

# L'équilibre de notre assurance maladie réalisé en 2014

## Un succès ?

Publié dans le VOX 101 par Ludwig SCHUBERT

En 2014, pour la première fois depuis 2006, notre assurance maladie (RCAM = Régime commun d'assurance maladie) a pu réaliser un équilibre opérationnel, c'est-à-dire que les cotisations des affiliés ont pu couvrir les dépenses opérationnelles du régime. En effet, le solde opérationnel de 2012 (-17,1 Mio €) à 2014 (+0,8 Mio €) s'est amélioré de 17,9 Mio d'euros ! Compte tenu des rendements du « fonds de réserve », un léger excédent financier (7,6 Mio €) a même pu être réalisé (les chiffres mentionnés dans le présent article ont été repris du Rapport annuel 2014 du RCAM).

Dans un article du VOX No 100 (pages 7 et 8), la manière particulière de réaliser, par le passé, l'équilibre opérationnel de notre assurance maladie avait été examinée :

*Le taux de cotisation (1,7 % des traitements de base pour les affiliés et 3,4 % pour le Budget) n'a plus été modifié depuis le début des années 1990. Il y avait une longue période d'excédents qui a permis d'accumuler un « fonds de réserve ». Son maximum avait atteint en 2004 16,5 mois de dépense en net et 19,9 mois en brut. Ce fonds n'était prévu, ni par le Statut ni par les règles budgétaires, mais il a été légalisé par la législation secondaire des « Règlements communs des Institutions ». Une adaptation des plafonds de remboursements liée à l'évolution économique ou bien une diminution du taux de cotisation n'a pas été effectuée pendant cette période excédentaire !*

*Toutefois, depuis 2007, le régime a réalisé des déficits opérationnels qui, pour la période 2007 à 2012, étaient en moyenne de l'ordre de 6,1 % des cotisations. Ce déficit moyen aurait pu être couvert par une augmentation du taux de cotisation de 1,7 % à 1,8 % pour les affiliés et de 3,4 % à 3,6 % pour le budget. Selon le nouveau Statut, une telle décision pourrait être prise, depuis 2014, par les chefs d'administration. Toutefois, compte tenu de l'existence du « fonds de réserve », il était plus rationnel, dans un premier temps, de couvrir ce déficit par un recours au « fonds de réserve ». Sa valeur relative en nombre de mois de dépenses a diminué, en net, de 14 mois en 2006 à 8,3 mois en 2012, le minimum atteint était 7,7 mois en 2013.*

On sait que face à la persistance de cette évolution déficitaire, les responsables de notre régime d'assurance maladie, dans la situation actuelle, ont écarté une adaptation des cotisations, mais ont opté pour l'application d'une « politique d'interprétation rigoureuse des règles du RCAM », afin d'absorber ainsi le déficit structurel du régime. Après de premiers effets en 2013 (cf. l'article dans le VOX No 100), cet objectif a pu être réalisé (provisoirement ?) en 2014 (cf. graphique 1). En effet, par rapport à 2012, en 2014 les dépenses moyennes par affilié ont été diminuées de 4,1 % ou de 154 € et les cotisations moyennes par affilié ont augmenté d'un peu plus que 2 % au total pendant ces deux années.

- Par ailleurs, la manière de réaliser de fait, depuis le début des années 1990, le financement de notre assurance maladie (par accumulation ou diminution des réserves et finalement par la restriction sur les prestations) est en contraste avec la manière de réaliser en permanence l'équilibre de notre régime de pension. Dans celui-ci, les prestations sont clairement définies par le Statut et l'équilibre actuariel permanent du régime est obtenu par une variation annuelle – si nécessaire — vers le haut ou vers le bas des cotisations !

- Cependant, le « succès » de la réalisation, en 2014, de l'équilibre opérationnel de notre assurance maladie soulève deux problèmes :
  - celui de la répartition de l'effort d'économie entre les « actifs » et les « post-actifs » et
  - celui de la question de savoir à partir de quel point, par la politique de restriction, les prestations garanties par l'article 72 du Statut de remboursements de 80 %, 85 % ou 100 % (en cas de maladie grave) sont contournées ou mises en cause.

En ce qui concerne le premier de ces problèmes, le résultat cumulé des restrictions, pendant les deux années 2013 et 2014, conduit à une économie moyenne par affilié « post-actif » de 532 € (soit -7,5 %) par rapport à 2012, tandis que les chiffres correspondant pour les affiliés « actifs » se situent à 109 € (soit -4,1 %).

Cette comparaison avec l'année 2012 ne tient pas compte du fait que les dépenses médicales ont une tendance sous-jacente à l'augmentation. Pour évaluer l'ampleur de l'effort de rupture de la tendance par la politique de restriction, il faudrait comparer la valeur tendancielle extrapolée pour 2014 avec la valeur observée de la même année. Il est, toutefois, évident que le calcul de la tendance appropriée pose un problème technique.

Si l'on extrapole la valeur pour 2014 avec le taux de croissance annuel moyen de la période 2004 à 2012, l'économie moyenne subie par les affiliés « post-actifs » s'élève à 996 € (soit -13,2 %) (cf. graphique 2) et celle des affiliés « actifs » à 184 € (soit -6,7 %).

Si l'on extrapole, par contre, la valeur de 2014 avec le taux de croissance annuel moyen de la période 2008 à 2012 qui est sensiblement le même pour les deux groupes (1,83 % p. a. pour les « post-actifs » et 1,89 % p. a. pour les « actifs »), l'économie pour les « post-actifs » se situe à 793 € (soit -10,8 %) et celle pour les « actifs » est de 212 € (soit -7,6 %).

Le fait que le niveau de la dépense moyenne par affilié « post-actif » est d'environ 2,5 fois plus élevé que celle de la dépense par affilié « actif » ne met pas en cause les raisonnements précédents. La dépense moyenne plus élevée des « post-actifs » est naturelle et couverte par le principe de la solidarité entre générations sous-jacent à notre régime (comme celui de la solidarité entre niveaux de revenus ou de situations familiales).

La question de savoir à partir de quel point de restriction, les prestations garanties par l'article 72 du Statut sont mises en cause constitue toujours un sujet de débat entre représentants du personnel (y compris ceux des anciens) et les responsables de notre assurance maladie. Il est évident que la politique de restriction a été mal – ou souvent pas du tout – expliquée aux affiliés. Le nombre des plaintes et recours administratifs ponctuels met en évidence que ce débat continuera et risque encore de s'intensifier. À cela s'ajoute la situation de nombreux affiliés âgés qui se résignent devant toutes ces nouvelles complications et devant le renvoi de demandes de remboursement pour des raisons insignifiantes et parfois même injustifiées.

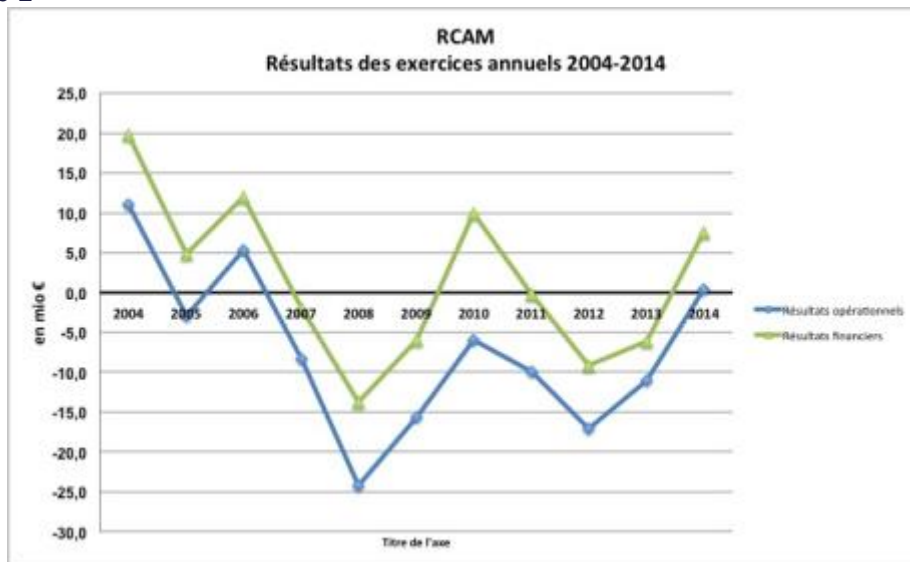
Il n'est pas possible de traiter ces problèmes ponctuels, mais importants, en détail dans cet article, mais en conclusion, il paraît utile de rappeler, une fois de plus, que les déficits de notre assurance maladie ne résultent point d'une évolution trop rapide des dépenses par affilié.

En effet, l'évolution de 2004 à 2012, des dépenses par affilié se situe avec 1,87 % p. a. de manière clairement inférieure au taux d'inflation en Belgique et dans l'UE avec 2,4 % p. a. pendant la même période. Le vrai problème se situe du côté de l'évolution des cotisations par affilié qui n'a été que de 0,95 % p. a. pendant la même période. Ceci est surtout dû au recrutement d'un personnel à revenu plus bas (d'où la stagnation des cotisations moyennes par affilié de 2004 à 2007 et la diminution de 1 % p. a. des cotisations moyennes des affiliés « actifs » pendant la même période). À cela s'ajoute le quasi-blocage des rémunérations entre

2010 et 2014 et, de plus, notamment pour l'avenir, les effets de la détérioration des perspectives de carrière et de pension.

Ces constatations devraient fournir de très bons arguments, si à l'avenir, il devenait inévitable d'ajuster légèrement le taux de cotisation par une décision des chefs d'administration. La légère augmentation de la charge budgétaire résultant d'une telle décision serait sans commune mesure avec les économies considérables sur les dépenses du personnel déjà réalisées ou mises en route par les révisions du Statut de 2004 et 2014. Ce sont justement ces économies qui sont à l'origine des problèmes financiers de notre assurance maladie !

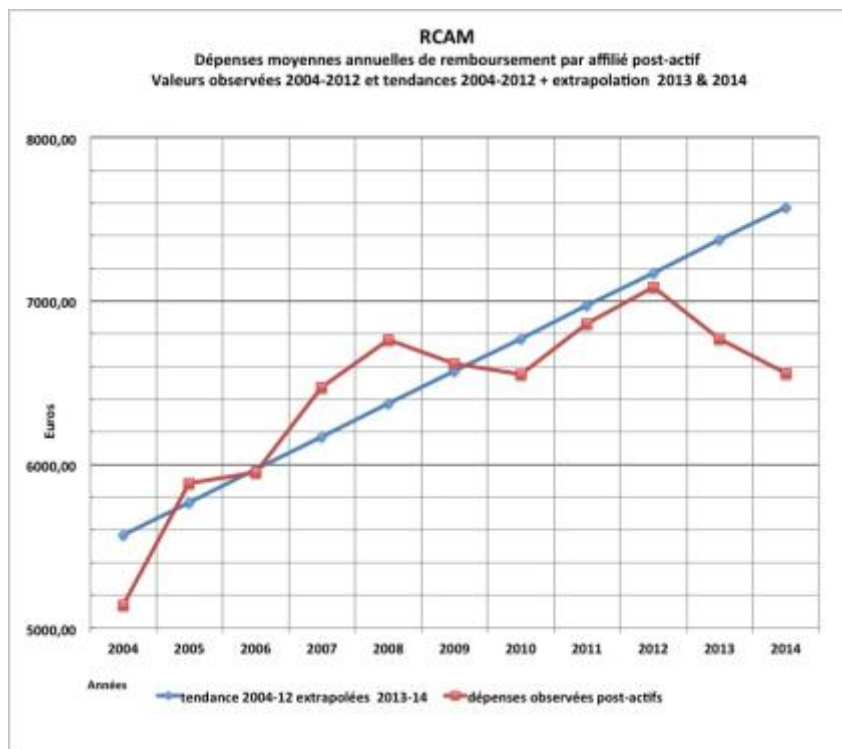
**Graphique 1**



*Courbe bleue : solde opérationnel*

*Courbe verte : solde financier qui tient compte des rendements du « fonds de réserve.*

**Graphique 2**



Courbe rouge: valeurs observées

Courbe bleue: tendance 2004 à 2012 extrapolée jusqu'en 2014.