

CNAM-TS

CONSEIL DU 04 JUIN 2015

INTERVENTION & PROPOSITIONS DE LA CFE-CGC RELATIVES AUX ARRETS DE TRAVAIL & AUX INDEMNITES JOURNALIERES

1/ Rappel du contexte : quelques chiffres clés

- En 2013, les indemnités Journalières – IJ se sont élevées à 12,8 milliards d'euros tous régimes confondus, et 6,3 milliards d'€ pour le Régime Général (Source CNAM-TS : CASDS et Conseil du 02 juin).
- + 3,8% en volume
- Les IJ maladie représentent 55 % des montants versés
 - o Maladie : 7 MM€
 - o AT-MP : 2,8 MM€
 - o Maternité : 3 MM€
- 4,7 millions de personnes ont eu un arrêt de travail indemnisé
- 6,8 millions d'arrêts indemnisés
- 204 millions de journées non travaillées et indemnisées (hors délais de carence)
- Le montant des indemnités versées par le Régime Général, mesuré en part de la masse salariale représente, selon les secteurs d'activité, entre 0,9 % pour les entreprises de services (banques, assurances, administrations,...) et 2,8% pour les entreprises du BTP
- Les pathologies ostéo-articulaires et la santé mentale (dépression, angoisses,...) représentent à eux seuls 55% du nombre de journées indemnisées pour ces arrêts longs, les tumeurs 14% et les traumatismes 9%.
- Un nombre moyen de journées par arrêt croissant avec l'âge : les personnes âgées de plus de 50 ans représentent plus de 27% du nombre d'arrêts maladie, mais 38% du nombre de journées indemnisées.
- Des évolutions fluctuantes constatées sur ces vingt dernières années :
 - o Déterminants structurels : évolution de la population en emploi – structure d'âge des actifs
 - o Déterminants épidémiologiques – grippe – pathologies chroniques...
 - o Politiques de gestion et de maîtrise des dépenses des IJ : forte baisse des IJ en 2004-2005-2006 du fait des contrôles.

2/ Bien comprendre la dépense pour mieux orienter les objectifs et moyens :

Les variations de dépenses d'indemnités journalières doivent être liées aux variations de la dépense du poste des pensions d'invalidité, car la fin du paiement des indemnités journalières (IJ) peut être suivie de la délivrance d'une pension d'invalidité (PI).

Une diminution de la dépense des indemnités journalières peut donc s'accompagner d'une hausse du versement des pensions d'invalidité et réciproquement.

L'influence de cette corrélation sur la dépense globale est d'autant plus marquée que les pensions d'invalidité font très majoritairement suite à des arrêts de longues durées et que ces derniers pèsent eux même fortement sur la dépense des IJ.



Ainsi, corrélérer et lier la dépense globale des IJ et des pensions d'invalidité permettrait de mieux connaître l'évolution de la dépense à charge, ...

Une baisse des IJ pouvant constituer un « trompe l'œil ».

Il est à noter que le lien de vase communicant est d'autant plus à prendre en compte que le poste des PI a cru, entre 2000 et 2013, de plus 67% pour le seul régime général et de plus de 14% ces trois dernières années pour une dépense de près de 5,2 milliards en 2013.

La facture globale à l'échelle départementale permettra de connaître le poids réel de chaque département dans la facture générale de l'Assurance Maladie.

Une faible hausse des IJ peut masquer une très forte facture par salarié.

L'approche par salarié permettra de cibler véritablement les écarts.

La combinaison des deux permet de fixer plus justement les objectifs.

Actuellement, on peut constater certains départements à faible taux d'évolution de la facture des IJ mais masquant une facture globale départementale très importante avec un cout par salarié très élevé.

A contrario, on peut constater de fortes évolutions des dépenses d'IJ dans certains départements dont la facture globale par salarié reste très faible.

Cette approche permettra d'orienter la mise en œuvre de moyens vers les actions les plus pertinentes.

Dans le premier cas, même si l'évolution IJ est faible, il y a tout lieu de concentrer les actions vers la gestion du poste IJ.

Dans le deuxième cas, même si l'évolution IJ est forte, il y a tout lieu de peser la mise en œuvre de ces moyens sur ce poste par rapport à d'autres éléments de dépenses.

Propositions CFE-CGC :

N° 01 - Produire une approche globale de la dépense sur l'ensemble des revenus de substitution

N° 02 - Produire une approche de la facture IJ+PI à l'échelle départementale et par salarié

N° 03 - Produire un diagnostic départemental des éléments de gestion du risque et de leur impact sur le périmètre national

N° 04 - Fixer des objectifs à l'échelle départementale après diagnostic

3/ Mieux identifier et cibler les éléments de déperdition au sein de l'Assurance Maladie

Un certain nombre d'éléments de déperdition ont été évoqués par la Cour des Comptes en 2013 visant :



En matière d'IJ : L'hétérogénéité des pratiques des CPAM dans le calcul du montant des IJ liée à l'absence de référentiels d'interprétations des textes ainsi qu'à la part importante de prise en compte des seuls éléments déclaratifs des assurés (risque résiduel de plus de 50 millions).

En matière de PI : L'impossibilité de mesurer le risque financier résiduel dans un contexte de prise en compte des seuls éléments déclaratifs de ressources, d'hétérogénéité des contrôles par les agences comptables, de carence de fiabilité des mises à jour des montants délivrés et de l'application des prélèvements sociaux... (Rappelons que le budget des pensions d'invalidité rejoint pratiquement celui de la dépense des IJ maladie).

Propositions CFE-CGC :

N° 05 - Renforcer la démarche qualité et de politique de contrôle interne sur le processus PE et PI

N° 06 - Produire des référentiels d'application de calcul des montants

Si la mutualisation régionale est un gain en termes d'ETP et de masse salariale, l'allongement des délais de traitement est source de consommation d'IJ non médicalement justifiées (pour une « CPAM standard » un délai de traitement d'un mois supplémentaire peut majorer la facture PE de plusieurs années d'IJ supplémentaires car tant que le calcul de la pension n'est pas clos,... les IJ courent.

Il y a nécessité à procéder à **l'évaluation des organisations.**

Les processus médico-administratifs eux-mêmes ne prennent pas en compte d'éventuelles performances en matière de délai de traitement des dossiers, puisqu'ils imposent un délai de prévenance de trois mois entre la date d'examen médical et la date minimale de déclenchement de la pension, ce qui induit une facture minimale de trois mois d'IJ supplémentaires dites « IJ relais », entre la date de décision médicale et la date de fin d'instruction du dossier.

Dans les faits, le rôle du médecin conseil est de prendre la décision de mise en invalidité à la date de son examen.

Le rôle des services gestionnaire est d'optimiser le délai d'instruction afin de permettre de limiter le poids des indemnités journalières dites « relais ».

Propositions CFE-CGC :

N° 07 - Procéder à l'évaluation des organisations en pôle de gestion sur le traitement de l'invalidité, en mesurant les délais de traitement des dossiers

N° 08 - Diminuer le nombre des IJ « relais » en optimisant le processus de recueil de l'information nécessaire au calcul de pension, et en repositionnant le rôle des partenaires (fixation de la décision de mise en invalidité par le service médical et fixation de la date de délivrance de pension par le service gestionnaire en fonction du délai spécifique d'instruction de chaque dossier.



Le poids des contrôles sur les segments de courtes et moyennes durées d'arrêt pèse sur l'utilisation des moyens du service médical.

L'objectif, déjà lourd, de 35% de contrôles effectifs sur personne, dans un contexte global de production de près de 7 millions d'avis sur arrêt de travail, mobilise majoritairement l'activité du service médical avec des pertes d'efficacité liées au mode opératoire (examen systématique sur personne) et au mode de sélection (absence de supervision médicale, faiblesse du recueil d'informations médicales), dans le seul registre des pathologies visées par les durées indicatives (potentiellement le moins problématique dans un contexte de stratégie d'accompagnement).

On ne peut que constater une faible inflexion des durées moyennes sur ces tranches d'arrêts de travail par la seule stratégie des contrôles.

Au total, plus de 7 millions de contrôles affectés à plus de quatre millions bénéficiaires, engageant de forts moyens de contrôles, somme toute non exhaustifs, se soldent par une faible inflexion de la facture IJ.

Dans le même temps, 40% de la dépense des IJ sont centrés sur les arrêts de plus de six mois concernant 6% des bénéficiaires, soit 300.000 assurés sociaux concernés constituant un effectif plus maîtrisable par la stratégie du contrôle.

Propositions CFE-CGC :

- N° 09 - Renforcer la politique d'accompagnement des professionnels de santé sur le segment des arrêts de courtes et moyennes durées,***
- N° 10 - Développer les outils d'accompagnement et les personnaliser (profils d'activité individuelle par pathologie faisant l'objet de durées indicatives),***
- N° 11 - Recentrer les contrôles sur les segments de courtes et moyennes durées sur les pathologies non dotées de durées indicatives, sur les signalements des employeurs,***
- N° 12 - Optimiser les modes opératoires (examen sur personne ou sur pièce) en renforçant les modes de recueil préalable des éléments médicaux d'information.***

L'absence de travaux d'expertise médicale reposant sur l'exploitation des bases de données médico-administratives ne permet pas d'optimiser des procédures métiers, et concourent de fait, à la diversité des comportements visant le suivi de l'arrêt de travail et la prise de décision de mise en invalidité.

Cette carence participe en partie du constat d'hétérogénéité des décisions et des résultats enregistrés.



Ce constat est particulièrement préoccupant sur le segment des arrêts de longue durée, le plus pesant sur la dépense et le plus fourni en éléments d'informations sur nos bases (protocole de soins de longue durée art 324-1).

L'absence de travaux d'expertise concernant les durées d'IJ, les décisions de mise en invalidité et leur date de déclenchement en fonction des trois facteurs clés (pathologie, âge, secteur d'activité professionnelle), ne permettent pas de structurer les procédures métier et de limiter l'hétérogénéité des décisions.

Propositions CFE-CGC :

N° 13 - Développer l'expertise médicale de nos bases de données afin d'harmoniser les processus métier, d'éclairer la détermination des durées d'indemnisation, leur mode (temps partiel), et de limiter l'hétérogénéité des décisions

N° 14 - Recentrer l'activité de contrôle des arrêts sur le segment des longues durées à partir du 120eme jour pour lequel les enjeux financiers sont primordiaux et dont l'effectif d'assurés concernés est le plus adapté à l'utilisation de nos moyens.

N° 15 - Encourager les revues de dossiers, le mode décisionnel collégial

4/ Mieux identifier et cibler les éléments de déperdition entre partenaires,

Le praticien qui prescrit un arrêt de travail n'est pas systématiquement celui qui est à l'origine de l'acte médical ou chirurgical.

Les éléments de délégation sont à l'origine de déperdition de consommation d'IJ mais également de biais dans la juste appréciation de l'activité de chaque professionnel de santé sur ce poste de dépenses.

Il n'y a pas de réelle coordination de la prescription d'IJ entre prescripteur permettant d'optimiser la dépense et de mesurer la responsabilité précise du prescripteur.

Proposition CFE-CGC :

N° 16 - Faire évoluer le dispositif conventionnel afin de concourir à l'identification de la responsabilité de la prescription d'IJ en rapport avec chaque acte de soins

Selon les services de la CNAMTS, une proportion non négligeable d'établissements ne pratiquerait pas de manière optimale la facturation au titre des AT/MP, imputant ainsi l'ensemble des éléments de facturation dont les IJ à la Branche Maladie.

Le facteur IJ n'entre pas dans le cadre de la gestion de la file d'attente des structures d'offre de soins, y compris dans des contextes médicaux de faible degré de gravité et d'urgence.



On constate donc, une sous-collaboration du service médical et des offreurs de soins, notamment les structures hospitalières dans la détermination de l'arrêt de travail et de la décision d'invalidité.

Il n'y a pas d'analyse de nos bases de données médicales, permettant de cibler des domaines de pathologies, des contextes de tranches d'âge, des cadres professionnels et des structures particulières hospitalières (service de chirurgie, de soins de suite ...), permettant d'optimiser le délai de prise en charge, ou de statuer le plus précocement, sur la mise en invalidité par collaboration active entre les professionnels de santé et le service du contrôle médical.

Proposition CFE-CGC :

N° 17 - Inscrire au sein du plan régional de gestion du risque, le volet II, notamment dans le cadre de l'optimisation du parcours de soins en amont et en aval de la prise en charge hospitalière, mais également dans le cadre des éléments de facturation hospitalière.