

**Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »**

**Objectif n°4 : renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses**

**Indicateur n° 4-4 : Évolution du remboursement des indemnités journalières.**

*Finalité* : avec un montant d'environ 5,7 Md€ en 2008 pour le seul régime général, les dépenses d'indemnités journalières maladie représentent 10% de l'ensemble des dépenses de soins de ville. Ce poste a connu pendant trois années consécutives, jusqu'en 2006, une croissance négative, en grande partie liée à l'impact de la politique de contrôle des arrêts de travail mise en place par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Par ailleurs, des objectifs de maîtrise médicalisée ont été fixés dans la convention médicale des médecins conclue en 2005 entre les syndicats et l'assurance maladie, ainsi que dans ses avenants n° 12 et 23 conclus respectivement en 2006 et 2007. Le suivi de ce poste est d'autant plus important que les dépenses afférentes sont fortement réparties à la hausse depuis 2007.

*Résultats* : les montants en valeur et taux d'évolution sont présentés ci-dessous :

Année	2006	2007	2008	Objectif
<b>Montants (en M€)</b>				<b>Sur l'ensemble de la période 2007-2012, croissance annuelle moyenne égale à celle de la masse salariale du secteur privé diminuée de 0,5%</b>
<i>IJ maladie</i>	5 233	5 385	5 697	
dont IJ de courte durée	3 040	3 190	3 382	
dont IJ de longue durée	2 193	2 196	2 315	
<b>Taux d'évolution</b>				
<i>IJ maladie</i>	-1,9%	2,9%	5,8%	
dont IJ de courte durée	-0,4%	4,9%	6,0%	
dont IJ de longue durée	-3,9%	0,1%	5,4%	
<b>Masse salariale plafonnée</b>	4,6%	4,9%	4,7%	

Source : CNAMTS, calculs DSS.

Après un net infléchissement entre la mi-2003 et le début de l'année 2006, les prescriptions d'indemnités journalières sont réparties à la hausse vers la mi-2006. Leur croissance a ainsi été de 2,9% en 2007, contre -1,5% en moyenne annuelle les trois années précédentes. Cette reprise s'est sensiblement accélérée en 2008, avec un taux d'augmentation de 5,8%. Compte tenu de l'importance de ces dépenses dans la consommation de soins de ville, cette progression a représenté près du quart de leur croissance totale en 2008.

Par rapport à 2007, l'accélération s'explique principalement par l'augmentation du nombre de jours d'arrêt de travail. En effet, si la croissance des arrêts de moins de 3 mois se maintient à un rythme élevé (+6,0%, contre +4,9% en 2007) le rythme de progression des arrêts de plus de 3 mois rejoint subitement la tendance de l'ensemble des indemnités journalières (+5,4%, contre +0,1% en 2007). Les évolutions sont presque intégralement imputables à un effet volume, soit la variation du nombre d'arrêts de travail, le salaire moyen par tête ayant faiblement progressé en 2008. Selon la CNAM, ce sont les arrêts de plus de 45 jours qui contribuent pour l'essentiel à la croissance des masses versées. De fait, ils représentent trois quarts des dépenses totales, progressent plus vite que les autres arrêts et ont une durée qui augmente.

Plus généralement, l'évolution des indemnités journalières résulte de plusieurs facteurs. Tout d'abord, la démographie de la population active est déterminante dans la dynamique des arrêts de longue durée. Les arrêts de courte durée sont quant à eux plus sensibles à la conjoncture de l'emploi. Les actions de contrôle des caisses d'assurance maladie peuvent également jouer en cas de dérapage des dépenses ; les plus importantes ont notamment été menées depuis le milieu de l'année 2003 (75 000 personnes ont ainsi été contrôlées en 2003, 185 000 en 2004 et près de 250 000 en 2005). Enfin, la convention médicale signée en 2005 engage les médecins libéraux à réduire le volume des prescriptions dans le cadre des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses. Cet engagement a été renouvelé dans plusieurs de ses avenants.

L'objectif pour l'ensemble de la période 2007-2012, qui sera révisé chaque année en fonction des résultats constatés, est que les dépenses d'indemnités journalières croissent à un rythme annuel moyen inférieur de 0,5 point à celui de la masse salariale du secteur privé. Il vise ainsi à traduire un effort constant de maîtrise de cette catégorie de dépenses. L'inflexion observée entre la mi-2003 et début 2006 témoigne de l'importance que revêt la responsabilisation aussi bien des professionnels de santé que des assurés eux-mêmes (via la maîtrise médicalisée et la politique de contrôle).

Construction de l'indicateur : les montants présentés ci-dessus retracent les dépenses d'indemnités journalières dans le champ de l'ONDAM ; elles excluent donc les prestations en espèces versées au titre des congés maternité et paternité ainsi que les pensions d'invalidité. Les arrêts relevant des accidents de travail ne sont pas présentées.

Les données distinguent les IJ maladie de courte durée de moins de trois mois et les IJ de longue durée de plus de trois mois. Les IJ maladie de courte durée incluent les IJ normales et les IJ majorées pour enfant à charge. L'IJ maladie normale est égale à 50 % du gain journalier de base. Ce gain journalier est déterminé à partir de la moyenne des 3 derniers mois de salaires sous plafond, dont le montant sert de base au calcul des cotisations maladie, maternité, invalidité et décès. Lorsque le salarié en arrêt de travail a au moins trois enfants à charge, le taux de liquidation de l'IJ est porté aux 2/3 du gain journalier de base, et cela à partir du 31<sup>ème</sup> jour d'arrêt continu. Enfin, à compter du 7<sup>ème</sup> mois d'arrêt continu, les IJ normales et majorées passent en longue durée. La LFSS de 2006 a supprimé la majoration s'appliquant sur les taux de liquidation des IJ de longue durée. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, les taux de liquidation des IJ normales et majorées sont prolongés sur toute la durée de l'arrêt de travail.

Précisions méthodologiques : source CNAMTS, données remboursées en date de soins à fin février 2009 (régime général, métropole).