

Régime commun d'assurance maladie [RCAM]: où en sommes-nous?

Généralités

Notre régime est une caisse d'assurance maladie commune aux institutions, organes et agences européennes¹. Il est la propriété de ses affiliés, c'est-à-dire nous tous qui en bénéficions. Ce régime est alimenté par nos cotisations et par la cotisation de nos employeurs (qui constitue un salaire différé). Ses dépenses sont les dépenses médicales que nous lui présentons conformément aux Directives générales d'exécution (DGE). Les coûts de gestion (bureaux liquidateurs qui traitent les dépenses médicales des affiliés) sont supportés par les institutions, organes et agences sur leurs budgets de fonctionnement.

Un Comité de gestion paritaire (CGAM), composé pour moitié par des représentants du personnel de l'ensemble des institutions, organes et agences et pour moitié par des représentants des administrations concernées, gère ce régime. Vos représentants dans cette enceinte veillent à la correcte application des DGE, mais aussi aux évolutions du régime et à sa gestion financière.

La réserve financière du régime est gérée par la DG ECFIN de la Commission européenne.

Situation en 2015

Cette caisse a connu quelques années de déficit, que certains avaient vite qualifiés de structurel, appelant à prendre des mesures, parfois radicales, pour enrayer ses pertes. U4U maintenait que ce déficit était conjoncturel et principalement lié au gel de l'indexation des salaires qui réduisait les recettes de la Caisse. Le temps lui donne raison. Depuis 2014, notre caisse dégage des excédents opérationnels, lesquels permettent d'accroître la réserve financière constituée depuis la création du régime par des décennies de résultats opérationnels excédentaires.

Le régime c'est, toutes institutions, organes, agences confondus :

BENEFICIAIRES RCAM 2015			
163 447 personnes			
Actifs		Post-actifs	
Affiliés	59.868	Affiliés	21.944
Bénéficiaires	131.033	Bénéficiaires	32.082

En 2015, les comptes du RCAM dégagent un excédent de 12,7 Mio €; l'exercice 2014 s'était soldé par un surplus de 7,6 Mio €. Les revenus financiers en termes nets, contribuent à hauteur de 6,2 Mio € à cet excédent.

¹ A l'exception de la BEI, de la BCE et des députés européens.

Recettes opérationnelles (cotisations) :	+292,4 millions
Dépenses opérationnelles (frais exposés) :	-285,9 millions
Résultat positif :	+6,5 millions
Intérêts réserve :	+6,2 millions
Solde exercice 2015 :	+12,7 millions
Valeur réserve (actifs financiers investis):	environ 250 millions
Evolution masse salariale depuis 2014 :	+3,1%
Evolution cotisations depuis 2014 :	+3,5%
Evolution dépenses depuis 2014 :	+1,6%
En 2015, la cotisation moyenne par affilié s'établit à 3.558€.	
En 2015, la dépense moyenne pour les affiliés s'établit à 3.495 € tandis que celle des bénéficiaires est de 1.749 €.	

Démographie du régime

En 2015, la population des affiliés et des bénéficiaires poursuit la croissance enregistrée les années précédentes. Le nombre total des affiliés passe de 79.816 mi-2014 à 81.812 mi-2015, soit une augmentation de 2,5 % sur un an (+9,6 % sur cinq ans). Le nombre total des bénéficiaires du régime aux mêmes dates passe de 156.657 à 163.447, soit une augmentation de 4,3 % (+17,2 % sur cinq ans). Le ratio du nombre de bénéficiaires par rapport au nombre d'affiliés reste stable dans le temps avec environ 2 bénéficiaires pour 1 affilié.

Année	âge moyen			% population	
	global	femmes	hommes	femmes	hommes
	ans	ans	ans	%	%
2011	50,1	48,5	52	54,3	45,7
2012	50,6	49	52,4	54,3	45,7
2013	50,7	49,3	52,4	54,3	45,7
2014	51,8	50,5	53,5	54,4	45,6
2015	51,4	50,1	52,9	54,4	45,6

La tendance de baisse de l'âge moyen des affiliés observée depuis 2004 s'est inversée depuis 2010. Ainsi l'âge moyen qui était de 51,2 ans en 2004 pour passer à 49,7 ans en 2009, est en hausse et atteint en 2015, 51,4 ans, en légère baisse par rapport à l'année précédente. Il en est ainsi aussi bien pour les femmes que pour les hommes. L'effet positif sur l'âge moyen dû aux élargissements de 2004 et 2007 et à l'accroissement des effectifs s'estompe progressivement. Maintenant que l'impact de l'afflux de jeunes affiliés est absorbé, il subsiste un risque de voir l'âge moyen, qui dépendra de l'âge au recrutement des futurs fonctionnaires et agents, augmenter de manière significative.

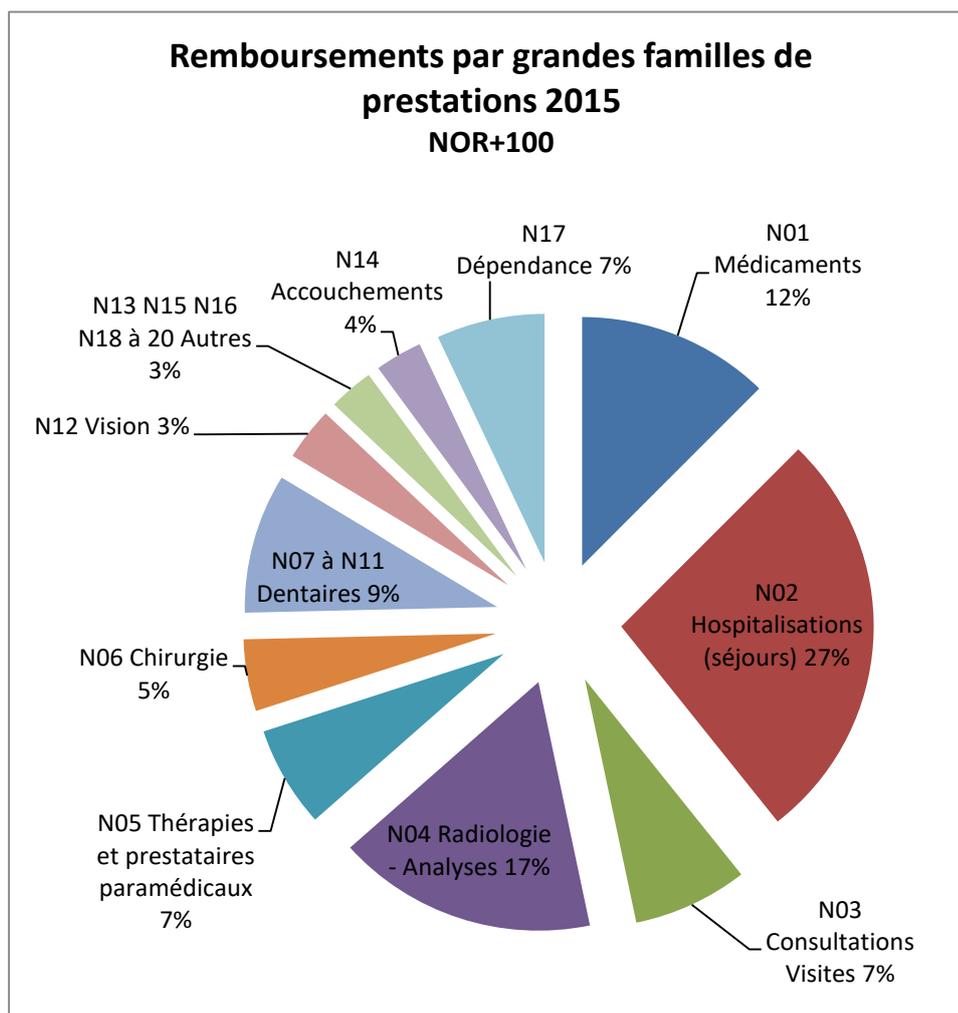
Evolution du nombre d'affiliés cotisants (1)						
Données au 30 juin	Fonct / AT	AC/Assistants parlementaires (*)	Fonct AST/Sc	post-actifs	total	Evolution
2004	31.777	65		13.076	44.918	na
2005	34.693	2.155		13.940	50.788	13,1%
2006	36.370	5.462		14.466	56.298	10,8%
2007	38.115	6.875		15.028	60.018	6,6%
2008	40.091	7.302		15.563	62.956	4,9%
2009	41.428	7.870		16.154	65.452	4,0%
2010	42.489	10.179		16.682	69.350	6,0%
2011	44.946	10.262		17.252	72.460	4,5%
2012	44.961	11.543		18.045	74.549	2,9%
2013	45.350	11.927		19.178	76.455	2,6%
2014	44.619	12.390		20.309	77.318	1,1%
2015	44.548	13.542	434	21.174	79.698	3,1%

Notes:

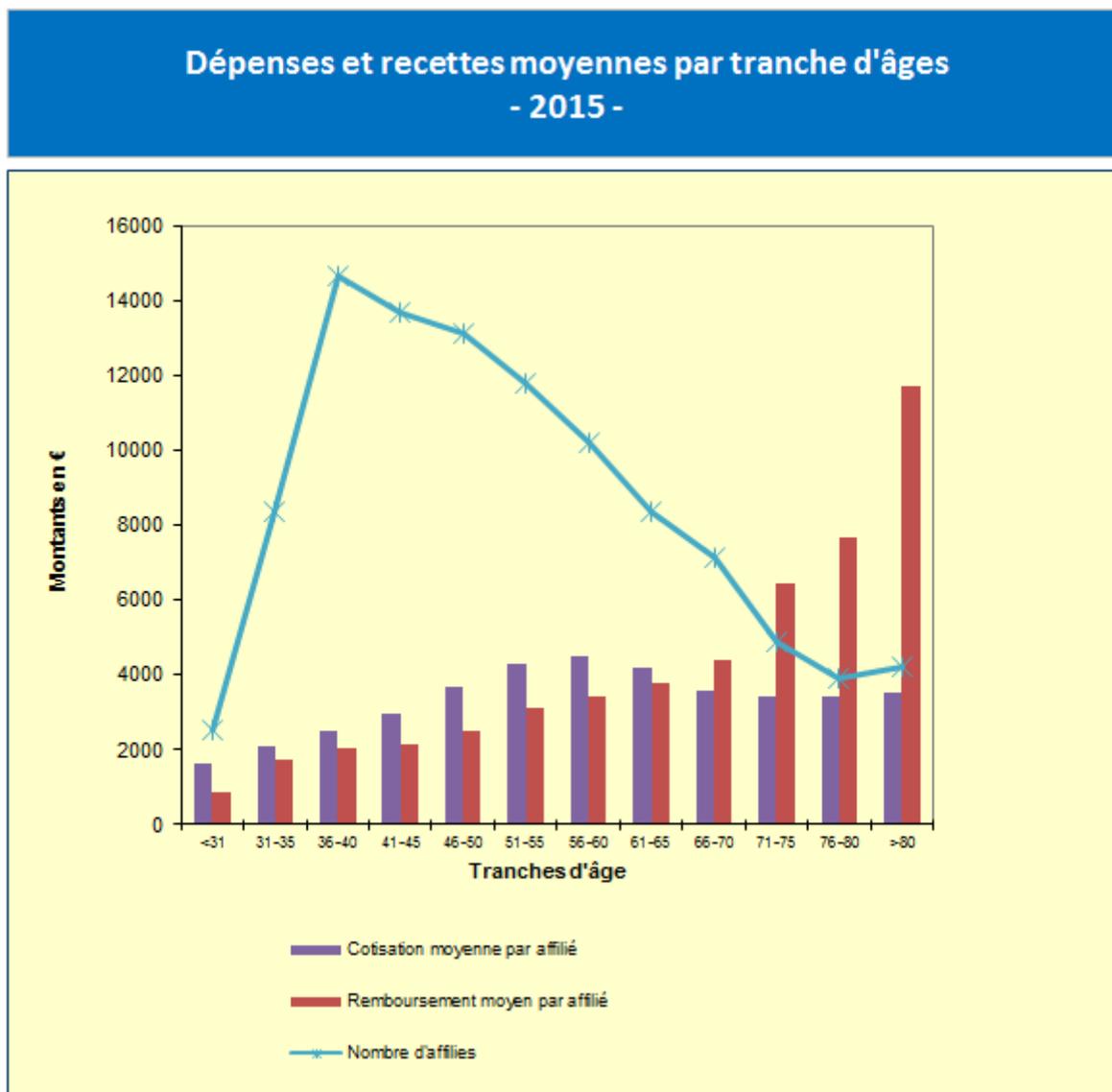
(1) Ce tableau contient des données provenant de la NAP, à savoir hors CCP, chômeurs, détachement, etc.,... relevées au 30 juin, afin d'avoir une valeur sur l'année, lesquelles diffèrent dès lors de celles reprises dans le chapitre 3,

(2) La catégorie "agents contractuels (AC)*" inclut également les assistants parlementaires,

Evolution des grands postes de dépenses



Les années précédentes, les dépenses et les recettes moyennes pour chaque tranche d'âge étaient en excédent par rapport aux dépenses moyennes jusqu'à la tranche d'âge 56-60 ans. Pour 2015, nous constatons que c'est encore le cas pour la tranche d'âge 61-65 ans (voir graphique ci-après).



À partir de la tranche d'âge 61-65 ans, les recettes stagnent alors que les dépenses augmentent rapidement. Ces données soulignent la sensibilité du régime à l'évolution de la pyramide des âges (voir chapitre 3.1). Il faudra en tenir compte dans toutes les analyses futures dans le cadre du maintien de l'équilibre du régime.

Gestion du régime

U4U est très actif au sein du CGAM. Grâce à ses nombreuses interventions, grâce à l'appui d'autres OSP et avec l'aide des gestionnaires finalement sensibles à ses arguments, beaucoup de lignes ont bougé. Sur quoi avons-nous pesé?

1. L'accueil des affiliés. Dans un contexte de réduction budgétaire, le PMO a consenti un gros effort en 2016 pour améliorer le contact direct entre usagers et PMO, et pour Bruxelles (où s'effectuent près de la moitié des dépenses), une permanence est désormais activée au PMO, qui reçoit au SC29 tous les collègues, pour les aider

dans les démarches difficiles ou comprendre les refus dont ils ont fait l'objet et éventuellement, les aider à compléter leurs dossiers pour qu'ils deviennent recevables.

2. Conventions centres de soins et accords dans certains Etats membres :

En 2014, l'hospitalisation a constitué 28,5% des dépenses du régime, contre 27,8% en 2013. Autrement dit, c'était un poste très important dont il fallait travailler à la réduction, mais certainement pas au détriment de l'affilié. Notre régime garantit le libre choix et c'est un luxe et un avantage qu'il faut se battre pour maintenir. Mais il faut en juguler les excès. En 2015, ce poste a baissé pour revenir à 27% des dépenses.

Depuis 2013, le PMO a signé plusieurs conventions avec les établissements les plus importants de la région bruxelloise, la Belgique étant le pays où se consomme plus de la moitié des dépenses médicales. Certains groupes toutefois, comme le groupe CHIREC, ne montrent aucun empressement à signer des conventions avec nous qui plafonneraient la majoration opérée sur les chambres individuelles. Les affiliés doivent bien se rendre compte que, pour les hospitalisations dont une partie reste à leur charge, plus la facture est chère, plus la partie restant à leur charge est élevée. D'autres accords ont pu être trouvés en Italie, en Espagne, au Royaume-Uni, en Irlande, en Hongrie, Finlande, etc... Et la convention avec le Luxembourg qui officialisait une majoration de 15% est remise en question et les pourparlers avec les autorités luxembourgeoises entamées. Tout ceci va dans le bon sens et il faut continuer à faciliter l'accès des affiliés aux soins publics dans les différents Etats membres et pays tiers où se trouve une concentration d'agents.

6 conventions ont été conclues dans l'agglomération bruxelloise (voir édition spéciale du PMO Newsletter sur l'hospitalisation publiée en mai 2015). Ces hôpitaux s'engagent à limiter les suppléments d'honoraires facturables aux patients en chambre privée comme suit:

Hôpital	Date effet	Limite des suppléments d'honoraires	
		Régime belge	RCAM
Cliniques universitaires Saint-Luc	01/05/2013	300%	200%
Hôpital Erasme	16/07/2014	300%	200%
Cliniques de l'Europe (Saint-Michel Etterbeek et Sainte Elizabeth Uccle)	27/02/2015	300%	100, 250 et 300% selon les spécialités
Institut Jules Bordet	01/04/2015	300%	200%
Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ VUB)	01/05/2015	150%	100 et 150% selon les spécialités
HUDERF (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola)	01/07/2015	300%	200%

Les suppléments sont exprimés en pourcentages. Un supplément d'honoraires de 100% signifie donc que le patient se voit facturer un supplément de 100% par rapport aux honoraires facturés en chambre commune. Il paiera dès lors 2 fois le montant de base.

3. Maladie grave: il est à regretter que la gestion du régime soit un peu trop sensible aux changements hiérarchiques opérés au sein du PMO. Durant quelques années (correspondant au gel de l'indexation des salaires), le régime a connu des déficits. Certains ont pris appui de ce déficit pour prendre des mesures de contraction de la couverture maladie. Une première victime a été les maladies graves, reconnues avec plus de réticences. La prolongation de la reconnaissance aussi a souffert d'une interprétation plus restrictive. Mais pour U4U, les dépenses de suivi entraînées par une maladie grave, même guérie, doivent toujours se rembourser à 100% puisque le fait générateur en était la MG. C'est enfin acquis, et depuis mars 2016 environ, les collègues peuvent introduire ces dépenses à 100% même si leur reconnaissance en MG est éteinte. U4U milite encore pour que le PMO fasse de la publicité à cette disposition afin que le personnel le sache.

4. Psychothérapies: parce que ce poste était en progression constante, un arrêt brutal a été donné avec une décision du Conseil médical de ne plus rembourser les frais de psychothérapie au-delà de 2 années de traitement. U4U s'est battu avec détermination pour obliger le PMO à demander au Conseil médical de revoir son avis qui ne s'appuyait que sur l'expertise d'un seul psychiatre, une sommité belge. Or nous avons une population composée de 28 cultures différentes, avec des rapports différents aux affaires de la sphère psychique. Le PMO a accepté de demander au Conseil médical de convoquer une assemblée d'experts issus de différents pays de l'UE pour remettre à plat les conditions de remboursement des psychothérapies. C'est d'autant plus indispensable que les psychothérapies sont les outils de remédiation de nombreux risques psychosociaux mal appréhendés par les institutions....

D'autres propositions pour améliorer les choses :

U4U a d'autres combats pour améliorer la vie des affiliés, comme la délivrance d'une carte d'assuré social affilié à un régime pour présentation partout dans le monde. Le PMO étudie la faisabilité d'un système permettant cette reconnaissance par les autres systèmes de santé (développement d'une APP?).

Un autre domaine source de préoccupation concerne les frais de dépendance. Parce que notre population vieillit et qu'elle coûte plus cher au régime qu'elle ne rapporte à partir d'un certain âge, certains souhaiteraient exclure la dépendance du régime, en la privatisant. Pour U4U, nous devons trouver une manière de financer cette dépendance tout en la maintenant dans le régime, qui est fondé sur le principe de la solidarité intergénérationnelle et inter catégorielle.

01/12/2016