

Publié dans le VOX 102 février-mars 2016

Pierre Blanchard

Pour une véritable stratégie de la gestion financière et réglementaire du RCAM

Depuis les années 60, notre caisse maladie est toujours gérée de la même façon : soit elle produit des excédents financiers opérationnels qui alimentent un fonds de réserve, soit elle est en déficit et le fonds de réserve comble les pertes. Les gestionnaires ont peu ou pas de moyens d'influencer les coûts de la médecine dans les États Membres. On ne peut — ou l'on ne veut pas — modifier les règles que très rarement, ce qui est également le cas pour son financement par les contributions patronales et celles des affiliés.

Sans remonter très loin dans le temps, le régime a été déficitaire pendant plusieurs années précédentes 1991, puis excédentaire jusqu'en 2007, et à nouveau en déficit jusqu'en 2013.

2014 a été la première année d'équilibre opérationnel du cycle d'avant 2007. Pour gérer ces différentes situations — à Statut presque constant — on a changé les règles deux fois : en 1990-91 et en 2005-2007 (la Réglementation commune [RC] — statutairement la réglementation établie d'un commun accord — et les Dispositions générales d'exécution [DGE]). À noter que depuis la création du fonds de réserve — qui n'est pas stipulé dans le Statut¹ — les fluctuations des résultats opérationnels n'ont pas eu d'impacts budgétaires au-delà des contributions normales prévues au budget.

Jusqu'en 2004, changer les règles était une véritable gageure, puisque le Conseil était partie prenante dans la décision... Il bloquait systématiquement toutes les propositions de modification comportant la moindre amélioration du régime y compris les adaptations de plafonds pourtant nécessaires !

Cependant depuis mai 2004, puis après janvier 2014, la situation statutaire a sensiblement évolué en ce qui concerne les moyens de mieux gérer financièrement et réglementairement le régime. L'article 72 du statut fixe dorénavant clairement les niveaux de responsabilité : aux AIPN des institutions pour la RC [art.72-1 para. 1] et, à l'une des institutions mandatée par les AIPN des institutions pour les DGE [art. 72-1 para. 3].

Juridiquement et budgétairement — dans les limites du cadre budgétaire annuel fixé — seules les institutions sont donc habilitées à modifier les contributions à la Caisse maladie dans la limite statutaire toujours explicitée dans l'article 72-1 para. 4, de 2 % maximum de contribution à charge de l'affilié. En outre, l'article 72-1 décidément bien conçu, énonce dans son para. 4 que ces 2 % maximum constituent le tiers de la contribution nécessaire pour assurer la couverture citée à l'article 72-1 para. 1, soit 6 % maximum au total.

La contribution actuelle d'un affilié étant de 1,7 % de sa rémunération ou pension de base, il reste une marge légale d'accroissement possible de 0,3 %. La contribution totale inchangée depuis 1991 étant de 5,1 % la marge statutaire totale est donc de 0,9 % [6 % - 5,1 %].

¹ Le fonds de réserve du RCAM existant « de facto » a été ajouté à la réglementation Commune (RC) lors de sa révision de 2005 (Titre III, chapitre 2 art. 51)

Les gestionnaires disposent donc d'une gamme complète d'interventions² : sur les dépenses par le biais réglementaire et sur les recettes par celui du financement.

Pourtant ils ne l'ont pas utilisée et, depuis 2012-2013, pour rétablir l'équilibre financier opérationnel, une autre politique, celle de l'interprétation plus restrictive des règles [dite « soft measures »] a été privilégiée.

Alors que le monde de la médecine et de la sécurité sociale évoluait considérablement, les contributions sont figées depuis 25 ans, la réglementation commune n'a pas été révisée depuis 11 ans et les DGE auront 10 ans en juillet 2017.

En cas d'équilibre opérationnel (en 2014), les intérêts du fonds de réserve s'ajoutent automatiquement au capital. Ainsi le fonds augmente (en 2014) ou diminue (de 2005 à 2013) sans pouvoir être stabilisé par la gestion actuelle.

Or, il faut savoir, qu'en 2004-2006 les résultats excédentaires du régime obtenus pendant 15-16 ans avaient abouti à constituer un fonds de réserve dont le niveau élevé –plus d'un an de dépenses - a inquiété les autorités budgétaires. C'est pourquoi la révision des DGE de 2007 a eu pour premier objectif — certes informel — de réduire l'excédent opérationnel et même de créer un déficit censé diminuer le capital du fonds de réserve.

Le scénario du régime déficitaire s'est effectivement réalisé de 2007 à 2013. Il a été largement renforcé par des effets structurels³ de baisse relative du total des contributions et depuis 2010, par un quasi-gel des rémunérations et pensions. Le fonds de réserve net est ainsi passé de 16,5 mois d'activité en 2004 à 8,2 mois en 2014.

La proposition suivante vise à assurer une gestion financière et réglementaire de la Caisse maladie, dès 2017, au niveau attendu d'un Service public européen digne de ce nom :

- vérifier la situation légale du RCAM, en tant que Service public notamment, dans le cadre du règlement 883/2004 qui interdit aux citoyens de l'UE d'être assurés à plusieurs régimes publics ;
- instaurer un moratoire sur les questions les plus sensibles telles que le passage du primaire au complémentaire pour les conjoints en attendant la clarification à la question précédente ;
- rétablir une gestion de « bon père de famille » du RCAM sans gaspillage, mais sans interprétations injustifiées et administratives notamment par les médecins-conseils ;
- redonner au CGAM son rôle central dans la gestion paritaire administrative et financière de la caisse maladie, afin de dégager un maximum de consensus entre les administrations et les affiliés actifs et pensionnés ;
- renforcer dans ce cadre le rôle des anciens, conformément aux accords passés avec les institutions, compte tenu de l'impact important de leurs dépenses sur les résultats financiers opérationnels de la caisse ;
- ouvrir une nouvelle phase de dialogue avec les représentants du personnel statutaires et syndicaux ainsi qu'avec les Associations d'anciens et notamment la plus représentative, l'AIACE ;
- préparer ainsi, après avis du CGAM, un projet de révision de la RC et des DGE garantissant l'aspect social statutaire et les grands principes de base du RCAM : solidarité intergénérationnelle, intercatégorielle et interfamiliale ;
- envisager une réforme de l'assurance « dépendance » actuellement incluse dans la RC, en la remplaçant par une assurance statutaire obligatoire séparée du RCAM pour tous les personnels statutaires actifs et post-actifs ;

² Moyens décrits au Titre III, chapitre 2 art. 50 & 51 ainsi que dans la cinquième partie –dispositions finales art. 52 de la RC

³ Après l'introduction en 2004 du statut d'agent Contractuel dans le RAA, la Commission, les Offices et les délégations hors Union ainsi que les agences y eurent recours massivement. Ces emplois étant budgétisés il n'y a pas de tableau d'effectifs comme pour les fonctionnaires, mais le nombre d'agents contractuels a probablement dépassé 12 000 personnes avec la création de presque 50 agences.

- transcrire selon les procédures légales dans la RC et les DGE les résultats du dialogue social en respectant à la fois pour la population concernée des actifs et des pensionnés, le maintien de l'équilibre financier et l'adaptation des prestations à l'évolution de la science médicale ;
- prévoir un rythme de révision à moyen terme ;
- étudier et instaurer — dans les limites statutaires actuelles du niveau des contributions — un mécanisme actuariel du maintien de l'équilibre financier opérationnel par le biais des contributions, le fonds de réserve redimensionné se limitant à compenser de faibles fluctuations des résultats opérationnels annuels.

N.B. Cet article n'engage que son auteur