

COUR DES COMPTES

Estimation et maîtrise des dépendes de soins de santé

Audit de suivi

*Rapport de la Cour des comptes transmis
à la Chambre des représentants*

Bruxelles, juin 2011



COUR DES COMPTES

Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé

Audit de suivi

*Rapport de la Cour des comptes transmis
à la Chambre des représentants*

*Rapport adopté le 29 juin 2011
par l'assemblée générale de la Cour des comptes*

Synthèse

Afin de maîtriser la croissance des dépenses de l'assurance maladie obligatoire, le législateur a limité l'augmentation annuelle du budget et élaboré des mesures d'intervention en cas de dépassement budgétaire. Dans un rapport publié en janvier 2006, la Cour des comptes avait cependant révélé que ces mécanismes n'étaient pas suffisamment efficaces. L'audit actuel montre qu'il a été largement tenu compte des recommandations formulées à l'époque, mais qu'un problème essentiel subsiste.

Le point positif est que les organes de concertation peuvent maintenant s'appuyer, lors de la confection du budget, sur des propositions, des avis et des chiffres qui sont mieux étayés. Par ailleurs, le nouveau système de l'audit permanent permet d'assurer un suivi des dépenses à plus long terme, en prêtant attention aux facteurs sous-jacents qui déterminent l'évolution des dépenses. Combinée à des procédures simplifiées, cette approche offre également un meilleur soutien à la prise de décisions concernant d'éventuelles mesures de correction que celui qui était habituellement proposé par le passé sous la forme d'une comparaison mathématique du budget avec les dépenses comptabilisées.

Reste à savoir si ces adaptations sont aussi efficaces dans un contexte budgétaire négatif. Depuis 2005, des excédents budgétaires sont en effet réalisés chaque année, excédents qui sont provisoirement estimés à 694,5 millions d'euros en 2010. Compte tenu de ce résultat global, le besoin d'intervenir dans des secteurs qui sont bel et bien confrontés à des problèmes budgétaires se fait à l'évidence moins sentir. Ces secteurs n'appliquent voire n'élaborent pas les mécanismes de correction, et ils repoussent tout simplement les problèmes jusqu'à la confection du budget suivant. Sur la base des résultats budgétaires enregistrés ces dernières années, les mutualités ont cependant, dans l'intervalle, acquis des bonis pour un montant total de 552,2 millions d'euros ; or, la question de savoir si et comment ces bonis contribuent à assurer la maîtrise des dépenses (qui reste l'objectif du système) n'a manifestement pas été posée.

Il apparaît aussi maintenant que la marge de croissance budgétaire autorisée est trop importante pour intervenir sur l'évolution réelle des dépenses, et qu'elle manque donc son objectif. À cet égard, la plus grande source de difficultés n'est pas la norme de croissance légale de 4,5% mais le montant qui est accordé au-delà pour l'indexation des remboursements. Au cours de la période 2005-2011, une marge supérieure à 1 milliard d'euros a été créée à cet effet par rapport au budget nécessaire calculé selon les règles d'indexation spécifiques de l'assurance maladie.

Aucune initiative, que ce soit sous la forme d'une adaptation de la législation ou d'un abaissement de l'objectif budgétaire par les organes de concertation, n'a encore été prise afin de rectifier cette situation. Dans l'état actuel des choses, une partie de la marge de croissance est transférée vers les autres branches de la sécurité sociale. Cette façon de procéder n'est toutefois acceptable qu'à court terme et au titre de mesure transitoire, car elle ne correspond pas à la finalité et à la logique des procédures budgétaires spécifiques de l'assurance maladie.

La Cour des comptes recommande dès lors de revoir soit le mode soit l'objectif des procédures budgétaires actuelles de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. Soit on retourne à l'objectif pour lequel les procédures ont été conçues, à savoir une limitation rigoureuse de l'évolution des dépenses qui contraint les

acteurs concernés à poser des choix lors de la répartition entre les objectifs budgétaires partiels. Soit on met l'accent sur le fait que le budget doit suivre au plus près la tendance réelle des dépenses de l'assurance maladie, auquel cas le maintien d'un pourcentage global de croissance dans la législation existante ne se justifie pas.

Table des matières

Références abrégées	7
Introduction	8
1 Cadre: suivi du rapport d'audit de 2006	8
2 Délimitation: maîtrise des dépenses par l'intermédiaire du budget	8
3 Objectif: efficience des mécanismes budgétaires	8
4 Cadre: confection et suivi du budget	9
5 Méthode: analyse de la gestion budgétaire	11
6 Rapport: structure en fonction de la nature des problèmes	12
7 Procédure contradictoire	12
Chapitre 1	
Limitation de la marge de croissance	13
1.1 Appréciation de l'évolution des dépenses	13
1.2 Relativisation de la norme de croissance	14
1.3 Suppléments cachés dans le volume d'indexation	15
1.3.1 Origine de l'écart	16
1.3.2 Ampleur de l'écart	17
1.3.3 Accroissement de l'écart	17
1.3.4 Affectation de l'écart	18
1.4 Dépenses exposées en dehors de l'objectif budgétaire	19
1.5 Résultat faussé par de nouvelles mesures	20
1.6 Conclusion	20
Chapitre 2	
Définition de la marge de manœuvre politique	22
2.1 Existence de deux circuits distincts en matière de choix politiques	22
2.1.1 Estimations techniques de l'Inami	22
2.1.2 Estimations des besoins des différents secteurs	23
2.1.3 Avis de la commission de contrôle budgétaire	24
2.1.4 Évaluation réalisée par le comité de l'assurance et le conseil général	25
2.1.5 Rôle décisif du gouvernement	25
2.2 Choix des transferts budgétaires	27
2.2.1 Contexte factuel et juridique	27
2.2.2 Implications budgétaires et financières	28
2.3 Conclusion	29

Chapitre 3	
Suivi des dépenses	30
3.1	Équilibre nécessaire entre rapidité et sécurité 30
3.2	Incitation à une plus grande régularité du rythme de facturation 32
3.3	Incitation à une plus grande régularité du rythme de comptabilisation 34
3.4	Atténuation des conséquences 35
3.5	Conclusion 37
Chapitre 4	
Pilotage du budget	38
4.1	Adaptation nécessaire de la procédure des feux clignotants 38
4.2	Évaluations intermédiaires 39
4.3	Audit permanent 40
4.4	Mécanismes de correction 41
4.5	Conclusion 42
Chapitre 5	
Bonis et malis des mutualités	43
5.1	Ajustement de la méthode de calcul 44
5.2	Boni de 552,2 millions d'euros 44
5.3	Absence d'évaluation de l'efficacité du système 45
5.4	Conclusion 47
Chapitre 6	
Cotisations et économies dans le secteur pharmaceutique	48
6.1	Cotisations au titre d'instrument de la politique budgétaire 48
6.2	Maîtrise des dépenses par le biais d'économies 49
6.2.1	Baisses de prix et remboursement de référence 50
6.2.2	Procédure Kiwi 51
6.3	Conclusion 51
Chapitre 7	
Conclusion générale et recommandations	52
7.1	Conclusions et recommandations relatives aux procédures 52
7.2	Conclusions et recommandations relatives à la structure 53
Chapitre 8	
Réponse de la ministre	55

Références abrégées

Organismes

Conseil général: Conseil général de l'assurance soins de santé

Office de contrôle des mutualités: Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités

SPF Santé publique: SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Ministre des Affaires sociales: le ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions

Inami: Institut national d'assurance maladie-invalidité, et, dans le cadre du présent audit, plus spécifiquement le service des soins de santé

Fonds d'avenir: fonds d'avenir des soins de santé

Comité de l'assurance: comité de l'assurance soins de santé

Mutualité: une mutualité au sens de l'article 2, § 1^{er}, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de la SNCB-Holding

Législation et réglementation

Loi SSI: loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Arrêté budgétaire du 17 septembre 2005: arrêté royal du 17 septembre 2005 modifiant en ce qui concerne l'établissement du budget des soins de santé les compétences de la commission de contrôle budgétaire et les documents de clôture des comptes, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

1 Cadre: suivi du rapport d'audit de 2006

En janvier 2006, la Cour des comptes a publié un rapport d'audit sur la façon dont la maîtrise de la croissance des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé a été assurée lors de la confection et du suivi du budget¹. Le 22 mars 2006, ce rapport a été examiné par la Chambre des représentants lors d'une réunion spéciale de la commission des Affaires sociales, de la commission de la Santé publique et de la sous-commission Cour des comptes. Le 24 avril 2006, les résultats de l'audit ont été également présentés à l'occasion d'une réunion commune du conseil général et du comité de l'assurance de l'Inami.

Par la suite, des initiatives ont été progressivement introduites, à différents niveaux, afin de répondre aux recommandations formulées dans l'audit. La Cour des comptes a décidé de vérifier dans quelle mesure ces initiatives ont produit des résultats concrets. Elle a réalisé la majeure partie de son audit de suivi en 2010. Fin 2010, elle s'est également penchée sur la confection du budget 2011.

2 Délimitation: maîtrise des dépenses par l'intermédiaire du budget

L'audit s'intéresse aux mesures qui entendent contribuer, par le biais de l'approbation et du suivi du budget annuel, à assurer la maîtrise des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé. L'opportunité d'une intervention sur l'évolution des dépenses, par une modification de l'accès aux soins de santé, est une question d'ordre purement politique qui n'est dès lors pas abordée ici.

3 Objectif: efficience des mécanismes budgétaires

Par son audit de suivi, la Cour des comptes souhaite évaluer la mesure dans laquelle les conditions réglementaires, organisationnelles et procédurales ont été adaptées, au cours des cinq dernières années, en vue d'assurer un fonctionnement plus efficace des mécanismes budgétaires de maîtrise des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé. Les questions d'audit retenues aux fins de cette évaluation sont identiques à celles figurant dans le rapport initial. Elles visent principalement à déterminer :

- si le budget est établi conformément aux prescriptions légales et si les estimations des besoins sont suffisamment étayées;
- si les causes de l'augmentation des dépenses budgétées sont systématiquement analysées;
- si les informations destinées à la confection du budget et au suivi des dépenses sont disponibles à temps et ont la qualité voulue.

¹ Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé*, rapport transmis à la Chambre des représentants, Bruxelles, juin 2006, 68 p. Disponible sur www.courdescomptes.be.

4 Cadre: confection et suivi du budget

La maîtrise des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé repose sur un mécanisme de plafonnement à appliquer au moment de confectionner le budget. Un plafond est d'abord fixé pour l'ensemble des dépenses de soins de santé; il constitue l'*objectif budgétaire global*. Le montant de l'objectif budgétaire global est obtenu à partir de l'objectif budgétaire de l'année précédente, augmenté à concurrence d'une norme de croissance de 4,5% et indexé.

Le montant de l'objectif budgétaire global est ensuite subdivisé entre les différents secteurs des soins de santé (par exemple, les médecins, les kinésithérapeutes, les prestations pharmaceutiques) qui se voient chacun octroyer un *objectif budgétaire partiel*. Fruit de priorités politiques et d'une concertation entre les acteurs concernés, cette répartition varie dans le temps.

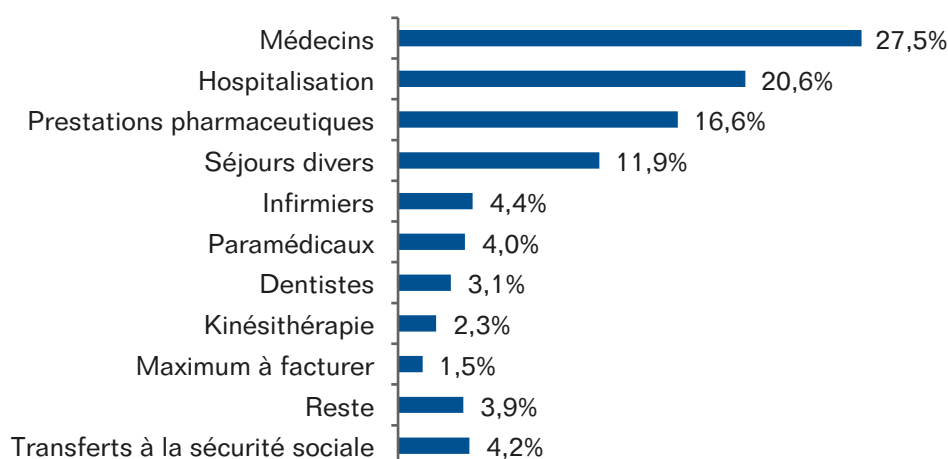
Le tableau et le graphique ci-après illustrent, respectivement en montants absolus et en pourcentages, la façon dont est ventilé l'objectif budgétaire global. Notons qu'il s'agit bien d'un objectif et non d'un véritable plafond: les dépenses réelles peuvent dépasser les dépenses estimées. Des procédures ont toutefois été mises en place afin de détecter, grâce à un suivi régulier de l'évolution des dépenses, les dépassements budgétaires qui pourraient se produire, et de les corriger.

Tableau 1 – Ventilation de l'objectif budgétaire global au cours de la période 2006-2011 (en milliers d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Prestations pharmaceutiques	3.417.747	3.601.557	3.897.138	4.114.558	4.174.054	4.292.935
Médecins	5.533.073	5.950.276	6.182.421	6.752.342	6.875.869	7.113.974
Dentistes	562.531	598.757	678.915	725.299	773.864	810.470
Infirmiers	795.176	868.271	1.009.753	1.085.383	1.103.130	1.143.373
Kinésithérapie	445.307	467.767	524.416	554.250	574.036	585.715
Paramédicaux	692.480	778.919	816.742	916.942	955.025	1.026.617
Hospitalisation	3.908.727	4.128.810	4.471.584	4.857.880	5.020.680	5.329.503
Séjours divers	2.177.772	2.280.826	2.520.904	2.765.484	2.893.023	3.090.809
Maximum à facturer	314.566	268.144	285.566	339.149	363.391	379.760
Reste	625.751	675.326	740.239	673.331	871.903	1.002.720
Fonds d'avenir			306.279	299.852	294.189	0
Transferts à la sécurité sociale					350.000	1.093.460
Total	18.473.130	19.618.653	21.433.957	23.084.470	24.249.164	25.869.336

Source: rapports annuels et documents budgétaires de l'Inami

Graphique 1 – Ventilation (en pourcentage) de l'objectif budgétaire global 2011 par catégorie de prestations et/ou dispensateur de soins



Source : rapports annuels et documents budgétaires de l'Inami

Commentaire du tableau 1 et du graphique 1

Les objectifs budgétaires partiels se répartissent actuellement en 50 catégories. Afin de conserver une vue d'ensemble, celles-ci ont été regroupées en onze catégories, inspirées de la classification retenue dans les rapports annuels de l'Inami (partie consacrée aux données statistiques, dans laquelle figurent également des définitions ainsi que des informations plus détaillées concernant les chiffres utilisés)² :

- La rubrique *hospitalisation* comprend le prix de la journée d'hospitalisation et le prix de journée forfaitaire dans les hôpitaux généraux.
- La rubrique *séjours divers* reprend les postes suivants : les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour, les maisons de repos pour personnes âgées ou les centres médico-pédiatriques, les soins de santé mentale, les internés, la rééducation fonctionnelle et les soins palliatifs.
- La rubrique *infirmiers* concerne des services de soins à domicile.
- La rubrique *paramédicaux* comprend les prestations des bandagistes, orthopédistes, opticiens, audiciens ou sages-femmes, ainsi que les implants et défibrillateurs cardiaques implantables.
- La rubrique *reste* comprend un nombre variable de prestations et dépenses diverses, destinées par exemple à la dialyse, à la logopédie, au sevrage tabac, aux lits « grandes dépendances » et aux soins multidisciplinaires de première ligne. Les principaux transferts en faveur du fonds d'avenir et les autres branches de la sécurité sociale (voir chapitre 2) sont également mentionnés à part.

² Les rapports annuels de l'Inami constituent une bonne source d'informations synoptiques. Elles permettent de mieux cerner les dépenses de l'assurance soins de santé en les confrontant à d'autres données-clés (comme le profil des assurés sociaux ou des dispensateurs de soins, et la nature des soins de santé dispensés ou des médicaments délivrés).

5 Méthode: analyse de la gestion budgétaire

L'audit porte sur la gestion assurée par les services administratifs et les organes de concertation de l'Inami: le conseil général, le comité de l'assurance et la commission de contrôle budgétaire. Le législateur a confié à chacun de ces organes des tâches budgétaires spécifiques, qui sont fonction de la manière dont ces organes sont composés.

- Le conseil général fixe l'objectif budgétaire global et détermine les orientations politiques générales ainsi que les mesures visant à assurer l'équilibre financier de l'assurance soins de santé. Les décisions sont prises par des représentants des partenaires sociaux, du gouvernement et des mutualités. Les représentants des dispensateurs de soins n'ont qu'une voix consultative. Les propositions relatives à l'objectif budgétaire global et aux orientations politiques générales nécessitent l'approbation de tous les représentants du gouvernement.
- Le comité de l'assurance assume les tâches plus étroitement liées aux secteurs, tant au niveau des prestations (par exemple, la compétence pour modifier la nomenclature), qu'en ce qui concerne la fixation des objectifs budgétaires des secteurs. Les décisions sont prises par des représentants des mutualités et des dispensateurs de soins. Par ailleurs, les représentants des partenaires sociaux y siègent également avec voix consultative et ceux du gouvernement y disposent d'un droit de veto.
- La commission de contrôle budgétaire rend compte de l'évolution des dépenses et émet des avis sur les perspectives budgétaires sous la présidence d'un conseiller budgétaire et financier désigné par le ministre des Affaires sociales et le ministre du Budget. Au sein de cette commission siègent des représentants du gouvernement, des partenaires sociaux, des mutualités et des dispensateurs de soins.

Le fonctionnement du conseil général, du comité de l'assurance et de la commission de contrôle budgétaire a été analysé en consultant les procès-verbaux des réunions des organes précités, ainsi que des documents préparatoires tels que des notes techniques et des rapports d'étude. Les procès-verbaux ont une valeur informative spécifique en ce sens qu'ils reflètent les points de vue des parties concernées: le gouvernement, les partenaires sociaux (en leur qualité, notamment, de bailleurs de fonds), les mutualités (en tant qu'organismes de paiement et défenseurs des intérêts des patients) et les organisations professionnelles des dispensateurs de soins.

Un certain nombre de constatations ont également été étayées par des notes ou des rapports du comité de gestion de la sécurité sociale des travailleurs salariés et du comité de gestion du statut social des travailleurs indépendants (deux comités qui assurent le suivi global du financement et du budget de la sécurité sociale), de l'Office de contrôle des mutualités (chargé du contrôle des rapports comptables et financiers des mutualités), du Centre fédéral d'expertise des soins de santé ainsi que de la commission technique, comptable et statistique, instituée auprès de l'Inami. Les conventions et accords des secteurs ont, eux aussi, été examinés.

Il est précisé, en ce qui concerne ce dernier point, que l'audit de la Cour n'a pas évalué le fonctionnement des commissions de conventions et d'accords. Les mutualités et les organisations représentatives des professions, institutions ou

services concernés concluent des accords distincts pour chaque secteur au sein de ces commissions. Ces accords portent sur les prix ou tarifs à appliquer et sur les conditions de remboursement des prestations par l'assurance obligatoire³. Il a néanmoins été tenu compte de l'impact des conventions et accords sur l'application des procédures budgétaires.

6 Rapport: structure en fonction de la nature des problèmes

Au cours de la période examinée lors du précédent audit (1999 à 2004), le budget était systématiquement en déficit. À partir de 2005, par contre, des excédents budgétaires ont été enregistrés chaque année. À la suite de ce renversement total de tendance, il a fallu déplacer les accents de l'audit, ce qui a donné lieu à une modification de la structure du rapport. Le rapportage opéré au niveau des instruments, des acteurs et des données a été délaissé au profit d'une analyse en fonction de la nature des problèmes.

Les chapitres 1 et 2 examinent la manière dont la marge de croissance budgétaire limitée permet chaque année de nouvelles initiatives et économies. Les chapitres 3 et 4 abordent le suivi du budget et le problème de la détermination exacte des dépenses (leur ampleur pouvant être influencée par des variations dans le rythme de facturation, de paiement et de comptabilisation). Les chapitres 5 et 6 évaluent l'un et l'autre un système de responsabilisation financière dans la maîtrise des dépenses: les bonis et malis pour les mutualités et les mécanismes de récupération à la charge du secteur des médicaments. Enfin, le chapitre 7 présente les conclusions et recommandations.

La rédaction du présent rapport tient compte des données disponibles au 15 mai 2011.

7 Procédure contradictoire

Le 14 avril 2011, le projet de rapport a été transmis à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ainsi qu'aux administrations concernées (l'Inami, le SPF Santé publique et l'Office de contrôle des mutualités).

Les réponses que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et l'Inami ont communiquées à la Cour respectivement les 12 et 16 mai 2011 ont été intégrées dans le rapport. L'Office de contrôle des mutualités et le SPF Santé publique n'ont pas réagi.

³ La concertation entre les mutualités, d'une part, et les médecins et les dentistes, d'autre part, s'organise au sein de *commissions d'accords*. Celle entre les mutualités, d'une part, et les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les centres psychiatriques, les infirmiers ainsi que les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les centres de soins de jour, les logopèdes et les fournisseurs de prothèses ou d'implants, d'autre part, s'organise au sein de *commissions de conventions*.

Chapitre 1

Limitation de la marge de croissance

L'ampleur du budget de l'assurance obligatoire soins de santé est déterminée par l'instrument légal que constitue la marge de croissance budgétaire (article 40 de la loi SSI). Par rapport à l'exercice budgétaire précédent, l'augmentation de la totalité des dépenses ne peut excéder un pourcentage fixe de croissance réelle (la norme de croissance), auquel le pourcentage attendu de l'indice santé est appliqué et majoré, le cas échéant, du montant estimé des dépenses exceptionnelles ou particulières requises.

Le point de départ de cette trajectoire de croissance – c'est-à-dire le montant sur lequel la marge de croissance a été calculée pour la première fois – était le budget de l'assurance obligatoire soins de santé pour l'année 1994, soit 9,8 milliards d'euros (ou 395 milliards de francs belges). Dans l'intervalle, l'objectif budgétaire global pour 2011 est passé à 25,9 milliards d'euros.

L'augmentation est particulièrement importante depuis la fin de la période d'audit précédente: l'objectif budgétaire global pour 2011 dépasse déjà d'une fois et demie celui fixé en 2005. Le montant correspondant à l'accroissement observé au cours de cette période relativement courte (8,5 milliards d'euros) permettait encore de couvrir la quasi-totalité des dépenses au cours de l'année de départ (1994). De cette constatation découle une interrogation concernant le fonctionnement de la marge de croissance budgétaire en tant qu'instrument et, en particulier, la hauteur de la norme de croissance qui est appliquée (4,5%).

1.1 Appréciation de l'évolution des dépenses

La marge de croissance dans le domaine de l'assurance obligatoire soins de santé a des conséquences sociales importantes. Aussi les visions en la matière divergent-elles. D'un côté, l'accent est mis sur le fait que l'augmentation des dépenses concourt à garantir à la population un large accès à des soins de qualité (abordables)⁴, et qu'elle génère également une forme d'emploi et d'investissements importante. D'un autre côté, il est avancé que le financement du rythme de croissance actuel restreint fortement et de manière disproportionnée la marge qui pourrait profiter à d'autres initiatives politiques au sein et en dehors de la sécurité sociale.

En raison de ce qui précède, la hauteur de la marge de croissance doit relever uniquement d'une décision politique au final, ce qui ne signifie pas qu'on ne puisse pas identifier les causes de l'augmentation des dépenses, d'autant qu'il existe un consensus en la matière. Grosso modo, une telle analyse peut être opérée de deux manières, selon qu'elle s'intéresse aux causes factuelles ou aux causes juridiques du rythme de croissance.

⁴ À cet égard, l'accent est parfois mis également sur le « gain de santé » que permettent les dépenses, tant sur le plan économique que sur le plan social (par exemple, productivité de travailleurs en meilleure santé, valeur d'une espérance de vie plus longue et de meilleure qualité). Cependant, ce gain ne peut être estimé en termes budgétaires, sans compter qu'il résulte aussi d'autres dépenses que celles consacrées aux soins de santé (par exemple, investissements dans le domaine du logement, de l'enseignement, de l'environnement et des conditions de travail).

- Dans le premier cas, l'analyse consiste à inventorier, mesurer et comparer dans le temps ou par rapport aux pays étrangers les éléments matériels sous-jacents qui déterminent la croissance. Elle porte alors non seulement sur l'influence de facteurs tels que le vieillissement croissant de la population et les avancées technologiques, mais aussi sur l'impact – souvent sous-estimé – de modifications touchant au revenu disponible, à l'offre proposée et aux prix facturés.

Le résultat de ces études varie bien évidemment selon leur objectif, leur portée ou la méthode qu'elles appliquent⁵. Néanmoins, cette différenciation ne fait pas obstacle à la recherche consensuelle d'un modèle qui intègre la croissance des besoins en soins de santé dans le contexte budgétaire et financier à venir.

Les projections du comité d'étude sur le vieillissement du Conseil supérieur des finances, qui s'appuient sur des hypothèses du Bureau fédéral du plan ainsi que sur des chiffres de l'Inami, donnent le ton en la matière. À cet égard, il convient de remarquer que, dans ses projections à plus long terme, le comité d'étude abandonne la norme de croissance actuelle de 4,5%⁶.

- Dans le second cas, elle prend pour point de départ les conditions et les procédures dans lesquelles l'application de la marge de croissance est juridiquement ancrée pour définir comment adapter ou optimiser les procédures et les pratiques existantes.

Cette approche est suivie dans le présent audit, comme elle est aussi retenue, par exemple, par la commission de contrôle budgétaire, par certains centres de recherche et par une *task force* qui a été créée au sein de l'Inami dans le but d'accroître l'efficacité des procédures de maîtrise des dépenses.

1.2 Relativisation de la norme de croissance

Lors de la confection du budget de 2011, l'application de la norme de croissance a créé une marge de 1,1 milliard d'euros par rapport au budget de 2010 destinée à de nouvelles interventions en soins de santé, ainsi qu'à des interventions plus importantes ou plus nombreuses. Au cours de la période 2008-2010 également, la norme de croissance de 4,5% a occasionné une hausse moyenne du budget de près de 1 milliard d'euros par an. Il n'est dès lors guère étonnant que l'abaissement ou non de la norme soit au centre de la quasi-totalité des débats consacrés récemment à la croissance des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé.

Il faut cependant veiller à ne pas confondre rythme de croissance des dépenses et niveau de la norme de croissance. Même si la norme de croissance est la principale composante de la marge de croissance, les autres composantes ont elles aussi un impact non négligeable sur le rythme de croissance budgétaire. Cet impact apparaît déjà dans la comparaison de la norme de croissance de 4,5% au pourcentage d'augmentation globale du budget présentée dans le tableau ci-après.

⁵ Les écarts peuvent notamment découler du délai pris en considération (court, moyen ou long terme) ou de la nature des dépenses qui interviennent dans une comparaison (dépenses afférentes à des soins aigus et/ou de long terme, dépenses assurées et/ou non assurées,...).

⁶ La façon dont ces projections estiment la croissance des dépenses de santé est décrite dans une note méthodologique qui figure dans le rapport annuel 2010 du comité d'étude sur le vieillissement (p. 37-39). Les hypothèses retenues dans cette note sont explicitées dans: N. Fasquelle, S. Weemaes et P. Willeme, «De gezondheidszorguitgaven: determinanten en projecties», *Bulletin de documentation du SPF Finances*, 2010, n° 1.

Tableau 2 – Augmentation de l'objectif budgétaire global au cours de la période 2005-2011 (en millions d'euros)⁷

Année	Objectif budgétaire	Taux d'augmentation par rapport à l'année précédente
2005	17.398,4	7,1 %
2006	18.473,1	6,2 %
2007	19.618,7	6,2 %
2008	21.434,0	9,3 %
2009	23.084,5	7,7 %
2010	24.249,2	5,1 %
2011	25.869,3	6,7 %

Source : documents budgétaires du conseil général de l'Inami

Dans son audit précédent, la Cour des comptes s'est intéressée spécifiquement à la composante des dépenses exceptionnelles ou particulières qui peuvent être prises en considération dans l'objectif budgétaire global. En effet, elle a constaté à l'époque qu'il a été largement recouru à cette possibilité pour contourner les limitations d'une norme de croissance inférieure (1,5% et ensuite 2,5%)⁸. En ce sens, il peut être considéré que le relèvement de la norme de croissance à 4,5% a contribué à ce que cette pratique soit, dans l'intervalle, abandonnée.

Le présent audit déplace l'attention vers une autre composante de la norme de croissance : l'augmentation attendue des dépenses en conséquence de l'indexation des remboursements (le volume d'indexation). Ce montant peut intégralement être repris dans le montant de l'objectif budgétaire global. Le volume d'indexation est toutefois systématiquement surestimé afin de permettre la prise en charge d'une série de dépenses supplémentaires par le solde qui ne sert pas à couvrir l'indexation, indépendamment des limitations de la norme de croissance.

1.3 Suppléments cachés dans le volume d'indexation

Le volume d'indexation autorisé (montant figurant dans l'objectif budgétaire global) s'avère substantiellement plus élevé que le volume d'indexation nécessaire (montant estimé à l'aide des règles d'indexation en vigueur dans l'assurance obligatoire soins de santé). Pour le budget 2011, cet écart se chiffre même à près de 300 millions d'euros (482,5 millions de volume d'indexation autorisé contre une estimation par l'Inami du volume d'indexation nécessaire de 186,9 millions d'euros).

L'existence de cet écart est systématiquement mise en évidence dans les avis que la commission de contrôle budgétaire rend chaque année au sujet des projets de budget. Mais ni la commission ni les autres organes de concertation n'évaluent ou ne justifient cette situation. C'est la raison pour laquelle la problématique du volume d'indexation est exposée en détail ci-après.

⁷ Durant la période considérée, les « petits risques des indépendants » ont d'abord été intégrés partiellement dans l'assurance obligatoire soins de santé, pour l'être ensuite totalement en 2008. Jusqu'en 2007, cette intégration était réalisée en inscrivant des dépenses exceptionnelles au budget. En 2008, l'objectif budgétaire global a été augmenté à cette fin à concurrence d'un montant de 439 millions d'euros.

⁸ Voir le rapport d'audit de 2006, points 20, 60 et 122. De par leur nature, les dépenses exceptionnelles devraient être temporaires. Dans la pratique, il s'agit pour la plupart de mesures structurelles ayant un effet permanent sur les dépenses, ce qui a conduit à devoir revoir la trajectoire de croissance au cours des années budgétaires suivantes en établissant une nouvelle base de calcul de l'objectif budgétaire.

1.3.1 Origine de l'écart

L'assurance obligatoire soins de santé ne dispose pas de règle uniforme concernant l'indexation des différents types de remboursements ou d'interventions. Dans un souci de clarté, ces règles sont réparties ci-après en trois catégories avec mention, sur la base du budget de 2011, de la part que chaque catégorie représente dans le total des dépenses⁹:

- Pour 46 % des dépenses, le mécanisme d'indexation applicable est celui fixé dans un arrêté royal du 8 décembre 1997¹⁰: les honoraires, prix et interventions sont en principe indexés le 1^{er} janvier de l'année t en fonction de l'évolution de la moyenne arithmétique de l'indice santé des mois de mars, avril, mai et juin de l'année t-1 par rapport à la même période de l'année t-2.
- Pour 32 % des dépenses, un montant forfaitaire est inscrit chaque année au budget et il n'est donc plus nécessaire de prévoir une indexation. Tel est le cas, entre autres, pour la plupart des prestations pharmaceutiques, la provision de stabilité et un certain nombre de fonds (fonds de lutte contre les assuétudes, fonds des accidents médicaux, fonds d'avenir,...).
- Les autres remboursements ou interventions restants (soit 22 % des dépenses) ont leurs propres règles d'indexation qui, par nature, peuvent être très différentes les unes des autres. L'indexation appliquée peut se baser aussi bien sur l'indice santé que sur l'indice des prix à la consommation ou sur un indice fixé à l'aide d'échelles salariales déterminées. L'indexation peut aussi être portée en compte, en tout ou en partie, à une date fixe ou seulement en cas de dépassement d'un indice pivot.

Exemples

- Les interventions dans des coûts spécifiques liés à la gestion de services de soins infirmiers à domicile sont indexées, le 1^{er} octobre de chaque année, en fonction de l'évolution de deux catégories d'échelles salariales bien déterminées d'application au sein de la commission paritaire des services de santé.
- En cas de dépassement d'un indice pivot, certains remboursements aux maisons de repos et de soins (par exemple, pour du matériel de soins, des moyens de soins supplémentaires et des courts séjours) sont adaptés à l'évolution de l'indice des prix à la consommation.
- Les interventions forfaitaires dans le traitement du sida et de la tuberculose sont adaptées, le 1^{er} janvier de chaque année, à l'indice santé, mais uniquement sur une partie (s'élevant respectivement à 75 et 30%) du montant de base prévu pour le traitement.

Le budget mentionne toutefois un volume d'indexation qui est établi selon une règle encore différente: l'augmentation attendue de l'indice santé au cours de l'exercice concerné doit être appliquée au montant total de l'objectif budgétaire global de l'année en cours et donc, à tous les types de dépenses qu'il comprend (article 40 de la loi SSI).

Il n'a pas été possible de déterminer pourquoi la disposition légale concernant la marge de croissance budgétaire fait abstraction des différentes règles d'indexation spécifiques au sein de l'assurance obligatoire soins de santé, d'autant que ces règles permettent de déterminer avec une certaine exactitude le montant du volume d'indexation nécessaire dès la confection du budget (voir point suivant).

⁹ Le calcul de ces parts n'est pas tout à fait exact, étant donné que le volume d'indexation relatif à quelques remboursements moins importants sur le plan budgétaire n'est pas mentionné séparément dans les documents budgétaires, mais intégré dans le montant total de la dépense en question.

¹⁰ Arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

1.3.2 Ampleur de l'écart

Un premier élément dans la détermination du volume d'indexation nécessaire est qu'un tiers des dépenses estimées (32 %) n'est pas soumis à une indexation. Par ailleurs, l'indice à appliquer pour la majeure partie des dépenses estimées (46 %) ne doit plus faire l'objet d'une estimation: en effet, lors de la confection du budget relatif à l'année t (en septembre et octobre de l'année t-1), la moyenne arithmétique de l'indice santé des mois de mars, avril, mai et juin de l'année t-1, calculée par rapport à l'année t-2, est déjà connue avec précision.

Lors de la budgétisation du volume d'indexation autorisé, les dépenses non indexables (32 %) sont pourtant indexées et les dépenses indexables (46 %) sont adaptées selon un autre taux d'indexation. Dans les deux cas, les dépenses sont majorées de l'augmentation attendue de l'indice santé (lorsque le pourcentage de l'index évolue différemment dans la réalité, le calcul n'est plus adapté). Pour la période 2005-2011, cet écart revient à 1.265 millions d'euros. Les variations d'une année à l'autre sont toutefois très marquées (voir tableau 3).

Tableau 3 – Écart entre le volume d'indexation nécessaire et le volume d'indexation autorisé, période 2005-2011 (en millions d'euros)

Année	Volume d'indexation autorisé	Volume d'indexation nécessaire	Écart
2005	288,4	175,1	113,3
2006	396,6	236,5	160,1
2007	369,7	153,2	216,5
2008	451,1	243,9	207,2
2009	582,3	492,5	89,8
2010	288,1	105,6	182,5
2011	482,5	186,9	295,6
Total	2.858,7	1.593,7	1.265,0

Source: estimations techniques de l'Inami

Pour les 22% de dépenses restant, l'indice à appliquer est estimé lors de la confection du budget et l'impact budgétaire réel varie en fonction de l'évolution de l'indice à laquelle ces dépenses sont liées¹¹. Dans ce cas, le conseil général est habilité à adapter le montant de l'objectif budgétaire global « pour tenir compte de la différence entre les prix réels et les prix estimés » (article 40, §4, de la loi SSI), mais il n'a pas encore fait usage de cette compétence. En 2009, par exemple, le ralentissement important de l'évolution attendue de l'indice santé (recul de 1,95% sur base annuelle) a permis de dégager un montant de 30 millions d'euros. Ce montant a simplement été réparti entre différentes rubriques nécessitant un budget supplémentaire.

1.3.3 Accroissement de l'écart

L'écart entre le volume d'indexation autorisé et le volume nécessaire se creuse davantage lorsque l'on considère également les modalités de calcul appliquées dans la réalité.

¹¹ En 2011, l'indice pivot a été dépassé dès le mois d'avril, alors que l'hypothèse retenue lors de la confection du budget reposait sur un dépassement en septembre. Le surcoût ainsi généré, que la ministre des Affaires sociales chiffre dans sa réponse à 56 millions d'euros, n'est pas compris dans les estimations figurant au tableau 3 (colonne « volume d'indexation nécessaire »).

L'article 40, § 1^{er}, de la loi SSI dispose que : « Pour l'année 2004, l'objectif budgétaire annuel global est fixé à 16 257 831 milliers EUR. À partir de l'année 2005, ce montant est majoré chaque année d'une norme de croissance réelle de 4,5% par rapport à l'objectif budgétaire annuel global de l'année précédente, ainsi que de l'augmentation prévue de l'indice santé au cours de l'exercice concerné ».

Étant donné que le volume d'indexation est un élément de l'objectif budgétaire global, les modalités de calcul légales impliquent que le volume d'indexation de l'année en cours peut à nouveau être indexé l'année suivante, mais également majoré de la norme de croissance de 4,5%. Il va de soi que cette façon de procéder entraîne un effet cumulatif marqué à plus long terme.

Dans la pratique, l'objectif budgétaire global de l'année en cours est d'abord majoré de 4,5% et le résultat est indexé dans un deuxième temps. Les termes généraux de l'article 40, § 1, ne permettent pas de déduire si l'application cumulée de l'indice et de la norme de croissance est conciliable avec le contenu de la loi (voir termes de l'article en italique). On ne peut qu'attirer l'attention sur le fait que, pour la seule année 2011, l'écart entre une application cumulée de l'indice et de la norme de croissance et une application distincte de ces deux éléments induit une marge budgétaire supplémentaire de 21 millions d'euros.

Commentaire

Appliqué à l'objectif budgétaire 2010 (24.249,2 millions d'euros), l'indice santé de 1,9% attendu pour 2011 donne un volume d'indexation de 461 millions d'euros. Le même indice, appliqué au montant de l'objectif budgétaire 2010 majoré de la norme de croissance de 4,5%, donne un volume d'indexation de 482 millions d'euros.

1.3.4 Affectation de l'écart

Le volume d'indexation autorisé est intégré dans le montant de l'objectif budgétaire global et n'est donc plus identifiable en tant que volume d'indexation une fois ventilé entre les secteurs. Cet écart entre volume d'indexation autorisé et volume nécessaire a ainsi créé une marge budgétaire permettant de nouvelles interventions ou des interventions d'un montant plus élevé au-delà de la norme de croissance, même si on peut tout autant affirmer qu'il contribue à la situation actuelle d'excédents budgétaires.

Le volume d'indexation nécessaire n'est en outre pas toujours effectivement affecté à l'indexation. Ce genre de décision se prend par secteur de soins de santé dans le cadre d'une procédure distincte mise au point à la fin 2005¹². La décision dépend de ce que le montant de l'objectif budgétaire partiel est ou non suffisant pour couvrir l'évolution normalement attendue des dépenses et l'impact budgétaire de nouvelles initiatives.

Commentaire

Une commission de conventions ou d'accords peut, par exemple, décider de ne pas appliquer au 1^{er} janvier une indexation prévue par la loi, afin de consacrer ces moyens au financement d'une autre initiative. Les commissions peuvent également convenir de procéder à l'indexation plus tard dans l'année si une marge suffisante le permet. Dans ce cas, il revient au conseil général, après avis de la commission de contrôle budgétaire, de déterminer s'il y a effectivement une marge suffisante pour l'indexation. Celle-ci interviendra alors le premier jour du mois qui suit la décision du conseil général.

¹² L'article 104 de la loi du 27 décembre 2005 portant des dispositions diverses a complété, à cet effet, l'article 51, § 2, de la loi SSI.

1.4 Dépenses exposées en dehors de l'objectif budgétaire

Le budget de l'Inami couvre également une grande diversité de dépenses spécifiques qui partagent cette caractéristique d'être régies par des dispositions précisant explicitement qu'elles se situent en dehors des limitations de la marge de croissance légale (et donc de l'objectif budgétaire global).

Il s'agit notamment de dépenses qui sont contrebalancées par des recettes propres (par exemple, la quote-part de l'État dans le prix de la journée d'hospitalisation des hôpitaux, des interventions dans le cadre de conventions internationales), de certains systèmes de remboursement spécifiques (par exemple, pour le fonctionnement de certaines organisations professionnelles, la constitution d'une pension complémentaire au profit des médecins et des dentistes, l'indemnisation des maîtres de stage), mais aussi d'un certain nombre de prestations de santé typiques et qualifiées, conformément à l'article 56 de la loi SSI, de projets de dispensation de soins de santé à caractère innovateur, de délivrances de médicaments présentant un caractère innovateur ou expérimental ou de programmes de vaccination et de dépistage.

La raison pour laquelle ces dépenses sont exposées en dehors de l'objectif budgétaire dépend dans la pratique souvent de la situation budgétaire telle qu'elle se présente au moment où la décision de prendre en charge l'initiative concernée est prise. Cette situation se remarque d'autant plus clairement dans le cas des nombreux projets qui sont déposés sur la base de l'article 56 de la loi SSI : des projets entièrement similaires (par exemple, en faveur de la lutte contre le cancer) sont pris en charge tantôt dans les limites tantôt en dehors de l'objectif budgétaire global.

Même s'il s'agit de montants relativement modestes¹³, cette situation rend problématiques la cohérence et la transparence du processus décisionnel¹⁴ (ce qui donne régulièrement lieu à des discussions au sein du comité de l'assurance). De plus, cela donne l'impression qu'il existe un poste résiduel en dehors de l'objectif budgétaire global qui peut être utilisé en cas de besoin pour réaliser malgré tout quelques initiatives spécifiques en dehors des limites de la marge de croissance.

Comme l'indique la ministre des Affaires sociales¹⁵, le conseil général a récemment entrepris les premières démarches qui doivent conduire à une plus grande transparence au niveau du financement des « projets article 56 ». Le conseil général a demandé des informations détaillées concernant ces projets, de manière à pouvoir identifier ceux qui doivent être inclus dans l'objectif budgétaire global et ceux qui ne doivent pas l'être¹⁶. Il a également été décidé de limiter les dépenses exposées en dehors de l'objectif budgétaire à 88,8 millions d'euros en 2011 : les nouveaux projets doivent être financés à l'aide de la marge budgétaire disponible dans les limites de l'objectif budgétaire.

¹³ En 2005 et en 2008, d'importants montants d'arriérés dus à des hôpitaux ont toutefois également été liquidés de différentes manières. En 2005, 350 millions d'euros ont été inscrits en dehors de l'objectif budgétaire global et en 2008, 73,7 millions dans les limites de l'objectif budgétaire global. Voir également Cour des comptes, 163^e Cahier, « Inami : paiement des montants de rattrapage positifs aux hôpitaux pour 1997 et 1998 », p. 520-523. Disponible sur www.courdescomptes.be.

¹⁴ En août 2009, l'Inami a dressé un relevé des « projets article 56 » qui s'inscrivent tantôt dans les limites tantôt en dehors de l'objectif budgétaire global pour 2009. À l'époque, les dépenses se rapportant aux deux types de projets s'établissaient respectivement à 69 et 66,4 millions d'euros.

¹⁵ Réponse de la ministre des Affaires sociales du 12 mai 2011 (voir annexe).

¹⁶ Dans le prolongement de cette demande, les services de l'Inami ont élaboré des propositions en faveur d'une solution structurelle du financement de ces projets, propositions qu'ils ont soumises aux membres du conseil général en avril 2011.

1.5 Résultat faussé par de nouvelles mesures

Les nouvelles initiatives et économies proposées lors de la confection du budget sont systématiquement présentées comme entrant en application dès le 1^{er} janvier, alors qu'elles ne peuvent souvent être mises en œuvre qu'après cette date et que leur impact budgétaire ne porte pas sur une année complète¹⁷. Les différences entre l'impact budgétaire des nouvelles mesures budgétaires sur une base annuelle et en fonction de la date de réelle mise en œuvre sont clairement indiquées par l'Inami sur les documents budgétaires et sont qualifiées de « montants réservés ».

L'Inami précise que cette façon de procéder constitue la meilleure manière d'anticiper¹⁸. En effet, l'impact budgétaire de nouvelles mesures ne sera entièrement couvert avec certitude dans le budget de l'année suivante que si cet impact a aussi déjà été intégré dans le montant de l'objectif budgétaire global de l'année au cours de laquelle lesdites mesures ont été instaurées. En procédant autrement, la marge budgétaire de l'exercice à venir risque d'être entièrement utilisée (voire dépassée) au moment où l'impact budgétaire des mesures est calculé pour la première fois sur une base annuelle¹⁹. Chaque nouvelle politique projetée risquerait ainsi d'être contrecarrée par des initiatives prises par le passé.

Cependant, cette technique présente aussi des inconvénients, principalement, l'image faussement positive²⁰ qu'entraînent les montants réservés non dépensés. Ainsi, les dépenses de 2010 se sont maintenues à 694,5 millions d'euros en dessous de l'objectif budgétaire global, mais ce montant comprend 340,2 millions d'euros de dépenses en déduction pour des initiatives qui n'ont été mises en œuvre qu'après le 1^{er} janvier 2010 ou ne l'ont pas été du tout.

Un inconvénient supplémentaire est la surestimation budgétaire (temporaire) qui peut résulter du fait que les montants réservés sont intégralement majorés à concurrence de la marge de croissance dès l'année suivante, alors que les mesures n'ont pas encore été pleinement mises en œuvre pour la première fois.

1.6 Conclusion

Le débat sur l'évolution des dépenses dans l'assurance soins de santé obligatoire se réduit souvent à une discussion sur la norme de croissance de 4,5%. Il est toutefois indispensable de prendre en compte la marge de croissance autorisée par la loi dans son ensemble. Par le passé, les limitations de la norme de croissance ont souvent été contournées par le biais de dépenses exceptionnelles. Il s'avère à présent que le volume d'indexation cache également une importante marge complémentaire de réelle croissance due au fait que la législation permet qu'un montant systématiquement trop élevé pour ce volume soit inclus dans l'objectif budgétaire global. Pour le budget 2011, il s'agit même d'une marge complémentaire de 1,2% au-delà de la norme de croissance de 4,5%.

¹⁷ Cette règle ne s'applique pas aux mesures (principalement d'économie) dans le secteur des médicaments. Le budget de ce secteur est déterminé par la cellule stratégique du ministre des Affaires sociales.

¹⁸ Rapport d'évaluation relatif à l'application de la nouvelle procédure budgétaire, rédigé par l'Inami (février 2009) en exécution de l'article 13 du contrat d'administration 2006-2008 conclu entre l'État et l'Inami.

¹⁹ L'estimation initiale de l'impact des mesures projetées non mises en œuvre peut alors être affinée lors de l'élaboration des estimations techniques se rapportant à l'exercice budgétaire suivant.

²⁰ Dans son avis sur le budget 2001, la commission de contrôle budgétaire insiste elle aussi sur le "résultat gonflé" engendré par les montants réservés.

Il faut en outre également relativiser l'importance et la hauteur de la norme de croissance étant donné que des initiatives spécifiques continuent à être prises en charge en dehors de l'objectif budgétaire global et, plus encore, parce que la marge budgétaire délimitée par la norme de croissance est rapidement occupée par de nouvelles initiatives. Leur impact budgétaire est en effet pris en compte sur une base annuelle, même si elles n'entrent en vigueur que plus tard dans l'année. Le caractère faussé du résultat obtenu par cette méthode apparaît toutefois lorsqu'on compare le montant des dépenses budgétées aux dépenses réelles.

Chapitre 2

Définition de la marge de manœuvre politique

La marge laissée à de nouvelles initiatives politiques pour l'année budgétaire à venir est fonction du montant de l'objectif budgétaire global, calculé selon les règles de la marge de croissance légale, à comparer avec le niveau de dépenses qui serait atteint à politique inchangée (augmentation prévue du nombre de prestations de soins de santé et impact des majorations de tarifs et de prix déjà octroyées). Des propositions d'économies permettraient, le cas échéant, d'élargir encore cette marge de manœuvre politique.

Le choix déjà difficile des priorités et économies nécessaires à intégrer au budget est compliqué par le fait que les propositions sont formulées parallèlement dans le cadre d'une procédure tant formelle qu'informelle (point 2.1). S'y ajoute le fait, à partir du budget 2008, que la marge de manœuvre politique a été drastiquement réduite par la décision d'utiliser une partie de la marge budgétaire pour constituer des réserves pour un fonds d'avenir ou pour assurer l'équilibre financier de la sécurité sociale (point 2.2).

2.1 Existence de deux circuits distincts en matière de choix politiques

Le processus qui définit les mesures concrètes à prendre pour «remplir» la marge de manœuvre politique semble, grâce à une procédure adaptée, avoir considérablement gagné en transparence (points 2.1.1 à 2.1.4). Il n'en reste pas moins que le processus décisionnel proprement dit se déroule toujours dans un circuit parallèle informel, rendant plutôt obscurs les motifs qui président à la sélection ou non des propositions formulées (2.1.5).

2.1.1 Estimations techniques de l'Inami

Dans un premier temps, l'Inami calcule le niveau de dépenses qui serait atteint lors de la prochaine année budgétaire dans l'hypothèse d'une politique inchangée. Ces «estimations techniques» reposent en principe sur l'évolution du volume des prestations de santé des cinq années précédentes (par exemple, l'estimation de 2011 a été basée sur la période 2005-2009), parfois ramenées aux trois dernières années (par exemple, les rubriques de kinésithérapie, bandagisterie et orthopédie). Le coût de ce volume estimé de prestations est alors calculé sur la base des tarifs, honoraires ou prix actuels en tenant également compte de l'indexation.

Une première estimation technique doit être soumise aux organes de concertation à la fin du mois de juin. Le manque d'actualité de ce type d'estimation a souvent été dénoncé par le passé. En effet, à cette date, aucune donnée ne peut encore être traitée concernant le nombre de prestations de santé assurées durant l'année qui précède l'année budgétaire²¹. L'arrêté budgétaire du 17 septembre 2005 remédie à ce problème en prévoyant la remise au mois de septembre d'une estimation technique «revue» tenant compte de l'évolution des dépenses jusqu'à la fin mai de l'année budgétaire courante.

²¹ En ce qui concerne l'année budgétaire en cours, seules les données des mois de janvier et de février sont connues en juin (voir chapitre 3). Cette base n'est donc pas suffisante pour être utilisée dans le cadre des estimations techniques.

La différence entre la première et la deuxième estimation technique s'est, jusqu'ici, toujours limitée à environ 0,3% (en moyenne). Cet écart, aussi faible soit-il, se traduit quand même par un montant de quelques dizaines de millions d'euros, ce qui n'est pas négligeable par rapport au montant de la marge de manœuvre politique disponible pour de nouvelles initiatives (pour le budget 2011, il s'agit d'un montant de 370 millions d'euros). En pratique, cette différence joue souvent un rôle déterminant lorsqu'il s'agit de décider s'il faut instaurer ou non une série de mesures d'économie spécifiques.

Jusqu'à présent, l'Inami a toujours réussi à établir cette deuxième estimation en respectant le délai serré qui lui était imposé. Les résultats de la première estimation technique restent entre-temps surtout utiles à la commission de contrôle budgétaire et aux secteurs proprement dits étant donné qu'ils doivent formuler des propositions dans le courant des mois de juillet et août au sujet de l'exécution de l'objectif budgétaire de l'année à venir.

2.1.2 Estimations des besoins des différents secteurs

Outre l'estimation de l'Inami du niveau des dépenses en cas de politique inchangée, les différents secteurs des soins de santé remettent chacun une liste de leurs besoins jugés « indispensables », qu'il s'agisse d'adaptations de prestations existantes ou de nouvelles prestations.

Par rapport aux constatations de l'audit précédent, les propositions sont nettement mieux étayées. De façon générale, les besoins sont justifiés de façon claire par des arguments de fond, leur impact budgétaire fait l'objet d'une estimation et, le cas échéant, les propositions sont également classées par degré de priorité.

Exemple

Le 13 juillet 2010, la commission nationale dento-mutualiste a établi une liste des besoins pour 2011. Elle comprend douze propositions prioritaires à concurrence d'un montant de 31,6 millions d'euros (par exemple, quatre propositions visant à relever de cinq ans la limite d'âge fixée pour l'intervention dans le cadre de certaines prestations), cinq propositions moins prioritaires à concurrence d'un montant de 29,5 millions d'euros (par exemple, l'extension de l'examen buccal annuel remboursable à un examen semestriel) et quatre propositions non chiffrées (par exemple, l'abaissement de la limite d'âge à 18 ans pour les extractions dentaires). Chacune de ces propositions a été motivée dans des fiches individuelles.

Lors de la subdivision en objectifs budgétaires partiels, cinq propositions prioritaires ont finalement été retenues (pour 4,5 millions d'euros au total), mais, en comptant l'augmentation prévue de la consommation, le budget pour ce secteur a finalement augmenté de 4,73% au total.

On continue cependant à constater que les secteurs se contentent toujours, à ce stade, d'introduire une liste de desiderata. Intégrer les besoins dans un cadre budgétaire réalisable et veiller à prévoir le financement nécessaire sont des étapes qui sont reportées aux phases ultérieures du processus budgétaire. Il s'avère ainsi que le coût des propositions dépasse toujours largement le montant réalisable sur le plan budgétaire. D'autre part, les secteurs ne spécifient qu'exceptionnellement la façon dont ils pourraient financer un besoin déterminé au moyen d'une économie.

Exemples

- Pour le budget 2011, de nouveaux besoins ont été formulés pour 2,07 milliards d'euros. Ce montant total ne comprend pas les besoins de la rubrique « médecins » qui n'ont pas été comptabilisés en l'absence de proposition unanime. Or, il était inscrit dans la première estimation technique que la marge de manœuvre politique prévue pour de nouvelles initiatives n'atteindrait pas le demi-milliard d'euros.

- En ce qui concerne la rubrique des soins dispensés par les kinésithérapeutes, de nouveaux besoins à concurrence de 94 millions d'euros ont été formulés pour 2011, dont 75,6 millions d'euros en vue d'une revalorisation des honoraires et des indemnités de déplacement. Si cette proposition avait été reprise intégralement, l'objectif budgétaire partiel concerné aurait augmenté de 18,4% par rapport à l'année 2010. Le secteur n'a pas proposé de mesures d'économie pour couvrir le financement de ces besoins. Finalement, aucune des propositions formulées n'a été retenue et l'augmentation du budget (après indexation et selon l'évolution prévue en cas de politique inchangée) pour ce secteur est restée limitée à 2,03%.

La commission de contrôle budgétaire avait déjà critiqué à plusieurs reprises la sous-estimation de l'impact budgétaire des moyens demandés ainsi que la surestimation quasi systématique des conséquences des mesures d'économies proposées. Les secteurs, pour leur part, pointent la difficulté technique d'une telle estimation, surtout lorsqu'il s'agit d'une nouvelle forme de prestations ou de mesures.

2.1.3 Avis de la commission de contrôle budgétaire

Une nouvelle étape a été introduite dans la procédure en 2006: la commission de contrôle budgétaire est chargée de rendre un avis sur la confection du budget pour le 15 septembre au plus tard. Aux termes de la loi, il s'agit de propositions «*de mesures d'économie à appliquer dans certains secteurs en vue de fixer l'objectif budgétaire global en respectant la norme de croissance et l'augmentation de l'indice-santé*» (article 18 de la loi SSI). En pratique, la commission de contrôle budgétaire remplit amplement ce rôle, ce qui confère à ses avis une réelle plus-value:

- Un premier volet de l'avis situe la confection du budget de l'assurance obligatoire soins de santé dans le contexte économique, financier et social, en précisant la situation budgétaire générale, les répercussions du vieillissement de la population et l'impact du financement alternatif. Cette analyse donne ensuite lieu à des prises de position explicites quant à un abaissement de la norme de croissance ou une augmentation des transferts vers le fonds d'avenir ou les autres branches de la sécurité sociale. Le point de vue défendu est également celui de la nécessité d'une plus grande prise de conscience du coût chez tous les dispensateurs de soins et d'une meilleure prise en compte des évolutions divergentes des différents secteurs des soins de santé.
- Un deuxième volet de l'avis traite du budget des différents secteurs séparément. En s'appuyant sur les analyses de l'Inami portant sur l'évolution des dépenses, il énumère succinctement les prestations spécifiques enregistrant une forte augmentation des dépenses et identifie les mesures qui s'imposent (par exemple, une analyse des causes par le secteur concerné, des adaptations de la législation, une amélioration de la transparence en matière de prix ou une révision de la nomenclature).

L'avis délivré à l'occasion de la confection du budget 2011, plus particulièrement, a connu un grand retentissement. «*Compte tenu du contexte budgétaire difficile des autorités belges*», la commission a recommandé au conseil général «*de fixer l'objectif budgétaire 2011 à un niveau inférieur au niveau de la norme stricte de manière à générer une cotisation structurelle en vue de la réduction du déficit de l'État et/ou du déficit de la sécurité sociale*». Cinq scénarios possibles ont été élaborés à cette fin²².

²² Ces scénarios estiment l'importance de l'effort à une fourchette située entre 0,73 milliard d'euros (transferts déjà décidés vers le fonds d'avenir et contributions pour garantir l'équilibre de la sécurité sociale) et 1,15 milliard d'euros (abaissement temporaire de la norme de croissance à 0%).

2.1.4 Évaluation réalisée par le comité de l'assurance et le conseil général

Le législateur laisse le soin aux diverses parties prenantes (dispensateurs de soins, mutualités, partenaires sociaux et gouvernement) de confectionner en concertation le budget de l'assurance obligatoire soins de santé. Le conseil général et le comité de l'assurance ont été investis d'un rôle crucial dans ce cadre. En se basant sur les estimations techniques, les estimations des besoins et les propositions d'économies, le comité de l'assurance doit proposer au conseil général un montant global du budget comprenant une répartition équilibrée des dépenses entre tous les secteurs. Le conseil général s'appuie ensuite sur cette proposition pour fixer les objectifs budgétaires.

L'audit précédent avait révélé que la façon dont les deux organes de concertation remplissaient concrètement leur rôle n'a cessé de poser problème entre 2000 et 2005²³. Soit le comité de l'assurance n'obtenait pas de consensus à propos d'une proposition à formuler au conseil général, soit le montant du budget proposé ne tenait pas compte des limites de la marge de croissance légale.

Les propositions communiquées au conseil général n'étaient (par conséquent) pas non plus détaillées : elles n'indiquaient pas quels besoins devaient être satisfaits en priorité, ni comment ces priorités pouvaient être financées dans les limites de la marge de croissance du budget, le cas échéant par des économies, ni encore quel impact les besoins ou économies proposés par un secteur pouvaient avoir sur les dépenses d'un autre secteur (« effets de substitution »). Le conseil général ne reprenait pas non plus la main en la matière et se contentait d'attendre les propositions des représentants du gouvernement.

En conséquence de cette situation, l'arrêté budgétaire du 17 septembre 2005 a précisé plus avant les responsabilités du comité de l'assurance et du conseil général. Ainsi, le comité de l'assurance devait tenir compte de la norme de croissance fixée par la loi et mentionner également dans la proposition destinée au conseil général la possible subdivision en objectifs budgétaires partiels (modifications des articles 39 et 40, § 1^{er}, de la loi SSI)²⁴. Ces mesures semblent avoir produit l'effet recherché. Depuis lors, le comité de l'assurance est parvenu chaque année à élaborer une proposition concrète permettant au conseil général de se prononcer dans les nouveaux délais prescrits (le troisième lundi d'octobre).

Quelques nuances méritent néanmoins d'être apportées. Tout d'abord, le contexte budgétaire favorable – en matière d'assurance obligatoire soins de santé – a en partie contribué à un tel résultat. Ensuite, la proposition du comité de l'assurance est à considérer dans les faits comme une proposition des mutualités : certains groupes de dispensateurs de soins ne peuvent s'y rallier pour diverses raisons. Enfin, on constate que les propositions du gouvernement jouent toujours un rôle déterminant dans la décision du conseil général.

2.1.5 Rôle décisif du gouvernement

À la lecture des points précédents, on pourrait penser que, grâce à diverses adaptations ciblées de la procédure, on assiste, depuis 2006, à une élaboration logique et conséquente d'estimations, de propositions et d'avis qui, à leur tour, débouchent sur une décision à propos de l'utilisation de la marge budgétaire disponible.

²³ Voir le rapport d'audit de 2006, p. 25-27.

²⁴ De ce fait, il a également fallu revoir dans la législation tous les délais prévus pour la transmission des propositions ou avis et la prise de décisions. La date la plus cruciale est ainsi devenue le troisième lundi d'octobre, moment où le conseil général doit avoir approuvé l'objectif budgétaire global et les objectifs budgétaires partiels, y compris les économies nécessaires au respect de la norme de croissance légale.

Néanmoins, parallèlement à cette procédure, le budget est également préparé au niveau de la cellule stratégique du ministre des Affaires sociales sur la base, entre autres, de contacts bilatéraux avec divers groupes d'intérêts ou groupements professionnels. Pareil circuit informel s'avère – tout comme par le passé – jouer un rôle déterminant dans le choix des mesures d'économie et les modifications au niveau de l'ensemble des prestations à la charge de l'assurance obligatoire soins de santé.

S'ajoute à cela le fait que les organes de concertation ne sont pas impliqués non plus dans la confection d'un certain nombre de budgets partiels importants, notamment le prix de la journée d'hospitalisation, les médicaments et les accords sociaux²⁵. La proposition du comité de l'assurance relative à la fixation et à la répartition de l'objectif budgétaire 2011 contient des réserves explicites en la matière: « *compte tenu de l'absence d'informations, à ce stade de la procédure budgétaire, sur le futur accord social dans le non-marchand et sur le deuxième volet du plan cancer* ».

Cette implication réduite génère souvent des frictions au niveau des organes de concertation et, à cet égard, risque d'hypothéquer la poursuite des efforts consentis depuis 2006 dans le but de rendre la confection du budget plus aisée et plus transparente. Ainsi quelques exemples à titre d'illustration :

- L'Inami fait explicitement état du mécontentement exprimé par certains partenaires au sein du comité de l'assurance par rapport au fait que la décision du conseil général s'écarte trop de leur proposition, principalement en raison de mesures typiques prises par le gouvernement (rapport d'évaluation de l'Inami établi à propos de l'application de la nouvelle procédure budgétaire²⁶).
- Dans son avis relatif à la confection du budget 2009, la commission de contrôle budgétaire a signalé qu'il n'avait aucunement été tenu compte de ses avis précédents, de sorte qu'elle s'est vue contrainte d'insister explicitement pour obtenir une quelconque réaction²⁷.
- Les commissions des conventions et d'accords ont déclaré à maintes reprises qu'il n'était pas motivant d'établir des estimations détaillées des besoins si elles ne sont pas prises en compte par la suite dans le processus décisionnel ou seulement dans une faible mesure.

Exemple

En ce qui concerne le budget partiel important que représente celui des médecins, la commission de conventions n'a pas établi d'estimation des besoins pour le budget 2011 : seuls quelques cahiers de revendications émanant de divers groupements professionnels ont été déposés. À propos de ces cahiers, il a été déclaré au sein du comité de l'assurance du 20 septembre 2010 que les propositions du secteur sont quand même pour la plupart écartées: « *si on prend en considération les trois dernières années, 90 % des nouvelles initiatives ont été inspirées par le cabinet et la commission nationale médico-mutualiste a pu prendre des initiatives pour seulement 10 millions d'euros [...] (traduction)* ».

²⁵ Voir également le rapport d'audit 2006, p. 40-43.

²⁶ Rapport rédigé par l'Inami (février 2009) en exécution de l'article 13 du contrat d'administration 2006-2008 conclu entre l'État et l'Inami.

²⁷ Une réaction a, pour la première fois, été observée dans la décision du conseil général relative au budget 2011. Elle s'est néanmoins limitée à la recommandation générale de la commission en faveur de la réalisation d'un effort budgétaire par l'assurance obligatoire soins de santé. Elle ne comportait donc pas la moindre référence à la liste de recommandations concrètes dressée par la commission au niveau des différents secteurs.

Cette situation est en outre contraire au rôle clé qui a été à l'époque dévolu par le législateur à la concertation formelle au sein des organes de l'Inami²⁸. L'exposé introductif relatif aux notions de base élémentaires de la loi SSI stipule à cet égard expressément qu'«il faut découpler chronologiquement la définition des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie du 'conclave' budgétaire gouvernemental» et qu'«il faut que les décisions soient prises au niveau le plus proche possible de la réalité quotidienne. Le ministre des Affaires sociales ne peut intervenir qu'en ultime recours».

2.2 Choix des transferts budgétaires

2.2.1 Contexte factuel et juridique

La marge de croissance légale combinée aux choix politiques effectués a généré, en 2005 et en 2006, une situation d'excédents budgétaires: le rythme effectif de croissance des dépenses est demeuré, pour les deux années conjointes, 886 millions d'euros en deçà de l'objectif budgétaire global. Les estimations à politique inchangée effectuées à l'occasion de la confection du budget de 2007 laissaient à penser que cette tendance se poursuivrait encore quelque peu. Il aurait été logique d'en conclure qu'il ne fallait provisoirement plus épuiser la marge de croissance autorisée (ou bien qu'il fallait abaisser temporairement la norme de croissance), pour que le budget puisse à nouveau suivre l'évolution des dépenses.

Or, c'est un autre raisonnement qui a été retenu. La marge de croissance actuelle a continué à être appliquée et a servi à financer les moyens nécessaires aux transferts au bénéfice du fonds d'avenir (à partir de 2007) et d'autres branches de la sécurité sociale (en 2010 et 2011). Le report à des budgets ultérieurs par la constitution de réserves pour le fonds d'avenir a été motivé en référence aux dépenses supplémentaires escomptées en raison du vieillissement de la population. Ces réserves ne pourront dès lors être utilisées qu'en 2012 au plus tôt. Le transfert vers les autres branches de la sécurité sociale (dont la gestion financière est assurée au niveau global en même temps que l'assurance obligatoire soins de santé) s'inspirait de la situation budgétaire globale engendrée par la crise économique et financière.

Tableau 4 – Ventilation de l'objectif budgétaire global selon les montants affectés à des dépenses courantes et à des transferts pour la période 2007-2011 (en millions d'euros)

Année	Dépenses courantes	Fonds d'avenir	Transferts sécurité sociale
2007	19.444,0	174,7	–
2008	21.127,7	306,3	–
2009	22.784,7	299,8	–
2010	23.605,0	294,2	350
2011	24.775,8	–	1.093,5

Source: documents budgétaires du conseil général

²⁸ Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales joint au projet de loi portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, *Doc. parl.*, Sén., sess. ord. 1992-1993, n° 579/2, p. 8-9.

La décision consistant à réaliser des transferts à l'aide d'une partie de l'objectif budgétaire repose en outre sur un argument juridique pour le moins étonnant. Il avait été établi par le passé que les dépenses ne pouvaient augmenter que de *maximum* 1,5% (2,5% ultérieurement). Or, pour une raison inconnue et probablement involontaire, cette notion de « maximum » a disparu du texte de loi au moment de la majoration de la norme de croissance à 4,5%²⁹.

De la disparition du terme « maximum », il a toutefois été déduit, notamment par la commission de contrôle budgétaire, que cette norme de 4,5% est devenue une obligation absolue et que les organes de concertation ne peuvent dès lors pas prendre l'initiative de l'abaisser dans le cadre de la fixation de l'objectif budgétaire global.

2.2.2 Implications budgétaires et financières

Pour expliquer cette alternative des transferts, on précise parfois que leur montant équivaut à l'impact d'un abaissement de la norme de croissance à 3% (en 2010), voire à 0% (en 2011).

Exemple

Le montant consacré aux transferts au profit de la sécurité sociale en 2011 (1.093,5 millions d'euros) a été obtenu en appliquant la norme de croissance de 4,5% au montant de l'objectif budgétaire global 2010 (24.249,2 millions d'euros). Pour les dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé, cette décision a donc impliqué une croissance zéro.

Cependant, opter pour un système de transferts au lieu d'abaisser la norme de croissance n'a rien d'un choix neutre, ni sur le plan budgétaire, ni sur le plan financier.

- Contrairement à ce qui se produit en cas d'abaissement de la norme de croissance, les transferts font partie d'un objectif budgétaire qui continue à augmenter annuellement de 4,5% (+ index). Cette augmentation reste dès lors également acquise sur le plan budgétaire même si les transferts sont arrêtés ultérieurement.

Comparaison

Si, à compter du budget 2007, le système de transferts avait été abandonné au profit d'un abaissement (maintenu chaque année) de la norme de croissance à 3%, l'objectif budgétaire global pour l'assurance obligatoire soins de santé se serait élevé en 2011 à environ 24,1 au lieu des 25,8 milliards d'euros. Ce montant serait vraisemblablement resté au même niveau dans les années à venir dans l'hypothèse où la norme aurait été ramenée à 4,5% à partir de 2012.

- Contrairement à ce qui se produit en cas d'abaissement de la norme de croissance, l'État ne peut, conformément aux règles de financement actuelles, diminuer la part du financement alternatif dans l'assurance obligatoire soins de santé (pour consacrer ce montant à la réalisation d'initiatives dans d'autres domaines politiques), mais les représentants du gouvernement au sein du conseil général peuvent participer à la décision portant sur l'ampleur et la destination des transferts.

²⁹ L'exposé des motifs de la loi-programme du 22 décembre 2003, dont l'article 113 porte la norme de croissance à 4,5%, s'exprimait encore en ces termes : « la norme de croissance réelle maximale existante de 2,5% est remplacée par une norme de croissance réelle maximale de 4,5% » et que « les dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé pourront croître les quatre prochaines années en termes réels de 4,5% par an » en vue de répondre aux nouveaux besoins (Doc. parl., Chambre, DOC 51 0473/001, p. 55).

Commentaire

Depuis 2008, les régimes de la sécurité sociale des travailleurs salariés et des indépendants doivent seulement financer l'augmentation des dépenses budgétaires de l'assurance obligatoire soins de santé à concurrence du montant correspondant à l'augmentation des recettes de cotisations sociales. En réalisant un transfert de recettes fiscales (technique du financement alternatif), l'État fédéral doit dès lors veiller à l'équilibre du budget de l'assurance obligatoire soins de santé lors de sa confection. Ce nouveau mode de financement était une conséquence de l'élargissement continu du champ d'application de l'assurance obligatoire soins de santé – à peu près l'ensemble de la population peut prétendre depuis lors à des prestations – et de l'augmentation de l'impact d'éléments factuels divers (tels que le vieillissement de la population) sur l'évolution des dépenses.

De 2008 à 2011, le financement alternatif a augmenté pour passer de 633,2 millions d'euros à 3.205,9 millions d'euros, connaissant une augmentation remarquablement élevée pour 2011 par rapport à 2010, soit une augmentation de 1.953,6 millions (+ 64,1 %).

2.3 Conclusion

La marge budgétaire libérée suite à l'application de l'instrument légal qu'est la marge de croissance doit elle aussi être utilisée conformément à un scénario légal bien défini. Ce scénario a été affiné par l'arrêté budgétaire du 17 septembre 2005. Son suivi s'avère assez rigoureux dans la pratique. Un processus parallèle subsiste cependant, étant donné que le gouvernement fixe une nouvelle fois, en s'appuyant sur ses contacts bilatéraux informels avec les groupements d'intérêt et professionnels concernés, le montant réel de la marge (par le biais de transferts) et décide comment traduire cette marge à l'aide de mesures concrètes (économies et nouvelles initiatives). Les mesures doivent bien évidemment encore être formalisées par les organes de concertation de l'Inami.

Chapitre 3

Suivi des dépenses

Une politique de maîtrise des dépenses doit, en premier lieu, pouvoir s'appuyer sur des données suffisamment actuelles et fiables concernant l'évolution des dépenses. Or, dans l'assurance obligatoire soins de santé, le processus des dépenses connaît différentes phases caractérisées par :

- la date de la prestation de santé ;
- la date d'introduction de l'attestation ou de la facture relative à la prestation de santé auprès de la mutualité, soit par le bénéficiaire, soit par le dispensateur de soins ou l'hôpital dans le cas de prestations relevant du système dit du tiers payant ;
- la date de validation et d'imputation de l'attestation ou de la facture à la mutualité ;
- la date de paiement/remboursement de la prestation de santé par la mutualité.

Suivant que l'on prend telle ou telle phase du processus des dépenses comme point de départ pour calculer les dépenses ou les comparer sur une période, le résultat obtenu diffère. C'est pourquoi ce chapitre se consacre spécifiquement aux différents flux de données concernant les dépenses et à l'implication de cette divergence sur l'estimation et le suivi du budget.

3.1 Équilibre nécessaire entre rapidité et sécurité

L'option la plus logique consiste à suivre l'évolution des dépenses en examinant les prestations de santé accomplies au cours d'une période donnée. En procédant de la sorte, on évite que des circonstances fortuites ou externes influençant la date de facturation, d'imputation ou de paiement d'une prestation accomplie jouent un rôle décisif dans la comptabilisation ou non d'une dépense au cours d'une période donnée. Or, ces « dépenses réelles » ne sont connues avec une absolue certitude que tardivement : le bénéficiaire dispose en effet d'un délai de deux ans maximum, à compter de la date de la prestation, pour introduire l'attestation de la dépense (article 174 de la loi SSI)³⁰.

C'est tout le contraire si le suivi de l'évolution des dépenses est opéré en se basant sur les paiements effectués au cours d'une période donnée. Certes, ces données sont disponibles rapidement, mais elles ne donnent qu'un résultat indicatif. Le seul fait d'anticiper ou de postposer les paiements de quelques jours par rapport aux délais appliqués lors d'une période précédente conduit déjà à une augmentation ou un recul des dépenses, alors que les prestations fournies n'ont, elles, pas nécessairement augmenté ou reculé. Les données relatives aux paiements restent d'ailleurs encore trop rudimentaires pour en déduire les causes d'une quelconque hausse ou diminution des dépenses.

³⁰ Dans la grosse majorité des cas, cette déclaration intervient dans les six mois qui suivent la prestation de santé, et un premier état fiable des dépenses réelles peut alors être dressé.

Mentionnons enfin la phase d'introduction des factures³¹ auprès des mutualités ainsi que l'imputation des dépenses, qui y est liée. Ces «dépenses comptabilisées» sont utilisées pour étayer l'estimation et le suivi du budget. Le choix ainsi posé est donc une formule intermédiaire entre la disponibilité rapide des dépenses payées, d'une part, et la certitude des dépenses réelles, d'autre part.

En principe, les dépenses comptabilisées sont portées à la connaissance de l'Inami dans les trois mois qui suivent l'introduction d'une facture à la mutualité; elles présentent le double avantage que la mutualité a déjà procédé dans l'inter-valle à une vérification de l'exactitude des dépenses qui lui ont été communiquées et que leur ampleur n'est pas influencée par de possibles variations dans le rythme des paiements subséquents.

Commentaire

La procédure de traitement des factures de prestations de santé par les mutualités se déroule, pour l'essentiel, de la manière suivante.

- Dans un premier temps, les factures introduites sont enregistrées à la date à laquelle elles ont été réceptionnées. Les fichiers de factures introduits par voie électronique font quant à eux également l'objet de contrôles automatiques qui vérifient qu'ils ont été correctement établis. Les données se rapportant aux factures qui ont été (correctement) introduites dans le système du tiers payant sont transmises à l'Inami à la fin du mois qui suit.
- Une vérification des conditions réglementaires de paiement (remboursement) est ensuite réalisée; elle porte non seulement sur le bénéficiaire et le dispensateur de soins, mais aussi sur le juste remboursement de la prestation. Les factures jugées exactes sont comptabilisées dans l'état des dépenses du mois au cours duquel la réception de la facture a été enregistrée. Ces états de dépenses mensuels sont introduits à l'Inami à la fin du troisième mois qui suit celui auquel ils se rapportent.
- Enfin, les factures vérifiées et imputées sont payées. Ce paiement doit être effectué dans les deux mois qui suivent celui au cours duquel la facture (établie régulièrement) a été réceptionnée. Chaque mois, les mutualités doivent transmettre à l'Inami les données relatives à leurs opérations de trésorerie aux fins de l'assurance obligatoire soins de santé.

L'inconvénient reste toutefois que l'ampleur des dépenses au cours d'une période donnée se trouve en partie influencée par le rythme de facturation et de comptabilisation des hôpitaux, des dispensateurs de soins et des mutualités. En effet, le fait que ce rythme soit supérieur ou inférieur à celui observé au cours d'une période précédente accroît ou diminue à lui seul l'ampleur des dépenses comptabilisées, alors que cette évolution peut entre-temps ne pas se produire ou être inversée au niveau des prestations accomplies et des dépenses réelles qui y sont liées.

En raison de variations dans le rythme de facturation ou de comptabilisation, les mesures adoptées sur la base d'une évolution des dépenses comptabilisées risquent dès lors de produire leurs effets trop tôt ou trop tard, ou de s'avérer par la suite insuffisantes voire inutiles. Dans le passé, cette incertitude a souvent servi d'argument pour justifier le report de décisions jusqu'à ce que des données concernant les dépenses réelles soient disponibles.

³¹ On entend par «factures» tant les factures proprement dites (émanant, par exemple, des hôpitaux, des organismes de soins résidentiels, ou se rapportant aux médicaments délivrés par des pharmaciens) que les attestations de soins donnés complétées par les dispensateurs (qu'elles soient introduites par les dispensateurs eux-mêmes ou par les affiliés).

En théorie, il serait toutefois possible de renforcer, de manière relativement simple, la fiabilité des dépenses comptabilisées, en garantissant une plus grande régularité du processus de facturation et de comptabilisation des hôpitaux, des dispensateurs de soins et des mutualités. Cependant, dans la pratique, il s'impose d'examiner si les diverses implications d'un tel projet sont proportionnées à la valeur ajoutée qu'il apporte, à savoir une meilleure exploitabilité des dépenses comptabilisées aux fins de l'estimation et du suivi du budget.

L'audit précédent a déjà souligné l'existence de différentes propositions et pistes de réflexion en la matière, qui devaient toutefois encore être concrétisées. Les points 3.2 et 3.3 en évaluent l'état des lieux.

3.2 Incitation à une plus grande régularité du rythme de facturation

Les hôpitaux et les dispensateurs de soins qui appliquent le système du tiers payant ont évidemment tout intérêt à établir et introduire leurs factures le plus rapidement possible après la date d'accomplissement de la prestation de santé. La réglementation leur impose d'ailleurs en tout cas de le faire dans les deux mois qui suivent la fin du mois au cours duquel la prestation a été accomplie³².

Il n'empêche que la rapidité et la régularité de la facturation peuvent être facilement perturbées par différents facteurs, tels qu'une modification des règles de tarification qui aurait été annoncée tardivement ou serait mal interprétée, ou par des problèmes organisationnels consécutifs à une réorganisation administrative au sein d'un hôpital.

Si le laps de temps qui s'écoule entre la date de la prestation et la date de la facturation augmente sous l'action de facteurs de cette nature, une forte augmentation de la tendance réelle des dépenses peut passer inaperçue. Par contre, si ce laps de temps diminue, à la suite de la mise en place d'un système informatique plus performant, par exemple, un nombre plus élevé de dépenses peut être facturé au cours d'une période déterminée et cette surfacturation peut même induire un risque de dépassements budgétaires, alors que la tendance réelle des dépenses n'augmente pas.

Exemple

L'hypothèse suivante, tirée d'une note de travail de l'Inami, illustre la constatation selon laquelle des variations dans le rythme de facturation sont susceptibles d'avoir un impact important: «*Supposons qu'il y ait, en Belgique, 75.000 dispensateurs de soins. Il est possible qu'au mois de janvier de l'année t, ils introduisent auprès des mutualités 70.000 fichiers de factures (retard dans la facturation auprès de 5.000 dispensateurs de soins) et qu'en janvier de l'année t+1, ils en remettent 80.000 (accélération dans la facturation de 5.000 dispensateurs de soins). Si chaque dispensateur de soins facture chaque mois le même montant (et que les mutualités appliquent correctement la définition de la notion de mois de comptabilisation), les dépenses augmentent de 14,3% (= 80.000/70.000) au cours de l'année t+1, mais cette augmentation ne reflète pas la tendance réelle des dépenses (traduction).*»

³² Arrêté royal du 19 mai 1995 portant exécution des articles 53 et 168 de la loi SSI. Lorsque la facturation trimestrielle est admise, par exemple dans le cas des maisons de repos et de soins, le délai d'introduction des factures, fixé à deux mois, prend cours à la fin du trimestre auquel se rapporte la facture.

L'influence de facteurs externes n'exclut toutefois pas de recourir à des stimulants pour inciter à une plus grande régularité du rythme de facturation. Ces stimulants peuvent être tantôt positifs tantôt négatifs. Ils peuvent consister, par exemple, à raccourcir les délais d'introduction et de prescription des factures, à renforcer le contrôle de la facturation³³, voire à intervenir financièrement dans les frais d'administration lorsque les conditions d'une facturation régulière, réalisée dans les délais, sont remplies³⁴.

La priorité s'est toutefois portée, ces dernières années, sur une solution indirecte, mais plus fondamentale. La facturation a été considérée dans sa globalité et son processus amélioré grâce au développement systématique d'un échange informatisé des documents prescrits par la loi et des fichiers de factures entre les hôpitaux ou les dispensateurs de soins³⁵, d'une part, et les mutualités, d'autre part (projet Carenet et MyCarenet). L'un des objectifs explicites du projet est de réduire significativement le nombre de factures rejetées³⁶.

Il est évident que les mécanismes de contrôle automatiques et l'uniformité des systèmes informatisés devraient – certainement à terme – contribuer à assurer une introduction non seulement rapide, mais aussi correcte (et donc, dans cette optique, plus régulière) des fichiers de factures³⁷. Cependant, le délai nécessaire à la mise en œuvre complète de ce nouveau mode opératoire est important. À cet égard, la Cour des comptes a constaté que la nécessité de poursuivre le développement du projet – tant horizontalement (davantage de secteurs) que verticalement (davantage de fonctionnalités) – est toujours considérée comme une priorité³⁸.

Entre-temps, l'argument des variations dans le rythme de facturation a de nouveau été avancé à plusieurs reprises en 2010 pour expliquer un dépassement ou une sous-utilisation d'un objectif budgétaire partiel (notamment lorsqu'un risque de dépassement significatif des dépenses de l'hôpital militaire a été constaté, ou pour expliquer une sous-utilisation des fonds affectés aux secteurs de la biologie clinique et de l'imagerie médicale en cas d'hospitalisation).

Dans son rapport précédent, la Cour des comptes s'était également ralliée à la proposition de l'Office de contrôle des mutualités, qui recommande de faire certifier la date d'envoi des factures dans le système du tiers payant. Cette certification contribuerait à éviter que les factures d'un même dispensateur de soins qui ont été envoyées le même jour à la fin du mois, du trimestre ou de l'exercice à plusieurs mutualités ne soient imputées à des périodes différentes.

³³ Par exemple, en harmonisant mieux le contrôle de la facturation des hôpitaux organisé par le SPF Santé publique avec les constatations de l'Inami en ce qui concerne la régularité de cette facturation (pour plus de détails, voir le rapport d'audit de 2006, p. 57-59).

³⁴ Par exemple, en faisant dépendre le paiement des frais de fonctionnement inscrits au budget des moyens financiers des hôpitaux de l'application d'un certain nombre de critères relatifs au respect des délais de facturation et à la qualité de cette dernière, par analogie avec le système prévu pour la comptabilisation des dépenses par les mutualités (voir, à ce sujet, le point 3.3).

³⁵ Jusqu'en 2009, cet échange était encore limité au secteur des soins infirmiers à domicile, mais il faisait déjà l'objet, sur le plan de la facturation, de projets concrets à l'intention des médecins et des maisons de repos.

³⁶ Voir également la présentation du projet sur le site internet www.carenet.be.

³⁷ Il faut éviter que les avantages découlant de cette nouvelle méthode soient annihilés par l'instauration de nouvelles procédures ou par un alourdissement des procédures existantes. Ces effets négatifs doivent être limités à la période transitoire qui est nécessaire pour se familiariser avec cette méthode.

³⁸ La poursuite du projet est l'un des engagements énoncés à l'article 23 du contrat d'administration 2010-2012 conclu entre l'État et l'Inami.

Cette proposition est entre-temps devenue sans objet. En effet, l'homogénéité comptable nécessaire a été rétablie en renvoyant non plus à la date d'envoi des factures, mais à celle de leur réception par les mutualités, et en y couplant simultanément des contrôles approfondis de réviseurs d'entreprises, basés sur les instructions de l'Office de contrôle des mutualités (voir, à ce sujet, le commentaire figurant au point suivant).

3.3 Incitation à une plus grande régularité du rythme de comptabilisation

Les mutualités sont soumises à des règles strictes pour l'imputation des dépenses et la transmission de ces données à l'Inami. En outre, le mode de remboursement de leurs frais d'administration les encourage à respecter scrupuleusement ces règles.

Commentaire

- L'application correcte des règles de comptabilisation par les mutualités est évaluée lors du contrôle de leurs prestations de gestion. Ce contrôle est réalisé par des réviseurs d'entreprises, sur la base d'instructions émanant de l'Office de contrôle des mutualités.

L'Office de contrôle des mutualités définit par exemple les modalités selon lesquelles les réviseurs d'entreprises sont tenus de faire rapport au sujet des procédures appliquées par les mutualités pour l'imputation des factures et l'attribution des dépenses à un mois de comptabilisation déterminé³⁹. Les réviseurs doivent notamment rendre compte de la mesure dans laquelle les principes suivants ont été respectés ou non :

- l'existence d'une procédure permettant de s'assurer de l'exactitude de la date de réception des factures (papiers, bandes magnétiques et supports électroniques) ;
- l'inscription au jour le jour des factures papier, des bandes magnétiques et des supports électroniques dans le facturier ;
- l'existence d'une procédure afin que la date de réception (cachet dateur ou date fixée par le système Carenet) apparaisse sur chaque facture entrante, bordereau d'envoi, ou impression d'écran (système Carenet).

Outre l'imputation correcte des dépenses (pas de glissements abusifs vers un autre mois du même exercice ou vers un autre exercice), le contrôle des prestations de gestion des mutualités porte également sur neuf autres critères, tels que la transmission intégrale à l'Inami, dans les délais prévus, des données administratives, comptables, financières et statistiques, ainsi que les actions déployées en vue de favoriser l'éducation à la santé et d'encourager le recours à des formules moins onéreuses de soins de santé.

- Le remboursement des frais d'administration des mutualités dépend, à concurrence de 10 %, des résultats du contrôle des prestations de gestion (article 195, § 1^{er}, 2^o, de la loi SSI). Pour le dernier décompte, relatif à l'année 2009, la partie variable s'élevait à 100,1 millions d'euros toutes mutualités confondues.
- Indépendamment du contrôle des réviseurs d'entreprises au sein des mutualités, l'Inami évalue également les états de dépenses qui lui ont été transmis : pour chaque mutualité, les dépenses comptabilisées d'un mois déterminé sont comparées aux dépenses du mois correspondant de l'année précédente. Même s'ils résultent généralement d'une modification de l'évolution des dépenses ou du rythme de facturation, des écarts importants constituent un indicateur de l'existence de problèmes de comptabilisation.

³⁹ Voir, notamment, les circulaires de l'Office de contrôle des mutualités des 27 et 28 octobre 2009.

D'un point de vue légal, toutes les conditions sont réunies pour contribuer à assurer la communication régulière des données de même que la comptabilisation régulière des dépenses. Pour le reste, aucune mesure ne peut exclure que des facteurs fortuits de toute nature, comme un problème technique ou informatique survenant au moment de procéder à l'enregistrement comptable, viennent malgré tout perturber le rythme de comptabilisation des mutualités.

Entre-temps, une solution a été apportée à plusieurs lacunes spécifiques, signalées dans l'audit précédent, concernant la mise en œuvre concrète de la réglementation⁴⁰. Ainsi, lorsque l'Inami éprouvait des difficultés à collecter des données auprès d'une mutualité, l'Office de contrôle des mutualités n'en était, par le passé, pas suffisamment informé ou alors seulement tardivement (alors que ces informations lui auraient permis d'organiser et d'exécuter ses contrôles de manière plus ciblée). Les textes préparatoires du contrat d'administration 2010-2012 mentionnent à ce sujet que l'Inami a veillé, dans l'intervalle, à intensifier la concertation et à respecter les délais pour l'échange d'informations avec l'Office de contrôle des mutualités, et précisent qu'un suivi est prévu au moyen d'un tableau de bord.

Il est pourtant frappant de constater que l'ensemble des mutualités obtient des scores particulièrement élevés, année après année, pour presque tous les critères d'évaluation. Pour les deux dernières années pour lesquelles un décompte a été effectué (soit 2008 et 2009), toutes les mutualités confondues ont, en moyenne, obtenu le remboursement de 96,5% de la partie variable des frais d'administration, fixée à 10%⁴¹. Il est néanmoins admis qu'il est nécessaire d'améliorer le système d'incitants financiers mis en place en vue d'une gestion administrative scrupuleuse par les mutualités. Le commentaire de l'article 44 du contrat d'administration 2010-2012 conclu entre l'État et l'Inami mentionne explicitement que «*le système actuel a un impact insuffisant sur le bon fonctionnement des organismes assureurs*». C'est la raison pour laquelle l'Inami s'est engagé à formuler des propositions, d'ici fin 2011, afin de rendre l'évaluation des prestations de gestion des mutualités plus performante.

3.4 Atténuation des conséquences

La concordance incertaine entre les dépenses comptabilisées et les dépenses réelles a été appréhendée tant dans ses causes (en incitant à une plus grande régularité du rythme de facturation et de comptabilisation) que dans ses conséquences :

- Une provision de stabilité (d'un montant de 49,7 millions d'euros pour 2010 et 2011) a été constituée dans le cadre de l'objectif budgétaire global. Elle consiste en une sorte de réserve dans laquelle un prélèvement peut être opéré s'il apparaît en cours d'année que les dépenses dépassent les estimations, et ce, même si ce dépassement est spécifiquement imputable au fait que les estimations s'appuyaient sur des données relatives aux dépenses comptabilisées qui avaient été faussées par des variations dans le rythme de facturation ou de comptabilisation⁴².

⁴⁰ Les améliorations résultent de l'émission d'instructions supplémentaires par l'Office de contrôle des mutualités et d'une adaptation de l'évaluation des prestations de gestion (arrêté royal du 21 décembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 28 août 2002 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration).

⁴¹ Pour l'exercice 2008, ce remboursement s'élevait à 91,07 millions d'euros sur un montant maximal à octroyer de 94,51 millions d'euros (96,4%); pour l'exercice 2009, ce rapport s'établissait à 96,64 millions sur un montant de 100,06 millions d'euros (96,6%).

⁴² C'est pour cette raison précisément que la commission de contrôle budgétaire a insisté, lors de la confection du budget des années 2008 et 2009, sur la nécessité de prévoir une provision de stabilité suffisamment importante.

- Les flux de données concernant les différents types de dépenses (dépenses réelles, dépenses facturées, dépenses comptabilisées, dépenses payées) sont mieux harmonisés : la présentation de ces fichiers a été remaniée pour que les évolutions observées au sein d'une catégorie de dépenses puissent aider à mieux cerner des évolutions au sein d'une autre catégorie et à en apprécier la cohérence globale. L'Inami a également pris diverses initiatives afin qu'il soit rendu compte de ces questions plutôt techniques de manière accessible aux organes de concertation.
- Il a été analysé s'il était possible et utile de tenter d'expliquer l'évolution des dépenses comptabilisées par des évolutions transparaisant d'autres fichiers de données (externes), ce qui permettait de déterminer avec une plus grande certitude la mesure dans laquelle une augmentation ou une diminution des dépenses comptabilisées constitue une préfiguration fiable de modifications intervenues dans l'évolution réelle des dépenses (dont les résultats ne sont en effet disponibles que tardivement, voir le point 3.1).

Cette analyse s'est inspirée d'une pratique, déjà appliquée avec succès, qui consiste à comparer les modifications des dépenses comptabilisées pour des médicaments remboursables avec celles des chiffres de vente de l'industrie pharmaceutique ainsi qu'avec les données relatives aux médicaments délivrés par des pharmacies et des hôpitaux. Le couplage de ces fichiers de données avait en effet eu pour conséquence de voir l'industrie des médicaments contester beaucoup moins qu'auparavant les données utilisées pour la confection et le suivi du budget.

Suite à cette nouvelle analyse, le rapportage sur l'évolution des dépenses mensuelles met désormais également l'accent sur le lien entre l'évolution du nombre d'affiliés des mutualités et celle du nombre de naissances communiqué par le registre national.

Commentaire

Normalement, la modification du nombre de ses affiliés entraîne également, pour une mutualité, une augmentation ou une diminution de ses dépenses. En ventilant tout d'abord par mutualité les dépenses du mois concerné sur une période de quatre années et en les comparant ensuite au nombre d'affiliés que la mutualité comptait à ce moment-là, il est possible de vérifier la cohérence des résultats obtenus et/ou d'identifier un possible problème dans la comptabilisation des dépenses.

Une modification des chiffres de la natalité (dont on dispose rapidement) se reflète peu après dans le nombre d'accouchements pour lesquels des dépenses doivent être comptabilisées. Si cette corrélation s'écarte de l'évolution normalement attendue au cours d'un mois ou d'une période donnée, elle peut alors être l'indication d'un rythme de facturation ou de comptabilisation différent qui, normalement, s'appliquera également à la totalité des dépenses comptabilisées.

Il est évident qu'il ne s'agit, dans les deux cas, que d'une simple indication, qui ne fournit pas une preuve irréfutable de l'existence d'un problème au niveau du rythme de comptabilisation ou de facturation. Elle n'en demeure pas moins un précieux complément d'informations qui faisait défaut, dans le passé, pour étayer et cerner la fiabilité des évolutions dans les dépenses comptabilisées.

3.5 Conclusion

Aucun flux de données de l'assurance obligatoire soins de santé ne permet d'étayer l'estimation et le suivi du budget de manière optimale. Le choix posé en faveur des dépenses comptabilisées dans les mutualités doit être considéré comme une formule intermédiaire. Comparées aux dépenses payées (disponibles rapidement, mais qui manquent de valeur indicative), d'une part, et à la certitude tardive de l'évolution des dépenses réelles, d'autre part, les dépenses comptabilisées concilient autant que faire se peut les avantages et les inconvénients des deux autres flux de données.

S'agissant des dépenses comptabilisées, il subsiste néanmoins une incertitude qui est liée à la mesure dans laquelle leur ampleur est influencée par des variations dans le rythme de facturation et de comptabilisation des hôpitaux, des dispensateurs de soins et des mutualités. Ces dernières années, des initiatives ont toutefois été prises afin de pallier cet inconvénient de la manière la plus adéquate et la plus équilibrée qui soit ; elles concernent principalement de nouvelles instructions émises par l'Office de contrôle des mutualités et le développement d'un échange informatisé de fichiers de données et de factures. La mise en œuvre (uniforme) de ces initiatives déterminera leur impact effectif. Dans l'intervalle, des avancées concrètes ont toutefois déjà été réalisées à la faveur d'une autre initiative de l'Inami, qui vise à mieux articuler entre eux les différents flux de données se rapportant aux dépenses et à intégrer dans les rapports des indicateurs qui peuvent aider à expliquer les variations dans l'évolution des dépenses.

Chapitre 4

Pilotage du budget

En matière d'exécution du budget de l'assurance obligatoire soins de santé, il n'existe pas de dispositif de freinage en tant que tel pour empêcher le dépassement de la marge de croissance légale. Un suivi strict et un rapportage correct sont dès lors essentiels pour pouvoir identifier à temps tout (risque de) dépassement des objectifs budgétaires et, surtout, apporter les corrections nécessaires.

Or, dans la pratique, il est rare que de telles corrections soient effectuées. L'audit précédent a montré que la majorité des secteurs des soins de santé avaient dépassé (de façon parfois substantielle) leur objectif budgétaire partiel dans la période 1999-2004, pour un total de 2,28 milliards, et ce, pratiquement sans aucune intervention. Les années suivantes, de telles interventions n'ont pas non plus été jugées utiles, mais les dépenses, prises de façon globale, sont toujours restées en deçà de l'objectif budgétaire global.

4.1 Adaptation nécessaire de la procédure des feux clignotants

Durant 25 ans, le suivi de l'exécution du budget a été réglé par une procédure détaillée dite «des feux clignotants». Il s'agissait, pour la commission de contrôle budgétaire, d'établir chaque trimestre et pour l'ensemble des secteurs des soins de santé une comparaison entre l'évolution des dépenses et l'évolution normalement escomptée. Lorsqu'elle identifiait un risque de dépassement budgétaire important, elle émettait un avis quant à l'opportunité d'imposer des mesures d'économie au secteur concerné.

Or, la Cour des comptes a constaté, de concert avec l'administration, qu'en raison d'une combinaison de différents facteurs, cette procédure des feux clignotants ne fonctionnait pas suffisamment⁴³ malgré les diverses tentatives d'amélioration sous forme d'adaptations ponctuelles :

- L'évaluation trimestrielle prévue de l'évolution des dépenses n'était parfois pas réalisée ou l'était tardivement.
- Les marges permettant de déterminer l'existence d'un risque de dépassement budgétaire important étaient constamment remises en cause.
- La responsabilité était trop facilement renvoyée au gouvernement lorsqu'il s'agissait de prendre des mesures correctrices : la commission de contrôle budgétaire traînait pour émettre un avis et les commissions de conventions et d'accords, le conseil général et le comité de l'assurance négligeaient de prendre l'initiative pour limiter les dépenses en cas de dépassement budgétaire.
- Les incertitudes quant à la justesse et à l'exhaustivité des chiffres de l'évolution des dépenses ont conduit à l'ajournement de certaines décisions, qui ont finalement perdu leur raison d'être puisque l'année budgétaire était entre-temps (en grande partie) écoulée.
- Des règles de procédure trop compliquées et parfois inadaptées ont entravé la mise en œuvre des mesures correctrices.

⁴³ Pour l'analyse détaillée, voir le rapport d'audit de 2006, p. 32-39.

Pour remédier à cette situation, les règles de suivi des dépenses définies dans l'arrêté budgétaire du 17 septembre 2005 ont été remaniées. Les prescriptions formelles existantes ont été simplifiées et, au niveau du contenu, l'accent a été déplacé vers un «audit permanent» des dépenses, prévoyant une transmission plus large des informations par l'Inami et visant à accroître la responsabilité des acteurs et permettre l'élaboration de mesures sur une base plus concrète.

La Cour des comptes avait déjà émis des réserves sur cet effet recherché dans son audit de 2006⁴⁴. La plupart des modifications apportées à la réglementation revenaient à formuler de façon explicite et détaillée des tâches qui, auparavant déjà, faisaient partie de la mission fondamentale des organes de concertation.

En d'autres termes, ces derniers auraient déjà pu, dans le cadre de la législation existante, prendre l'initiative d'orienter le suivi du budget au niveau des procédures et de l'organisation afin d'apporter les adaptations souvent évidentes qui ont dû à présent être formellement imposées. La Cour des comptes a ainsi souligné que l'efficacité de la nouvelle réglementation dépendrait, dans un premier temps, de la volonté des acteurs concernés de faire évoluer les dépenses dans les limites du cadre budgétaire prévu.

Le présent audit n'a pas encore pu évaluer dans quelle mesure l'arrêté budgétaire du 17 septembre 2005 a réellement débouché sur une plus grande responsabilisation des acteurs concernés. Des circonstances budgétaires précaires nécessitant une intervention correctrice continue du budget de l'assurance obligatoire soins de santé en cours n'ont effectivement plus été observées durant ces cinq dernières années.

Il reste néanmoins très difficile, même si les dispositions ont été modifiées, d'adapter l'exécution d'un budget en temps opportun et de manière ciblée en raison, d'une part, du mode de suivi du budget (cf. points 4.2 et 4.3) et, d'autre part, du fait qu'imposer des mesures d'économie supplémentaires contrecarre les conventions ou les accords en cours (cf. point 4.4).

4.2 Évaluations intermédiaires

L'Inami établit dans le courant de l'année budgétaire des rapports comportant une évaluation mensuelle des prévisions de trésorerie et de l'évolution des dépenses comptabilisées, en plus d'une comparaison entre les différents flux des données en matière de dépenses (voir chapitre 3). Vu sous cet angle, on peut considérer que l'exécution du budget fait l'objet d'un suivi rigoureux.

Sans préjudice de la valeur intrinsèque de ces rapports périodiques, force est de constater qu'en règle générale, les organes de concertation se contentent d'en prendre acte et n'examinent brièvement l'un ou l'autre aspect spécifique qu'à titre exceptionnel. Qui plus est, ils ajournent souvent l'examen de ces rapports, leur ôtant ainsi à l'évidence leur valeur d'actualité. À ce propos, il s'avère que la commission de contrôle budgétaire place souvent ces rapports à l'ordre du jour de ses réunions après leur examen en réunion du comité de l'assurance ou du conseil général, alors que c'est en sens inverse qu'il faudrait procéder: lorsqu'il s'agit d'évaluer l'évolution des dépenses, c'est à la commission qu'il appartient de remplir une fonction de signal vis-à-vis des autres organes de concertation.

⁴⁴ Voir le rapport d'audit de 2006, p. 38-39 et 54.

Néanmoins, eu égard à leur portée, on ne peut inévitablement octroyer aux rapports mensuels qu'une valeur informative. En effet, la valeur indicative des données de l'évolution des dépenses durant les premiers mois de l'année budgétaire est encore faible et les données déterminantes – les dépenses comptabilisées – ne sont disponibles qu'à la fin du troisième mois suivant le mois sur lequel elles portent. En pratique donc, ce n'est qu'à partir des mois d'août et de septembre au plus tôt que l'on dispose de suffisamment d'indications d'éventuels dépassements de certains objectifs budgétaires partiels.

Il est évidemment déjà tard, à ce moment-là, pour introduire des mesures correctrices qui permettraient de maintenir les dépenses annuelles totales dans les limites de l'objectif budgétaire, d'autant que ces mesures doivent encore être développées concrètement (voir point 4.4). De surcroît, le budget de l'année suivante est confectionné dans la même période (août-octobre), de sorte qu'il est plus facile d'intégrer directement les éventuelles corrections nécessaires dans les mesures pour l'année budgétaire suivante qui se sont avérées possibles ou nécessaires à la lumière des estimations techniques et de la marge de croissance budgétaire.

4.3 Audit permanent

Pour contribuer à remédier aux inconvénients propres aux évaluations intermédiaires, l'arrêté budgétaire du 17 septembre 2005 a disposé que l'Inami soumettrait désormais l'évolution des dépenses à un « audit permanent ». Une analyse des facteurs sous-jacents qui déterminent l'augmentation des dépenses, par secteur et à plus long terme, allait constituer une meilleure base pour étayer le budget et le piloter à l'aide de mesures ciblées si nécessaire. L'arrêté préconisait en tout cas de soumettre la réalisation de nouvelles initiatives et de mesures d'économie à un rapportage régulier.

À l'époque où le système a été instauré, il était prévu de communiquer les constatations de l'audit permanent par le biais d'un rapport par trimestre, mais cette fréquence a été ramenée à un rapport par semestre, à dater des dépenses du premier semestre 2007, en raison de la charge de travail occasionnée aux services administratifs⁴⁵.

Parallèlement à cette initiative, le mode de rapportage aux organes de concertation a fait l'objet d'une réflexion. D'un côté, les rapports sont trop volumineux (750 à 1.000 pages) pour permettre un traitement global au conseil général ou au comité de l'assurance, mais de l'autre, leurs analyses détaillées offrent une aide concrète à la commission de contrôle budgétaire et aux différentes commissions de conventions et d'accords dans l'élaboration de leurs propositions.

L'audit permanent constitue en soi un progrès important. La qualité des analyses transparait d'ailleurs du fait que les commissions de conventions et d'accords y ont recours afin d'élaborer des mesures d'économie qui pourraient être mises en œuvre dans leur secteur⁴⁶. Cependant, la manière dont les rapports d'audit peuvent ou doivent être utilisés pour prendre des mesures lors de la confection ou de l'exécution du budget, par exemple s'il est constaté qu'un secteur risque d'être confronté à un dépassement substantiel de son objectif budgétaire, n'est

⁴⁵ Selon l'Inami, les rapports relatifs au premier et au troisième trimestre ne peuvent guère influencer sur la maîtrise des dépenses, vu le moment où ils sont publiés.

⁴⁶ Par exemple, les économies touchant les médecins (médecine d'urgence) que la ministre des Affaires sociales et l'Inami citent dans leur réponse.

pas encore définie assez clairement, alors que telle était précisément la raison de l'instauration du système de l'audit permanent, et qu'il existait dans le passé une procédure (des clignotants)⁴⁷ qui était réglementée jusque dans les moindres détails. Il est cependant précisé que le rôle des rapports d'audit en tant qu'instrument de maîtrise des dépenses n'a pas été suffisamment mis en relief ces dernières années, au motif que l'évolution des dépenses n'a pas donné lieu à un ajustement en urgence au cours de l'année. Cette constatation se reflète également dans l'attitude des organes de concertation, pour lesquels le traitement des rapports a, petit à petit, perdu de son caractère prioritaire.

4.4 Mécanismes de correction

Si l'on veut respecter les objectifs budgétaires, il est non seulement important de détecter et d'analyser rapidement les risques de dépassements budgétaires, mais il faut également pouvoir disposer sur le moment des instruments nécessaires pour intervenir sans délai.

Ce principe évident figure également dans la législation : par secteur, chaque convention ou accord doit contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire partiel est dépassé ou risque d'être dépassé (article 51, §2, de la loi SSI). Ces mécanismes de correction peuvent comporter des adaptations des honoraires, tarifs ou prix, des modifications de la nomenclature des prestations de soins ou de nouvelles techniques de financement des prestations, mais aussi des règles permettant de maintenir le volume des prestations dans les limites des normes prévues dans la convention ou l'accord.

La situation ne semble guère avoir changé depuis l'audit précédent. La convention ou l'accord ne comprend généralement pas de clause comportant des mécanismes de correction concrets. Le comité de l'assurance ou le conseil général n'interviennent pas sur ce plan lors de l'approbation des conventions ou accords et les secteurs ne prennent pas ou peu d'initiatives en matière de mesures correctrices en cas de (risque de) dépassements budgétaires.

Exemples

L'accord national médico-mutualiste 2009-2010 contient des mesures qui peuvent difficilement être considérées comme un mécanisme de correction utilisable en pratique pour pallier un risque de dépassement budgétaire. Il s'agit des mesures suivantes :

- *« renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription » ;*
- *« adaptation des mécanismes de remboursements dans le cas de prestations bien déterminées dont il serait prouvé, de façon précise et sur base d'analyses objectives, qu'elles font l'objet d'un usage abusif et injustifié » ;*
- *« promotion d'une demande et d'un usage responsable des prestations de santé par l'information, le « pilotage » et la couverture équilibrée par l'assurance des prestations exécutées chez les patients ambulants et hospitalisés ».*

L'accord prévoit en outre une *« diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques qui seront précisées par la Commission nationale médico-mutualiste au moment où il est nécessaire de prendre des mesures de correction »*. Pareille disposition n'est pas directement utile en l'espèce.

⁴⁷ La procédure des feux clignotants figure toujours dans la loi, mais elle ne compte plus dans la pratique, vu le concept plus large d'audit permanent.

Le défaut de cette disposition apparaît clairement lorsqu'on la compare à la clause figurant dans la convention logopèdes-mutualités de 2009-2010. Cette clause dispose concrètement que les mesures de correction s'appliquent principalement aux prestations qui contribuent le plus à un (risque de) dépassement de l'objectif budgétaire partiel annuel, en diminuant, pour les honoraires concernés, « les valeurs du facteur de multiplication R au moins d'un pourcentage égal à celui du dépassement ou du risque précité, tel qu'il ressort des rapports établis [...] dans le cadre de l'audit permanent ».

Il est en outre rappelé que les règles d'intervention en cas de risque de dépassement budgétaire s'articulent autour d'un point de contact auprès de l'Inami, à savoir une commission de conventions ou d'accords ou le collège des médecins-directeurs de l'Inami. Un tel point de contact est toutefois inexistant pour certains budgets partiels (prix de la journée d'hospitalisation pour les hôpitaux, médicaments ainsi que quelques secteurs mineurs), qui ont pourtant connu dans le passé les dépassements budgétaires les plus fréquents et les plus importants. Les organes de concertation ou l'Inami doivent dès lors se borner, en ce qui concerne ces secteurs, à signaler d'éventuels dépassements budgétaires au ministre des Affaires sociales ou au ministre du Budget en émettant tout au plus des suggestions quant à de possibles interventions.

4.5 Conclusion

La comparaison de l'ampleur des dépenses estimées à l'évolution mensuelle des dépenses comptabilisées ne constitue pas une base suffisante pour imposer encore dans le courant de l'année budgétaire des mesures correctrices visant à faire respecter les objectifs budgétaires partiels. Les résultats de la comparaison sont en effet connus trop tardivement, ce qui n'enlève toutefois rien à la valeur informative des évaluations intermédiaires.

Grâce à ses analyses des tendances sous-jacentes des dépenses, l'audit permanent constitue un instrument de maîtrise des dépenses d'une valeur intrinsèque supérieure, mais ce système prometteur n'a pas dépassé le stade purement informatif. La mise en œuvre de l'audit permanent avait pourtant été assortie de l'arrêté budgétaire du 17 septembre 2005 qui dispose que le ministre des Affaires sociales et le conseil général peuvent à tout moment imposer des mesures d'économies afin de corriger l'exécution du budget. Cette réglementation ne s'avère toutefois pas suffisamment contraignante pour que des mesures concrètes soient prises lorsqu'un risque de dépassement budgétaire est constaté.

En outre, comme le mentionne un rapport d'évaluation de la nouvelle procédure budgétaire, les secteurs peuvent percevoir les mesures d'économie supplémentaires qui leur sont imposées comme une ingérence dans les conventions et accords en cours⁴⁸. Ce sont toutefois en premier lieu les secteurs mêmes qui sont en défaut de n'avoir pas prévu de mesure correctrice concrète dans leurs conventions ou accords.

Les constatations ci-dessus engendreront à nouveau des difficultés si la situation budgétaire relativement favorable que connaît actuellement l'assurance obligatoire soins de santé s'inverse. Il convient, à cet égard, de rappeler que, durant la période de 1999-2004, les dépassements budgétaires, qui atteignaient alors 2,28 milliards d'euros, n'ont guère donné lieu à des interventions.

⁴⁸ Le rapport de l'Inami rédigé en février 2009, en exécution de l'article 13 du contrat d'administration 2006-2008 conclu entre l'État et l'Inami précise qu'il reste difficile d'imposer des mesures de correction ponctuelles dans un système de conventions et d'accords bisannuels.

Chapitre 5

Bonis et malis des mutualités

Depuis 1995, un système de bonis et de malis incite les mutualités à contribuer à la maîtrise des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé. Les mutualités participent en effet au pilotage de l'évolution des dépenses, tant de façon globale que dans leurs contacts avec leurs affiliés :

- Au niveau global, elles participent, dans le cadre des organes de concertation, aux décisions à propos des tarifs des prestations, du montant des dépenses budgétaires et des mesures de correction nécessaires.
- Au niveau des affiliés, elles peuvent notamment influencer sur les dépenses par des campagnes de prévention ou des contrôles de la légalité des factures des prestations médicales.

Ce système de bonis et malis, défini aux articles 196 à 201 de la loi SSI, confère à chaque mutualité la responsabilité d'une partie de l'objectif budgétaire global⁴⁹ (la *quotité budgétaire*). Cette quotité est déterminée au moyen de deux clés de répartition : 70 % selon le poids qu'elle représente dans le total des dépenses de l'ensemble des mutualités et 30 % selon le profil des affiliés (prenant en compte l'état de santé, l'âge et certains facteurs socio-économiques)⁵⁰.

Lorsque les dépenses d'une mutualité au cours de l'année concernée restent en deçà de sa quotité budgétaire, elle reçoit 25 % de ce surplus (*boni*). Dans l'hypothèse inverse, elle doit supporter 25 % du déficit (*mali*). Un plafond a été prévu afin d'éviter que la responsabilité financière des mutualités ne soit trop étendue en cas de déficit financier élevé : si l'objectif budgétaire global est dépassé de plus de 2 %, le mali des mutualités reste bloqué à 2 % de leur quotité budgétaire.

Pour la période 1995-2004, les mutualités ont été rendues responsables de l'évolution budgétaire pour un montant de 175,9 millions d'euros par solde (somme du boni et du mali). Depuis 2005, par contre, un montant (provisoire) de 552,2 millions d'euros leur a été octroyé à titre de boni. L'ampleur et la répartition de ce montant ont récemment été critiquées et remises en question⁵¹.

⁴⁹ En outre, le montant de l'objectif budgétaire global est minoré des dépenses prises en charge non pas par les mutualités, mais par l'Inami, telles que les dépenses d'accréditation des médecins ou dentistes et l'intervention dans le dossier médical global. Les montants qui ne sont pas financés par les Gestions globales de l'ONSS et de l'Inasti sont également déduits de l'objectif budgétaire. Pour l'année 2011, il s'agit du transfert de 1.093,5 millions d'euros opéré vers la sécurité sociale et de la réduction des besoins de trésorerie de l'Inami à concurrence de 252 millions d'euros suite à la sous-utilisation de l'objectif (décision prise par le gouvernement en mars 2011).

⁵⁰ Pour de plus amples informations à propos de cette ventilation (coefficients et paramètres), voir la contribution de H. Avalosse, A. Crommelynck et X. De Bethune, « Rôles, missions et initiatives des mutualités dans les soins de santé », *Bulletin de documentation du SPF Finances*, 2010, n° 1 (partie 3 : La responsabilité financière des organismes assureurs).

⁵¹ Voir notamment la demande d'explications sur les « millions de bonus à distribuer entre les mutuelles » (question n° 4-1078), *Annales, Sénat*, 15 octobre 2009, n° 4-89, p. 77.

5.1 Ajustements de la méthode de calcul

Un ralentissement ou une accélération du rythme de comptabilisation des dépenses par les mutualités à la fin de l'année peut entraîner une augmentation ou une diminution d'un excédent ou d'un déficit du budget de cette même année⁵². Le rapport d'audit précédent a donc préconisé de neutraliser l'impact du rythme de comptabilisation lors du calcul du montant du boni ou du mali.

La réglementation a été révisée en ce sens en juillet 2008⁵³: à partir des dépenses de 2006, la responsabilité financière est d'abord déterminée provisoirement en fonction des dépenses comptabilisées pour l'année et fixée ultérieurement sur la base des dépenses réelles qui ont dû être prises en charge par la mutualité pour cette année.

La répartition de la responsabilité financière selon le profil des affiliés de chaque mutualité a aussi été remaniée. Les données utilisées à cette fin ont été actualisées⁵⁴ et une équipe de recherche universitaire a eu pour mission d'examiner les améliorations possibles en la matière sur le plan de la méthode et des procédures⁵⁵.

5.2 Boni de 552,2 millions d'euros

Selon l'état des lieux établi au 15 mai 2011, les mutualités ont reçu des bonis pour un montant total de 552,2 millions d'euros pour les années budgétaires allant de 2005 à 2010: 28,2 millions d'euros pour 2005; 98,4 millions d'euros pour 2006 et, sur la base des données provisoires, 115,4 millions d'euros pour 2007; 70,5 millions d'euros pour 2008, 90,5 millions pour 2009 et 149,2 millions d'euros pour 2010⁵⁶.

La gestion de ces moyens fait parfois l'objet de malentendus auxquels contribue une réglementation complexe. Cette réglementation dispose en substance que les mutualités peuvent seulement utiliser leurs bonis pour régler leurs malis ultérieurs. Elles ne peuvent entre-temps ni gérer ni placer ces moyens⁵⁷.

En attendant qu'ils soient utilisés pour compenser les malis, les moyens en provenance des bonis sont utilisés dans la trésorerie de la sécurité sociale pour financer les dépenses courantes de l'assurance obligatoire soins de santé. La mutualité se voit ainsi dispensée de compenser le mali ultérieur à concurrence de ce montant. Pour le dire de façon un peu simplifiée, la responsabilité financière prendra simplement la forme d'une déduction comptable de la réserve de bonis au bilan de la mutualité⁵⁸.

⁵² Voir le chapitre 3 pour l'impact des variations du rythme de comptabilisation.

⁵³ Articles 117 à 122 de la loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses.

⁵⁴ Par exemple, en intégrant également les données relatives à la consommation de médicaments et celles des diagnostics d'hospitalisation parmi les paramètres présidant à l'évaluation des besoins en soins de santé des affiliés d'une mutualité et, par conséquent, au calcul de la clé de répartition normative du budget.

⁵⁵ Notamment pour répondre aux critiques de la Cour des comptes concernant l'impact de la fixation tardive de la clé de répartition normative sur l'approbation et la transmission des comptes de l'Inami. Voir Cour des comptes, 166^e Cahier, Volume I, p. 487-493. Disponible sur www.courdes-comptes.be.

⁵⁶ Il existe des disparités importantes entre les mutualités, tant en ce qui concerne la réalisation d'un boni ou d'un mali sur leur quotité budgétaire que le montant de celui-ci.

⁵⁷ Voir aussi l'article 199 de la loi SSI et la circulaire 07/08/D1 de l'Office de contrôle des mutualités du 14 mars 2007.

⁵⁸ Pour apurer les malis, les mutualités doivent en effet d'abord épuiser la réserve de bonis avant de pouvoir faire appel aux cotisations de leurs affiliés ou de faire intervenir leurs fonds propres.

Cependant, s'il est vrai que les moyens issus des bonis peuvent exclusivement être utilisés pour la sécurité sociale, il ne faut pas perdre de vue le fait que cette dernière ne pourra plus compter, dès le moment où la situation budgétaire de l'assurance obligatoire soins de santé connaît une évolution négative, sur des moyens financiers issus des malis (montant fixé provisoirement à 552,2 millions d'euros).

Explication

Les mutualités reçoivent mensuellement une avance de l'Inami en fonction de la quotité budgétaire qui leur est attribuée (les « douzièmes budgétaires »). Si ces douzièmes budgétaires sont supérieurs à leurs dépenses réelles et qu'un montant du boni s'y ajoute année après année, leurs liquidités atteignent rapidement un montant trop important et, par conséquent, une partie substantielle des ressources de la sécurité sociale risque de rester trop longtemps inutilisée. Les mutualités sont dès lors incitées à ne conserver qu'un minimum de liquidités, et ce, par le biais d'un incitant intégré dans le système de remboursement de leurs frais administratifs.

Avant 2006, il n'existait toutefois pas de mécanisme permettant aux mutualités de reverser dans le courant de l'année des surplus de liquidités à l'Inami (avec la possibilité, en cas de besoin, d'en récupérer le tout ou une partie avec la même souplesse). La nécessité de prévoir une telle solution structurelle s'est imposée à la suite de l'évolution budgétaire et de la forte hausse des surplus de liquidités qui s'en est suivie. C'est ainsi que le système de la réserve d'attente a été créé fin 2006⁵⁹.

Le montant total reversé par une mutualité dans la réserve d'attente est additionné ultérieurement au montant qu'elle doit soit rembourser, soit recevoir pour cette année selon que les douzièmes budgétaires liquidés par l'Inami ont ou non suffi à couvrir les dépenses. Est également déduite au moment du décompte, la part de la mutualité dans l'excédent ou le déficit budgétaire (boni ou mali).

La centralisation auprès de l'Inami du surplus de liquidités dans la réserve d'attente réduit à son tour la nécessité pour l'Inami de demander le versement de liquidités de la sécurité sociale gérées au niveau global pour financer les dépenses courantes de l'assurance obligatoire soins de santé (tel que le paiement des douzièmes budgétaires aux mutualités). De cette façon, les besoins à financer de l'Inami diminuent annuellement d'un peu plus d'un demi-milliard d'euros (en moyenne) depuis 2006.

5.3 Absence d'évaluation de l'efficience du système

Tout système associant des incitants financiers à un résultat à atteindre doit faire l'objet d'une évaluation régulière afin de garantir que les deux composantes (moyen et objectif) soient alignées de façon optimale. Or, une telle évaluation n'a pas été effectuée en ce qui concerne la responsabilité financière des mutualités, et ce quinze ans après l'instauration du système. Les circonstances qui avaient mené en 1995 à la mise en place du système ont pourtant profondément changé, surtout depuis 2005 :

- La norme de croissance serrée (1,5%) appliquée de 1995 à 2000 a entraîné un risque élevé de dépassements budgétaires et une marge d'excédents budgétaires limitée. Pareil contexte contribue à expliquer pourquoi il existe un plafond pour le mali (limité à 2% maximum de la quotité budgétaire, en cas de dépassement de plus de 2% de l'objectif budgétaire global) et non pour le boni. Les incitants qui devaient émaner du système ont pourtant été renforcés à partir de 1998 : la part de boni et de mali attribuée est passée de 15 à 20% et même, plus tard, à 25%.

⁵⁹ Article 202, § 1^{er}, de la loi SSI.

- De 2000 à 2005, la marge de croissance budgétaire a fait l'objet d'un élargissement systématique. Cet élargissement s'inscrivait toutefois dans le cadre d'une opération de rattrapage jugée nécessaire et n'avait dès lors pas nécessité immédiatement de revoir la réglementation existante en matière de bonis et de malis. Dans cette période, il était par ailleurs question d'importants dépassements budgétaires, de sorte que la réglementation existante en matière de plafond en cas de mali a épargné aux mutualités d'avoir à supporter une trop lourde responsabilité financière dans ce cadre.
- En 2005, une évaluation allait tout de même être réalisée afin de savoir si le système pouvait être maintenu sous sa forme existante⁶⁰. En raison des déficits budgétaires, les mutualités avaient dû continuellement alimenter leur réserve pour faire face aux malis éventuels au cours des années précédentes, au moyen de fonds propres ou de cotisations de leurs affiliés. Le but était de vérifier dans quelle mesure leur responsabilité financière était proportionnelle à leur capacité effective à contribuer à la maîtrise des dépenses.

Par la suite, l'année 2005 s'est avérée une année charnière. À partir de là, des excédents budgétaires ont été réalisés chaque année. Aucun des acteurs concernés n'a pris d'initiative depuis lors en vue de procéder à l'audit de performance préconisé en 2005.

Vu l'absence d'évaluation de l'efficacité du système, il est impossible de répondre à la question évidente de savoir pourquoi, aujourd'hui encore, les incitants sont les mêmes que ceux qui étaient utilisés à une période où le résultat visé était nettement plus difficile à atteindre (maîtrise des dépenses dans le cadre d'une norme de croissance de 1,5% au lieu de 4,5%).

L'effet stimulant que devrait avoir un système de responsabilité financière se vide entre-temps de sa substance, étant donné que les incitants ne sont pas répartis de manière équitable dans le temps.

- Les mutualités ont rapidement pu accumuler une réserve importante de bonis à partir de 2006⁶¹, à tel point que, en 2008 déjà, le montant de cette réserve équivalait à plus du double de leur contribution sur l'ensemble de la période 1995-2004 (175,9 millions d'euros).
- Le montant des bonis actuels (552,2 millions d'euros) permet de supposer que, durant les dix prochaines années au moins, les mutualités – en tout cas prises dans leur ensemble – ne devront plus faire appel à leurs fonds propres ou aux cotisations de leurs affiliés pour assumer leur responsabilité financière au niveau des malis⁶².

⁶⁰ *Doc. parl.*, Chambre, 3 décembre 2004, DOC 51 1371/031, Note de politique générale du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, p. 35.

⁶¹ Cette forte augmentation est due à la combinaison de l'ampleur des excédents budgétaires et du mode de calcul des bonis (25% des dépenses réalisées au-delà de la quotité budgétaire de la mutualité sans qu'une limite maximale soit d'application).

⁶² À politique inchangée et compte tenu de la réserve constituée dans le fonds d'avenir, il est effectivement improbable que des déficits substantiels se produisent systématiquement à court terme et que les fonds de réserve spéciaux ne soient plus jamais alimentés par des parties du boni. En tout état de cause, le plafond instauré pour le mali limiterait d'ailleurs l'impact des déficits importants.

En outre, des excédents budgétaires sont réalisés – et donc des bonis octroyés – pour l'unique raison que de nouvelles initiatives prévues au moment de la confection du budget ou une indexation des prestations planifiée ne sont exécutées que tardivement, voire pas du tout (voir chapitre 2). Il est pourtant clair que les mutualités n'ont en principe rien à y gagner ni n'assument une quelconque responsabilité individuelle sur ce plan. Ce constat est évidemment tempéré par le fait qu'il est tout autant envisageable que les dépenses réelles dépassent les dépenses budgétées à cause d'une mise en œuvre tardive des mesures d'économie planifiées ou en cas de non-réalisation de celles-ci.

5.4 Conclusion

Pour pouvoir garantir et justifier qu'un système de bonis et de malis incite financièrement les mutualités à participer à la maîtrise des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé, l'efficacité du fonctionnement de cet outil doit, à l'évidence, être régulièrement évaluée. En comparaison, la question de savoir comment les fonds provenant du boni ou du mali sont compensés, liquidés ou gérés revêt une importance secondaire. Or, cette question semble être l'unique préoccupation des acteurs concernés: ces dernières années, ce sont les clés de répartition appliquées et l'utilisation du boni octroyé qui ont été au centre de toutes les préoccupations.

La nécessité d'un audit de performance du système a pourtant déjà été explicitement admise dans la note de politique générale de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique ayant trait à l'année 2005. À ce jour, aucun audit de ce genre n'a toutefois été entamé. Il avait été estimé, dans cette note de politique, qu'il fallait examiner la relation entre la responsabilité financière individuelle des mutualités et leurs possibilités d'influer collectivement (en passant par les organes de concertation où elles siègent) et individuellement (vis-à-vis de leurs affiliés) sur les dépenses. Le présent audit signale que l'évaluation du système devrait aussi, en tout état de cause, traiter des constatations suivantes :

- Les mêmes bonis et malis sont toujours appliqués, bien que le résultat visé soit très différent (maîtrise des dépenses en tenant compte d'une norme de croissance de 1,5% au lieu de 4,5%) et que son incidence financière puisse être nettement plus importante (étant donné que le montant des dépenses sur la base desquelles ils sont calculés a déjà triplé depuis l'instauration du système).
- La responsabilité financière à supporter en cas de mali est plafonnée à 2% de la quotité budgétaire de la mutualité, alors que le montant du boni ne connaît aucun plafond. Or, il est entre-temps apparu que les incitants émanant du système sont, par conséquent, répartis inégalement dans le temps et, par conséquent, perdent tout effet (la réserve accumulée au cours des cinq dernières années à concurrence de 552,2 millions d'euros est, en principe, suffisante pour couvrir les éventuels malis réalisés dans les dix prochaines années).
- La responsabilité financière est calculée en confrontant les dépenses effectuées aux dépenses budgétées, bien qu'une part importante de cette différence puisse simplement être due à des mesures prévues dans le budget qui ne sont finalement pas concrétisées ou le sont après la date convenue (nouvelles initiatives, économies ou indexation) alors que les mutualités n'en retirent aucun avantage et n'assument pas de responsabilité individuelle à ce niveau.

Chapitre 6

Cotisations et économies dans le secteur pharmaceutique

Le secteur pharmaceutique représente une part importante du budget de l'assurance obligatoire soins de santé (16%). L'importance de ce budget et, surtout, la fréquence de ses dépassements expliquent la mise en place d'une politique spécifique pour le secteur en matière de maîtrise des dépenses. Elle se caractérise par une combinaison de cotisations et d'économies.

6.1 Cotisations au titre d'instrument de la politique budgétaire

Les cotisations sur le chiffre d'affaires ont été instaurées en 1990 dans le souci de compenser (financièrement) l'augmentation importante des dépenses de médicaments. De nouvelles cotisations sont venues s'y ajouter dans les années qui ont suivi, soit parce qu'il fallait réagir au dérapage du budget des médicaments, soit parce qu'il fallait compenser l'augmentation de l'enveloppe budgétaire (comme en 2005). En 2006, les diverses cotisations ont été regroupées en une cotisation unique, elle-même complétée en 2010 et 2011 par une cotisation de crise (temporaire).

Le lien entre les cotisations et l'évolution des dépenses s'est estompé ces dernières années. On se réfère à la place en termes généraux au contexte budgétaire de l'assurance soins de santé et/ou de la sécurité sociale.

Exemple

La reconduction de la cotisation ordinaire pour 2011 « permet de maintenir une continuité au niveau budgétaire par rapport à la politique menée à cet égard au cours des années antérieures ». La cotisation de crise mise en place pour 2010 et 2011 vise à « faire contribuer l'industrie pharmaceutique au maintien de l'équilibre dans la sécurité sociale »⁶³.

Entre 2005 et 2010, l'industrie pharmaceutique a versé des cotisations pour un total de 1.618 millions d'euros, soit un montant annuel d'à peu près 270 millions. De 2001 à 2004, ce montant n'avait jamais atteint les 100 millions d'euros par an.

Depuis 2001, une cotisation de récupération⁶⁴ est venue s'ajouter à cette « cotisation ordinaire ». Cette cotisation n'est perçue qu'en cas de dépassement de l'enveloppe budgétaire⁶⁵.

Cette cotisation ne couvre cependant pas tout le dépassement constaté (depuis 2005, 63% du dépassement sont récupérés en moyenne). En effet, la part des dépenses supplémentaires qui ne sont pas imputables à l'industrie pharmaceutique est d'abord déduite du montant du dépassement (principe de la *neutralisation*). La cotisation de l'industrie pharmaceutique est en outre limitée à 100 millions d'euros, puisqu'il est admis que cette industrie n'est pas responsable de la part des autres dispensateurs (grossistes, pharmaciens) dans les économies non réalisées.

⁶³ *Doc. parl.*, Chambre, DOC 53 0771/001, Exposé des motifs de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, p. 70.

⁶⁴ Le fonctionnement de ce système tel qu'il est décrit ici est celui en vigueur depuis 2008. Les systèmes antérieurs différaient surtout en ce qui concerne le mode de perception.

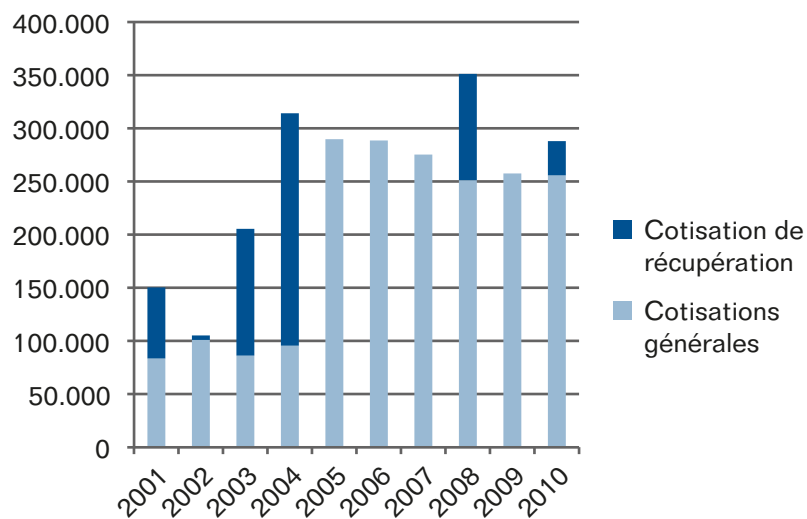
⁶⁵ La révision en septembre de l'année budgétaire des estimations techniques détermine s'il y a ou non dépassement de l'enveloppe budgétaire.

Exemple

En septembre 2008, les estimations techniques revues indiquaient un dépassement budgétaire de 124,1 millions d'euros. Le système de la neutralisation avait permis de le réduire de 6,5 millions d'euros dans un premier temps. Ensuite, comme le solde (117,6 millions d'euros) dépassait le plafond, le recouvrement a finalement été limité à 100 millions d'euros.

Les rentrées générées par la cotisation de récupération ont beaucoup diminué depuis 2005 (voir graphique 2). Pour mettre fin à une situation de dépassements budgétaires structurels (souvent importants), il a été décidé de doter l'enveloppe budgétaire destinée aux médicaments d'un montant « plus réaliste »⁶⁶ en l'augmentant substantiellement (+ 15,6%). De ce fait, l'importance des dépassements et la fréquence de ceux-ci ont diminué. Les récupérations dues aux dépassements se sont élevées à 132 millions entre 2005 et 2010.

Graphique 2 – Évolution des cotisations 2001-2010 (en milliers d'euros)



Source: Inami

6.2 Maîtrise des dépenses par le biais d'économies

Entre 2005 et 2010, l'industrie pharmaceutique a non seulement payé des cotisations pour un montant de 1.750 millions d'euros, mais elle a également contribué à la maîtrise des dépenses en réalisant des économies pour un total de 531,6 millions d'euros.

Les économies doivent avant tout limiter les dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé pour les médicaments de marque hors brevet⁶⁷. En effet, pour des raisons économiques, il n'est pas évident de prévoir des économies systématiques dans le remboursement de médicaments de marque protégés par un brevet⁶⁸.

⁶⁶ Un accord conclu entre le ministre des Affaires sociales et l'industrie pharmaceutique spécifiait que l'élaboration des budgets « allait évoluer, par phases, vers une fixation de budgets réalistes ». Voir aussi le rapport d'audit de 2006, p. 20.

⁶⁷ La protection par le brevet est valable vingt ans et doit être demandée avant la mise du médicament sur le marché. La durée restante de protection par brevet d'un médicament remboursé par l'assurance maladie varie de dix à douze ans.

⁶⁸ Dans le cas des médicaments sous brevets, l'Inami et le producteur peuvent convenir par exemple de compenser les dépenses au-delà d'un montant défini. Ce procédé, qui a été récemment appliqué à plusieurs reprises, permet de réaliser des économies considérables dans l'assurance maladie. Lors de l'établissement du budget pour 2011, la commission de contrôle budgétaire et le comité de l'assurance ont dès lors proposé d'étendre l'application de ce procédé, mais cette proposition n'a pas été reprise dans la décision du conseil général.

Parallèlement, les médecins sont incités à «prescrire moins cher». Ces termes ne font pas uniquement référence aux médicaments génériques et aux copies – qui sont mis en vente à un prix bien plus bas que celui des médicaments de marque et présentés en remplacement de ceux-ci – mais aussi aux médicaments de marque dont le prix a été abaissé à la demande du producteur.

Mentionnons également, pour être complets, deux mesures pour lesquelles aucune économie n'a été systématiquement budgétée: le financement forfaitaire des médicaments utilisés fréquemment en milieu hospitalier (qui a été introduit le 1^{er} juillet 2006 et a abouti à une diminution des dépenses pharmaceutiques des hôpitaux) et l'incidence du blocage des prix des médicaments (cette technique de non-indexation est utilisée en continu depuis 1990 et représente en 2011 une diminution des dépenses de 74 millions d'euros⁶⁹).

Le point 6.2.1 ci-après commente les principales techniques d'économie. Le point 6.2.2 est consacré à la technique dont on a probablement le plus parlé ces dernières années: la procédure Kiwi.

6.2.1 Baisse de prix et remboursement de référence

Les médicaments de marque hors brevet sont devenus moins chers tant pour l'assurance obligatoire soins de santé que pour le patient grâce aux baisses de prix imposées⁷⁰. L'application du système de remboursement de référence (article 35ter de la loi SSI) limite quant à elle le remboursement de ces médicaments par l'assurance obligatoire au montant remboursé pour leur équivalent générique. Ce médicament de marque revient alors plus cher au patient étant donné que la mesure n'a pas d'impact sur le prix de vente (fixé par le ministre de l'Économie). Ce système de remboursement vise à encourager la consommation de médicaments génériques et de copies.

Entre 2005 et 2010, plus de 70% du total des économies ont été réalisées grâce aux baisses de prix et au système de remboursement de référence.

Commentaire

Les médicaments qui, en 2010, font l'objet d'un remboursement depuis plus de dix-neuf ans et pour lesquels il existe un équivalent générique coûtent à l'assurance obligatoire soins de santé 46,2% de moins qu'au moment de leur mise sur le marché. Une telle diminution des dépenses résulte de l'effet cumulé des baisses de prix imposées (15% à partir de la treizième année de remboursement et 17% à partir de la seizième) et de la diminution du remboursement liée à l'intégration dans le système de remboursement de référence calculé sur ce prix réduit. Le calcul de l'objectif budgétaire global pour 2011 prévoit une diminution supplémentaire du prix ainsi que le remboursement en cas d'intégration dans le système du remboursement de référence (montant estimé de l'économie pour 2011: 56 millions d'euros au total).

Les baisses de prix et le système du remboursement de référence limitent bel et bien les dépenses d'un médicament en particulier, mais n'entraînent pas nécessairement une diminution des dépenses pour d'autres médicaments du même groupe.

⁶⁹ Voir *Lettre ouverte aux mutualités*, Pharma.be, 27 septembre 2010 (http://www.pharma.be/assets/files/2075/2075_129301569960372836.pdf).

⁷⁰ Article 69 de la loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé.

Exemple

Dans la classe des antipsychotiques, l'application du remboursement de référence a certes généré une économie au niveau des dépenses pour la rispéridone, mais cette économie a été intégralement neutralisée par la hausse des dépenses afférentes aux antipsychotiques qui ne font pas encore partie du système de remboursement de référence⁷¹.

6.2.2 Procédure Kiwi

La procédure Kiwi est une variante de la révision par groupes qui conditionne au respect d'une condition spécifique le remboursement d'un groupe de médicaments contenant une même composante active. Pour la révision par groupes «classique», cela signifie que les médicaments sont remboursés uniquement s'ils sont prescrits conformément aux directives de bonne pratique médicale de l'Inami. Pour la procédure Kiwi, ce sont les prix de vente qui constituent la condition: les médicaments sont répartis en différentes catégories de remboursement en fonction des offres de prix des producteurs et le médicament le moins cher bénéficie du remboursement le plus élevé.

La rigidité des règles de procédure et le fait que, contrairement à sa finalité initiale, la procédure kiwi peut seulement s'appliquer aux médicaments de marque hors brevet ont finalement contribué à réduire le champ d'application de la procédure aux hypocholestérolémians (statines) ayant la simvastatine comme composante active. L'Inami a constaté sur ce point que les dépenses relatives aux médicaments comprenant la simvastatine comme composante active ont diminué de 14,5 millions d'euros en 2008, alors qu'au cours de la même période, les dépenses relatives aux statines dotées d'une autre composante active ont grimpé d'environ 26,1 millions d'euros. L'augmentation des dépenses totales afférentes aux statines résulte de la hausse du nombre de patients auxquels de tels médicaments sont prescrits⁷².

6.3 Conclusion

Les cotisations prélevées sur le chiffre d'affaires (recettes) sont un élément important de la politique dans le secteur des médicaments. La hauteur de ces cotisations varie constamment: en effet, tant le rythme de croissance des dépenses que les évolutions en dehors du budget des médicaments (par ex. dans la sécurité sociale) sont pris en compte.

Parallèlement, la croissance des dépenses est freinée par des économies, réalisées principalement en limitant la part de remboursement de l'assurance maladie dans le coût des médicaments. Or, le facteur déterminant dans l'évolution des dépenses n'est pas le prix, mais l'augmentation de la consommation. Les seuls instruments valables pour s'attaquer à cette évolution seraient des mesures structurelles à long terme (hors des périodes des budgets annuels).

⁷¹ Inami, *Rapport Morse*, second semestre 2008 (disponible sur www.inami.fgov.be).

⁷² Inami, *Rapport Morse*, second semestre 2008, disponible sur www.inami.fgov.be, et Centre fédéral d'expertise des soins de santé, *Les statines en Belgique: évolutions de l'utilisation et impact des politiques de remboursement*, KCE Reports n° 141B (2010), disponible sur www.kce.fgov.be.

Chapitre 7

Conclusion générale et recommandations

Le volume des dépenses en soins de santé et son augmentation ont amené le législateur à mettre en place des procédures spécifiques afin de maîtriser le poids budgétaire qu'il représente pour la sécurité sociale. En soi, ces procédures sont bien élaborées (point 7.1), mais elles ne reposent pas sur une vision cohérente (point 7.2) dans la mesure où la maîtrise des dépenses qu'elles visent en est déjà à sa quatrième définition.

7.1 Conclusions et recommandations relatives aux procédures

Dans son audit précédent, la Cour des comptes avait fait remarquer que les procédures budgétaires devaient être améliorées aux plans juridique et organisationnel. L'arrêté budgétaire du 17 septembre 2005 et les nouvelles initiatives de l'Inami ont remédié entre-temps à ces problèmes. La confection du budget repose à présent sur des chiffres plus actuels et sur des propositions des organes de concertation plus étayées. Le déroulement du suivi s'est également amélioré : les différents flux de données concernant les dépenses ont gagné en harmonisation et l'Inami analyse régulièrement les déterminants sous-jacents de certaines tendances des dépenses. En plus, les procédures de suivi ont été simplifiées et assouplies.

Un problème subsiste dans certains secteurs où les indications de dépassement du budget restent sans effet. Les instruments permettant une intervention ciblée et directe dans ces secteurs ne sont pas utilisés ni développés. Les problèmes constatés sont dès lors simplement reportés à la confection du budget de l'année suivante, c'est-à-dire à un stade où ils sont souvent perçus comme accessoires par rapport à la situation budgétaire globale⁷³. Dans l'intervalle, des bonis et malis sont toutefois octroyés aux mutualités en fonction du résultat budgétaire, mais la question de savoir si, et de quelle manière, ce système contribue effectivement à la maîtrise des dépenses (comme le prévoyait d'ailleurs son objectif) ne se pose manifestement pas.

Il découle logiquement de cette dernière constatation que le système actuel de bonis et malis auquel sont soumises les mutualités doit être évalué. Par ailleurs, il est recommandé de renforcer le lien entre le suivi de l'évolution des dépenses et l'exécution du budget. La commission de contrôle budgétaire pourrait, en dehors du processus de confection du budget et, au besoin, pour un secteur bien spécifique, jouer un rôle de premier plan en élaborant des propositions d'interventions jugées indispensables (un délai de réaction strict serait laissé aux acteurs concernés). Elle assurerait pour ainsi dire le rôle de l'ancienne procédure des feux clignotants, fondée cette fois sur des données chiffrées mieux étayées.

Dans tous les cas, il revient aux secteurs de prendre leur responsabilité et de définir concrètement à l'avance dans leurs « accords tarifaires » bisannuels les actions qu'ils entreprendront en cas de risque de dépassement budgétaire. Étant donné que cette condition (que la loi impose du reste) n'est généralement pas

⁷³ Les constatations formulées dans les rapports intermédiaires et dans le cadre de l'audit permanent des dépenses n'alimentent actuellement que (sommairement) les propositions de mesures pour le budget de l'année suivante. Ces propositions au sujet desquelles la commission de contrôle budgétaire formule un avis n'ont suscité que peu de réactions, du moins jusqu'à la confection du budget 2011.

remplie et que le conseil général ne manifeste pas de réaction, les secteurs utilisent trop facilement l'argument selon lequel une intervention dans le budget en cours mettrait en péril l'équilibre de l'accord conclu et n'est donc pas souhaitable.

7.2 Conclusions et recommandations relatives à la structure

L'objectif visant à maîtriser l'évolution des dépenses par la voie budgétaire s'est concrétisé de quatre manières différentes entre 1994 et 2011. Initialement, l'accent était mis sur une limitation du volume des dépenses et de sa forte augmentation. Maintenant, l'assurance maladie obligatoire est devenue une source de recettes pour les autres branches de la sécurité sociale.

Commentaire

- Un volume de dépenses plus bas

En 1994, le législateur a imposé l'instrument de la marge de croissance et les procédures relatives à la confection et au suivi du budget dans un contexte de discipline budgétaire rigoureuse, rendue nécessaire par la volonté de faire adhérer la Belgique à l'Union monétaire européenne. Le but était alors clairement de contenir le volume des dépenses (voire d'infléchir la tendance réelle des dépenses si nécessaire). Ce but s'est traduit spécifiquement dans la hauteur de la norme de croissance, qui a alors été maintenue à 1,5%.

- Un mouvement de rattrapage nécessaire (phase de transition)

Dès que l'adhésion à la zone euro est devenue réalité, il a été jugé nécessaire de procéder à un mouvement de rattrapage au motif que les limitations budgétaires existantes n'étaient pas compatibles avec une croissance naturelle des dépenses et qu'elles auraient eu pour conséquence de réduire inévitablement l'offre de couverture⁷⁴. Ce mouvement de rattrapage s'est étalé de 1999 à 2003. Il s'est accompagné de déficits budgétaires parfois importants et a nécessité chaque année de revoir l'un des paramètres qui déterminent la marge de croissance notamment :

- en accordant un montant élevé de dépenses exceptionnelles au-delà de l'augmentation autorisée par la norme de croissance et l'indexation escomptée (soit un montant cumulé de 700,3 millions d'euros en 1999 et en 2001) ;
- en relevant la norme de croissance de 1,5% à 2,5% à partir de 2001 ;
- en établissant une nouvelle base de calcul de la trajectoire de croissance (augmentation forfaitaire de l'objectif budgétaire global à 12.412,7 millions d'euros en 2000).

- Un accès aisé à des soins de santé de qualité

L'abandon de la priorité budgétaire, d'abord considéré comme une phase de transition, a ensuite été explicité et formalisé dans l'accord de gouvernement fédéral conclu en juillet 2003. Des engagements ont alors été pris afin de laisser les dépenses de l'assurance soins de santé obligatoire s'accroître au cours des quatre années suivantes à un taux de 4,5% par an en termes réels afin de garantir une grande accessibilité à des soins de santé de qualité pour tous.

Cette intention a été réitérée dans l'accord de gouvernement fédéral de mars 2008, mais dans un contexte entre-temps profondément modifié. Depuis 2005, le rythme de croissance réel des dépenses était en effet inférieur à la marge de croissance autorisée par la loi, entraînant des excédents budgétaires. Au lieu d'abaisser la norme de croissance, l'accord de gouvernement a confirmé la pratique qui consiste à affecter ces excédents à la constitution de réserves destinées à un fonds d'avenir des soins de santé.

⁷⁴ Point de vue de l'Inami concernant les précédentes constatations d'audit de la Cour des comptes (rapport d'audit de 2006, p. 14-16).

- Une contribution nécessaire à la sécurité sociale (phase de transition)

La crise financière et économique du second semestre de 2008 a non seulement occasionné des dépenses supplémentaires importantes dans l'assurance chômage, mais elle a aussi grevé les recettes (cotisations sociales). Dans ces circonstances, il a été décidé de réserver en 2010 et 2011 pour l'assurance obligatoire soins de santé, dans les limites du rythme de croissance autorisé, un montant pour contribuer à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Le système des transferts a vidé de sa substance l'instrument qu'est la norme de croissance. Dans la pratique, ce sont les transferts qui déterminent la mesure dans laquelle les dépenses budgétées de l'assurance obligatoire soins de santé peuvent augmenter: vu l'importance grandissante de ces transferts, seule une partie limitée de la marge de croissance budgétaire peut être consacrée aux dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé.

L'instrument de la norme de croissance (et en particulier, la norme fixée à 4,5%) reste néanmoins maintenu afin que les flux budgétaires et financiers en faveur de l'assurance maladie ou de la sécurité sociale ne diminuent pas eux aussi. Le mode de fonctionnement actuel permet aux organes de concertation d'avoir une certaine prise sur le financement puisqu'ils doivent aussi déterminer le montant des transferts lors de la confection du budget.

Le système actuel des transferts n'est en tout cas acceptable que pendant une courte période de transition. À partir de 2012, la seule alternative possible, en substance, sera de revoir soit le mode soit l'objectif des procédures budgétaires de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. Le choix final devra être maintenu à long terme⁷⁵.

- Soit on opte pour le maintien d'un pourcentage global de croissance pour l'assurance maladie obligatoire (et des procédures de confection et de suivi du budget qui y sont liées). Ce choix n'a toutefois vraiment de sens que si on souhaite retourner à l'objectif pour lequel ces mesures ont été conçues: une limitation rigoureuse de l'évolution des dépenses qui contraint les acteurs concernés à poser des choix lors de la répartition entre les objectifs budgétaires partiels. C'est d'ailleurs dans cette optique que les structures de concertation inscrites à cet effet dans la loi SSI ont été prescrites.
- Soit on met l'accent sur, à la fois, l'accessibilité et la qualité des soins de santé. Dans ce cas, le budget doit suivre au plus près la tendance réelle des dépenses et il s'agit alors d'opérer des choix plus explicites et détaillés. Le maintien d'un pourcentage global de croissance n'a aucun sens dans cette optique. Les facteurs sous-jacents de la croissance des dépenses, tels que le vieillissement de la population ou les innovations, ainsi que la politique qui doit y être associée, ne sont en effet nullement identiques dans les différents secteurs des soins de santé (soins palliatifs, consultations de médecins, prestations dentaires et prestations pharmaceutiques,...). Dans ce contexte, ce serait alors une refonte complète de la réglementation existante qui s'imposerait.

⁷⁵ Dans son audit précédent, la Cour des comptes avait calculé que, si la trajectoire de croissance initiale basée sur une norme de croissance de 1,5% n'avait pas été modifiée, l'objectif budgétaire global aurait été limité en 2004 à 13,4 milliards d'euros. À la suite du mouvement de rattrapage opéré, le budget de 2004 a toutefois été de plus de 20%, soit 2,9 milliards d'euros, supérieur.

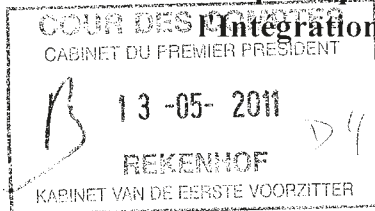
Chapitre 8 Réponse de la ministre



Cellule stratégique
de Laurette ONKELINX,
Ministre des Affaires sociales et de
la Santé publique, chargée de
l'Intégration sociale

tél.: +32 (0)2 233.50.37
personne de contact: Bernard LANGE
e-mail: b.lange@lo.fgov.be

110627



vos lettres du 14 avril 2011
vos références A 4-3.502.740 B5

nos références
date 12 MAI 2011

annexe(s)

Monsieur Philippe ROLAND
Premier Président

Monsieur Josef VAN INGELGEM
Greffier en chef

Cour des comptes
Rue de la Régence 2
1000 Bruxelles

Objet: **Audit de suivi relatif à l'estimation et la maîtrise des dépenses de soins de santé**

Monsieur le Premier Président,
Monsieur le Greffier en chef,

Après examen attentif de l'audit de suivi "Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé", je souhaite vous faire part de mes remarques et commentaires aux constats et conclusions provisoires du document.

Je voudrais tout d'abord souligner la qualité du travail effectué par la Cour des comptes pour ce rapport qui réussit à faire un état des lieux très correct de la problématique, parfois complexe, des dépenses de soins de santé.

Je souhaiterais aussi insister sur le fait qu'il s'agit d'un rapport de suivi qui montre clairement que la problématique de l'estimation et la maîtrise des dépenses de soins de santé a été prise à bras le corps et que de nombreuses solutions et adaptations ont été apportées depuis plusieurs années et certainement depuis le rapport d'audit de janvier 2006 de la Cour des comptes :

- le fait que la norme de croissance est désormais un "all in" et qu'il n'est dès lors plus question de dépenses "exogènes" ;
- la mise en place d'estimations techniques en septembre qui permettent d'avoir une première idée des tendances de l'année budgétaire courante ;
- l'avis de la Commission de contrôle budgétaire sur la confection du budget qui apporte une réelle plus-value ;
- la répartition claire des rôles du Conseil général et du Comité de l'assurance lors de la confection des budgets ;
- le fait que les besoins jugés "indispensables" par les secteurs soient mieux étayés, justifiés et prioritisés ;
- les instructions de l'Office de contrôle des mutualités et l'échange informatisé de fichiers de facturation afin de limiter les incertitudes liées aux rythmes de facturation et leur influence sur la comptabilisation des dépenses ;
- le suivi rigoureux de l'exécution du budget (notes mensuelles, audits permanents...) ;

- le calcul de la responsabilité financière des organismes assureurs sur base de données prestées en non plus comptabilisées ;
- ...

Ces adaptations sont clairement mises en exergue par l'audit de suivi et sont jugées positivement. Il reste certes des imperfections, que la Cour des comptes juge d'ailleurs parfois sévèrement. Dans ce qui suit, je vais mettre certains des constats et conclusions du projet de rapport en perspective ou apporter quelques nuances qui me semblent d'importance.

Au Chapitre 1, le point 1.3 "Suppléments cachés dans le volume d'indexation" pourrait laisser entendre qu'il y a une volonté de surestimation du volume d'indexation pour prendre en charge des dépenses supplémentaires. Il n'en est bien entendu rien : l'article 40 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que l'indice santé soit appliqué sur le budget global de l'année précédente augmenté de la norme de croissance. Il s'agit là d'une décision du législateur qui est appliquée au moment de la fixation de l'objectif budgétaire.

Le Tableau 3 de la page 15, s'il n'est pas incorrect puisqu'il calcule un écart entre deux montants qui ne peuvent être remis en cause, doit être nuancé. En effet, le "Volume d'indexation nécessaire" est une estimation basse du volume véritablement nécessaire puisqu'il ne tient pas toujours compte des montants nécessaires pour couvrir l'indexation dans les secteurs soumis à l'indice-pivot lorsque l'inflation vient à faire dépasser cet indice-pivot plus tôt que prévu. Ainsi, en 2011, le dépassement de l'indice-pivot 5 mois plus tôt qu'initialement prévu aura un effet de l'ordre de 56 millions d'euros sur le volume d'indexation nécessaire dont il n'a pas été tenu compte dans vos calculs du Tableau 3.

De plus, en ce qui concerne le point 1.3.2 "Ampleur de l'écart", il est indiqué que le Conseil général n'a pas fait usage de la possibilité d'adapter (à la baisse) l'objectif budgétaire global. Il faut dès lors souligner que la situation inverse n'a pas amené le Conseil général à revoir l'objectif à la hausse lorsque les hypothèses d'inflation étaient trop basses par rapport à la réalité et que le surcoût a dès lors du être financé à l'intérieur de l'objectif global normé.

Concernant le point 1.4 "Dépenses exposées en dehors de l'objectif budgétaire", il est indiqué au 4^e paragraphe que l'existence de dépenses hors objectif budgétaire (projets dits "article 56") donne l'impression qu'il existe un poste résiduel utilisable en cas de besoins pour réaliser quelques initiatives. C'est bien pour cela que la délégation gouvernementale au Conseil général de l'INAMI a demandé, en décembre 2010, que le Conseil général objective, aux moyens de fiches, chacune des mesures reprises dans ces dépenses hors objectif afin de déterminer lesquelles devaient être soit intégrées structurellement à l'intérieur de l'objectif budgétaire global, soit abandonnées, soit réorientées dans leurs objectifs ou leurs moyens. La délégation gouvernementale, consciente aussi de la croissance de ces dépenses hors objectif avec le temps, a encore demandé que les dépenses hors objectif pour l'année 2011 évoluent dans une enveloppe fermée fixée à 88.795 milliers d'euros, les nouvelles initiatives 2011 pouvant être réalisées pour autant qu'elles soient compensées au sein de l'objectif budgétaire global 2011.

Le point 4.3 "Audit permanent" met en avant un manque d'intérêt pour les rapports d'audit : il n'en est évidemment rien! J'en veux pour preuve que nombre de mesures prises par la suite (Conseil général, accords, conventions...) ou préconisées par la Commission de contrôle budgétaire viennent de constats des rapports d'audit : ainsi en est-il, par exemple, des mesures d'économies adoptées dans la physiothérapie, dans la médecine d'urgence, dans l'hôpital de jour...

Pour ce qui est du Chapitre 5 "Boni et mali des mutualités", l'article 51 de la loi-programme du 23 décembre 2009 a introduit une modification à l'article 197 de la loi SSI qui permet au Conseil général de définir les moyens compris dans l'objectif budgétaire global qui ne nécessitent pas un transfert de trésorerie des gestions globales vers l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, avec la possibilité que ces moyens soient alors neutralisés lors de la fixation de la responsabilité financière

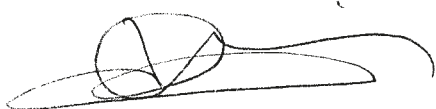
des organismes assureurs. Cette disposition permettra de répondre à la critique selon laquelle les mutualités reçoivent des bonis du fait de mesures prévues dans le budget qui sont concrétisées après la date convenue ou budgétée. Ainsi, en 2011, les 252 millions d'euros de sous-utilisation constatée par le gouvernement seront retirés de l'objectif budgétaire lors de l'application de la responsabilité financière et en 2009, ce sont 77 millions d'euros de montants réservés sur les initiatives 2009 qui ont été retirés a priori de l'objectif budgétaire global pour alimenter le Fonds pour l'avenir des soins de santé.

Au Chapitre 6 "Cotisations et économies dans le secteur pharmaceutique", et plus particulièrement à la dernière phrase du 1^{er} paragraphe de la page 50, il est indiqué que, puisque le remboursement effectué par l'assurance maladie couvre également les dépenses des grossistes et pharmaciens, la cotisation de l'industrie pharmaceutique est limitée à 100 millions. Comme, de mon point de vue, il n'y a aucun lien entre la limitation à 100 millions et les dépenses des grossistes et des pharmaciens, il y aurait lieu d'indiquer que les dépenses des grossistes et des pharmaciens pour des mesures d'économie non réalisées sont considérées comme non imputables à l'industrie pharmaceutique et que, par ailleurs, la cotisation de l'industrie pharmaceutique est limitée à 100 millions.

Au point 6.2 "Maîtrise des dépenses par le biais d'économies", dans le 2^e paragraphe, les médecins sont certes incités à prescrire davantage de médicaments génériques et de copies, mais aussi de médicaments originaux considérés comme moins chers, c'est-à-dire ayant baissé leur prix au (moins au) niveau du générique de référence.

Comme j'ai eu l'occasion de le dire en introduction, j'estime que l'audit de suivi effectue un bon état des lieux de la problématique des dépenses de soins de santé et qu'il met bien en exergue les très nombreuses adaptations/améliorations qui sont intervenues ces dernières années dans le but d'optimiser la mise à disposition d'informations relatives aux dépenses de soins de santé, la confection des budgets et le contrôle de leur respect. Ceci montre bien la volonté de tous les acteurs des soins de santé d'évoluer vers une estimation et une maîtrise des dépenses de soins de santé meilleures, une évolution qui, le rapport l'indique aussi devra être poursuivie; je suis d'ailleurs sûre que c'est là aussi la volonté de tous.

Veillez agréer, Monsieur le Premier Président, Monsieur le Greffier en chef, l'expression de mes sentiments les plus distingués.



Laurette ONKELINX
Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, chargée de l'Intégration sociale

Il existe aussi une version néerlandaise de ce rapport.

Er bestaat ook een Nederlandse versie van dit verslag.

Vous pouvez consulter ou télécharger ce rapport dans la langue de votre choix sur le site internet de la Cour des comptes.

dépôt légal	D/2011/1128/17
imprimeur	N.V. PEETERS S.A.
adresse	Cour des comptes Rue de la Régence, 2 B-1000 Bruxelles
tél	02-551 81 11
fax	02-551 86 22
site internet	www.courdescomptes.be