



**AIACE**

**Association Internationale des Anciens de l'Union Européenne**

*10.000 adhérents – ouverte aux anciens de toutes les institutions et organes*



Bruxelles le 3-mars-14

RCAM –AIACEINT PROJ FIN2 doc PB

## **Régime commun d'Assurance Maladie (RCAM)**

Hier, aujourd'hui et demain

### **Une analyse et des propositions de l'AIACE**

*Un fonctionnaire ou un agent de l'UE qui prend sa pension a au moins deux exigences que l'on peut qualifier de fondamentales pour un retraité :*

- *La perception régulière de sa **pension** acquise tout au long de sa carrière dans une ou plusieurs institutions et organes de l'UE, voire dans ses emplois antérieurs, ainsi que son adaptation régulière aux évolutions du pouvoir d'achat des fonctionnaires dans l'UE après installation dans un pays – en principe un EM de l'UE, mais pas obligatoirement – de son choix ;*
- *la continuité de la qualité et de l'efficacité de son **assurance maladie** d'actif, auquel il a contribué durant toute sa carrière puis en tant que retraité, afin de lui garantir sa capacité à faire face pécuniairement à toute mauvaise surprise de santé – notamment la maladie grave – pour lui et le cas échéant pour les personnes à charge.*

### **Pensions**

**Sur les pensions, première exigence des anciens, l'AIACE considère avoir obtenu des résultats satisfaisants avec la réforme statutaire de 2014 qui leur garantit un traitement juste et correct au moins jusqu'en 2020 avec une Méthode et pas de prélèvement.**

Le dossier statutaire vient de se refermer avec des modifications importantes qui ont été mises en œuvre le 1<sup>er</sup> janvier 2014, mais qui sont, pour les actifs, plus négatives que ce que l'on pouvait espérer au départ. Ces changements auront des effets non négligeables sur les revenus de la Caisse Maladie (voir ci-après l'analyse plus détaillée)

Ces changements se révéleront progressivement plus défavorables pour le Service public européen et au-delà pour la politique communautaire dans cette période difficile que traverse l'UE et ses citoyens.

Les anciens actuels et futurs s'en sortent mieux, puisque leurs **pensions** resteront ancrées aux rémunérations (à la grille des traitements statutaires) donc soumises aux résultats d'une nouvelle Méthode d'adaptation, *mais sans aucune contrepartie* comme l'important prélèvement imposé aux actifs.

Ce lien positif avec les rémunérations impose quand même de supporter le même gel des adaptations en 2013<sup>1</sup> et 2014 dont l'importance sera difficile à évaluer faute de Méthode.

---

<sup>1</sup> *Indice des prix à la consommation 2013 en BE : 1,1%*

Quant à l'application de l'ancienne Méthode pour 2011 et 2012, entre un arrêt pour le moins « étrange » de la Cour de Justice européenne, une nouvelle proposition de la Commission en contradiction avec le statut en vigueur à cette époque, et des codécideurs (PE et Conseil) qui ne trouvent pas d'accord, le risque de carence est réel avec pour conséquence un gel des rémunérations et des pensions de 2 années supplémentaires et une perte de pouvoir d'achat cumulée depuis 2003 de près de 8 %. On pourra alors estimer fin 2014 que les *rémunérations et pensions des personnels statutaires des institutions et organes de l'UE ont perdu définitivement 10 %*.

La nouvelle Méthode s'appliquera ensuite – en plus ou en moins — à la fin de l'année 2015 pour la période juillet 2014 — juin 2015 avec une rétroactivité au 1<sup>er</sup> juillet 2015.

## Caisse maladie (RCAM)

*Sur la deuxième exigence, à savoir une caisse maladie en ordre de fonctionnement optimal, de nombreuses interrogations révèlent l'inquiétude générale sur sa capacité à répondre aux demandes des affiliés et notamment des anciens qui en attendent le plus. Les enjeux ne sont pas du même niveau politique que pour les pensions, mais peuvent ne pas être négligeables sur le plan financier. En effet le « risque maladie » est loin d'être neutre puisqu'un ancien peut avoir à sa charge 4 % de sa pension annuelle (statut, art. 72-3) sans compter d'autres frais médicaux non remboursables pour diverses raisons, ce qui dépasse la moyenne des adaptations salariales des dernières années.*

*Comme annoncé dans le VOX 96 de décembre 2013, le dossier pension/méthode – presque refermé — celui de la **caisse maladie**, dans le cadre de la défense des intérêts de l'ensemble des pensionnés, devient la nouvelle priorité de l'AIACE*

*L'analyse ci-après doit permettre aux responsables de l'AIACE de bien cerner la problématique et de se prononcer sur des pistes de solutions possibles pour rétablir l'intégrité fonctionnelle et financière du RCAM.*

### 1. Bases légales

- **Le protocole sur les privilèges et immunités de l'UE**, art. 14 (devenu l'art. 13 dans le traité de Lisbonne) ;
- **La dernière version du statut** (depuis le 14.6.1962 JO 45 p. 1385) **du 1<sup>er</sup> janvier 2014 et notamment l'article 72<sup>2</sup>** ;
- **la Réglementation de commun accord** (accord entre les institutions constaté par le Président de la CdJe) ;
- **les dispositions générales d'exécution (DGE)** arrêtées par la Commission mandatée par les autres institutions depuis 2004.

L'AIACE en juillet 2010 a publié un article décrivant en détail les bases juridiques de la Caisse maladie des personnels des institutions et organes de l'UE<sup>3</sup>.

En ce qui concerne la gestion du RCAM, elle est assurée par une unité du PMO avec le bureau central à Bruxelles et trois bureaux liquidateurs (Bruxelles Luxembourg et Ispra-Italie) qui traitent les demandes de l'ensemble des affiliés selon une clé de répartition administrative de la charge de travail.

Enfin, un **Comité de gestion de l'assurance maladie (CGAM)**, organe paritaire composé des représentants des administrations et du personnel de toutes les institutions et organes (dont les agences) suit l'ensemble de la politique et la gestion du RCAM, y compris l'examen des

---

<sup>2</sup> STATUT, CHAPITRE 2

**Sécurité sociale**

Article 72

1. Dans la limite de 80 % des frais exposés, et sur la base d'une réglementation établie d'un commun accord par les ► **M131** autorités investies du pouvoir de nomination des institutions ◀ ► **M128** ► **C15** de l'Union ◀ ◀ après avis du comité du statut, le fonctionnaire, son conjoint, lorsque celui-ci ne peut pas bénéficier de prestations de même nature et de même niveau en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires, ses enfants et les autres personnes à sa charge au sens de l'article 2 de l'annexe VII, sont couverts contre les risques de maladie. Ce taux est relevé à 85 % pour les prestations suivantes: consultations et visites, interventions chirurgicales, hospitalisation, produits pharmaceutiques, radiologie, analyses, examen de laboratoire et prothèses sur prescription médicale à l'exception des prothèses dentaires. Il est porté à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination, ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement. Toutefois, les remboursements prévus à 100 % ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application de l'article 73.

<sup>3</sup> VOX 85, page 19 et 20

réclamations des affiliés et la rédaction du rapport annuel <sup>4</sup>. Un membre — et un suppléant — de l'AIACE INT. participe au CGAM, mais sans droit de vote.

## 2. Contributions

Un taux maximum de **2 % pour l'affilié** est fixé dans l'**article 72 (§ 1 alinéa 4)**<sup>5</sup> du statut sans mentionner explicitement le taux limite pour les institutions (budget). Le régime est entièrement financé par les contributions des affiliés (retenues à la source) et des institutions (budget) selon une clé confirmée dans le statut d'un tiers, deux tiers, actuellement et depuis 1991 (soit 23 ans) un pourcentage du traitement ou de la pension de base sans plafond de : **1,7 % pour les affiliés et de 3,4 % pour les institutions et organes (le budget) soit un total de 5,1 %.**

Dans le statut du 1<sup>er</sup> janvier 2014, les AIPN (les chefs d'administration) peuvent fixer la contribution dans la limite statutaire des 2 % pour les affiliés.

- **Fonds de réserve**

Le régime, au cours des dizaines d'années de fonctionnement, a créé un « fonds de réserve » constitué des excédents des résultats qui ont été longtemps positifs. à contrario, ce fonds finance les pertes opérationnelles actuelles. Cette réserve n'a jamais eu de base statutaire, mais seulement réglementaire, notamment dans les DGE (déjà en 1974) puis dans la réglementation de commun accord en 2005. Cette réserve a atteint en 2004 le montant maximum de financement du régime d'une durée dépassant les 16 mois.

- **Solidarité inter génération et inter familial**

Le régime a été conçu pour assurer la solidarité entre les niveaux de revenu de tous les affiliés actifs, et pensionnés ou invalides ainsi que les ayants droit survivants, avec ou sans famille à charge (les bénéficiaires).

## 3. Du déficit aux bénéfices, jusqu'en 2004

Vers la fin des années 80, le RCAM était arrivé à des résultats déficitaires opérationnels et financiers structurels.

Sans entrer dans les détails, les trois raisons ci-dessous en étaient les principales causes :

- le niveau des contributions insuffisant ;
- des plafonds de remboursement assez élevés et sans excessivité dans un grand nombre de prestations médicales ;
- la prise en charge non plafonnée des soins dentaires complexes.

Les États membres au Conseil — partie prenante dans la décision selon le statut de cette époque — ont exigé le rétablissement de l'équilibre du régime. Cela a été fait par le biais d'une augmentation des contributions (voir tableau ci-après) conjuguée avec une révision assez drastique des DGE et de la Réglementation commune, comportant notamment la mise en place

---

<sup>4</sup> Rapport 2012 VOX 96 pages 13 à 16

Rapport 2011 VOX 94 pages 15 à 17

Rapport 2010 VOX 88 pages 28 & VOX 90 pages 13 et 14

Rapport 2008-2009 VOX 87 pages 19 et 20

Un article de Ludwig Schubert pages 5 à 7 dans l'Ecrin N°65 porte également sur le rapport 2012

<sup>5</sup> STATUT Art 72 § 1 alinéa 4

« Le tiers de la contribution nécessaire pour assurer cette couverture est mis à la charge de l'affilié sans que cette participation puisse dépasser 2 % de son traitement de base ».

de plafonds de remboursement réalistes, ainsi qu'une réduction importante des taux de remboursement des frais dentaires.

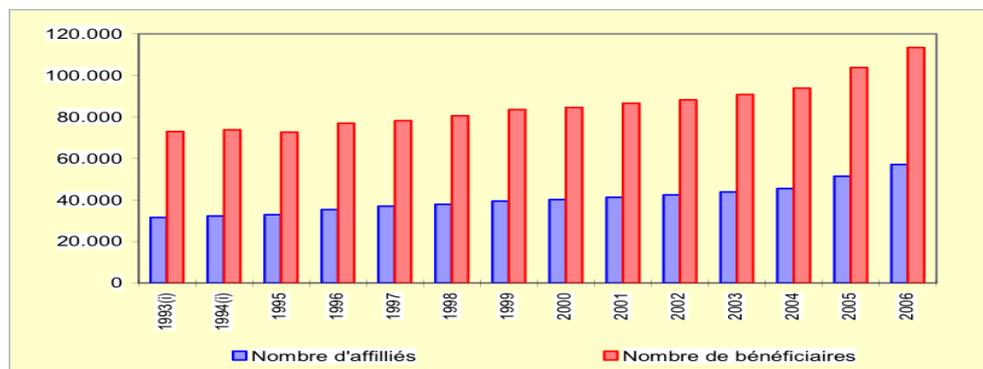
Durant une période de 10 ans (entre l'adhésion de la Grèce en 1981 puis de l'Espagne et Portugal en 1986 jusqu'à celles de la Suède, Finlande et Autriche en 1995), le nombre des affiliés est resté assez stable (graphique ci-après) ainsi que les conditions d'emplois du personnel essentiellement constitué de fonctionnaires et d'agents temporaires (régime de croisière des carrières, des niveaux de recrutement, ainsi que l'application de la méthode d'adaptation des rémunérations et pensions renouvelée pour 10 ans en 1991).

Faute de pouvoir réviser à nouveau les DGE avec l'accord des EM, la détérioration progressive des remboursements a eu un effet négatif pour les affiliés, mais à contrario bénéfique pour la Caisse maladie qui est redevenue bénéficiaire (voir tableau des résultats de 2001 à 2004 ci-après), permettant ainsi d'alimenter le fonds de réserve et ce jusqu'en 2005.

(Tableaux et graphiques extraits du rapport 2006

### Évolution de la population affiliée et bénéficiaire (1993-2006).

Évolution du nombre d'affiliés et de bénéficiaires  
2006



### Résultats du RCAM de 2001 à 2004 selon le rapport 2006

Année	Cotisations totales (en millions d'€)	Variation %	Dépenses totales (en millions d'€)	Variation %	Résultat (contributions — dépenses) (en millions d'€)
2001	126,10		116,95		+ 9,15
2002	134,53	+ 6,69 %	131,79	+ 12,69 %	+ 2,74
2003	141,87	+ 5,45 %	139,34	+ 5,73 %	+ 2,53
2004	152,12	+7,22 %	151,50	+ 8,73 %	+ 0,62

Taux de contribution			
	Affilié	Institution	Total
Avant 1974	1,50 %	3,00 %	4,50 %
Avant le 1 <sup>er</sup> août 1983	1,50 %	3,00 %	4,50 %
À partir du 1 <sup>er</sup> août 1983	1,35 %	2,70 %	4,05 %
<b>Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1991</b>	<b>1,70 %</b>	<b>3,40 %</b>	<b>5,10 %</b>

#### 4. Le statut du 1<sup>er</sup> mai 2004 (élargissement de 15 à 25 EM)

Les modifications introduites dans le statut du 1<sup>er</sup> mai 2004 avec notamment l'introduction d'une nouvelle catégorie statutaire – les agents contractuels — ont eu des effets indéniables sur l'équilibre opérationnel du RCAM.

Toutefois les résultats nets bénéficiaires du RCAM étaient encore si importants avant 2004 pour les raisons décrites ci-dessus que les effets négatifs sur les revenus du RCAM n'ont pas été perçus avant 2007/2008, concomitamment avec ceux de la révision des DGE. Les effets nocifs du statut ont également été tempérés par les conséquences des nouvelles carrières plus continues avec notamment de l'ajout d'un ou deux grades en fin de carrière pour les fonctionnaires dans toutes les catégories (analyse plus complète ci-après à la page 12 & 13 point 15).

#### 5. 2007, révision des DGE (élargissement de 25 à 27 EM)

Parmi les innovations positives du nouveau statut du 1<sup>er</sup> mai 2004 figurait l'option introduite dans l'article 72, visant à la possibilité offerte aux institutions de déléguer la révision des DGE à l'une d'entre elles<sup>6</sup>. C'est ainsi qu'après avoir modifié la Réglementation de commun accord en 2005, la Commission, dument mandatée par les autres institutions à réviser les DGE après avis du CGAM et concertations syndicales.

Cette révision était devenue nécessaire, car les DGE n'avaient pas été adaptées depuis la fin des années 80. De plus le régime étant toujours bénéficiaires, les autorités budgétaires s'interrogeaient sur la nature exacte et l'importance du fonds de réserve qui s'élevait à ce moment à plus de **14 mois** de dépenses du RCAM, soit presque **210 Mio €** !

D'abord, selon les négociateurs de l'époque — des deux cotés : administrations et OSP/CLP — aujourd'hui retraités et membres de l'AICE — il faut noter que les DGE ont été révisées dans la perspective d'obtenir des résultats d'exploitation déficitaires. Le déficit devait être comblé pour maintenir l'équilibre financier, par une utilisation du fonds de réserve qui devait ainsi diminuer.

Cet objectif et celui d'une amélioration des taux de remboursements ont été atteints au-delà des prévisions à partir de 2008 jusqu'à maintenant. Dans ces conditions, le fonds de réserve a atteint en 2012 le montant de **193,7 Mio €** capable de financer complètement le fonctionnement du RCAM pendant encore **8,3 mois**.

De plus en 2007, juste avant la crise financière créée par celles des « subprimes » aux É.-U. et de ses retombées sur l'évolution politique et économique de l'UE, personne ne pouvait prévoir que le statut des agents contractuels serait autant utilisé et mènerait au doublement de ces effectifs dans les institutions et dans les Agences de plus en plus nombreuses.

Quant à l'effet de la révision des DGE en juillet 2007, il a été rapidement visible avec une progression des dépenses de 15,2 % par rapport à 2006. Ainsi, le taux général moyen de remboursement (RCAM et Caisse primaire), sans tenir compte des remboursements à 100 % pour maladies graves, qui s'était détérioré à **75,4 % en 2006** est passé à **77,5 % en 2007**. En tenant compte des maladies graves, ce taux qui était **77,8 % en 2006** est passé à **82,2 % en 2007**

---

<sup>6</sup> « Les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions peuvent, par la réglementation visée au premier alinéa, confier à l'une d'entre elles l'exercice du pouvoir de fixer les règles régissant le remboursement des frais selon la procédure prévue à l'article 110 ».

## 6. Tableau récapitulatif des données disponibles (2003-2012)<sup>7</sup>

Années/descriptions	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2003/2012 ou Somme
1 Affiliés	43 822	45 513	51 403	56 800	61 000	64 000	67 000	70 919	72 400	74 550	70,1 %
2 Affiliés post-actifs	11 886	12 934	13 762	14 273	14 964	15 547	16 204	16 842	17 252	18 045	51,8 %
3 Bénéficiaires	90 762	93 822	103 758	113 000	120 000	126 000	135 000	139 475	143 500	148 500	63,6 %
4 Bénéficiaires actifs	72 232	73 641	83 322	90 950	97 000	102 250	110 200	113 996	117 500	121 319	68,0 %
5 Bénéficiaires post-actifs	18 530	20 181	21 436	22 050	23 000	23 650	24 800	25 479	26 060	27 124	46,4 %
6 Agents contractuels	0	65	2155	5462	6875	7302	7870	10 179	10 262	11 540	
7 Revenus opérationnels *	138,1	152,1	167,6	184,4	196,8	211,7	227,0	245,2	256,7	262,4	90,0 %
8 Variations (%)		10,1 %	10,2 %	10,0 %	6,7 %	7,6 %	7,2 %	8,0 %	4,7 %	5,0 %	7,6 %
9 Dépenses opérationnelles *	138,1	141,1	170,5	179,0	205,1	235,9	242,7	251,1	266,6	279,9	102,7 %
10 Variations (%)		1,4 %	21,0 %	6,4 %	15,2 %	13,2 %	2,9 %	3,3 %	5,9 %	5,0 %	8,3 %
11 Résultats opérationnels annuels*	4,3	11,0	-2,9	5,4	-8,2	-24,2	-15,7	-5,8	-9,9	-17,1	-63,1
12 Revenus financiers nets*	7,5	8,8	7,7	6,6	6,3	10,4	9,7	15,8	9,6	7,9	9,0
13 Résultats de l'exercice *	3,1	19,8	4,7	12,1	-1,9	-13,8	-6,1	10,0	-0,3	-9,2	18,4
14 Contribution annuelle moy. par affilié actif **	3439,0	3581,0	3382,0	3316,0	3308,0	3373,0	3450,0	3500,0	3580,0	3571,0	3,84 %
15 Variations (%)		4,1 %	-5,6 %	-1,95 %	-0,24 %	1,96 %	2,3 %	1,45 %	2,3 %	-0,25 %	1,9 %
16 Contribution annuelle moy. affilié post-actif**	2683,0	2725,0	2907,0	2964,0	2997,0	3091,0	3180,0	3290,0	3400,0	3358,0	25,2 %
17 Contribution annuelle moyenne par affilié **	3234,0	3338,0	3255,0	3228,0	3231,0	3304,0	3390,0	3450,0	3540,0	3520,0	8,8 %
18 variations (%)		3,22 %	-2,49 %	-0,83 %	0,09 %	2,26 %	2,60 %	1,77 %	2,61 %	-0,56 %	1 %
19 Dépense annuelle moyenne par affilié**	3179,0	3102,0	3325,0	3200,0	3441,0	3710,0	3650,0	3550,0	3680,0	3756,0	18,2 %
20 variations (%)		-2,42 %	7,19 %	-3,76 %	7,53 %	7,82 %	-1,62 %	-2,74 %	3,66 %	2,07 %	-0,18 %
21 Dépense annuelle par bénéficiaire **	1535,0	1505,0	1647,0	1609,0	1747,0	1882,0	1851,0	1805,0	1859,0	1915,0	24,8 %
22 Variations (%)		-1,95 %	9,44 %	-2,31 %	8,58 %	7,73 %	-1,65 %	-2,49 %	2,99 %	3,01 %	3,01 %
23 Fonds de réserve ***	15,0	16,5	14,0	14,0	12,0	10,0	9,8	9,6	8,9	8,3	

- \*en millions d'euros
- \*\* en euros
- \*\*\* en mois de dépenses annuelles
- Résultats dernière colonne des lignes 8, 10, 12, 15, 18, 20 et 22 : Moyennes 2003/2012
- Résultats dernière colonne des lignes 11 et 13 : Sommes 2003/2012
- Évolutions annuelles entre 2003 et 2012 des lignes 14 (0,4 %), 16 (2,5 %), 17 (0,9 %), 19 (1,9 %), 21 (2,5 %)

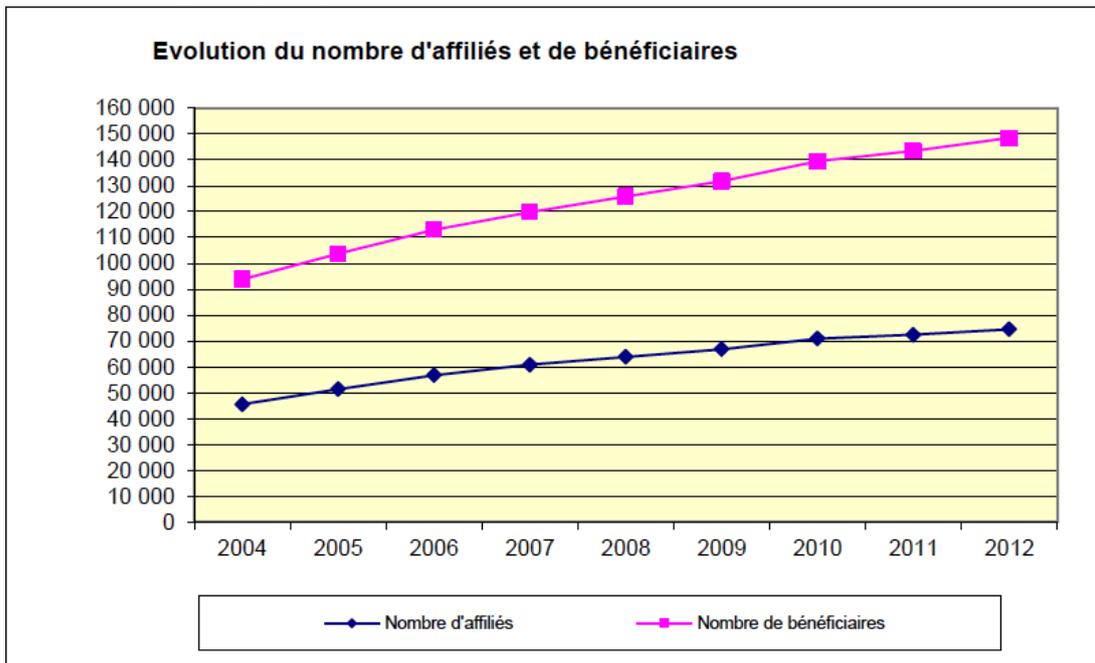
N. B. Les graphiques suivants portent sur la période 2004-2012

**(Données extraites des rapports annuels)**

<sup>7</sup> Voir également une analyse et des données dans l'Ecrin N°65, un article Ludwig Schubert pages 5 à 7.

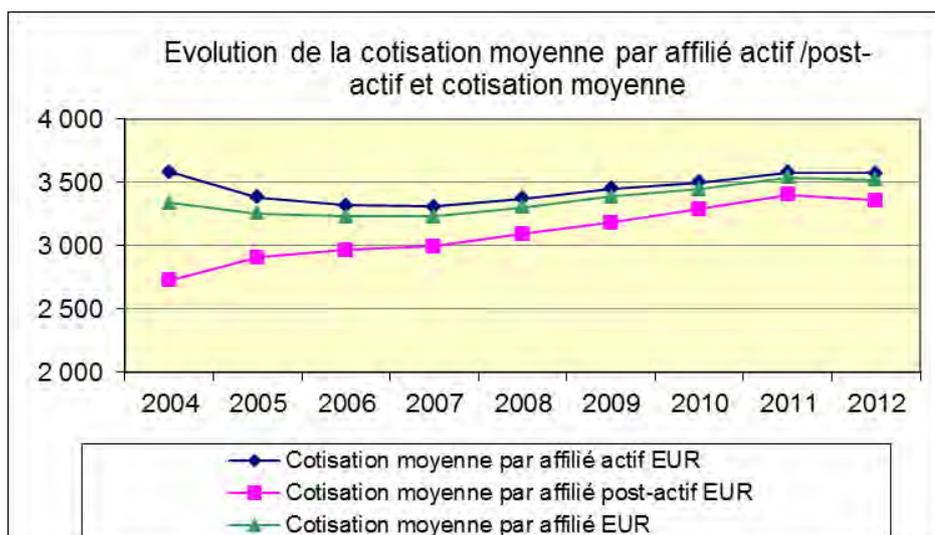
## 7. Évolution de la population entre 2004 et 2012 (affiliés et bénéficiaires)

Entre 2003 et 2012, le nombre d'affiliés a augmenté de 70,1 % et les post-actifs de 51,8 % (détails des évolutions, page 7, tableau 6, lignes 1 à 6). Plus récemment, en 2012, la population des affiliés et des bénéficiaires a continué d'augmenter selon la même amplitude que les années passées. Le nombre total des affiliés est passé de 72.460 mi-2011 à 74.549 mi-2012, soit une augmentation de 2,9 %. Le nombre total des bénéficiaires du régime aux mêmes dates est passé de 143.440 à 148.443, soit une augmentation de 3,5 %. Le ratio du nombre de bénéficiaires par rapport au nombre d'affiliés se situe à environ 2 pour 1. Ce ratio est stable dans le temps depuis plus de 10 ans.



## 8. Évolution des contributions (2004-2012)

- La contribution moyenne par affilié actif se situe en 2011 presque au même niveau qu'en 2004, principalement à cause des effets de la baisse des rémunérations moyennes (celles des agents contractuels et des fonctionnaires et agents temporaires recrutés un, voire deux grades plus bas).
- les contributions moyennes des affiliés actifs et des affiliés non actifs convergent depuis 2007.
- En 2012, il y a un léger changement de tendance.

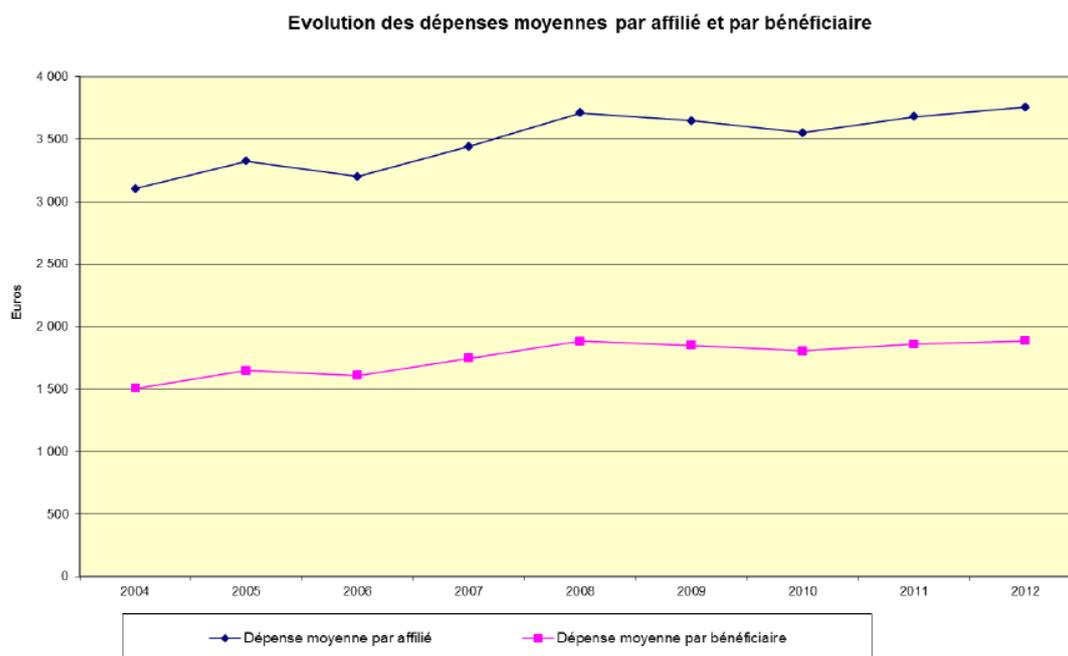


## 9. Évolution des dépenses entre 2004 et 2012

Durant la période 2006 à 2008, la dépense moyenne par affilié et par bénéficiaire montait, puis baissait de 2008 à 2010 pour remonter en 2011 et 2012 soit **2,1 %** par affilié et **3 %** par bénéficiaire (page 7, tableau 6, lignes 19 & 21).

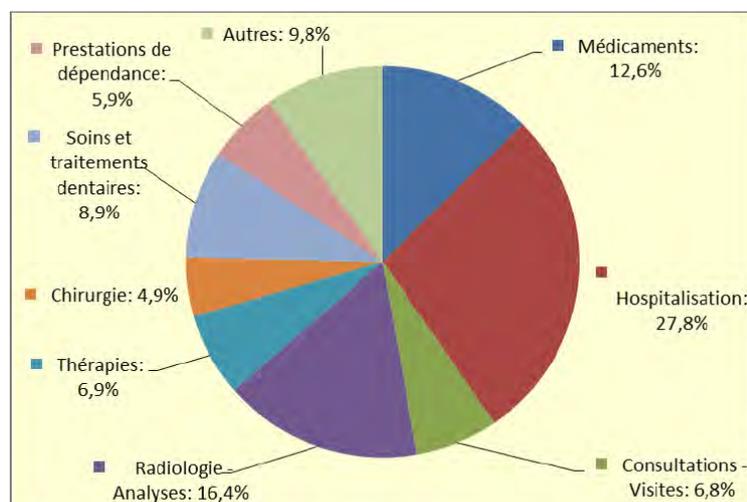
Entre 2003 et 2012, la croissance des dépenses par affilié et par bénéficiaire a été respectivement de **18,2 %** et **24,8 %** soit **1,9 %** et **2,5 %** par an

En comparaison entre 2003 et 2012, les dépenses totales opérationnelles ont augmenté de **102,7 %**, soit **8,3 %** par an et de **5 %** de 2011 à 2012 (page 7, tableau 6, lignes 9 & 10)



## 10. Répartition des dépenses

(Extraits rapport 2012)



Note: Les pourcentages représentent les remboursements effectués en cours d'année et non les dépenses relatives à l'exercice comptable.

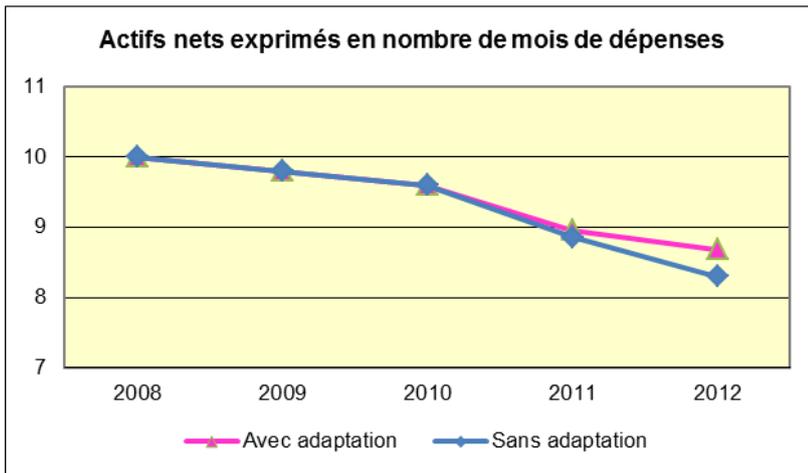
Ce graphique de 2012 montre une répartition habituelle des dépenses qui ne révèlent pas d'évolution erratique.

Par rapport à la situation avant 2007, seules les prestations de dépendance ont été introduites dans le régime. Elles représentent un montant de 16,0 Mio € en 2012. Toutefois, certaines de ces dépenses sont reprises en grande partie des prestations figurant précédemment dans d'autres rubriques

La répartition des autres prestations reste conforme à ce qui a été constaté

dans le passé, l'hospitalisation restant la plus grande dépense du régime avec presque 1/3.

## 11. Évolution du fonds de réserve



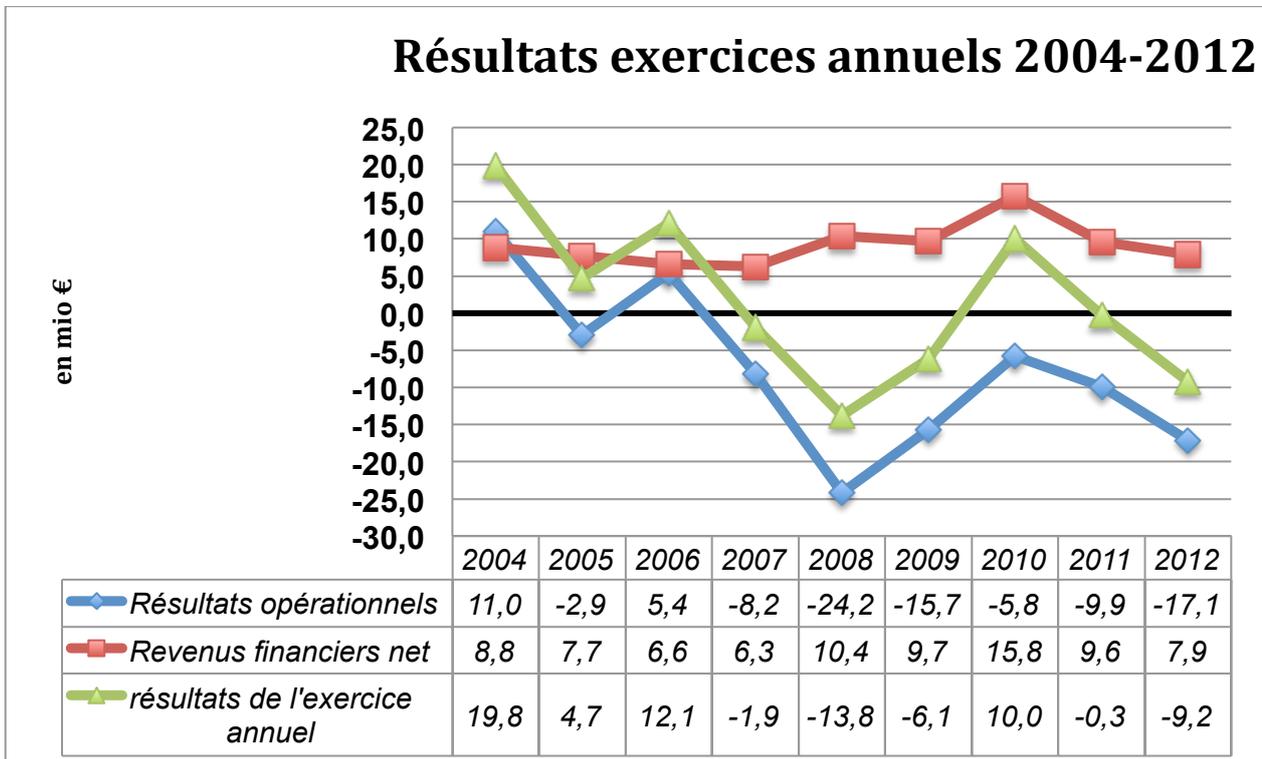
Extraits rapport 2012

L'actif net (le fonds de réserve) exprimé en nombre de mois de dépenses passe de plus de **16 mois de dépenses en 2004 à 9,6 mois de dépenses en 2010 et tombe à 8,3 mois de dépenses en 2012.**

Il est à noter que si les adaptations des rémunérations et pensions 2011 et 2012 avaient été accordées par le Conseil, l'actif net exprimé en nombre de

mois de dépenses serait fin 2012 de **8,7 mois de dépenses** au lieu de 8,3 mois actuellement.

## 12. Évolution des résultats des exercices (de 2004 à 2012)



(Graphique PB)

En 2004, 2005, 2006 et 2010, les résultats financiers ont été bénéficiaires. Par contre en 2007, 2008, 2009, 2011 & 2012 les résultats ont été déficitaires et comblés par des prélèvements sur le fonds de réserve, avec pour conséquence sa diminution progressive (point 11 ci dessus).

### **13. Absence d'adaptation des rémunérations et pensions. : conséquences sur l'équilibre financier du RCAM**

Les conséquences sont importantes, surtout dans le contexte de la diminution des contributions moyennes par affiliés et d'un déficit opérationnel continu depuis 5 ans.

Le manque à gagner en cas de refus complet d'application de la méthode passée, sera important pour le RCAM, il a été estimé à **2,2 Mio €** pour 2011 et **6,7 Mio €** pour 2012. Ces montants auraient permis de réduire les déficits annuels sinon complètement, mais de façon importante. Ainsi la contribution moyenne par affiliés aurait augmenté de **1,2 %** en 2012.

Aux dernières nouvelles (courant du 1<sup>er</sup> trimestre 2014), le Conseil bloque toujours sur une proposition de la Commission européenne pourtant très différente des résultats de l'application correcte de la méthode — à savoir, **0,9 %** pour 2011 et **0,9 %** pour 2012 au lieu de deux fois **1,7 %**.

En ce qui concerne le RCAM on peut donc s'attendre au pire, en sachant qu'un blocage de 4 ans a des répercussions à long terme sur le niveau général des contributions.

Eu cas de non-décision finale pour 2011 et 2012 il faut noter que la perte totale de pouvoir d'achat sera de **6,5 %** ( $1,029 \times 1,034$ ). Elle sera de **8 %** sur la période 2003 — 2012. En ajoutant à cette perte celle de 2013 et 2014 que l'on peut estimer à **2 %**, on arrive à **10 %** sur 10 ans. Toujours en cas de non-décision ou de décision à **2 fois 0 %**, la non-application de la Méthode de **2 fois 1,7 %**, soit au total une perte de **3,4 %** correspond exactement à la contribution annuelle du budget au RCAM.

Cela signifie que pour 2011 et 2012 le budget a récupéré sa contribution au RCAM en bloquant les adaptations salariales et des pensions.

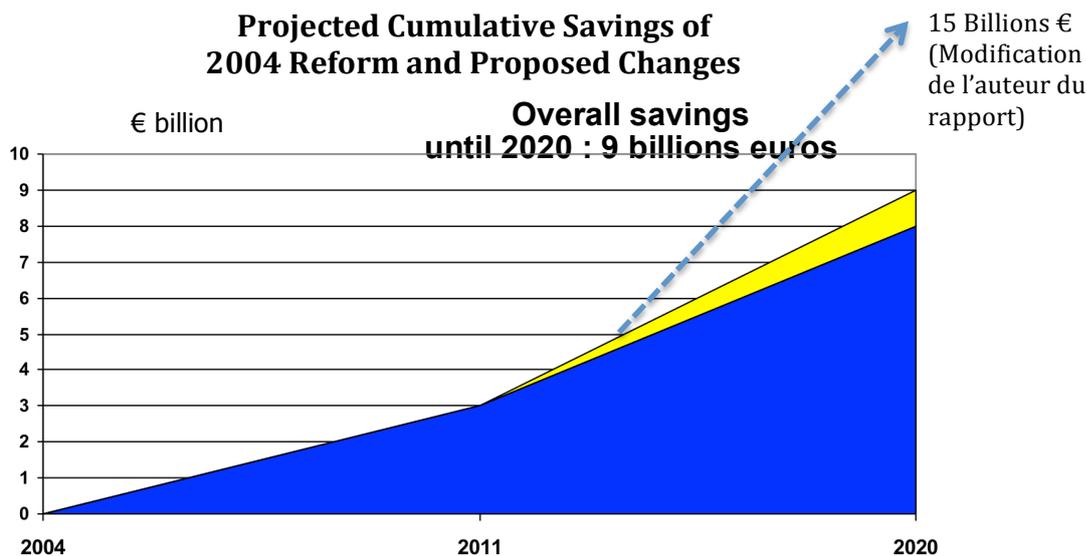
La perte pour le RCAM sera au minimum de **1,6 %** si les codécideurs suivent la Commission, auquel il faudra ajouter l'effet des blocages de 2013 et 2014 que l'on peut estimer entre 1 % et 2 % soit un effet final permanent sur les contributions se situant entre **2,5 % et 5 % !**

### **14. Économies budgétaires depuis 2004 renforcées en 2014**

La Commission européenne avait proposé au Conseil et au PE des modifications statutaires qui devaient générer **1 milliard d'économies**. **1,5 milliard** supplémentaire a été décidé in fine, notamment par le gel des rémunérations et pensions pour 2013 & 2014.

En réalité l'aggravation des mesures d'austérité notamment sur les carrières et les conditions de départ en pension, ainsi que la non-application probable de la Méthode en 2010 et 2011 permettra aux États membres de largement dépasser les **2,5 milliards d'économies** sur sept ans. En effet, le blocage des rémunérations pendant deux ans aura un effet permanent à long terme non négligeable, tandis que ce total doit être ajouté aux économies réalisées essentiellement sur les pensions par l'application du statut de 2004.

Le graphique ci-dessous publié en 2011 par la DG HR à la Commission européenne montre déjà l'importance des économies budgétaires prévues dans sa proposition, avant d'être considérablement aggravées dans la décision finale de 2013 (appliquée le 1er janvier 2014).



Les prévisions précises sont difficiles à estimer, mais on peut les chiffrer à environ **5 milliards €** d'économies sur les rémunérations et pensions sur la période 2014-2020 au lieu d'**1 milliard €** initial).

Cela représente presque **10 %** de la rubrique V du CPF 2014-2020 d'un montant de **61,6 milliards €**. Bien entendu, ce montant s'ajoute aux économies prévues dans la décision de 2004. (*graphique modifié montrant l'estimation des 15 milliards d'économies*).

## **15. Impact des économies budgétaires planifiées sur les revenus du RCAM** (explications détaillées)

**Dans le statut de 2004**, plusieurs nouvelles mesures ont déjà influencé négativement le niveau de contribution par affilié :

- utilisation intensive des possibilités de recrutement des AD à des niveaux très inférieurs à ceux du passé, et dans une moindre mesure du niveau des AST ;
- introduction du statut d'agent contractuel soumis à la sécurité sociale statutaire (pension et caisse maladie) en remplacement de tous les auxiliaires (avec sécurité sociale nationale), et dans une moindre mesure les intérimaires et au début des nombreux contrats dans les Bureaux d'assistance technique (BAT's) ;
- doublement des effectifs d'agents contractuels sur la période 2006-2012 dans les institutions, mais aussi dans les délégations du nouveau Service extérieur et dans les très – trop — nombreuses agences, avec l'ajout des assistants parlementaires (de **5460** en 2006 à **11 540** en 2012) ;
- augmentation de l'âge de la pension de **60 ans à 63 ans** et réduction du taux d'accroissement de **2 % à 1,9 %** avec pour conséquences à terme, des départs à la retraite après **36,8 années au lieu de 35 années**, ou des pensions sous les 70 % du dernier traitement de base.

**Dans le statut de 2014**, de nombreuses modifications amplifieront les effets de 2004 sur les revenus du RCAM, à savoir, au-delà du blocage des rémunérations et pensions en 2013 et 2014 :

- introduction d'un nouveau groupe de fonction AST/C réservé au métier du secrétariat, dont le niveau de recrutement sera de **13 %** plus bas et avec une carrière plus limitée que celle des ex C d'avant 2004 ;

- diminution des taux multiplicateurs (taux de promotion de l'annexe 1B) en fins de carrière de la plupart des AD et AST hors encadrement ou responsabilités particulières (**-26 %** de traitement pour la grande majorité) ;
- continuité des conditions de recrutement aux grades les plus bas en AST 1 et AD 5 déjà dans le statut de 2004 ;
- nouvelle augmentation de l'âge de la pension de **63 à 66** ans et diminution du taux d'accroissement de **1,9 à 1,8 %**, **soit de 36,8 à 38,9 années** avec une baisse encore plus probable du niveau des pensions ;
- réduction des effectifs de **5 %** qui aura sans doute pour effet la mise en place de politiques de contournement de cette mesure par la création de nouvelles Agences employant encore plus d'agents contractuels comme cela a d'ailleurs été annoncé.

## 16. L'austérité au RCAM

Les mesures statutaires et réglementaires de 2004 et 2014 ont déjà entamé l'équilibre financier du RCAM. C'est pourquoi les gestionnaires cherchent d'autres économies par l'application de la réglementation (DGE) de plus en plus stricte.

Il s'agit principalement dans l'ordre décroissant de la fréquence des cas signalés lors des réclamations auprès du CGAM :

- le refus de prolongation de la reconnaissance de maladie grave, même après des dizaines années d'application. Les décisions semblent prises sur avis du médecin Conseil, indépendamment du constat sur la maladie, y compris pour les cas qui sont repris au statut<sup>8</sup> ;
- la couverture des conjoints en complémentarité est systématiquement imposée dès qu'il y a un droit aux prestations nationales de Service public de santé primaire dans le cadre de pensions — même minimales — souvent acquises des dizaines d'années plus tôt ;
- les causes et les conséquences de maladies graves sont exclues de la couverture à 100 %, telles que les psychothérapies pour cancéreux ou des cures thermales neurologiques ou autres soins de ce genre devenus habituels dans ce genre de maladies ;
- les reçus fournis par les professionnels médicaux et paramédicaux notamment en Belgique doivent soudainement respecter la forme des reçus fiscaux bien que cette exigence diverge selon les versions linguistiques des DGE et que la réglementation en Belgique soit particulièrement floue.
- le renvoi systématique des pièces non conformes selon le bureau liquidateur est fondée sur une communication administrative de 2002, que le RCAM a mis plus de **12** ans à appliquer ;
- la non-reconnaissance de maladies mentales ou de dépression comme maladies graves ;
- les handicaps, même lourds, tels que la surdité de naissance, la cécité, l'amputation d'un membre ne sont pas toujours reconnus comme des maladies graves contrairement à ce qui existe dans des EM ;
- des traitements qui ont été admis à maintes reprises pendant des années deviennent non-fonctionnels sur la base d'avis du Médecin-conseil voir du collège des Médecins-conseil ;
- refus d'autorisation préalable sur des traitements effectués sur la base de décisions précédentes remontant à plusieurs années, laissant certains affiliés ayant des revenus modestes (par exemple, nouveaux agents contractuels en temps partiel imposé) dans la situation difficile de devoir payer ses soins sans remboursement ou de devoir les arrêter ;

---

<sup>8</sup> Il est porté à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination, ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement

- refus de prendre de charge les voyages vers un autre lieu, quand dans une situation d'urgence un hôpital local n'est manifestement pas apte à fournir les prestations d'un niveau adéquat et que cela est reconnu par le médecin Conseil.
- les psychothérapies admises en Belgique pendant des décennies sont subitement rejetées au motif que les psychothérapeutes ne sont pas légalement inscrits auprès instances reconnues. Il faudra attendre la promulgation de la loi et de textes d'application avant d'être remboursé ;
- des agents expérimentés des bureaux liquidateurs peuvent donner des réponses favorables avant d'être désavoués par le bureau central du RCAM ;
- si un affilié peut opter entre une approche thérapeutique onéreuse et bien remboursée et une autre moins onéreuse avec un remboursement moins bon, il risque d'être pénalisé en optant pour la solution la moins chère ;
- les plafonds d'excessivité dans un établissement hospitalier dans des pays hors UE comme la Suisse sont désormais appliqués, alors que des affiliés et leur conjoint les fréquentent depuis longtemps, qu'ils n'étaient pas appliqués et que les accords de prise en charge du Bureau liquidateur ne les mentionnent pas ;
- la suppression des liens habituels entre les affiliés et les bureaux liquidateurs par boîtes mail fonctionnelles a créé une grande confusion parmi les anciens peu ou pas préparés aux procédures informatisées ;
- les accès téléphoniques au bureau liquidateur restent parfaitement aléatoires selon les bureaux liquidateurs ;
- la perte des contacts humains par l'automatisation des remboursements (RCAM on line) ainsi que des doutes sur la flexibilité du système, notamment envers les anciens ;
- l'automatisation du traitement des demandes ne tient pas compte de la capacité plus réduite immédiate ou différée des plus anciens à dominer les règles et les procédures.

En conclusion, la politique choisie par les gestionnaires du RCAM consiste à tenter de réduire les pertes de revenus du RCAM — devenues structurelles après les décisions des employeurs de 2004 puis de 2014 — par des mesures que les affiliés et bénéficiaires ressentent fortement, mais dont les effets réels sur les résultats sont loin d'être démontrés.

Personne ne demande à s'écarter des règles, mais les applications strictes qui changent des pratiques de plusieurs décennies, et ce surtout sans communication préalable, instaurent un sentiment d'injustice et d'incompréhension surtout chez les anciens qui ont été des contributeurs nets pendant des décennies. *Ces mesures restrictives touchent surtout les populations les plus faibles, telles que celle des agents contractuels, des fonctionnaires des catégories les plus basses, des familles monoparentales, des anciens et notamment des plus âgés, des petites pensions et des pensions de survie, etc.*

## **17. Discussions et conclusions (à finaliser et à synthétiser après débat au CA)**

### **A. Remarques générales**

Le RCAM, malgré sa dimension et des transactions financières plutôt modestes, est une organisation plus complexe qu'une caisse maladie nationale, tant dans son fonctionnement que dans ses conditions d'exploitation.

Le RCAM est soumis à de nombreux, mais importants impératifs tels que la liberté du choix des médecins par les affiliés, son universalité – assuré dans n'importe quel pays du monde — son régime linguistique, sa complémentarité aux régimes nationaux ainsi que sa gestion décentralisée dans trois bureaux liquidateurs (Bruxelles, Luxembourg et Italie).

Par contre, à l'échelle des caisses maladie nationales, il s'agit d'une caisse aux dimensions relativement limitées avec seulement **74 550** affiliés et **148 500** (en 2012, ces chiffres

augmentent constamment) bénéficiaires résidents dans des centaines de pays dont l'UE, mais aussi hors UE dans le monde.

Enfin, ces nombreux facteurs et obligations statutaires – à sauvegarder — interviennent dans les résultats d'exploitation dont la plupart sont hors de portée de l'influence des gestionnaires et des affiliés (évolution des rémunérations et des pensions, coûts nationaux ou régionaux publics et privés des soins de santé, état de santé des bénéficiaires, adaptation des coûts de santé à nos plafonds, notamment à Bruxelles, comportement des affiliés, etc.)

## **B. Évolutions quantitatives**

Sans entrer dans les détails des prestations elles-mêmes — les rapports annuels, ainsi que la gestion comptable et les audits internes et externes sont là pour cela —, les données disponibles sur une période de 10 ans, de 2003 à 2012 ne laissent pas apparaître d'anomalie particulière dans l'évolution des recettes et des dépenses. Compte tenu du contexte de l'accroissement spectaculaire du Nb d'États membres de l'UE donc des personnels dans les institutions et organes, l'évolution du statut fixant leurs conditions d'emploi joue un rôle important dans l'équilibre financier du RCAM.

Évolutions de **2003 ou 2004 à 2012** :

- accroissement important du nombre des affiliés et des bénéficiaires actifs, soit **70 %** pour les affiliés et **63,6 %** pour les bénéficiaires ;
- Nb d'affiliés et de bénéficiaires post-actifs a augmenté respectivement de **51,8 %** et **46,4 %** pour s'établir respectivement à **24 %** et **18,2 %** des affiliés et des bénéficiaires ;
- accroissement de **0 à 11 540** agents contractuels selon le nouveau statut entré en vigueur en 2004 ;
- revenus opérationnels qui ont augmenté de **90 %** ;
- dépenses opérationnelles qui ont augmenté de **102,7 %**.

## **C. Les revenus**

Le RCAM a évolué quantitativement, mais aussi qualitativement sur une durée relativement courte, toujours en comparant avec des caisses nationales où les changements et accroissements sont plus lents, voire inexistantes.

Qualitativement le RCAM fonctionne annuellement sur la base des contributions des affiliés et des employeurs (le budget de l'UE), contributions qui sont exprimées en pourcentage des niveaux salariaux des affiliés, dont les caractéristiques ne sont pas déterminées par les gestionnaires du RCAM. Par contre la fixation des conditions d'emploi, notamment les rémunérations et les pensions des affiliés sont dépendantes des autorités budgétaires (PE, Conseil et Commission).

**Les revenus par affilié ont augmenté de 8,84 %, soit moins de 1 % par an !**

Ces chiffres sont largement inférieurs à ceux de la progression conjuguée attendue des carrières et des adaptations des rémunérations et pensions des fonctionnaires.

À titre de comparaison, les revenus par affilié post-actif ont progressé de **25,16 %** soit **2,5 %** par an !

## **D. Les dépenses**

L'accroissement des dépenses par affilié a été de **18,2 % entre 2003 et 2012 soit 1,87 % par an**, par bénéficiaire l'accroissement est légèrement supérieur à **24,8 % soit 2,42 % par an** (page 7, tableau 6, lignes 19 et 21).

**Ces chiffres montrent bien que le régime est vertueux et bien géré, mais surtout qu'il n'y a ni excès ni abus de la part des affiliés en matière d'évolution des dépenses.**

Par exemple de 2011 à 2012 les dépenses totales augmentent de **5 %**, mais de seulement **2 %** pour les dépenses par affilié. Il s'agit bien d'une augmentation du volume des remboursements plutôt que des dépenses par affiliés qui restent stables en moyenne sauf en 2008 après la révision des DGE.

Ces chiffres sont particulièrement raisonnables lorsqu'on les situe dans le contexte des soins de santé dans l'UE et notamment dans celui de la Belgique où la plus grande partie des dépenses est effectuée.

Dans ce contexte, il faut noter que l'évolution de plafonds (visite généraliste et spécialiste) du RCAM depuis 1974 montre que leurs augmentations en 40 ans se situe bien au-delà de celle du coût de la vie en Belgique (indice 585 au lieu de 362).

#### **E. Déficit structurel ou pas ?**

La différence entre les dépenses et les revenus du régime génère un déficit annuel variable depuis 2008, que l'on peut donc qualifier de structurel (page 7 tableau 6 lignes 11, 12 & 13 et le graphique 12 page 10)

***Cependant, ce déficit structurel du RCAM a des causes définies, notamment depuis 2004, par les effets conjugués de l'arrivée d'affiliés qui contribuent nettement moins et du relèvement des plafonds des prestations médicales des DGE en 2007, après plus de 20 ans de blocage.*** Avant 2007, ce blocage des plafonds a eu pour conséquences l'augmentation constante du fonds de réserve (page 5) ce qui a permis d'absorber les déficits opérationnels depuis 2007/2008.

Dans l'état actuel des données disponibles, il est toutefois impossible de déterminer les effets respectifs des différents phénomènes. Certes la contribution moyenne par affilié augmente faiblement **d'1 %** par an et encore moins de **0,4 %** par an pour les actifs.

Toujours avec l'état actuel des informations et des statistiques disponibles, rien ne permet de déterminer la part des dépenses de ces nouveaux affiliés, ni encore moins celle de l'augmentation des coûts de la médecine en général (page 7, tableau 6, lignes 19 et 21).

On peut toutefois déduire de ces chiffres que cette relativement faible augmentation de la dépense par affilié ou par bénéficiaire peut provenir de dépenses médicales plus faibles des nouveaux affiliés et notamment de la part des agents contractuels.

#### **F. Responsabilités**

Si le déficit structurel du RCAM est techniquement indéniable, il est aussi clair qu'il relève essentiellement de la responsabilité des employeurs et en aucun cas des affiliés.

En effet, nos employeurs, c.-à-d. les EM, réalisent, des économies considérables sur les rémunérations et pensions des affiliés par les moyens décrits ci-dessus (§ 13, 14 et 15) dans les analyses. Ainsi les économies actuelles réalisées depuis 2004 et estimées à **9 milliards €** perturbent déjà fortement l'équilibre du RCAM. Elles atteindront, selon les dernières estimations jusqu'à **15 milliards** en 2020. Elles se maintiendront dans le temps s'agissant notamment de décisions sur le blocage des grilles des rémunérations (fonctionnaires, agents temporaires et agents contractuels) qui auront des effets permanents par exemple sur le niveau des pensions.

Cette situation est d'autant plus critiquable, voire inacceptable pour les affiliés, qu'en fait il y a un facteur mille, entre les économies réalisées par les EM et les revenus de plus en plus insuffisants du RCAM aboutissant à des déficits opérationnels annuels ayant atteint au

maximum **-24,2 Mio €** et **-13,8 Mio €** comme déficit financier, mais qui semble se stabiliser aux environs des **12 Mio €**.

### **G. Les solutions possibles pour rétablir l'équilibre opérationnel du RCAM**

- Réduire les dépenses
- Augmenter les ressources
- Réduire les dépenses & augmenter les ressources

**Réduire les dépenses** : modifier les DGE pour faire des économies immédiates de l'ordre de **5 à 6 %** des dépenses opérationnelles soit une **douzaine de Mio €** sur les remboursements nécessiterait des réductions de prestations très importantes. Des diminutions de prestations qui seraient injustifiées, surtout pour les anciens qui ont versé leurs contributions pendant des décennies et qui ne les ont pas complètement utilisées, constituant ainsi le fonds de réserve actuel. Les niveaux des remboursements diminueront d'ailleurs d'eux-mêmes par le biais de plafonds qui encore une fois seront de moins en moins conformes à la réalité des tarifications en cours en Belgique et ailleurs.

**Augmenter les ressources** : compte tenu de la responsabilité clairement établie des employeurs dans le déficit actuel et futur du RCAM, il serait juste que ces contributeurs pour **2/3** au régime soient les plus sollicités par une augmentation de leurs contributions. Les affiliés, pour **1/3** de contribution, seraient également impliqués dans le rétablissement de l'équilibre opérationnel de leur caisse maladie, bien qu'ils ne soient pas responsables de la situation actuelle, comme le démontre toutes les données de l'analyse ci-devant.

Cette augmentation limitée des contributions se situerait dans le cadre de la limite statutaire des **2 %** maximum prévus pour les affiliés.

On peut considérer que le déficit courant opérationnel maximum correspond à celui de 2012 à **-17,1 Mio €** (en excluant 2008 au lendemain des nouvelles DGE et dans l'attente des résultats de 2013), soit environ **6 %** des dépenses de l'exercice concerné.

Ces **6 %** seraient facilement couverts par une augmentation des contributions de **0,1 %** soit une contribution qui passerait de **1,7 à 1,8 %** pour les affiliés et de **3,4 % à 3,6 %** pour les employeurs (budget) donc un total de **5,4 %**.

**Cette augmentation des contributions aurait un coût budgétaire modeste d'une douzaine de Mio € au regard des dizaines de milliards € d'économies réalisées par les employeurs.**

Rappelons que dans ce contexte, la non-application probable de la Méthode 2004 -2012 pour les années 2011 et 2012, correspond déjà à l'économie des **3,4 %** de la part des contributions des employeurs au RCAM.

Enfin, une augmentation plus importante des contributions à **5,7 %** maintenant une réserve ultérieure de **0,3 %**, permettrait de limiter la pression financière sur le RCAM, ce qui permettrait de renouer avec une gestion plus humaine notamment vis-à-vis des anciens et ayants droit les plus âgés.

**Réduire les dépenses & augmenter les ressources** : l'augmentation des contributions reste la solution la plus acceptable, mais il faut prévoir à moyen terme une révision des DGE et le cas échéant du Règlement de commun accord, dont les dernières révisions datent respectivement de 2007 et 2005.

En effet, pour mémoire, certaines décisions ont été prises en 2007 dans un contexte économique et social fort différent et rappelons-le, avec l'objectif de réduire le fonds de réserve. Ainsi, la plupart des plafonds deviennent rapidement obsolètes, avec pour

conséquence le non-respect de la norme statutaire de remboursement des 85 % et 80 %, 100 % pour maladies graves, explicitement fixé dans l'article 72 § 1 du statut.

Cette révision doit se faire à condition que le RCAM ait été préalablement sorti du déficit structurel par le biais de l'augmentation des contributions afin de réduire la pression sur les prestations.

## **18. CONCLUSIONS**

***Bien qu'il n'y ait pas d'urgence à intervenir très rapidement compte tenu du fonds de réserve actuel permettant de faire face au déficit, l'AIACE propose, le moment voulu, de faire l'inverse de ce qui a été fait à la fin des années 80, à savoir : d'abord, adapter les contributions puis réviser les DGE.***

*Le statut permet désormais à la Commission européenne de décider une adaptation des contributions par exemple à 5,7 % puis de lancer le processus de révision des DGE pour arriver à une décision de sa part en 2016 voire 2017. De cette façon, volonté politique de la Commission européenne oblige, les EM ne pourraient pas intervenir pour dénaturer, voire bloquer le processus décisionnel sur ce dossier.*

***Cette approche est politiquement et financièrement correcte et justifiée par rapport aux énormes économies décidées qui dépassent de loin ce qui, faut-il le rappeler, a été constaté dans les EM de référence par la Méthode jusqu'en 2012. Ces économies se chiffreront en dizaines de milliards d'euros tandis que le RCAM cherche des dizaines de millions d'euros pour retrouver son équilibre financier, soit un facteur mille.***