

Assurance maladie

2013 : nouveau déficit de 11 Mios d'euros !¹

Analyse d'une période de restrictions

Publié dans le VOX 99

Pierre Blanchard

Questions-réponses

- Les affiliés présentent-ils trop de demandes de remboursement dont les montants sont trop élevés, voire excessifs ?
- L'augmentation des coûts de la médecine dans l'UE et notamment en Belgique est-elle incontrôlable et plombe-t-elle ainsi les comptes de notre caisse maladie ?
- Les affiliés et les bénéficiaires exagèrent-ils en dépenses médicales coûteuses, voire superflues ?
- Les assurés sont-ils en mauvaise santé et/ou utilisent-ils trop de soins médicaux ?
- **Non**, les données disponibles, particulièrement claires et incontestables, démontrent au contraire (voir l'analyse critique ci-après) que le déficit devenu permanent depuis 2007/2008 provient du sous-financement du régime.

Une évolution très modérée des dépenses (sur 10 ans).

De 2003 à 2013, l'augmentation des dépenses mesurée par « la dépense moyenne annuelle par **affilié** » a été de **17,14 %**, soit **seulement 1,6 % par an²**! De 2007 à 2013, l'augmentation annuelle a été encore plus basse, soit seulement **1,33 % par an**. En 2013, ce taux est même devenu négatif à **-0,85 %**.

1,6 % ou 1,3 % constituent des taux d'augmentation annuelle bien inférieurs à tous ceux des principaux E.M pour un système d'assurance maladie. Ils sont dans tous les cas en dessous du taux d'inflation moyen annuel en Belgique de 2,3 % sur la même période et, encore plus, par rapport à certains E.M. Quant à l'augmentation moyenne annuelle par **bénéficiaire** elle est quasiment identique avec **1,71 % par an** (2003-2013). (voir graphique ci-dessous)

Une évolution trop faible des recettes (sur 10 ans)

De 2003 à 2013, l'augmentation totale des recettes (les contributions), mesurée par la dépense moyenne annuelle par affilié a augmenté de **10,45 %**, soit un taux annuel de croissance inférieur à **1 %** ! Ce taux annuel est inférieur de plus d'un tiers de celui des dépenses et il est donc totalement insuffisant pour maintenir le régime en équilibre opérationnel (voir graphique ci-dessous)

Le lien entre le déficit structurel et la récente politique de « gestion plus rigoureuse »³ des remboursements.

Après huit ans, il s'agit bien d'un déficit permanent que l'on peut qualifier de structurel. Cette qualification était d'ailleurs reconnue et signalée en 2009 dans les rapports du CGAM⁴, puis elle a disparu des rapports successifs alors qu'elle se confirmait !

Entre 2012 et 2013, le taux annuel de la dépense d'un « bénéficiaire post-actif » est passé de + 3,7 % à -3,7 %, alors que l'augmentation moyenne correspondante sur 10 ans a été de + 2,9 % ! Cela représente une perte

¹4% du montant total des contributions, résultat opérationnel avant intervention des intérêts du fonds de réserve : résultat financier = -6,3 Mios d'euros

² Sur la base des données statistiques officielles du RCAM

³Qualifiée comme telle par l'administration elle-même avec une version « plus réglementaire ».

⁴ Rapport annuel du CGAM - Comité de Gestion de l'Assurance Maladie (CGAM), organe paritaire composé des représentants des administrations et du personnel de toutes les institutions et organes (Agences), dans lequel l'AIACE a un observateur (et son suppléant) sans droit de vote - déficit structurel mentionné de 2009 et 2010 puis disparaît des rapports 2011, 2012 et 2013.

moyenne de remboursement se situant entre **175 et 300** euros par bénéficiaire post-actif, le montant de la dépense moyenne ayant rejoint celui de 2011⁵,

Par contre, toujours de 2012 à 2013 pour les bénéficiaires actifs, le taux annuel a été de **- 0,64 %** et de **-1,3 %** pour tous les bénéficiaires. Au total, on peut estimer, selon les hypothèses prises en considération, que cette politique d'austérité a causé une perte de remboursement des post-actifs d'un montant se situant entre **5 et 9 millions d'euros** ! Les anciens sont devenus la cible presque idéale de la politique de rigueur ! Ces résultats sont vérifiables dans les statistiques officielles du régime et justifient l'efficacité des gestionnaires.

Mise en œuvre de la politique d'économie sur les remboursements

Les anciens représentent 18,7 % des bénéficiaires, mais aussi 45,6 % du total des remboursements du régime.

Les ressources du régime diminueront mécaniquement avec les effets du statut de 2014, et, de ce fait, annuleront toute cette stratégie d'économie organisée autour de modification d'application des DGE. En effet pour le moment, faute de pouvoir changer les règles⁶ (les DGE), cette nouvelle politique de gestion dite « plus rigoureuse » ne fait que les interpréter de façon plus restrictive. C'est pourtant essentiellement aux médecins-conseils que l'on a confié l'essentiel du travail. À partir de la mi-juillet 2013, on constate une coordination et une recrudescence des avis médicaux négatifs dans le cadre des DGE actuelles. Sans changement des règles, mais via leurs interprétations, les médecins-conseils, par la force des choses, touchent directement les assurés les plus malades, c'est-à-dire les anciens !

En outre, les décisions d'interprétation administrative sont juridiquement contestables tandis que celles d'interprétation médicale le sont beaucoup moins.⁷ Pourtant, un arsenal administratif s'ajoute à la partie médicale (la reconnaissance des praticiens ou la légalité fiscale des factures... voire le rejet des factures elles-mêmes pour diverses raisons). La tolérance tendant vers zéro est recherchée. Elle s'accommode mal de la capacité, hélas « déclinante » des anciens — normalement les plus âgés, mais pas seulement — à gérer leurs documents administratifs.

Les anciens sont visés et atteints : ils payent deux fois l'inertie politique et administrative dans la gestion du RCAM ! En effet, ceux qui ont subi les plafonds bloqués avant 1984 puis après 1991 sont les mêmes qui subissent les tentatives d'économies actuelles.

Par contre, les anciens comme tous les affiliés actifs soutiennent l'administration dans ses tentatives de réduire leurs dépenses médicales par des accords avec les principaux prestataires locaux. **Toutefois, ils ne sont pas d'accord qu'on réduise leurs remboursements avec la méthode actuelle pour combler le déficit structurel !**

La gestion dite « plus rigoureuse » pose des problèmes moraux et pratiques aux **anciens⁸, plus grands utilisateurs du régime, mais aussi les plus faibles** dès que l'âge avance, que la maladie grave frappe, ou qu'elle handicape et sépare les gens. D'ailleurs la multiplication des réclamations au sens de l'Art 90 du statut⁹ montre bien plus qu'une préoccupation ! Résultats : les dépenses restant complètement à charge des assurés, las de se défendre, peuvent aller de quelques dizaines à plusieurs centaines d'euros.

L'assurance maladie est, et reste globalement satisfaisante.

Le Régime donne satisfaction sur l'essentiel aux assurés notamment en cas de grosses dépenses liées à des maladies graves, reconnues ou pas, ou à des accidents, et ce, tant pour les actifs que pour les anciens. La dégradation relative actuelle met en cause la notion de « gestion en bon père de famille » ! Elle frappe les malades par des mesures difficilement justifiables, sauf en cas d'abus avérés. Personne ne demande une gestion laxiste, mais il y a des limites notamment dans notre contexte particulier de **Sécurité sociale internationale et pluriculturelle**. Dans certains cas, certes extrêmes et spécifiques, les montants pouvant rester à charge des affiliés peuvent être importants. S'agissant de refus complet de remboursement, l'**article 72-3** limitant la dépense annuelle à charge à la moitié des revenus mensuels (salaires ou pensions), ainsi que les mutuelles complémentaires sont inopérants.

Le montant du fonds de réserve est lié aux fluctuations des résultats économiques du RCAM

Dans les années 60, le personnel d'alors, soit une bonne partie des anciens d'aujourd'hui, a contribué dans un régime qui a été presque toujours excédentaire, faute de pensionnés et de malades. Pendant des années, les contributions disponibles n'ont pas été complètement utilisées. Pour autant, elles n'ont pas été réduites. C'est l'origine du fonds de

⁵ respectivement : 2011=4544€; 2012=4714€; 2013=4540 € le niveau de 2013 est égal à celui d'il y a deux ans en 2011 soit au moins -5%

⁶ Le Statut, la réglementation commune et les DGE (les Dispositions générales d'exécution (DGE) de l'article 72 du statut).

⁷ Mais toutefois pas au-dessus des lois, voir l'arrêt ALLEN et autres arrêts significatifs sur ce sujet.

⁸ 23% d'affiliés qui occasionnent 45,6% des remboursements, voir les autres données à la page 2

⁹ De 46 en 2006 à 300 par an en novembre 2014 !

réserve qui est donc **conjoncturel**. Il n'est juridiquement mentionné ni dans les traités ni dans le statut. Il a été réglementairement régularisé à un niveau juridique subsidiaire dans la « Réglementation commune ». Il permet de répondre aujourd'hui au déficit et de le compenser¹⁰ totalement avec des intérêts pourtant en baisse — et le capital — si nécessaire.

***Un peu d'histoire.** Après une longue période de résultats excédentaires donc de constitution du fonds de réserve, en 1984, on a diminué les contributions et augmenté les remboursements. De 1985 à 1991,¹¹ le régime a été déficitaire et le fonds de réserve a compensé les pertes. En 1989, on a réduit les remboursements dans les DGE appliquées en 1991 au moment où on a augmenté les contributions. De 1991 à 2007, le régime est devenu excédentaire sans que l'on ne change quoi que ce soit, sauf constater l'augmentation du fonds de réserve ! En 2007, grâce à une modification du statut, les DGE ont été modifiées pour réduire l'excédent. Depuis 2008, le régime est à nouveau en déficit... et on ne fait rien, sauf entreprendre une gestion plus rigoureuse qui s'en prend aux anciens.*

Durant la même période, la Méthode a parfaitement fonctionné en compensant une forte inflation, le plus souvent par des augmentations proportionnelles de salaire et de pension, donc des contributions au RCAM plus importantes. Quant aux taux d'intérêt très élevés à cette époque, ils ont dopé le fonds de réserve ce qui a augmenté le capital inutilisé.

Le fonds de réserve avait atteint en 2004 plus de 200 Mios d'euros soit 16,5 mois de gestion du RCAM. Ce montant a commencé à sérieusement à inquiéter les États membres qui ont demandé des explications à la Commission.

Une excellente Caisse maladie, sociale et solidaire... pour tous !

Les quelques 21.000 pensionnés tiennent au bon fonctionnement de leur caisse maladie qui fait partie des 3 piliers de leur sécurité sociale¹².

Les anciens sont aussi concernés par les modalités d'application justifiées et humaines des règles.

Faut-il rappeler ici que la caisse maladie n'est pas une compagnie multinationale privée, mais une assurance sociale de droit public dont les assurés sont les « actionnaires » d'un tiers du financement !

L'expérience et l'expertise des anciens peuvent contribuer à améliorer la gestion du régime et à rétablir son équilibre financier.

Les anciens disposent de compétences et d'expériences dans de nombreux domaines¹³, et notamment dans celui de la Caisse maladie. La Commission elle-même ne préconise-t-elle pas la valorisation de l'expertise des anciens ?

Les anciens ont un représentant (un titulaire et un suppléant) — selon les règles en vigueur et les accords de l'AIACE avec les institutions — participant pleinement au débat, mais sans droit de vote. Sous le prétexte qu'ils ne votent pas, on ne leur concède pas volontiers la parole. L'arrivée d'un nouveau suppléant¹⁴ pourtant médicalement compétent ne semble pas changer ce comportement regrettable. C'est contraire à l'intérêt bien compris de l'ensemble des affiliés, y inclut celui des gestionnaires.

Une stratégie partagée, le rétablissement de l'équilibre opérationnel du Régime COMMUN d'assurance maladie, dans l'intérêt de tous

Un ensemble de pistes à explorer pour mettre l'assurance en équilibre en profitant du fonds de réserve :

- maintenir la solidarité intergénérationnelle et intercatégorielle¹⁵ ;
- confirmer le rôle social du régime par une approche particulière pour les plus faibles ;
- revenir à une véritable gestion en « bon père de famille » sans gaspillage, mais sans restrictions injustifiées ;
- rendre au CGAM son rôle de spécialiste de la gestion consensuelle de la caisse ;
- rétablir la confiance réciproque pour instaurer un dialogue constructif ;
- augmenter le taux de la contribution des affiliés de seulement 0,1 % ;^{16 17} ;

¹⁰ Le fonds de réserve est passé d'une capacité de 16,4 mois en 2004 à 7,7 mois en 2013 de dépenses annuelles du RCAM. Selon le même schéma, on peut estimer qu'il diminuera de moins de la moitié d'ici 2020.

¹¹ Selon un extrait du rapport du CGAM de 1990.

¹² Voir l'Article de Ludwig Schubert

¹³ Les représentants de l'AIACE ont participé à toutes les négociations sur la deuxième réforme du statut en 10 ans et ont obtenu des conditions statutaires correctes pour les pensionnés à partir du 01/01/2014 : l'application de méthode sans prélèvement.

¹⁴ M. Karl Freese de la Section DE de l'AIACE remplace M. Thierry Garrigues de la section Da de l'AIACE que nous remercions vivement.

¹⁵ Entre les niveaux de ressources des actifs et des pensionnés.

¹⁶ Voir l'explication complète dans l'article de Ludwig de ce VOX 99. Le taux maximum statutaire (art. 72) est de 2% du salaire de base ou de la pension pour les affiliés et cela représente un tiers de la contribution totale au RCAM.

- transcrire les accords dans les DGE ;
- maintenir un fonds de réserve limité au strict minimum ;
- mettre en place un mécanisme actuariel de maintien de l'équilibre financier et du fonds de réserve minimum.

Tableau évolutif des principales données du RCAM entre 2006 et 2013

Années/descriptions	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre d'affiliés	56 800	61 000	64 000	67 000	70 919	72 400	74 550	76 460
Nombre de bénéficiaires	113 000	120 000	126 000	135 000	139 475	143 500	148 500	152 850
Nombre de bénéficiaires actifs	90 950	97 000	10 225 00	110 200	113 996	117 500	121 319	124 240
Nombre de bénéficiaires post-actifs	22 050	23 000	23 650	24 800	25 479	26 060	27 124	28 615
Nombre d'agents contractuels (tous)	5460	6875	7300	7870	10 180	10 260	11 540	11 930
Résultat financier de l'exercice (Mios d'euros)	12,1	-1,9	-13,8	-6,1	10,0	-0,3	-9,2	-6,3
Contribution annuelle moyenne par affilié actif (euros)	3316	3308	3373	3450	3500	3580	3571	3640
Contribution annuelle moyenne par affilié post actif (euros)	2964	2997	3091	3180	3290	3400	3358	3368
Contribution annuelle moyenne par affilié (euros)	3228	3231	3304	3390	3450	3540	3520	3572
Dépense annuelle moyenne par affilié (euros)	3200	3441	3710	3650	3550	3680	3756	3724
Dépense annuelle moyenne par bénéficiaire actif (euros)	1064	1160	1289	1274	1241	1262	1254	1246
Dépense annuelle moyenne par bénéficiaire post actif	3845	3852	4234	4371	4329	4544	4714	4540
Dépense annuelle moyenne par bénéficiaire (euros)	1609	1747	1882	1851	1805	1859	1886	1862
Fonds de réserve (en mois de dépenses)	14	12	10	9,8	9,6	8,9	8,3	7,7

Données de la mi-2013

L'affilié = le contribuant au régime

Le bénéficiaire = l'assuré lié à un ayant droit affilié actif ou post actif

¹⁷ Décision des des AIPN des institutions conformément au statut de 2014, il s'agit de montant ridiculement petit (facteur 1000) au regard des milliards d'économies réalisées ailleurs sur le fonctionnement des institutions EU et notamment sur le blocage des salaires et pensions, le prélèvement pour les actifs, les carrières plus réduites pour 80% du personnel, le recrutement des secrétaires en AST-0, le nombre toujours plus grand d'agents contractuels, etc.