performance : **75%**
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]

*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

#### **3121.3 – LA RELATION CLIENT**

L'objectif est de mesurer la réactivité de l'accueil téléphonique.

- Indicateur : Taux de décroché du téléphone
- Objectif 2006 : 90%
- Socle de performance : 85%
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]

*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

### 3121.4 – LA GESTION DU DOSSIER CLIENT

L'objectif est de mesurer la qualité des fichiers.

- Indicateur : taux de certification des ayants - droit
- Objectif 2006 : 95%
- Socle de performance : 92%
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %)

### 3121.5 – TAUX DE REUSSITE DE LA QUALITE OFFERTE

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

<p><b>Taux de réussite Qualité offerte = (Taux de réussite "FSE assurés" + Taux de réussite "Délai initial AT/ MP" + taux de réussite "relation client" + taux de réussite "gestion du dossier client") / 4</b></p>
---

## **312.2 – LA QUALITE DE SERVICE PERÇUE**

Les quatre indicateurs portent sur l'évolution de la satisfaction de quatre catégories d'usagers de l'Assurance Maladie : les assurés, les professionnels de santé, les employeurs et les usagers des services sociaux.

Considérant le poids des bénéficiaires des services sociaux des CRAM par rapport aux assurés des CPAM et des professionnels de santé, la pondération suivante est retenue :

- ◆ 35 % pour l'ISG assurés CPAM
- ◆ 30 % pour l'ISG des PS
- ◆ 20 % pour l'ISG des employeurs
- ◆ 15 % pour l'ISG des usagers des services sociaux des CRAM

L'objectif est d'apprécier la qualité de service perçue et de mesurer l'évolution de la satisfaction annuelle.

### **3122.1 – INDICE DE SATISFACTION GLOBALE (ISG) ISSU DE L'ENQUETE NATIONALE ASSURES-CPAM**

- Indicateur : Note sur une échelle de 0 à 10
- Objectif 2006 : 7,3
- Socle de performance : 7
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]

*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

### **3122.2 – INDICE DE SATISFACTION GLOBALE (ISG) ISSU DE L'ENQUETE NATIONALE PROFESSIONNELS DE SANTE**

- Indicateur : Note sur une échelle de 0 à 10
- Objectif 2006 : 6,4
- Socle de performance : 6,2
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]

*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

### **3122.3 – INDICE DE SATISFACTION GLOBALE (ISG) ISSU DE L'ENQUETE NATIONALE EMPLOYEURS**

- Indicateur : Note sur une échelle de 0 à 10
- Objectif 2006 : 6,7
- Socle de performance : 6,5
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]

*(fourchette retenue entre 0 et 100 %)*

### **3122.4 – INDICE DE SATISFACTION GLOBALE (ISG) ISSU DES ENQUETES DILIGENTES AUPRES DES USAGERS DES SERVICES SOCIAUX DES CRAM**

Chaque CRAM une fois par an doit diligenter une enquête de satisfaction auprès des assurés destinée à apprécier la qualité du service rendu.

- Indicateur : Note sur une échelle de 0 à 10
- Objectif 2006 : 7,6
- Socle de performance : 7,4
- Mode de calcul : Taux de réussite =  $[\text{résultat} - \text{socle} / \text{objectif} - \text{socle}]$   
(fourchette retenue entre 0 et 100 %)

### **3122.5 – TAUX DE REUSSITE DE LA QUALITE PERÇUE**

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

<p><b>Taux de réussite Qualité perçue = (Taux de réussite " ISG assurés CPAM" x 35%) + (Taux de réussite "ISG PS" x 30%) + (Taux de réussite "ISG employeurs" x 20%) + (Taux de réussite "ISG services sociaux" x 15%)</b></p>
--

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

L'efficacité globale est calculée selon la formule suivante :

$$\text{Taux de réussite qualité de service} = (\text{Taux de réussite de la qualité offerte} + \text{Taux de réussite de la qualité perçue}) / 2$$

### 31.3 LA PERFORMANCE

Il s'agit de mesurer la performance de l'Assurance Maladie. Un unique objectif a été retenu.

#### Nombre de bénéficiaires actifs consommateurs par ETP (hors UGECAM)

Il s'agit d'accroître la qualité de service rendu tout en maîtrisant les coûts de fonctionnement.

- Indicateur : nombre de bénéficiaires actifs consommateurs / nombre d'ETP
- Objectif 2006 : 593,27
- Socle de performance : 586,87
- Mode de calcul : Taux de réussite = [résultat - socle / objectif - socle]  
(fourchette retenue entre 0 et 100 %)

$$\text{Taux de réussite de la performance} = \text{Taux de réussite de l'indicateur}$$

### 31.4 CALCUL DE LA PERFORMANCE COLLECTIVE DE BRANCHE

Le poids respectif de chacun des domaines est le suivant :

- 40 % pour la régulation
- 40 % pour la qualité de service
- 20 % pour la performance en matière de coût de gestion

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

$$\text{TAUX DE REUSSITE NATIONAL} = (\text{Taux de réussite Régulation} \times 0,4) + (\text{Taux de réussite Qualité de service} \times 0,4) + (\text{Taux de réussite Performance} \times 0,2)$$

**Le seuil de déclenchement de l'intéressement est fixé pour les objectifs de performance collective nationale à 50 %.**

**Si le résultat ne dépasse pas 50%, le montant de la part national sera nul.**

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

### 3.2- LES INDICATEURS LOCAUX

Les indicateurs locaux reprennent les items et les objectifs des contrats pluriannuels de gestion 2006 / 2009.

Sont concernés à ce titre, les CPAM, les CRAM, les CGSS, les CTIR, les CEIR, les DRSM (hors praticiens – conseils), les URCAM et les UGECAM.

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

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

Sont appliquées les méthodes de scoring précisées en annexe de cet avenant.

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

#### 32.1 Présentation des indicateurs

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

La performance locale s'exprime par le rapport :

$$\text{Taux de Réussite Locale} = \frac{\text{Montant des points acquis au titre du CPG}}{\text{Montant des points théoriques du CPG}}$$

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

#### Pour les CPAM

1. <u>Les missions</u>	<u>800 points</u>
A. Gestion du risque	400 points
B. Qualité de service	400 points
pour la branche maladie	325 points
pour la branche AT / MP	75 points
1. <u>Management et pilotage</u>	<u>200 points</u>
A. Mutualisation et optimisation des organisations	80 points
A. Efficience	70 points

A. Certification	50 points
<b>TOTAL</b>	<b>1000 points</b>
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

**CRAM:**

1. <u>Les missions</u>	<u>860 points</u>
Au titre de la branche maladie	560 points
A. Régulation	280 points
B. Qualité de service	280 points
Au titre de la branche AT / MP	300 points
A. Prévention	90 points
A. Thèmes communs mobilisateurs	60 points
A. Actions régionales (5)	60 points
A. Tarification	90 points
1. <u>Management et pilotage</u>	<u>140 points</u>
<b>TOTAL</b>	<b>1000 points</b>
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

**Pour les CGSS :**

1. <u>Les missions</u>	<u>800 points</u>
A. Gestion du risque	400 points
B. Qualité de service	400 points
pour la branche maladie	360 points
pour la branche AT / MP	40 points

1. <u>Management et pilotage</u>	<u>200 points</u>
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

### Pour les URCAM

<u>la mission Régulation</u>	<u>1000 points</u>
A. Maîtrise médicalisée	500 points
B. Prévention	200 points
C. FAQSV / DRDR	200 points
D. Démographie des professionnels de santé	100 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

### Pour les CTIR

1. <u>Les missions</u>	<u>700 points</u>
A. Le service	580 points
A. La régulation	120 points
1. <u>Management et pilotage</u>	<u>300 points</u>
A. Pilotage stratégique et opérationnel	120 points
A. RH et organisation	60 points
A. Efficience	120 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

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

### Pour les CEIR

1. <u>Les missions</u>	<u>600 points</u>
1. <u>Efficienc</u>	<u>400 points</u>
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

### Pour les DRSM et leurs échelons locaux

1. Les missions	880 points
A. Régulation	800 points
Dont suivi des avenants conventionnels	580 points
Indicateurs spécifiques	220 points
B. Qualité de service	80 points
1. Management et pilotage	120 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au - delà de 50%	+ de 500 points

### Pour les UGECAM

Qualité de service	400 points
Régulation	200 points
Management et pilotage	400 points
TOTAL	1000 points
Seuil de déclenchement au delà de 50%	+ de 500 points

Le versement de l'intéressement est soumis à l'atteinte des objectifs

L'atteinte de ces critères est évaluée au niveau de chaque UGECAM et le taux de réussite est appliqué uniformément à tous les établissements de l'UGECAM.

## Pour la CNAMTS

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

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

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

## 4- MODALITES DE MISE EN ŒUVRE.

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

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

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

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

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

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

### 4.2 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 :

$$\text{◆ } \mathbf{MTID = (PIN I * TRN) + (PILI * TRL)}$$

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

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

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

#### **43.1 Pour les CRAM et les CGSS**

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

##### **431.1 Pour les CRAM**

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

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

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

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

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

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

##### **431.2 Pour les CGSS**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **43.2 Pour la CNAMTS**

A l'instar des salariés des autres organismes de l'assurance maladie, les salariés de la CNAMTS recevront une prime d'intéressement constituée du montant national d'intéressement distribué (MNID) et du montant local d'intéressement distribué (MLID).

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

La performance locale de la Cnamts s'exprime par le rapport :

$$\text{Taux de Réussite Locale} = \frac{\text{Montant des points acquis}}{\text{Montant des points théoriques}}$$

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