



Cour des comptes

Responsabilité financière des mutualités

Rapport en exécution de la résolution de la Chambre des
représentants du 22 octobre 2015

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1	4
Introduction	4
Chapitre 2	6
Mécanisme	6
2.1 Composantes	6
2.2 Caractéristiques	7
2.2.1 Responsabilité limitée	7
2.2.2 Responsabilité corrigée	7
2.2.3 Responsabilité partagée	9
2.2.4 Aperçu	9
2.3 Perspectives	10
Chapitre 3	11
Objectif	11
3.1 Description	11
3.2 Importance de la marge de croissance	12
3.2.1 Cadre	12
3.2.2 Ampleur de la marge de croissance	12
3.3 Portée de la responsabilisation	13
3.3.1 Cadre	13
3.3.2 Dépenses en dehors du niveau politique fédéral	14
3.3.3 Dépenses en dehors de la marge de croissance	15
3.3.4 Dépenses non effectuées par les mutualités	16
3.4 Conséquences pour le financement	17
3.4.1 Cadre	17
3.4.2 Répartition des avances	18
3.4.3 Gestion des liquidités	19
3.5 Conclusions	20
Chapitre 4	22
Instruments	22
4.1 Description	22
4.2 Maîtrise des dépenses avec les autres acteurs	22
4.2.1 Cadre	22
4.2.2 Maîtrise des dépenses lors de la confection du budget	23
4.2.3 Maîtrise des dépenses lors de l'exécution du budget	24
4.2.4 Importance de la concertation sectorielle	25
4.3 Maîtrise des dépenses par le biais d'initiatives propres	26
4.3.1 Possibilités et opportunités	26
4.3.2 Sélection des risques et fonctionnement du marché	26
4.4 Conclusions	27

Chapitre 5	29
Bonis et malis	29
5.1 Description	29
5.2 Calcul	29
5.2.1 Décompte annuel des dépenses	30
5.2.2 Responsabilité financière provisoire	31
5.2.3 Responsabilité financière définitive	32
5.2.4 Délais et coût du processus de calcul	32
5.3 Importance des bonis et malis	37
5.3.1 Différences dans le temps	37
5.3.1.1 Évolution globale des bonis et malis	37
5.3.1.2 Évolution des bonis et malis par mutualité	39
5.3.2 Disparités dans les méthodes de calcul	42
5.3.2.1 Divergences globales	42
5.3.2.2 Différences par mutualité	43
5.4 Gestion des bonis et des malis	45
5.4.1 Contenu et ampleur du fonds spécial de réserve	45
5.4.2 Gestion comptable et financière des bonis et malis	47
5.5 Conclusions	48
Chapitre 6	51
Conclusions	51
Chapitre 7	53
Réponse de la ministre	53
Annexe 1	54
Évolution du modèle économétrique	54
Annexe 2	57
Impact de l'adaptation aux effectifs 2015 de la clé normative 2008 sur la répartition des quotités de ressources entre les mutualités	57
Annexe 3	58
Responsabilité partagée	58
Annexe 4	61
Décompte provisoire et responsabilité financière	61
Annexe 5	63
Lettre de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	63

CHAPITRE 1

Introduction

Par sa résolution du 22 octobre 2015, la Chambre des représentants a chargé la Cour des comptes d'auditer les frais d'administration, la responsabilité financière et le contrôle du secteur des mutualités. La Chambre a demandé à la Cour de faire rapport de ces trois audits respectivement en 2016, 2017 et 2018¹.

Ce rapport d'audit est celui consacré à la responsabilité financière du secteur des mutualités. Tant les mutualités privées (via leur union nationale) que les caisses publiques² sont, depuis 1995, encouragées par le biais de bonis et malis à contribuer à ce que les dépenses de l'assurance maladie obligatoire n'excèdent pas la marge de croissance fixée par la loi.

Dans sa résolution, la Chambre a demandé à la Cour des comptes d'examiner si la méthode et les variables appliquées dans le système de responsabilité financière du secteur des mutualités sont encore pertinentes. La Chambre lui a aussi demandé s'il s'agit d'un point de départ adéquat dans l'assurance maladie obligatoire pour répartir les moyens financiers et responsabiliser quant à l'évolution des dépenses.

La Cour a cartographié les processus sous-jacents et l'application concrète du mécanisme. Elle est partie de données du budget et des comptes de l'assurance maladie obligatoire, de notes et procès-verbaux des organes d'avis et de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), d'entretiens avec les services concernés de l'Inami, de constatations d'audit antérieures de la Cour ainsi que de la portée et des objectifs de la réglementation y relative (principalement les articles 40 et 196 à 202 de la loi sur l'assurance maladie³). Durant la deuxième quinzaine de février 2017, la Cour a aussi demandé aux mutualités d'exposer leur vision de la modernisation éventuelle du système⁴.

¹ *Doc. parl.*, Chambre, 22 octobre 2015, DOC 54 1218/008, Résolution relative à la réalisation, par la Cour des comptes, de deux audits dans le secteur des mutualités et d'un audit des organismes publics fédéraux qui contrôlent les mutualités. En application des articles 5 et 5bis de la loi du 29 octobre 1846 relative à l'organisation de la Cour des comptes, le président de la Chambre des représentants a demandé à la Cour des comptes le 28 octobre 2015 d'effectuer les missions mentionnées dans la résolution.

² Le législateur reconnaît les mutualités suivantes en matière de gestion des dépenses relevant de l'assurance maladie obligatoire : l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), l'Union nationale des mutualités neutres (UNMN), l'Union nationale des mutualités socialistes (UNMS), l'Union nationale des mutualités libérales (UNMLib) et l'Union nationale des mutualités libres (UNML). Deux caisses publiques sont en outre actives, à savoir la Caisse des soins de santé de HR-Rail (SNCB) et la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (Caami). (Pour des raisons pratiques, le terme « mutualités » est utilisé au sens large dans ce rapport et une distinction est uniquement opérée entre les unions nationales de mutualités, les mutualités et les caisses publiques si cela s'avère directement nécessaire ou utile).

³ Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après « loi sur l'assurance maladie »).

⁴ Les cinq unions nationales et les deux caisses publiques ont réagi positivement à la proposition de la Cour d'organiser des consultations à ce sujet. Compte tenu de la compétence de la Cour, les mutualités ont uniquement été contactées à cet égard en tant que parties prenantes du système et non en tant qu'entités auditées.

L'audit a été annoncé le 5 octobre 2016 au président de la Chambre, à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à l'administrateur général de l'Inami. La plupart des travaux d'audit ont été réalisés entre décembre 2016 et février 2017.

La Cour des comptes a transmis son projet de rapport à l'Inami et à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique pour commentaire le 3 mai 2017. Ils ont répondu respectivement les 7 et 13 juin 2017. Leurs réponses sont prises en compte dans ce rapport. La réponse de la ministre est annexée.

CHAPITRE 2

Mécanisme

2.1 Composantes

La responsabilité financière des mutualités est un mécanisme visant à les responsabiliser dans l'évolution des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé. Leur financement se base également sur ce mécanisme, du moins pour la partie relative au paiement des prestations de soins de santé. Le mécanisme ne s'applique pas aux frais d'administration ni aux dépenses effectuées dans le cadre de l'assurance invalidité obligatoire⁵.

Tout modèle de responsabilisation efficace suppose, d'une part, un objectif ou un résultat souhaité qui soit réaliste et clairement défini et, d'autre part, des instruments suffisants accompagnés éventuellement d'incitants adaptés pour atteindre cet objectif. Si ce modèle est appliqué à la responsabilité financière des mutualités, l'objectif est de faire évoluer leurs dépenses relatives aux prestations de soins de santé dans les limites de la marge de croissance fixée par la loi sur l'assurance maladie. Le montant de l'objectif budgétaire global de l'assurance maladie obligatoire est fixé chaque année à partir de cette marge de croissance. Les mutualités sont ainsi responsabilisées pour le respect de l'objectif budgétaire global. Elles disposent à cet effet de quelques instruments pour maîtriser les dépenses, tels que la participation aux décisions quant aux économies nécessaires ou l'organisation de campagnes d'information.

Le financement des mutualités a été intégré dans ce modèle de responsabilisation relative aux dépenses. L'Inami ne verse aux mutualités en cours d'année que des avances à concurrence de leur part dans l'objectif budgétaire global (*quotité de ressources*). Après l'année budgétaire, l'Inami établit un décompte afin de calculer la différence par rapport aux dépenses effectuées. En cas d'excédent, les mutualités peuvent conserver 25 % de la différence (*boni*). En cas de déficit, les mutualités financent 25 % du montant à la charge de leurs réserves (*mali*). Le montant à financer est toutefois limité à 2 % de leur quotité de ressources si l'objectif budgétaire est dépassé de plus de 2 %. Ces bonis et malis sont censés encourager les mutualités à contribuer à limiter l'augmentation des dépenses.

Les trois composantes du mécanisme constituent la structure de ce rapport d'audit. Les chapitres suivants analysent ainsi le fonctionnement du mécanisme sous l'angle de l'objectif, des instruments et des incitants. Cette subdivision correspond aux phases du mécanisme : l'objectif est fixé avant le début de l'année budgétaire, les dépenses sont maîtrisées en cours d'année et les bonis ou malis calculés après l'année budgétaire à partir d'une comparaison entre les dépenses estimées et réalisées.

⁵ Les frais d'administration sont soumis à un autre mécanisme de responsabilisation. Voir Cour des comptes, *Indemnisation des frais d'administration des mutualités : fixation et répartition*, rapport en exécution de la résolution de la Chambre des représentants du 22 octobre 2015, Bruxelles, janvier 2017, p. 35-40. Disponible sur www.courdescomptes.be.

2.2 Caractéristiques

2.2.1 Responsabilité limitée

Le principe selon lequel les mutualités doivent, au même titre que les assureurs, garantir l'équilibre entre leurs recettes et leurs dépenses a été conservé lorsque l'assurance maladie volontaire est devenue obligatoire après 1945. Ces recettes se composaient pour l'essentiel d'un pourcentage des cotisations sociales de leurs affiliés, complété par des subventions de l'État. Si ces recettes ne suffisaient pas à payer les prestations assurées de leurs affiliés, les mutualités devaient compenser le déficit à la charge de leurs réserves ou d'autres moyens propres, comme les soldes positifs des années précédentes ou des cotisations supplémentaires de leurs affiliés.

Ce principe n'était toutefois pas efficace, même après adaptations et affinements. D'une part, les dettes et les emprunts découlant de la responsabilité financière de certaines mutualités s'accumulaient d'année en année, de sorte que l'Inami a finalement repris les soldes négatifs à sa charge. D'autre part, il était généralement admis que la responsabilité financière n'avait pas été répartie de manière équilibrée entre les mutualités et les autres acteurs de l'assurance maladie obligatoire, à savoir les prestataires de soins, le gouvernement, les partenaires sociaux et les patients.

La responsabilité financière des mutualités a été limitée dans ce contexte en étroite corrélation avec une série de mesures visant à responsabiliser à nouveau aussi tous les autres acteurs pour la hausse des dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Dans la phase de lancement (1995-1997), les mutualités ne devaient plus assumer que 15 % de la différence entre leur quotité de ressources et leurs dépenses. Cette part est passée à 20 % en 1998 et 1999, et elle est de 25 % depuis 2000. Les instruments permettant aux mutualités d'influer sur l'évolution des dépenses devaient être développés en parallèle à cette augmentation progressive.

2.2.2 Responsabilité corrigée

L'ancien mécanisme de responsabilité financière ne tenait guère compte des différences de profil entre les affiliés des mutualités. Ainsi, une mutualité qui comptait un nombre relativement plus élevé d'affiliés à bas revenus ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (par exemple, des invalides, des chômeurs) percevait une part inférieure de cotisations sociales. Une mutualité comptant relativement plus d'affiliés à risques accrus en termes de dépenses de santé (par exemple, les personnes âgées) devait pour sa part payer plus de prestations. Ces deux facteurs, souvent concomitants dans la pratique, se renforçaient, ce qui peut expliquer pourquoi certaines mutualités ont accumulé des dettes considérables sous l'ancien mécanisme, tandis que d'autres réalisaient des excédents.

Depuis l'introduction du nouveau mécanisme en 1995, les mutualités reçoivent des moyens de l'Inami en fonction de leurs besoins à financer et leur responsabilité financière est corrigée compte tenu du niveau de dépenses attendu selon le profil de leurs affiliés. À cet effet, une clé de répartition est appliquée à une partie des dépenses sur la base d'un modèle économétrique. Cette correction permet aussi d'éviter que certaines mutualités fondent leur sélection sur les risques lors de l'adhésion de nouveaux membres, même si cette pratique n'est pas autorisée dans la sécurité sociale.

Modèle économétrique

Les normes de calcul des dépenses attendues (*dépenses normatives*) sont reprises dans un modèle économétrique élaboré par deux équipes d'experts universitaires et fixé par arrêté royal. Ce modèle repose sur une série de caractéristiques (*paramètres*) sélectionnées en raison de leur incidence sur les dépenses de soins de santé, comme l'âge, le sexe, la situation socioprofessionnelle, le domicile et l'état de santé. Des analyses statistiques déterminent l'influence de chaque paramètre sur les dépenses de soins de santé (*coefficient* ou valeur par paramètre). L'annexe 1 décrit le contenu et l'évolution des paramètres.

Le modèle actuel compte 152 paramètres. Il a été élaboré en 2008⁶. À l'époque, les coefficients ont été déterminés à partir d'analyses statistiques de données datant de 2002, mais ils ont été actualisés à plusieurs reprises. Il existe un projet adaptant aussi les paramètres du modèle pour tenir compte des conséquences de la sixième réforme de l'État. Certains paramètres concernent en effet des prestations qui sont plus de la compétence du fédéral.

Cet audit n'évalue pas les paramètres et coefficients du modèle économétrique. Comme exposé lors de l'élaboration de la résolution relative à l'audit, les principaux problèmes du mécanisme sont d'ordre conceptuel et non d'ordre technique⁷. En outre, les variables impliquées résultent aussi en partie de choix politiques et font déjà l'objet d'une évaluation en vue d'intégrer les conséquences de la sixième réforme de l'État dans le modèle.

Clé de répartition normative

Le montant des dépenses normatives est déterminé en appliquant les paramètres et leurs coefficients aux affiliés de chaque mutualité (par exemple, le nombre d'affiliés par tranche d'âge, répartis par sexe). La clé de répartition normative correspond à la part ou au pourcentage de la mutualité dans les dépenses normatives de toutes les mutualités.

Jusqu'en 2007, une clé de répartition normative distincte était appliquée aux dépenses du régime des travailleurs indépendants. Comme ce régime spécifique a été intégré dans le régime général de l'assurance maladie obligatoire, cette clé distincte n'est plus nécessaire (après une période transitoire en 2008 et 2009)⁸.

Base de calcul limitée

La clé de répartition normative n'est appliquée qu'à 30 % des dépenses. La majeure partie des dépenses n'est donc pas corrigée en fonction du profil des affiliés et est simplement répartie entre les mutualités selon leur part dans les dépenses totales (*clé de dépenses*)⁹. Cette façon de procéder résulte en partie d'un choix politique, mais est aussi liée à la valeur prédictive limitée du modèle.

⁶ Arrêté royal du 4 mai 2012 fixant la méthode de calcul de la clé de répartition normative et les caractéristiques des paramètres en vue de l'application de la responsabilité financière définitive des organismes assureurs pour les années 2008 et suivantes.

⁷ *Doc. parl.*, Chambre, 13 octobre 2015, DOC 54 1371/001, Échange de vues avec la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et des représentants de la Cour des comptes concernant la demande de la ministre des Affaires sociales de charger la Cour des comptes de réaliser deux audits sur le financement des mutualités, rapport au nom de la commission des Finances et du Budget.

⁸ Tant que la clé de répartition normative pour 2010 n'a pas été fixée, la quotité de ressources est toujours calculée à l'aide des deux clés distinctes. Voir point 5.2.4 pour la fixation de la clé normative.

⁹ Voir point 3.4.2 également.

Certaines variables n'ont pas encore été intégrées dans le modèle faute de données disponibles et d'avis scientifiques ou techniques suffisants et en raison de conséquences indésirables. Ainsi, les variables attribuant les dépenses plus élevées d'une mutualité au fait que ses affiliés ont un accès relativement plus aisé à des appareillages ou traitements médicaux onéreux (par exemple, en raison de leur disponibilité géographique) ont été éliminées. Le modèle ne corrige donc pas les dépenses supplémentaires créées par l'offre de soins de santé, mais bien celles engendrées par des facteurs liés à la demande. Selon l'Inami, de telles variables pourraient être intégrées dans ce calcul sur le plan technique, mais l'Institut estime qu'il ne lui appartient pas de se prononcer sur l'opportunité de cette intégration.

Les limites du modèle économétrique expliquent d'ailleurs aussi pourquoi la clé normative n'était appliquée qu'à 10 % des dépenses dans la phase de lancement (1995-1997) et que ce pourcentage n'a été porté à 20 % (1998-2000) et ultérieurement à 30 % (depuis 2001) qu'à mesure que le modèle s'est affiné.

Application multiple

La clé normative est appliquée lors de la répartition des avances et de l'établissement des décomptes. Les décomptes s'opèrent depuis 2006 en deux temps : un décompte provisoire est tout d'abord établi à partir des dépenses comptabilisées par les mutualités pendant l'année concernée et un décompte définitif est ensuite établi à partir des dépenses de soins de santé effectivement réalisées pendant l'année concernée²⁰.

2.2.3 Responsabilité partagée

Le mécanisme de responsabilisation fonctionne aussi entre les mutualités. Bien que le décompte de la responsabilité financière donne lieu à l'attribution d'un boni ou d'un mali individuel à chaque mutualité séparément, le montant de ce boni ou mali est en grande partie déterminé par le résultat des autres mutualités. Le mode de calcul concret est exposé au point 5.3 et dans l'annexe 3, après une analyse plus poussée du mécanisme lui-même. Il permet de relever une autre caractéristique élémentaire du mécanisme introduit, à savoir le passage d'une responsabilité individuelle à une forme hybride de responsabilité individuelle et collective des mutualités.

2.2.4 Aperçu

Les points précédents font ressortir qu'une évaluation de l'incidence du mécanisme dans le temps doit tenir compte de plusieurs modifications importantes. Le tableau 1 en propose dès lors un rappel schématique.

Certaines des modifications avaient déjà été prévues lors de l'introduction du mécanisme, à savoir l'augmentation progressive de la part de la responsabilité financière et de la part des dépenses normatives. Les modifications ultérieures ont porté sur l'introduction d'un double décompte de la responsabilité financière et sur la révision de la clé de répartition normative lorsque le régime des travailleurs indépendants et le régime général de l'assurance maladie obligatoire ont été fusionnés. La clé de répartition normative est du reste en cours de révision pour tenir compte des conséquences de la sixième réforme de l'État.

²⁰ Le chapitre 5 détaille la raison et les conséquences du décompte en deux phases.

Tableau 1 – Évolution du mécanisme de responsabilité financière

Année budgétaire	Part responsabilisation (en %)	Décompte en deux phases	Part clé normative (en %)	Base clé normative ¹¹	Clé normative distincte indépendants
1995 - 1997	15 %	Non	10 %	État social	Oui
1998 - 2000	20 %	Non	20 %	État social	Oui
2001	25 %	Non	30 %	État social	Oui
2002 - 2005	25 %	Non	30 %	295 variables	Oui
2006 - 2007	25 %	Oui	30 %	295 variables	Oui
2008 - 2009	25 %	Oui	30 %	152 variables	Oui
2010 - 2014	25 %	Oui	30 %	152 variables	Non
2015 - 2016	25 %	Oui	30 %	En révision	Non

Source : Cour des comptes

2.3 Perspectives

Le pacte d'avenir conclu le 28 novembre 2016 entre les mutualités et la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique précise qu'il sera examiné en concertation « *comment et sous quelles conditions la responsabilisation individuelle peut évoluer vers une responsabilité collective, notamment afin d'éviter la sélection des risques et toute concurrence déloyale* »¹². Cet examen devrait déboucher à la mi-2018 sur une proposition d'adaptation du mécanisme actuel.

Les mutualités donnent une interprétation quelque peu divergente de la portée concrète de cet engagement, mais elles conviennent qu'il faut évoluer vers une organisation collective de la prévention et du contrôle (voir aussi l'examen des instruments au point 4.3). Les conséquences de cette évolution sur l'attribution ultérieure des bonis et malis ou sur les réserves constituées n'étaient toutefois pas encore claires début 2017.

¹¹ Voir l'annexe 1 pour une explication de l'état social utilisé (veuf, invalide, pensionné, etc.) et des variables utilisées.

¹² Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, *Pacte d'avenir avec les organismes assureurs*, 28 novembre 2016, p. 73 (action-engagement 66).

CHAPITRE 3

Objectif

3.1 Description

Le mécanisme de responsabilité financière des mutualités a été élaboré entre 1992 et 1994, une période caractérisée par une discipline budgétaire sévère, nécessaire pour que la Belgique puisse adhérer à l'Union monétaire européenne. L'importance relative du budget de l'assurance maladie obligatoire, combinée à sa croissance, a mené à une série de mesures visant à faire évoluer les dépenses relatives aux prestations de soins de santé dans les limites d'une marge de croissance fixée par la loi à partir de 1995. Cette marge de croissance se compose de deux paramètres : une norme de croissance et un index²³.

- La norme de croissance détermine la marge budgétaire pour les dépenses supplémentaires réelles par rapport à l'année précédente et permet, en d'autres termes, de prendre en charge des interventions supplémentaires ou nouvelles de l'assurance maladie ou d'en faire augmenter le montant (indépendamment de l'indexation). La norme de croissance est un pourcentage fixé par la loi, qui a été limité à 1,5 % lors de son introduction.
- L'indexation vise à adapter le niveau de dépenses global de l'année précédente au coût de la vie. Jusqu'en 2015, l'indexation se basait sur l'indice santé escompté de l'année budgétaire suivante. Depuis 2016, elle suit les règles d'indexation propres aux prestations de l'assurance maladie.

La marge de croissance a toutefois perdu en importance en tant que ligne directrice de l'évolution des dépenses (voir point 3.2). En effet, lors de la confection du budget, on s'écarte de plus en plus souvent de la marge existante, soit directement en modifiant la norme de croissance ou l'index, soit indirectement en bloquant des montants de l'objectif budgétaire qui ne peuvent pas être utilisés pour financer une augmentation supplémentaire des dépenses au cours de l'année à venir.

Les mutualités restent néanmoins encouragées, par le biais d'une responsabilité financière, à contribuer à une évolution des dépenses qui suive le plus possible l'objectif budgétaire global annuel préconisé. Un certain nombre de dépenses, dans lesquelles les mutualités n'interviennent pas et pour lesquelles aucun boni ou mali ne peut donc être attribué, doivent toutefois encore en être déduites (voir point 3.3). Le résultat, dénommé « objectif budgétaire adapté », est le montant auquel les mutualités pourront prétendre en cours d'année pour financer leurs dépenses relatives aux prestations de soins de santé. Sa répartition entre les mutualités et son traitement au niveau de la trésorerie font l'objet de règles spécifiques (voir point 3.4).

²³ Article 40 de la loi sur l'assurance maladie.

3.2 Importance de la marge de croissance

3.2.1 Cadre

Le choix de faire évoluer les dépenses relatives aux prestations de soins de santé selon une norme de croissance de 1,5 % à partir de 1995 n'a été maintenu que quelques années. Après que la Belgique a été autorisée à adhérer à la zone euro, un rattrapage a été jugé nécessaire parce qu'une norme de croissance aussi limitée « *ne correspondait pas à une croissance naturelle des dépenses et aurait eu pour conséquence de réduire inéluctablement l'offre de couverture* »¹⁴. Ce rattrapage a eu lieu de 1999 à 2002 en ajoutant un montant important de dépenses exceptionnelles à la marge de croissance (au total 700,3 millions d'euros en 1999 et 2001), en refixant le point de départ de la marge de croissance (augmentation forfaitaire de l'objectif budgétaire global porté à 12.412,7 millions d'euros en 2000) et en augmentant aussi la norme de croissance elle-même (de 1,5 % à 2,5 % à partir de 2001).

L'assouplissement de la marge de croissance ne s'est toutefois pas limité à une phase de transition, mais a été pérennisé dans l'accord de gouvernement de juillet 2003. D'après le texte, les dépenses relatives aux prestations de soins de santé pouvaient dorénavant augmenter de 4,5 % par an en termes réels « *pour garantir à tous des soins de santé de qualité élevée et plus accessibles* ». Cette norme de croissance de 4,5 % a finalement été maintenue jusqu'en 2012. En 2012 et 2015, le montant de l'objectif budgétaire global a été fixé de manière forfaitaire, ce qui a entraîné dans les faits une croissance nulle, tandis que la norme a été modifiée en 2013 (2 %), en 2014 (3 %) et en 2016 (1,5 %).

La marge de croissance autorisée résulte d'un choix politique. Soit ce sont les considérations budgétaires qui priment et les dépenses de l'assurance maladie obligatoire sont limitées pour créer de la marge pour d'autres initiatives politiques en matière de sécurité sociale ou autre (ou, spécifiquement lors de l'introduction de la norme de croissance, pour permettre l'adhésion à la zone euro). Soit l'accent est mis sur une croissance plus forte des dépenses pour continuer à garantir un accès large à des soins de santé de qualité.

La marge de croissance fixe les limites dans lesquelles les dépenses doivent évoluer à plus long terme. Les modifications permanentes de la marge la vident dès lors complètement de sa substance. En effet, alors que la marge de croissance devrait être déterminante lors de la décision annuelle portant sur la hauteur du budget, c'est l'inverse qui se produit. La décision annuelle quant au niveau de dépenses souhaité fait en sorte qu'il est extrêmement difficile pour les mutualités de planifier en temps voulu des initiatives suffisantes de maîtrise des dépenses.

3.2.2 Ampleur de la marge de croissance

Les analyses budgétaires relatives à l'assurance maladie se focalisent presque toujours sur la norme de croissance. En effet, les modifications de la norme s'apparentent soit à un certain assouplissement, soit à un renforcement de la nécessaire maîtrise des dépenses. Elles sont, en ce sens, directement pertinentes pour déterminer dans quelle mesure les mutualités sont responsabilisées quant à l'évolution des dépenses.

¹⁴ Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé*, rapport transmis à la Chambre des représentants, Bruxelles, janvier 2006, p.15 (réaction de l'Inami au projet de rapport). Disponible sur www.courdescomptes.be.

D'autres facteurs importent toutefois au moins autant pour expliquer l'évolution des dépenses et la maîtrise nécessaire : le niveau de dépenses déjà escompté à politique inchangée, le choix d'élargir ou non la marge budgétaire limitée par des économies supplémentaires pour quand même pouvoir prévoir quelques nouvelles initiatives dans le budget, la manière dont l'incidence des nouvelles mesures est inscrite dans le budget et la mesure dans laquelle il est décidé de réserver des montants de l'objectif budgétaire global à des transferts ou des provisions (voir point 3.3.4 également).

L'indexation constitue un autre facteur de l'évolution des dépenses auquel peu d'attention était accordée jusqu'à récemment. Or, cette deuxième composante de la marge de croissance explique environ un tiers de l'augmentation des dépenses depuis 1995. Le pourcentage d'indexation est une donnée qui ne peut être influencée en tant que telle. La Cour des comptes a néanmoins démontré dans des rapports précédents qu'un problème fondamental résidait dans la manière dont l'objectif budgétaire avait été indexé jusqu'en 2015⁵.

En adaptant l'objectif budgétaire global à l'indice santé, un montant plus élevé que celui nécessaire selon les règles d'indexation spécifiques de l'assurance maladie a été inscrit au budget année après année. La Cour des comptes a estimé cette différence à au moins 1,5 milliard d'euros pour la période 2005-2014. En fait, le mode d'indexation a entraîné une norme de croissance supplémentaire qui a assoupli la maîtrise nécessaire des dépenses et la responsabilisation des mutualités. L'article 40 de la loi sur l'assurance maladie a été modifié à la suite des constats de la Cour des comptes. Ainsi, depuis 2016, seules les règles d'indexation spécifiques de l'assurance maladie sont encore prises en compte lors de la confection du budget.

3.3 Portée de la responsabilisation

3.3.1 Cadre

La responsabilité financière des mutualités ne s'applique pas à la totalité du budget de l'assurance maladie obligatoire. Le mécanisme ne vaut que pour les dépenses relatives aux prestations de soins de santé, plus particulièrement pour les prestations relevant de l'État fédéral. Il ne s'applique pas aux dépenses de gestion ou aux dépenses qui relèvent de l'objectif budgétaire global mais qui ne sont pas effectuées par les mutualités (voir tableau 2). La distinction entre ces catégories n'est toutefois pas toujours claire.

⁵ Cour des comptes, « Inami : indexation des dépenses en assurance soins de santé », Cahier 2015 relatif à la sécurité sociale, octobre 2015, p. 93-97. Disponible sur www.courdescomptes.be.

Tableau 2 - Portée relative de la responsabilité financière par rapport au montant total du budget 2017 pour l'assurance maladie obligatoire (en millions d'euros)

Budget assurance maladie 2017	33.428,9
Dépenses en dehors du niveau politique fédéral	-4.590,4
Dépenses en dehors de la marge de croissance	-4.211,3
- frais d'administration de l'Inami et des mutualités	-954,9
- autres dépenses de gestion	-3.256,5
Solde : objectif budgétaire global 2017	24.627,2
Dépenses non effectuées par les mutualités :	-667,0
- dépenses payées par l'Inami	-354,1
- déduction pour marges budgétaires et corrections	-312,9
Solde : objectif budgétaire 2017 adapté (= solde pour la responsabilité financière)	23.960,1

Source : Inami

3.3.2 Dépenses en dehors du niveau politique fédéral

La sixième réforme de l'État est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2014. Les communautés sont, depuis lors, compétentes pour gérer les institutions pour personnes âgées (maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, centres de soins de jour), les investissements dans la construction ou la rénovation d'hôpitaux et les appareils médicaux lourds (par exemple, les scanners), les aides à la mobilité, la revalidation *Long Term Care*, les soins de santé mentale, la prévention et l'organisation des soins de première ligne.

Les communautés doivent exercer ces nouvelles compétences dans un cadre réglementaire et organisationnel qui leur est propre, mais qui n'est pas encore entièrement élaboré. L'Inami gère provisoirement pour leur compte les prestations de soins de santé qui relevaient auparavant de l'assurance maladie. Depuis le 1^{er} janvier 2015, les communautés inscrivent ces dépenses dans leur budget. Un montant de 4.590,4 millions d'euros a été inscrit au budget de l'assurance maladie 2017¹⁶, mais en dehors de l'objectif budgétaire global, car ces dépenses doivent être financées par les communautés. Les dépenses relatives aux compétences transférées ne relèvent donc plus du champ d'application du mécanisme fédéral de responsabilité financière des mutualités¹⁷.

On ne sait toujours pas si ni comment les communautés appliqueront un mécanisme de responsabilité financière sur leurs dépenses. Concernant les compétences transférées, on ne

¹⁶ Les principales dépenses dans le budget 2017 concernent les institutions pour personnes âgées (3.043,2 millions d'euros), les investissements dans la construction et la rénovation d'hôpitaux et les appareils médicaux lourds (762,1 millions d'euros), la revalidation *Long Term Care* (272,2 millions d'euros) et les soins de santé mentale (175,1 millions d'euros).

¹⁷ La modification de la composition des dépenses a toutefois nécessité une adaptation des paramètres et coefficients de la clé de répartition normative, à appliquer à partir du décompte de la responsabilité financière 2015. Une proposition a été élaborée à cet effet (Commission d'accompagnement Responsabilité financière de l'Inami, *Responsabilité financière des organismes assureurs – Modèle tenant compte de la sixième réforme de l'État*, note du 6 décembre 2016 au conseil général de l'Inami).

sait pas davantage si ni comment un décompte doit encore être effectué sur les bonis accordés antérieurement afin de pouvoir compenser les malis ultérieurs.

3.3.3 Dépenses en dehors de la marge de croissance

Les dépenses qui ne sont pas soumises à la norme de croissance et qui se situent donc en dehors de l'objectif budgétaire se composent des frais d'administration de l'Inami et des mutualités, du moins pour la partie spécifique à l'assurance maladie obligatoire (954,9 millions d'euros en 2017), ainsi que de divers montants également qualifiés de dépenses de gestion (3.256,5 millions d'euros en 2017), tels que :

- les dotations de l'Inami aux organismes actifs dans le domaine des soins de santé (par exemple, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé ou la plateforme *eHealth*) ;
- le financement par l'Inami de projets liés à la numérisation des soins de santé (par exemple, le plan e-Santé) ;
- les dépenses spécifiques compensées par des recettes propres (interventions dans le cadre de conventions internationales, part de l'État dans le prix de la journée d'hospitalisation¹⁸) ;
- les dépenses relatives à des prestations de soins de santé qui, en vertu de la procédure prévue à l'article 56 de la loi sur l'assurance maladie, sont qualifiées de projets de dispensation de soins de santé à caractère innovateur, de programmes de vaccination ou de dépistage ou de délivrances de médicaments présentant un caractère innovateur ou expérimental.

La Cour des comptes a constaté par le passé que ce sont surtout ces derniers projets qui sont pris en charge tantôt dans les limites tantôt en dehors de l'objectif budgétaire global (par exemple, les projets en lien avec la lutte contre le cancer)¹⁹. Ce choix est lié à leur financement. Ainsi, s'ils sont intégrés à l'objectif budgétaire global, ils réduisent les moyens disponibles pour d'autres initiatives, tandis qu'ils doivent être financés de manière distincte s'ils sont maintenus hors objectif. Bien qu'il s'agisse souvent de montants relativement modestes²⁰, la pratique est peu transparente et a déjà plusieurs fois fait l'objet de discussions au sein des organes de gestion de l'Inami²¹. Les montants repris dans l'objectif pour de tels projets sont toutefois déduits de la base de calcul de la responsabilité financière (voir corrections au point 3.3.4).

¹⁸ Les hôpitaux reçoivent un budget pour l'admission et le séjour de patients. Ce budget est en partie à la charge de l'assurance maladie (via l'objectif budgétaire global) et en partie à la charge de l'État fédéral (poste de dépenses distinct qui est financé par les recettes de TVA).

¹⁹ Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé – audit de suivi*, rapport transmis à la Chambre des représentants, Bruxelles, juin 2011, p. 19. Disponible sur www.courdescomptes.be.

²⁰ Toutefois, d'importants arriérés liés à des hospitalisations ont ainsi déjà été liquidés de diverses manières. En 2005, 350 millions d'euros ont été inscrits en dehors de l'objectif budgétaire global à cet effet et, en 2008, 73,7 millions ont été inscrits dans les limites de l'objectif. Voir également Cour des comptes, « Inami : paiement des montants de rattrapage positifs aux hôpitaux pour 1997 et 1998 », 163^e Cahier, Volume I, Bruxelles, septembre 2006, p. 520-523. Disponible sur www.courdescomptes.be.

²¹ Par conséquent, il est régulièrement dressé, à l'intention du comité de l'assurance, un inventaire des « projets article 56 » financés dans les limites et en dehors de l'objectif budgétaire global.

3.3.4 Dépenses non effectuées par les mutualités

L'objectif budgétaire global comprend quelques rubriques où les mutualités n'interviennent pas et qui doivent donc également être déduites pour déterminer la portée de leur responsabilité financière. Tel est clairement le cas des dépenses réglées par l'Inami (354,1 millions d'euros dans le budget 2017), comme le remboursement des soins dispensés aux internés, les primes informatiques, les primes d'accréditation et les interventions forfaitaires pour l'organisation des services de garde.

Une adaptation doit également être opérée pour les montants inscrits dans l'objectif budgétaire en tant que marges bloquées ou corrections budgétaires et qui, en tant que tels, ne sont pas liés à une intervention des mutualités. Il s'agit plus particulièrement :

- des marges bloquées pour des mesures qui ne s'appliqueront pas pendant toute l'année budgétaire suivante²² (montants réservés) - dans la mesure où elles peuvent déjà être estimées lors de la confection du budget - ou pour des prestations de soins de santé dont il est estimé que les dépenses resteront inférieures à l'évolution des dépenses et qui ne doivent donc pas encore être financées (*sous-utilisation* : 134,9 millions d'euros pour 2017) ;
- des corrections budgétaires pour les dépenses qui sont financées tant dans les limites qu'en dehors de l'objectif budgétaire global pour des raisons techniques et financières (178 millions d'euros dans l'objectif budgétaire 2017) ; ce sont essentiellement les dépenses d'hospitalisation d'assurés étrangers²³ et les dépenses consacrées à de nouveaux projets ou à des prestations expérimentales (sur la base de l'article 56 de la loi sur l'assurance maladie, voir point 3.3.3).

Les marges bloquées comprennent aussi des montants visant à compenser certaines augmentations des dépenses ou diminutions des recettes. Elles ont affiché un niveau important, surtout au cours de la période 2008-2011 (voir tableau 3). D'une part, ces montants permettent de créer une réserve pour augmenter les dépenses relatives aux prestations de soins de santé, et ce, tant pour les augmentations en cours d'année budgétaire (*provision de stabilité*) que pour celles attendues en raison du vieillissement de la population (*transferts au fonds pour l'avenir*²⁴, le dernier ayant été effectué en 2010). D'autre part, des montants ont aussi été bloqués en 2010 et 2011 pour compenser l'augmentation des dépenses et la

²² En effet, le coût des nouvelles mesures est estimé et inscrit dans l'objectif budgétaire pour une année complète afin que leur effet soit intégré correctement dans l'objectif budgétaire global des années suivantes (qui se base sur le montant de l'objectif de l'année précédente). Il faut en tenir compte lors de l'évaluation du résultat budgétaire. Ainsi, la Cour des comptes a constaté en 2011 que les dépenses 2010 sont restées de 694,5 millions d'euros inférieures à l'objectif budgétaire global, mais que 340,2 millions d'euros de ce montant concernaient des marges budgétaires inutilisées prévues pour des initiatives qui n'ont été mises en œuvre que dans le courant de 2010 ou qui ne l'ont pas été du tout.

²³ Ces dépenses font partie des dépenses dans le cadre des conventions internationales et ne relèvent pas de l'objectif budgétaire global. Elles sont toutefois déjà comprises dans les budgets des hôpitaux : ces budgets couvrent en effet l'ensemble des tâches effectuées par les hôpitaux pour le compte de l'assurance maladie obligatoire et n'opèrent pas de distinction entre la partie relative aux assurés belges et celle relative aux assurés étrangers. Voir aussi Cour des comptes, « Financement des dépenses hospitalières relatives aux patients étrangers », 165^e Cahier, Volume I, Bruxelles, novembre 2008, p. 410-421 et Cour des comptes, « Financement de patients étrangers dans les budgets des hôpitaux – article de suivi », 166^e Cahier, Volume I, Bruxelles, novembre 2009, p. 508-515. Disponibles sur www.courdescomptes.be.

²⁴ Le fonds pour l'avenir des soins de santé (fonds pour l'avenir), créé en 2006, est géré par l'ONSS.

diminution des recettes de l'ensemble de la sécurité sociale qui résultaient de la crise économique et financière (*transferts à la sécurité sociale*).

L'effet des marges bloquées au sein de l'objectif budgétaire global est toutefois lissé à plus long terme parce qu'elles continuent à faire partie de l'objectif budgétaire global. Le montant de l'objectif de l'année suivante est en effet calculé à partir de l'objectif de l'année précédente²⁵.

Pour les mutualités, les marges bloquées signifient que, pendant l'année concernée, elles doivent orienter les dépenses vers un niveau temporairement plus bas. Le montant des marges est soustrait de l'objectif budgétaire global pour déterminer la base de calcul de leur responsabilité financière.

Tableau 3 - Importance relative des transferts, des provisions et des sous-utilisations dans la croissance des dépenses (en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011
Estimation à politique inchangée	20.712,3	23.095,1	23.412,6	24.716,0
Objectif budgétaire global	21.434,0	23.084,5	24.249,2	25.869,3
Marges bloquées	506,3	474,6	693,9	1.395,5
<i>Transfert au Fonds pour l'avenir</i>	<i>306,3</i>	<i>299,9</i>	<i>294,2</i>	<i>0</i>
<i>Transfert à la sécurité sociale</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>350,0</i>	<i>1.093,5</i>
<i>Provision de stabilité</i>	<i>100,0</i>	<i>99,7</i>	<i>49,7</i>	<i>50,0</i>
<i>Sous-utilisation</i>	<i>100,0</i>	<i>75,0</i>	<i>0</i>	<i>252,0</i>

Source : Inami

3.4 Conséquences pour le financement

3.4.1 Cadre

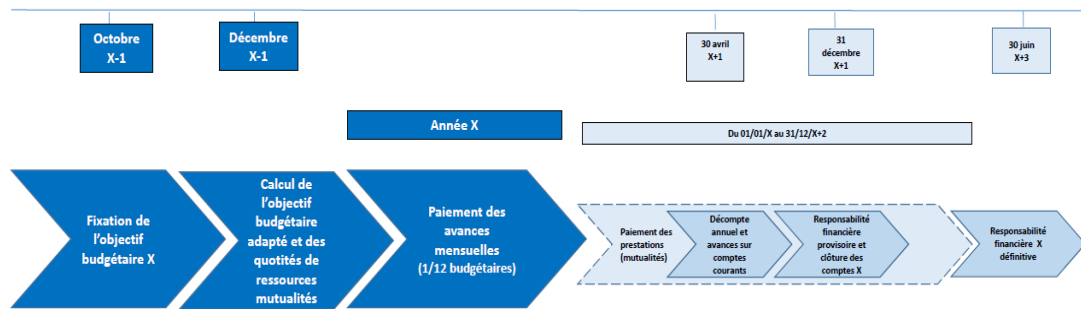
Le financement des mutualités est lié à leur responsabilisation concernant l'évolution des dépenses. Durant l'année budgétaire, elles ne reçoivent dès lors que des avances à concurrence du montant de l'objectif budgétaire adapté. Leurs besoins réels à financer ne sont liquidés qu'au terme de l'année budgétaire en tenant compte des bonis ou malis.

Ce principe simple est toutefois contrarié par un financement réparti entre les mutualités selon une formule complexe. Leur gestion de caisse est, en outre, strictement réglementée pour éviter qu'elles constituent des réserves de liquidités trop importantes avec les avances ou, à l'inverse, qu'elles connaissent des problèmes de liquidités²⁶.

²⁵ Pour plus de détails sur les implications budgétaires et financières liées à la technique des transferts, voir Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé – audit de suivi*, rapport transmis à la Chambre des représentants, Bruxelles, juin 2011, p. 28. Disponible sur www.courdescomptes.be.

²⁶ Ce problème s'est surtout posé de 1995 à 2004 ; les mutualités avaient alors été contraintes de suspendre le paiement des factures des hôpitaux.

Schéma 1 - Déroulement du financement



Source : Cour des comptes

3.4.2 Répartition des avances

Le montant de l'objectif budgétaire adapté est réparti entre les mutualités à l'aide d'une clé de dépenses et d'une clé normative²⁷ :

- 70 % du montant de l'objectif budgétaire adapté répartis à l'aide de la clé de dépenses, qui correspond à la part de chaque mutualité dans les dépenses comptabilisées par les mutualités pendant les quatre derniers trimestres dont les dépenses sont connues ;
- 30 % du montant de l'objectif budgétaire adapté répartis à l'aide de la clé normative appliquée lors du dernier décompte (définitif) de la responsabilité financière, corrigée en fonction du profil des affiliés de chaque mutualité.

La quotité de ressources ainsi obtenue est le montant auquel chaque mutualité peut prétendre. Pendant l'année budgétaire, ces quotités constituent donc encore des montants provisoires ou des avances, dont près de trois quarts reviennent à deux mutualités (72 % en 2017 ; voir tableau 4). Le montant des avances tient actuellement compte de l'évolution la plus récente du nombre d'affiliés²⁸.

²⁷ Article 202, § 1^{er}, de la loi sur l'assurance maladie ; voir aussi point 2.2.2 pour une explication de la clé normative.

²⁸ Le terme « nombre d'affiliés » s'entend comme l'ensemble des affiliés à une mutualité qui ont droit aux prestations de l'assurance maladie. Il s'agit donc des titulaires affiliés à une mutualité et des personnes qui sont à leur charge.

Tableau 4 - Montant initial de la quotité de ressources par mutualité (en millions d'euros), calculé à partir de l'objectif budgétaire adapté 2017 (23.960,1 millions d'euros).

	ANMC	UNMN	UNMS	UNMLib	UNML	Caami	SNCB	Total
Clé de dépenses	43,15 %	4,30 %	29,30 %	5,85 %	15,38 %	0,63 %	1,39 %	100 %
Quotité (70 %)	7.237,1	721,0	4.913,6	980,7	2.580,5	105,7	233,5	16.772,1
Clé normative	42,49 %	4,52 %	29,28 %	5,77 %	15,86 %	0,68 %	1,40 %	100 %
Quotité (30 %)	3.054,4	325,2	2.104,7	414,6	1.139,9	48,9	100,3	7.188,0
Total	10.291,5	1.046,2	7.018,3	1.395,3	3.720,4	154,6	333,8	23.960,1

Source : Inami

La répartition des avances entre les mutualités est recalculée chaque trimestre pour éviter de devoir compenser des différences considérables par rapport à la répartition initiale au moment du décompte. L'incidence budgétaire de nouvelles mesures éventuelles d'économies est prise en compte immédiatement et non trimestriellement, en intégrant la différence entre l'ancien montant de douzième budgétaire et le nouveau, multipliée par le nombre de mois déjà écoulés.

3.4.3 Gestion des liquidités

Les avances sont mises à disposition sur une base mensuelle, en tant que « douzièmes budgétaires ». Ces montants calculés forfaitairement ne suivent pas le rythme réel des dépenses, ce qui est toutefois ajusté au niveau de la trésorerie. En effet, l'objectif n'est pas de constituer des réserves de liquidités auprès des mutualités à l'aide de moyens de la sécurité sociale et de les laisser ainsi temporairement inutilisés. Il convient tout autant d'éviter que les mutualités ne puissent pas honorer leurs obligations de paiement à l'égard de leurs affiliés ou des prestataires de soins faute de liquidités.

Ce contexte explique pourquoi la gestion des liquidités de l'assurance maladie est régie par des règles strictes. Ainsi, la loi prévoit que le solde journalier moyen des disponibilités du compte à vue d'une mutualité, apprécié par année civile, ne peut pas excéder 2,5 % de ses dépenses annuelles²⁹. L'Office de contrôle des mutualités impose des limites encore plus strictes ainsi que des règles relatives à l'utilisation des liquidités. Toute infraction à ces obligations est sanctionnée d'une diminution de l'indemnisation des frais d'administration de la mutualité concernée³⁰.

²⁹ Article 1^{er} de l'arrêté royal du 12 avril 1984 relatif à la gestion par les organismes assureurs des moyens financiers de l'assurance maladie-invalidité et relatif à la majoration des frais d'administration des organismes assureurs d'un pourcentage des sommes récupérées en application de l'article 136, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

³⁰ Voir Cour des comptes, *Indemnisation des frais d'administration des mutualités : fixation et répartition*, rapport en exécution de la résolution de la Chambre des représentants du 22 octobre 2015, Bruxelles, janvier 2017, p. 37. Disponible sur www.courdescomptes.be. Les rapports annuels de l'Office de contrôle des mutualités décrivent le mode d'évaluation de la marge de liquidité.

Eu égard aux obligations liées à la gestion des liquidités, les douzièmes budgétaires sont versés par tranches dans le courant du mois, plus précisément en fonction des besoins réels des mutualités. Cette solution ne suffit cependant pas lorsque le rythme réel des dépenses est systématiquement ou substantiellement inférieur aux douzièmes budgétaires fixés forfaitairement et que les avances libérées sont donc trop élevées. Il faut d'ailleurs encore ajouter aux avances le montant des bonis mis à disposition par les mutualités pour financer les dépenses courantes de l'assurance maladie obligatoire³¹.

Une réserve de liquidités a dès lors été créée auprès de l'Inami sous la forme d'une réserve d'attente. Les mutualités peuvent y verser les excédents de liquidités et les reprendre de manière souple lorsque la situation de caisse l'exige. Le solde de la réserve d'attente a atteint +497,2 millions d'euros pour l'année budgétaire 2015.

Les rapports de l'Office de contrôle des mutualités permettent de conclure que les obligations relatives à la gestion des liquidités sont bien respectées. Le cycle de consultation auprès des mutualités a en outre confirmé que le système de la réserve d'attente fonctionnait bien.

3.5 Conclusions

La responsabilité financière des mutualités s'inscrit dans un ensemble de mesures visant à limiter l'évolution des dépenses de l'assurance maladie obligatoire à une marge de croissance fixée par la loi. Dans les faits, il n'existe toutefois pas de véritable marge de croissance et cette dernière ne constitue pas davantage le plafond d'évolution réelle des dépenses. En effet, depuis 1999 déjà, le niveau de dépenses autorisé pour des interventions supplémentaires, nouvelles ou plus élevées de l'assurance maladie ne suit plus une trajectoire de croissance prédéfinie. Il est refixé chaque année et, parfois, déjà largement absorbé par d'autres dépenses, comme les provisions et les transferts.

Le cadre directeur nécessaire pour exercer la maîtrise des dépenses demandée aux mutualités fait dès lors défaut. Ces dernières ne sont informées du niveau de dépenses autorisé, pour l'année qui suit uniquement, que lors de la fixation de l'objectif budgétaire global – en principe au plus tard le troisième lundi d'octobre. S'il s'avère qu'elles doivent contribuer à une baisse substantielle de l'évolution des dépenses, il est évident qu'il est extrêmement difficile de réaliser cette baisse dans un délai aussi court.

Par ailleurs, jusqu'à récemment, les mutualités pouvaient compter sur des bonis (ou malis réduits) sans devoir prendre elles-mêmes une quelconque initiative de maîtrise des dépenses. En effet, on savait déjà à l'avance que le résultat budgétaire serait influencé positivement par les marges budgétaires inutilisées relatives à l'indexation des prestations de soins de santé et aux initiatives qui ne seraient exécutées que dans le courant de l'année ou ne le seraient pas du tout. Cette réserve a toutefois disparu en raison du nouveau mode d'indexation appliqué à partir de 2016 et du fait que les marges budgétaires inutilisées relatives à de nouvelles initiatives sont déduites depuis 2013 de la base de calcul lors du décompte de la responsabilité financière (voir point 5.2 également).

³¹ Pour plus de détails, voir point 5.4.2.

Par ailleurs, le règlement de la responsabilité financière relative aux compétences transférées dans le cadre de la sixième réforme de l'État manque de clarté.

Même s'il n'est pas concluant en tant qu'instrument de maîtrise des dépenses, le mécanisme fonctionne convenablement au niveau du mode de financement des mutualités et de la gestion de trésorerie qui y est liée.

CHAPITRE 4

Instruments

4.1 Description

Dans la mesure où les mutualités sont tenues responsables financièrement de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie obligatoire, il est logique qu'elles puissent disposer en contrepartie d'instruments qui leur permettent d'intervenir au niveau de l'évolution des dépenses. Ce principe a été souligné à plusieurs reprises lors de l'introduction du mécanisme de responsabilité financière³². Ce sont essentiellement les instruments de maîtrise des dépenses en concertation avec les autres acteurs qui ont été envisagés dans ce cadre. Les mutualités peuvent toutefois aussi prendre des initiatives pour limiter leurs dépenses.

4.2 Maîtrise des dépenses avec les autres acteurs

4.2.1 Cadre

La nécessaire maîtrise des dépenses – et, donc, la responsabilité financière des mutualités – trouve son fondement dans la confection et l'exécution du budget de l'assurance maladie obligatoire. Cette procédure a été remaniée en profondeur entre 1992 et 1994 et en 2005³³ afin que tous les acteurs concernés se concertent pour prendre leur part de responsabilité dans la maîtrise des dépenses.

Le forum de concertation se compose de trois organes de gestion institués auprès de l'Inami : le conseil général, le comité de l'assurance et la commission de contrôle budgétaire. Chaque organe s'est vu attribuer une responsabilité budgétaire en fonction de sa composition³⁴ :

- Le conseil général fixe l'objectif budgétaire global, les orientations de politique générale et les mesures visant à veiller à l'équilibre financier de l'assurance soins de santé. Le conseil se compose de représentants des mutualités, des partenaires sociaux et du gouvernement. Les propositions relatives à l'objectif budgétaire global et à la politique générale doivent être approuvées par tous les représentants du gouvernement. Les représentants des prestataires de soins siègent également au conseil général, mais n'ont qu'une voix consultative.
- Le comité de l'assurance assume des tâches liées plus étroitement aux secteurs médicaux en tant que tels, tant au niveau des prestations (par exemple, compétences relatives à l'application de la nomenclature) qu'au niveau de la fixation de l'objectif

³² Voir notamment :

- Rapport au Roi de l'arrêté royal du 12 août 1994 portant exécution de l'article 204, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *Moniteur belge* du 31 août 1994, 22.044.
- Exposé des motifs du 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, Sénat, 1992-1993, 579-1.

³³ 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 ainsi que la loi sur l'assurance maladie.

³⁴ Articles 15 à 18 et 21 à 22 de la loi sur l'assurance maladie.

budgétaire partiel par secteur. Les décisions sont prises par des représentants des mutualités et des prestataires de soins. En outre, des représentants des partenaires sociaux et un représentant de l'Office de contrôle des mutualités ont une voix consultative au sein du comité de l'assurance. Des représentants du gouvernement sont autorisés à assister aux réunions.

- La commission de contrôle budgétaire rend compte de l'évolution des dépenses et donne des avis sur les prévisions budgétaires sous la présidence d'un conseiller budgétaire et financier désigné par le ministre des Affaires sociales et le ministre du Budget. Des représentants des mutualités, des partenaires sociaux, du gouvernement et des prestataires de soins siègent au sein de cette commission.

Les mutualités de plus petite taille et les deux caisses publiques soulignent qu'elles ne sont pas représentées au sein des organes de concertation ou ne le sont que de manière très limitée et qu'elles ne peuvent donc pas influencer le processus décisionnel.

La concertation entre les mutualités et les secteurs médicaux (point 4.2.4) se déroule parallèlement à la confection et à l'exécution du budget (points 4.2.2 et 4.2.3). L'harmonisation des deux procédures est souvent laborieuse en raison de leurs finalités distinctes.

4.2.2 Maîtrise des dépenses lors de la confection du budget

Lors de la confection du budget, les prestataires de soins s'efforcent d'obtenir un objectif budgétaire partiel le plus élevé possible pour leur secteur³⁵. Par ailleurs, les mutualités ont tout intérêt à ce que la norme de croissance ou l'objectif budgétaire soient les plus élevés possible eu égard à leur responsabilité financière³⁶. Ces deux éléments déterminent en effet la base de comparaison de leurs dépenses pour leur octroyer un boni ou un mali.

La norme de croissance est toutefois fixée par la loi et le gouvernement l'utilise parfois déjà largement pour constituer des réserves ou des provisions (voir point 3.3). La concertation entre les acteurs se limite dès lors à la question de la répartition équitable de la marge budgétaire restante entre les secteurs compte tenu des priorités de chacun. Le gouvernement joue toutefois aussi un rôle directeur et décisif dans le cadre de cette concertation, notamment par le biais de propositions de nouvelles initiatives et économies³⁷.

³⁵ Dans leurs estimations annuelles des besoins, les prestataires de soins dressent une liste de propositions dont le coût dépasse largement le montant réalisable sur le plan budgétaire. En outre, ils ne mentionnent que rarement la manière dont ils pourraient financer un besoin particulier par le biais d'une mesure d'économie, voir Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé – Audit de suivi*, rapport transmis à la Chambre des représentants, Bruxelles, juin 2011, p. 23-24. Disponible sur www.courdescomptes.be.

³⁶ Auparavant, la loi permettait même d'appliquer une norme de croissance inférieure au pourcentage fixé (le texte de la loi parlait en effet d'une norme de croissance *maximale*), mais cette possibilité a été supprimée en 2003 sans raison apparente ; voir Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé – Audit de suivi*, juin 2011, p. 28.

³⁷ Pour une explication détaillée, voir Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé – Audit de suivi*, juin 2011, p. 24-27. Le rôle moteur du gouvernement est parfois aussi source de tensions. Ainsi, le conseil général de l'Inami n'est pas parvenu à approuver dans les temps les propositions du gouvernement pour les budgets 2016 et 2017 (c'est-à-dire au plus tard le troisième lundi d'octobre). Conformément à l'article 40, § 2, de la loi sur l'assurance maladie, c'est donc le conseil des ministres qui a fixé le budget de ces années.

Par ailleurs, les mutualités ne sont pas associées à l'élaboration du budget relatif aux médicaments, à la journée d'hospitalisation³⁸ et aux dépenses à effectuer dans le cadre d'accords sociaux ou de certains secteurs médicaux plus restreints. C'est pourtant au niveau de ces objectifs budgétaires partiels que les dépassements les plus fréquents et les plus importants se sont situés par le passé³⁹. En outre, les secteurs concernés représentent 38,3 % des dépenses soumises à la responsabilité financière des mutualités en 2017⁴⁰.

Une évolution récente est constatée au niveau de ces autres secteurs qui sont davantage impliqués dans la maîtrise des dépenses à long terme. Citons par exemple le pacte d'avenir avec le secteur des médicaments (2015), qui prévoit de réaliser des économies à long terme pour, entre autres, réduire la facture pour le patient et améliorer l'accès aux thérapies innovantes.

4.2.3 Maîtrise des dépenses lors de l'exécution du budget

Aucun frein ne vient empêcher de dépasser la marge de croissance légale lors de l'exécution du budget de l'assurance maladie obligatoire. Il faut donc constater et réorienter à temps tout risque de dépassement d'un objectif budgétaire par le biais d'un suivi strict.

En 2006, la Cour des comptes a démontré que la plupart des secteurs de soins de santé avaient dépassé leur objectif budgétaire partiel entre 1999 et 2004, pour un total de 2,28 milliards d'euros, et que des interventions avaient rarement empêché ces dépassements⁴¹. Les années suivantes, les interventions étaient toujours aussi rares, mais le contexte avait changé : il n'était plus question d'une situation budgétaire précaire et la totalité des dépenses demeurait bien inférieure à l'objectif budgétaire global.

Quoi qu'il en soit, il est extrêmement difficile d'adapter l'évolution des dépenses en cours d'année budgétaire. En effet, les premiers mois de l'année, les données relatives à l'évolution des dépenses manquent encore de pertinence. Il faut en réalité attendre août ou septembre pour disposer d'indications suffisantes et pouvoir identifier un dépassement éventuel de l'objectif budgétaire partiel d'un secteur de soins de santé. L'Inami compense cependant en partie cet inconvénient depuis 2005 à l'aide de son « audit permanent de l'évolution des dépenses »⁴².

³⁸ Il existe, pour les médicaments et la journée d'hospitalisation, des commissions spécifiques au sein desquelles les mutualités sont représentées, telles que la Commission de remboursement des médicaments de l'Inami et le Conseil national des établissements hospitaliers du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Ces commissions n'ont qu'une compétence d'avis en matière de confection du budget, ce qui explique pourquoi ce rapport indique que les mutualités ne sont pas impliquées dans l'élaboration des budgets.

³⁹ Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé*, janvier 2006, p. 40-42, et Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé – Audit de suivi*, juin 2011, p. 42.

⁴⁰ Ils représentent ensemble 9.424,5 millions d'euros (ce montant est principalement composé comme suit : 5.036,7 millions d'euros pour les dépenses d'hospitalisation et 4.057,8 millions d'euros pour le budget des médicaments ; les dépenses relatives aux accords sociaux sont destinées aux infirmiers dans les institutions de soins aux personnes âgées et font donc partie de l'ensemble de compétences transférées aux communautés). Au sujet de l'objectif budgétaire partiel relatif aux médicaments, il convient de souligner que les cotisations ne font pas l'objet d'une compensation avec les dépenses, ce qui influence la responsabilité financière.

⁴¹ Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé*, janvier 2006, p. 17.

⁴² Au sujet de la procédure des feux clignotants et de l'audit permanent dans le cadre du suivi de l'exécution du budget, voir Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé – Audit de suivi*, juin 2011, p. 38-41.

Par ailleurs, il faut encore tenir compte du temps nécessaire pour élaborer et mettre en œuvre les mesures de correction adaptées⁴³. Comme le budget de l'année suivante est aussi élaboré à la même période, on choisit en général, pour des raisons pragmatiques, d'y intégrer également la décision relative aux corrections requises. Si des initiatives sont tout de même prises pour adapter l'exécution du budget en cours d'année, elles émanent presque toujours du gouvernement.

4.2.4 Importance de la concertation sectorielle

Une commission d'accords ou de conventions est active dans la plupart des secteurs de soins de santé⁴⁴. Elle se compose d'un nombre égal de représentants des mutualités, d'une part, et des organisations représentatives des prestataires de soins, établissements ou services concernés, d'autre part. Au sein de ces commissions, des accords ou conventions sont en principe conclus tous les deux ans au sujet des prix, honoraires ou tarifs à appliquer et des conditions de remboursement des prestations par l'assurance maladie obligatoire.

Tout accord ou toute convention doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action dès qu'il est constaté qu'un objectif budgétaire partiel est dépassé ou risque de l'être⁴⁵. En effet, il importe non seulement que les risques de dépassement budgétaire soient rapidement constatés et analysés, mais aussi que des instruments concrets soient déjà disponibles pour pouvoir intervenir rapidement. Les corrections peuvent comporter une adaptation des honoraires, tarifs ou prix, une adaptation de la nomenclature des prestations de santé, de nouvelles techniques de financement des prestations ou des règles visant à maintenir le volume des prestations dans les limites des normes prévues dans l'accord sectoriel.

Bien que les accords ou les conventions constituent pour les mutualités le moyen le plus direct pour influencer l'évolution des dépenses dans les secteurs concernés, leur objectif premier est de créer une sécurité tarifaire à un niveau acceptable pour les deux parties et non de maîtriser les dépenses. Les acteurs ne sont donc pas responsabilisés à ce niveau, alors qu'ils peuvent exercer une certaine influence sur les dépenses.

La recherche d'une sécurité tarifaire est toutefois souvent difficile à concilier avec les priorités budgétaires. Les nouvelles mesures d'économies introduites lors de la confection du budget ou les mesures de correction appliquées lors de l'exécution du budget sont dès lors souvent perçues comme un non-respect des accords conclus. C'est d'ailleurs la raison

⁴³ Les mutualités et les prestataires de soins omettent d'intégrer les mesures concrètes de correction dans leurs conventions ou accords : voir point 4.2.4.

⁴⁴ Articles 42 à 52 de la loi sur l'assurance maladie et articles 11 à 28 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi sur l'assurance maladie. Les commissions d'accords sont des organes de concertation entre les mutualités et les médecins ou les dentistes. Les commissions de conventions sont des organes au sein desquels les mutualités se concertent avec les groupes suivants de prestataires : les établissements hospitaliers, les centres psychiatriques, les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les centres de soins de jour, les services de soins à domicile, les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les orthopédistes, les logopèdes, les opticiens, les audiciens, les bandagistes et les fournisseurs de prothèses, d'appareils ou d'implants.

⁴⁵ Article 51, § 2, de la loi sur l'assurance maladie.

pour laquelle la plupart des accords ou conventions ne contiennent pas la clause exigée par la loi concernant les mesures de correction concrètes⁴⁶.

4.3 Maîtrise des dépenses par le biais d'initiatives propres

4.3.1 Possibilités et opportunités

Les mutualités peuvent aussi participer à la limitation des dépenses en dehors des structures de concertation précitées, et ce, tant individuellement que collectivement. Les exemples les plus souvent cités à cet égard sont le développement de leurs contrôles de l'octroi correct des interventions de l'assurance maladie obligatoire et l'organisation de campagnes d'information ou de prévention en matière de santé. Ces deux exemples font toutefois déjà l'objet d'une évaluation spécifique et d'une indemnisation dans le cadre de la responsabilisation des mutualités en matière de frais d'administration⁴⁷. En outre, il est impossible d'attribuer l'effet de ces initiatives à une mutualité en particulier ou à une année précise lors du calcul annuel des bonis ou malis. Enfin, la prévention en matière de santé ne relève en principe plus de la politique fédérale.

Les mutualités font observer que d'importantes opportunités restent inexploitées en la matière. Elles devraient dorénavant organiser en grande partie ensemble tant la prévention que le contrôle (par exemple, en ce qui concerne le comportement de prescription ou certaines pathologies) pour être efficaces et efficientes, pertinentes au niveau budgétaire et cesser de se faire concurrence. Une politique d'encadrement est toutefois nécessaire à cet effet (par exemple, pour l'application de sanctions ou l'organisation de l'échange d'informations nécessaire). Les mutualités considèrent ces mesures comme une évolution vers la responsabilité collective décrite dans le pacte d'avenir avec la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (voir point 2.3). Aucune proposition concrète n'a néanmoins encore été soumise à ce sujet.

4.3.2 Sélection des risques et fonctionnement du marché

À l'inverse des assureurs privés, les mutualités ne peuvent pas appliquer de sélection des risques lors du recrutement de leurs affiliés afin de limiter leurs dépenses relatives à l'assurance maladie obligatoire. En effet, la loi sur l'assurance maladie et la loi relative aux mutualités⁴⁸ disposent expressément que les assurés sociaux doivent avoir libre accès à la mutualité de leur choix⁴⁹. Ce principe est soutenu par la prise en compte du profil des affiliés des mutualités lors du calcul de leur quotité de ressources (voir aussi point 2.2.2 relatif à la clé de répartition normative).

⁴⁶ Pour des exemples, voir Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé – Audit de suivi*, juin 2011, p. 40.

⁴⁷ Par exemple, les mutualités ont déjà reçu un montant de 5,4 millions d'euros dans le cadre de la partie variable de l'indemnisation des frais d'administration uniquement pour des campagnes de prévention menées en 2014. Au sujet de la portée et du calcul de la partie variable des frais d'administration des mutualités, voir le rapport annuel 2015 de l'Office de contrôle des mutualités (disponible sur www.ocm-cdz.be).

⁴⁸ Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités (« loi relative aux mutualités »).

⁴⁹ Article 118 de la loi sur l'assurance maladie, exécuté par les articles 252 à 276 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi sur l'assurance maladie, et article 9 de la loi relative aux mutualités. L'ancienne mutualité ne peut refuser le transfert d'un assuré que dans des cas spécifiques.

Cependant, il convient d'apporter quelques nuances. Les mutualités s'adressent parfois directement ou indirectement à des profils d'affiliés spécifiques par le biais de l'offre d'assurances complémentaires. Le risque existe qu'elles tentent par ce biais d'appliquer une forme limitée de sélection des risques pour influencer leurs dépenses. En effet, il est vrai qu'un petit groupe de bénéficiaires est responsable d'une part relativement importante des dépenses de l'assurance maladie⁵⁰. On ne dispose d'aucune information pour déterminer si cette pratique est effective.

Les mutualités ne peuvent pas davantage limiter leurs dépenses en soumettant l'offre de soins de santé à la concurrence, par exemple, en déconseillant ou encourageant l'accès à certains hôpitaux en subordonnant le montant de leur intervention au choix de l'hôpital. Les interventions dues de l'assurance maladie obligatoire sont, en effet, fixées dans la nomenclature et les conventions et accords conclus avec les prestataires de soins⁵¹. En outre, la loi garantit au patient la liberté de choix⁵².

4.4 Conclusions

Les principales possibilités de maîtrise des dépenses dont les mutualités disposent se situent au niveau de la concertation avec les autres acteurs lors de la confection du budget. Cette concertation repose sur une procédure détaillée. Elle prévoit une suite logique et cohérente d'estimations, de propositions et d'avis devant déboucher sur une décision quant à l'utilisation de la marge budgétaire disponible. Dans la pratique, le gouvernement joue cependant un rôle directeur et décisif en la matière. On peut conclure, de manière quelque peu simplifiée, que les mutualités ne participent que dans une mesure limitée à la décision prise lors de la confection du budget quant à savoir si et dans quelle mesure l'évolution des dépenses doit être adaptée. Dans la pratique, elles peuvent tout au plus influencer la manière dont la maîtrise nécessaire des dépenses sera réalisée. En outre, les possibilités d'adapter l'évolution des dépenses en cours d'année s'avèrent de toute façon très limitées lors de l'exécution du budget. Les mutualités et prestataires de soins ne sont, en général, guère voire pas du tout responsabilisés dans le cadre des commissions d'accords et de conventions pour la maîtrise des dépenses.

Les instruments dont disposent les mutualités en dehors des accords et conventions pour influencer elles-mêmes les dépenses – de manière tant individuelle que collective – posent aussi divers problèmes. Les initiatives supplémentaires de maîtrise des dépenses sont déjà encouragées via l'indemnisation de la partie variable des frais d'administration. Elles s'inscrivent, de par leur nature, dans une perspective temporelle plus large que la marge de croissance qui varie d'année en année ou produisent un effet impossible à imputer à une mutualité en particulier lors de l'attribution des bonis ou malis individuels. Par ailleurs, les mutualités ne parviennent pas, en l'absence d'une politique d'encadrement, à organiser conjointement des contrôles essentiels de l'octroi des prestations.

⁵⁰ Une étude récente de l'Agence intermutualiste révèle que 53 % des dépenses de l'assurance maladie obligatoire concernent 5 % des bénéficiaires. Voir : Agence intermutualiste, « Concentration des dépenses de soins de santé parmi la population », 3 septembre 2014 (disponible sur www.aim-ima.be). L'agence est une ASBL et association de frais dont la mission consiste à « analyser les données collectées par les organismes assureurs dans le cadre de leurs missions et à leur procurer l'information en la matière ».

⁵¹ Voir notamment les articles 37, 42 et 50 de la loi sur l'assurance maladie et le point 4.2.4 de ce rapport.

⁵² Article 127 de la loi sur l'assurance maladie.

Les mutualités ne disposent donc pas des instruments nécessaires pour orienter l'évolution des dépenses dans les limites de l'objectif budgétaire global. De plus, elles ne sont même pas associées à la fixation ni à l'exécution d'un certain nombre d'objectifs budgétaires partiels qui représentent pourtant ensemble plus d'un tiers des dépenses et qui ont été à l'origine de la plupart des dépassements budgétaires par le passé.

CHAPITRE 5

Bonis et malis

5.1 Description

Par l'attribution de bonis ou la mise à charge de malis, le mécanisme de responsabilisation encourage les mutualités à contribuer activement à la maîtrise des dépenses au moyen des instruments dont elles disposent à cette fin. Pour atteindre cet objectif, il est important que ces bonis et malis soient calculés de façon correcte et à temps, et que la méthode et les procédures définies dans la réglementation n'affaiblissent pas le caractère incitatif des bonis et malis.

5.2 Calcul

Le mécanisme de responsabilisation introduit en 1995 prévoyait un calcul unique de la responsabilité financière des mutualités, au moment de la clôture des comptes.

Son application a engendré deux problèmes :

- Lorsque les douzièmes budgétaires étaient insuffisants et que les réserves d'attente étaient épuisées, le manque de liquidités des mutualités les empêchait de payer les factures et de rembourser les attestations de soins dans un délai raisonnable⁵³.
- Les assurés ont deux ans pour introduire leurs demandes de remboursement, ce qui a une incidence sur les rythmes de comptabilisation des dépenses par les mutualités et, donc, sur le délai de calcul de leur responsabilité.

La loi sur l'assurance maladie a dès lors été révisée pour remédier à ces problèmes :

- D'une part, le mécanisme de décompte annuel des dépenses d'avril $X+1$ a été introduit pour prévenir les difficultés de trésorerie dans le chef des mutualités.
- D'autre part, suite à une recommandation de la Cour des comptes préconisant de neutraliser l'impact du rythme de comptabilisation lors du calcul du montant du boni ou du mali⁵⁴, la responsabilité financière est calculée en deux étapes depuis l'exercice comptable 2006⁵⁵. Un premier calcul provisoire est effectué à la clôture des comptes à partir des dépenses comptabilisées de l'année (c'est-à-dire les dépenses relatives à l'ensemble des prestations remboursées au cours de cette année)⁵⁶. La responsabilité financière est ensuite fixée définitivement sur la base des dépenses prestées que les mutualités ont dû prendre en charge pour cette même année (c'est-

⁵³ Ce cas de figure s'est présenté dans les années 90. La direction de l'Inami avait alors obtenu une avance (sur la clôture définitive) de la Gestion globale.

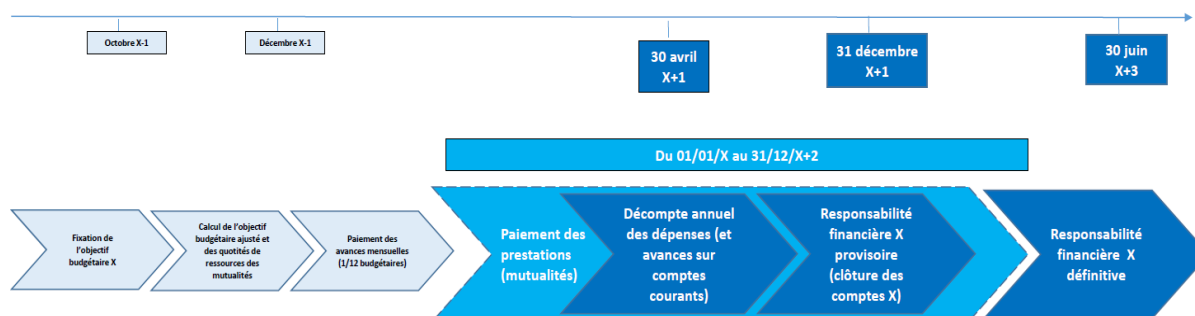
⁵⁴ Cour des comptes, *Estimation et maîtrise des dépenses de soins de santé*, rapport transmis à la Chambre des représentants, Bruxelles, janvier 2006. Disponible sur www.courdescomptes.be.

⁵⁵ Loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses (I).

⁵⁶ Article 196 de la loi sur l'assurance maladie.

à-dire les dépenses relatives aux prestations effectuées pendant l'année civile et dont le remboursement est demandé auprès des mutualités dans un délai de deux ans)⁵⁷.

Schéma 2 – Processus de calcul



Source : Cour des comptes

5.2.1 Décompte annuel des dépenses

Dans les quatre mois après la fin de l'exercice comptable, l'Inami détermine les dépenses comptabilisées de l'année X sur la base des documents transmis par les mutualités⁵⁸.

Dans le mois qui suit l'approbation des dépenses par le conseil général de l'Inami, l'Institut compare ces dépenses avec l'objectif budgétaire global adapté et établit un décompte pour chaque mutualité.

Ce décompte comprend deux éléments :

- la différence entre les dépenses de la mutualité pour l'exercice X et sa quotité de ressources ;
- les montants remboursés par la mutualité à l'Inami et non réclamés dans le cadre de la gestion de ses liquidités (la « réserve d'attente »).

Si les dépenses d'une mutualité sont supérieures à sa quotité de ressources, l'Inami verse à la mutualité la différence entre les dépenses et la quotité de ressources, diminuée de 25 % de cette différence. Ce montant est éventuellement augmenté des sommes remboursées et non réclamées dans le cadre de la gestion des liquidités de la mutualité⁵⁹.

Si les dépenses d'une mutualité sont inférieures à sa quotité de ressources, la mutualité doit rembourser la différence à l'Inami. Elle est éventuellement diminuée des montants que la mutualité a remboursés et n'a pas réclamés dans le cadre de la gestion de ses liquidités⁶⁰.

⁵⁷ Article 196bis de la loi sur l'assurance maladie.

⁵⁸ Article 202, § 2, de la loi sur l'assurance maladie.

⁵⁹ Article 202, § 2, alinéa 3, de la loi sur l'assurance maladie.

⁶⁰ Article 202, § 2, alinéa 4, de la loi sur l'assurance maladie.

Le montant remboursé aux mutualités s'ajoute aux avances mensuelles de l'exercice X+1 et génère un excédent de liquidités que les mutualités reversent le jour même dans la réserve d'attente de l'Inami.

5.2.2 Responsabilité financière provisoire

Le comité général de gestion de l'Inami arrête les comptes de l'assurance soins de santé et indemnités⁶¹ en principe avant le 31 décembre de l'année X+1⁶².

Afin de déterminer la responsabilité financière provisoire, le service actuariat de l'Inami actualise pour chaque mutualité sa quotité de ressources et le montant des dépenses comptabilisées.

Afin d'établir la quotité de ressources de chaque mutualité, l'Inami détermine la clé de dépenses et la clé normative par mutualité. La clé de dépenses utilisée est basée sur les dépenses comptabilisées de l'année X. La clé normative utilisée est celle calculée lors de la détermination de la dernière responsabilité financière définitive. Cette clé est corrigée afin de tenir compte des effectifs de l'année X.

L'Inami recalcule par ailleurs un nouvel objectif budgétaire adapté. Le calcul consiste non seulement à déduire de l'objectif budgétaire global les dépenses directement effectuées par l'Inami et les montants qui font l'objet d'une déduction des besoins de financement de l'Inami, mais aussi, depuis 2013, à prendre en compte les montants réservés qui n'ont pas encore été déduits lors du budget initial ou des ajustements budgétaires. Il s'agit des moyens financiers qui étaient repris dans l'objectif budgétaire global dans le cadre de l'exécution des mesures ayant un impact financier positif et qui ne sont pas entièrement utilisés parce que leur mise en œuvre effective est postérieure à celle prévue dans l'objectif budgétaire global⁶³. Les montants réservés pris en compte pour calculer la responsabilité provisoire 2013⁶⁴ s'élevaient à 63,2 millions d'euros.

La quotité de ressources est calculée en appliquant les clés de répartition à ce nouvel objectif budgétaire adapté.

En cas de boni, la part attribuée à la mutualité (25 %) alimente le fonds spécial de réserve de la mutualité, destiné à couvrir d'éventuels malis ultérieurs⁶⁵.

En cas de mali, la mutualité est redevable de 25 % du mali ainsi calculé. Si l'objectif budgétaire global est dépassé de plus de 2 %, le déficit est limité à 2 % de la quotité de ressources de chaque mutualité.

Lors de la clôture des comptes, le service financier de l'Inami établit par ailleurs un relevé, par mutualité, de l'ensemble des droits et moyens qui lui ont été effectivement versés. Le

⁶¹ Article 12, 5°, de la loi sur l'assurance maladie.

⁶² Article 12 de l'arrêté royal du 22 juin 2001 fixant les règles en matière de budget, de comptabilité et de comptes des institutions publiques de sécurité sociale soumises à l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale.

⁶³ Article 197, § 3bis, de la loi sur l'assurance maladie.

⁶⁴ Les comptes 2013 sont les derniers comptes clôturés pour l'assurance maladie.

⁶⁵ Article 198, § 2, de la loi sur l'assurance maladie.

solde est versé ou prélevé sur le compte courant de la mutualité, selon qu'il subsiste un excédent ou un déficit résiduel.

5.2.3 Responsabilité financière définitive

Afin de calculer la responsabilité financière définitive des mutualités pour une année X, l'Inami doit calculer la clé des dépenses prestées et la clé normative de l'année concernée.

Calcul de la clé des dépenses

La clé des dépenses prestées représente le pourcentage des dépenses prestées de chaque mutualité dans les dépenses prestées de l'ensemble des mutualités pour l'année X.

Calcul de la clé normative

Pour l'année X, l'Inami détermine la valeur des coefficients appliqués aux variables du modèle économétrique (voir point 2.2.2 et annexe 1).

L'Institut collecte, traite et valide les données de calcul (dépenses de soins de santé, variables par individu, données pharmaceutiques, etc.) et calcule ensuite la clé normative.

Quotités de ressources prestées

L'Inami détermine par ailleurs l'*objectif budgétaire presté*. Il s'agit de l'objectif budgétaire adapté (pris en compte lors du calcul de la responsabilité provisoire) multiplié par un coefficient d'adaptation. Ce coefficient correspond à la moyenne, pour les trois derniers exercices connus, du quotient entre les dépenses prestées et les dépenses comptabilisées mentionnées dans les comptes clôturés.

L'Inami établit ensuite les quotités de ressources prestées de chaque mutualité.

Calcul de la responsabilité financière définitive

L'Inami calcule la responsabilité financière définitive et attribue ou met à charge de chaque mutualité 25 % de la différence entre les quotités de ressources prestées et les dépenses prestées de l'exercice.

L'Inami détermine finalement la différence entre la responsabilité financière provisoire et la responsabilité financière définitive de chaque mutualité. Les différences observées sont ajoutées ou soustraites du fonds de réserve des mutualités lors de la clôture des comptes de l'année ultérieure la plus proche. Ces différences sont reprises dans le relevé, établi par l'Inami, de l'ensemble des droits des mutualités et des moyens qui leur ont été effectivement versés.

5.2.4 Délais et coût du processus de calcul

Délais théoriques et délais réels

La loi prévoit des échéances pour les différentes étapes du calcul de la responsabilité financière des mutualités. Ainsi, l'Inami fixe les dépenses provisoires de l'année X en principe dans les quatre mois après la fin de l'exercice⁶⁶. La clôture des comptes de l'exercice X et le

⁶⁶ Article 202, § 2, de la loi sur l'assurance maladie.

calcul de la responsabilité financière provisoire des mutualités doivent intervenir pour le 31 décembre de l'exercice suivant⁶⁷.

Une fois le délai de prescription de deux ans écoulé, l'Inami calcule la responsabilité financière définitive des mutualités⁶⁸. Comme exposé plus haut, le calcul de la responsabilité financière définitive d'une année X nécessite celui de la clé normative de cette même année. Les délais pour rassembler, vérifier et utiliser les données nécessaires au calcul de la clé normative impliquent que celle-ci ne peut pas être calculée avant le 1^{er} juin de l'année X+3. Ainsi, le calcul de la clé normative 2009 aurait dû être disponible en juin 2012.

Le tableau ci-après reprend les délais de calcul de la responsabilité financière des mutualités lors des différentes étapes du processus. Il indique le retard (en mois) entre le délai réel de calcul et le délai légal (ou théorique).

Tableau 5 – Délais de calcul de la responsabilité financière (RF)

Exercice comptable	Décompte annuel des dépenses	Calcul RF provisoire	Retard (en mois)	Calcul RF définitive	Retard (en mois)
2006	25/05/2007	15/12/2008	11	10/10/2011	28
2007	28/04/2008	06/05/2010	16	18/04/2012	22
2008	08/05/2009	25/01/2012	24,5	13/06/2016	59
2009	07/05/2010	25/01/2012	12,5	Pas encore disponible	
2010	22/04/2011	15/10/2012	9,5	Pas encore disponible	
2011	13/04/2012	02/07/2013	6	Pas encore disponible	
2012	26/04/2013	12/09/2016	32	Pas encore disponible	
2013	25/04/2014	9/11/2016	22	Pas encore disponible	
2014	31/05/2015	Pas encore disponible		Pas encore disponible	
2015	18/05/2016	Pas encore disponible		Pas encore disponible	

Source : Cour des comptes

Si le décompte annuel des dépenses est établi dans les délais, le calcul des responsabilités financières provisoires et définitives accuse un retard allant jusqu'à cinq années.

Le délai de calcul de la responsabilité financière provisoire 2012 s'explique par l'attente de la clé normative 2008, souhaitée par les mutualités pour la clôture des comptes 2012. Différents facteurs ont retardé l'élaboration du modèle de clé normative 2008 :

⁶⁷ Article 196 de la loi sur l'assurance maladie.

⁶⁸ Article 196bis de la loi sur l'assurance maladie.

- Le groupe chargé de revoir le modèle ne s'étant plus réuni depuis plusieurs années, certains experts n'étaient plus disponibles et ont dû être remplacés.
- Les résultats des travaux du groupe ont suscité beaucoup de discussions. Il a fallu trancher les points débattus et ensuite transposer les décisions dans le modèle (par exemple, l'existence d'un calcul différent pour les travailleurs salariés et les indépendants).
- L'absence de longue durée du responsable du calcul de la clé normative et d'un remplaçant maîtrisant ses compétences.

Les délais pour calculer la responsabilité financière des mutualités, qu'elle soit provisoire ou définitive, induisent un manque de pertinence du mécanisme. D'une part, il résulte du processus que les mutualités ne connaissent définitivement leurs ressources pour une année X qu'au moment de la détermination de la responsabilité définitive, en l'occurrence plusieurs années après le paiement des prestations. D'autre part, des variations substantielles peuvent intervenir entre les résultats calculés à chaque étape du processus (décompte annuel des dépenses, responsabilité provisoire et responsabilité définitive). Ainsi, une mutualité en boni lors du décompte annuel peut être confrontée à un mali lors du calcul de la responsabilité provisoire et vice versa.

En décembre 2015, l'Inami a adopté un calendrier en vue de résorber les retards dans le calcul de la responsabilité financière définitive des mutualités. L'Institut a revu ce calendrier en 2016, invoquant l'obligation de transmettre à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique un nouveau modèle économétrique, qui tient compte de la sixième réforme de l'État, au plus tard en décembre 2016.

Tableau 6 – Calendrier de calcul de la responsabilité financière définitive

Exercice comptable	Calendrier validé en 2015	Calendrier revu en 2016
2008	Fin 2015 – début 2016	
2009	Septembre 2016	1 ^{er} trimestre 2017
2010	Décembre 2016	1 ^{er} trimestre 2017
2011	Décembre 2016	1 ^{er} trimestre 2017
2012	Septembre 2017	Septembre 2017
2013	Décembre 2017	Décembre 2017
2014	Décembre 2017	Décembre 2017
2015	1 ^{er} semestre 2018	1 ^{er} semestre 2018

Bien que ce calendrier ait été revu fin 2016, les nouvelles échéances prévues ne seront pas respectées. En effet, les clés normatives 2009, 2010 et 2011, qui devaient être calculées au premier trimestre 2017, ne l'étaient toujours pas à la clôture des travaux d'audit.

Incidence des délais sur la trésorerie

Le long délai entre l'année concernée et le calcul de la clé normative (établie lors du calcul de la responsabilité financière définitive) a eu des conséquences sur la trésorerie des mutualités. En effet, les douzièmes budgétaires des mutualités ont été calculés jusque fin 2015 en tenant compte de la clé normative de 2007 (et des effectifs de 2007), ce qui a entraîné un sous-financement systématique d'une mutualité (Mutualités libres - UNML). Cette dernière a été confrontée à des problèmes de liquidités et n'a pas pu rembourser ses affiliés et les prestataires de soins dans un délai raisonnable. Selon leurs calculs, les Mutualités libres accusaient un déficit de financement de 45 à 50 millions d'euros par an pour les seuls exercices 2011 et 2012. Afin de résoudre le problème, l'Inami a proposé, en janvier 2016, d'attribuer aux Mutualités libres une intervention financière unique de 100 millions d'euros. Il a, pour ce faire, demandé à chaque mutualité qui avait constitué une réserve d'attente pour 2015 de mettre une partie de celle-ci à disposition. Ces parts ont été prises en compte lors de la clôture provisoire des comptes 2015. Cette opération a été budgétairement neutre pour les Gestions globales.

Afin d'apporter une solution structurelle, depuis 2016⁶⁹ et le calcul de la clé normative 2008, la clé tient compte, pour le calcul des douzièmes budgétaires et de la responsabilité provisoire, de l'évolution du nombre de membres des mutualités entre l'année pour laquelle elle est utilisée et l'année qui a servi à calculer la dernière clé de répartition normative⁷⁰. Cette nouvelle méthode a été appliquée pour la première fois aux douzièmes budgétaires de 2016 et à la clôture comptable de l'exercice 2012 (responsabilité financière provisoire).

L'adaptation de la clé normative à l'évolution des effectifs a eu un impact sur la répartition des douzièmes budgétaires entre les mutualités (voir annexe 2). Le tableau suivant reprend, pour chaque mutualité, l'incidence de l'adaptation de la clé normative 2008 aux effectifs 2015 sur leurs quotités de ressources annuelles pour 2016.

⁶⁹ Articles 28 à 30 de la loi du 22 juin 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé.

⁷⁰ Article 202, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi sur l'assurance maladie.

Tableau 7 – Total de l'impact par mutualité, calculé au 1^{er} août 2016, pour l'ensemble de 2016 (en millions d'euros)

Mutualité	Différence de quotité de ressources
ANMC	-76,1
UNMN	29,8
UNMS	22,7
UNMLib	-29,8
UNML	64
Caami	4,1
SNCB	-14,6
Total	0

Sources : calcul de la Cour des comptes à partir de données de l'Inami

Cette adaptation a effectivement permis de régler les problèmes de trésorerie des Mutualités libres.

L'incidence sur la répartition des ressources entre les mutualités a été importante en 2016 étant donné qu'elle se rapporte à un rattrapage de sept ans (clé normative 2008 adaptée aux effectifs 2015). Elle devrait être moindre dans les prochaines années, puisque l'évolution des effectifs prise en compte ne concernera qu'une année.

Il ressort cependant des données fournies par l'Inami que, lors du calcul des quotités de ressources 2017, l'Institut a tenu compte de la clé normative 2008, adaptée à l'évolution des effectifs 2015 et non à celle des effectifs 2016 comme cela aurait dû être le cas. La Cour a évalué l'incidence, sur les quotités de ressources 2017, de l'adaptation de la clé normative 2008 aux effectifs 2016. Elle va de -8,8 millions d'euros à +4,4 millions d'euros selon la mutualité. Dans sa réponse, l'Inami précise avoir tenu compte des effectifs 2016 lors du calcul de la clé normative appliquée à partir de mai 2017.

Coût du calcul

Comme expliqué ci-avant, le calcul de la répartition des ressources entre les mutualités ainsi que celui de la responsabilité financière se déroulent en plusieurs étapes. Ces différents calculs sont chronophages et coûteux.

Le calcul de la clé normative, nécessaire pour établir la responsabilité financière des mutualités, suppose la collecte, la validation et le traitement de nombreuses données. La concertation autour de la méthode de calcul nécessite également de nombreux échanges entre l'Inami et les mutualités. Ces activités représentent un coût financier non négligeable, qui ne peut aisément être chiffré.

Outre le coût du calcul de la clé normative, le respect des étapes de la procédure de validation de la méthode et des données représente un à deux jour(s) de travail par réunion pour :

- le groupe technique⁷¹ ;
- la commission d'accompagnement⁷² ;
- le conseil général ;
- le comité de l'assurance.

Par ailleurs, le développement d'un modèle de calcul implique de mobiliser de nombreuses ressources à l'Inami et dans les mutualités. Ainsi, en 2016, la proposition du nouveau modèle, à appliquer à partir de 2015, a exigé deux mois de travail pour deux agents de l'Inami (à temps partiel). Une fois ce modèle validé, il devra encore faire l'objet d'un arrêté royal.

5.3 Importance des bonis et malis

Les points ci-après présentent l'évolution globale et individuelle des bonis et malis au fil du temps ainsi que les différences dues au recours à la méthode de calcul précitée (voir point 5.2).

5.3.1 Différences dans le temps

5.3.1.1 Évolution globale des bonis et malis

Le tableau 8 donne un aperçu du total des bonis et malis de 1995 à 2015 pour toutes les mutualités, calculés sur la base de la différence entre les objectifs budgétaires adaptés et les dépenses. Les chiffres de la responsabilité financière définitive des mutualités portent sur 2006 à 2008 et ceux de la responsabilité financière provisoire sur 2009 à 2013. Les chiffres 2014 et 2015 sont basés sur le décompte annuel des dépenses⁷³.

⁷¹ Le groupe technique, sous-groupe de la commission d'accompagnement, se charge de l'aspect « données » du modèle.

⁷² La commission d'accompagnement est une commission composée de représentants des mutualités et d'experts, ainsi que de quelques représentants de l'Inami. Elle valide les résultats des calculs de la direction Recherche, Développement et Promotion de la qualité de l'Inami qui se fait assister par des experts extérieurs si nécessaire.

⁷³ Article 202, § 2, de la loi sur l'assurance maladie.

Tableau 8 – Évolution de l'objectif budgétaire, des dépenses et des bonis/malis (en millions d'euros)

Année	Objectif budgétaire (adapté) ^(*)	Dépenses comptabilisées ou prestées	Différence	% boni/mali	Montant boni (+)/mali (-)
1995	10.089,3	9.930,7	158,6	15%	23,8
1996	10.360,9	10.948,7	-587,8	15%	-30,6
1997	10.669,7	10.644,3	25,3	15%	3,8
1998	11.228,4	11.292,6	-64,2	20%	-12,8
1999	11.920,8	12.003,4	-82,6	20%	-16,5
2000	12.391,1	12.802,8	-411,8	20%	-49,3
2001	13.429,4	13.748,0	-318,6	25%	-64,9
2002	14.365,5	14.134,1	231,4	25%	57,9
2003	15.184,1	15.218,1	-34,0	25%	-8,5
2004	16.056,0	16.557,5	-501,5	25%	-79,3
2005	17.032,1	16.919,2	112,9	25%	28,2
2006-DEF	18.023,2	17.544,6	478,6	25%	119,6
2007-DEF	18.965,1	18.454,2	510,9	25%	127,7
2008-DEF	20.520,5	20.385,3	135,3	25%	33,8
2009-PROV	21.968,3	21.606,2	362,1	25%	90,5
2010-PROV	22.847,9	22.250,8	597,2	25%	149,3
2011-PROV	23.574,7	23.427,3	147,4	25%	36,8
2012-PROV	24.308,4	24.332,9	-24,6	25%	-6,1
2013-PROV	25.151,3	24.950,8	200,5	25%	50,1
2014-EST	25.752,3	25.520,7	231,6	25%	57,9
2015-EST	23.122,9	23.415,6	-292,6	25%	-73,2

(*) Les montants réservés ont aussi été pris en compte pour 2014 et 2015, soit respectivement 139,1 et 120,2 millions d'euros.

DEF = bonis et malis définitifs (application depuis 2006)

PROV = bonis et malis provisoires

EST = bonis et malis estimés

Source : Cour des comptes à partir de données de l'Inami

Le tableau met en évidence des dépassements des objectifs budgétaires surtout entre 1996 et 2004. À partir de 2005 (à l'exception de 2012), la tendance s'est inversée avec plusieurs sous-utilisations du budget, d'où l'accumulation de bonis. Un dépassement de l'objectif budgétaire est à nouveau attendu pour 2015.

Les différents mouvements s'expliquent par l'évolution des deux principaux facteurs sous-jacents : l'objectif budgétaire adapté et le niveau des dépenses. Ces notions n'ont pas la même signification d'une année à l'autre (distinction entre le calcul jusqu'en 2005 et le calcul de la responsabilité provisoire versus définitive à partir de 2006).

Il est renvoyé au chapitre 3 concernant les fluctuations de l'objectif budgétaire qui pourraient avoir une incidence sur la responsabilité financière.

5.3.1.2 Évolution des bonis et malis par mutualité

Les bonis et malis des mutualités sont déterminés par la différence entre leur quotité de ressources dans l'objectif budgétaire adapté ou presté et les dépenses comptabilisées ou prestées. Le tableau 9 reprend les bonis et malis annuels par mutualité.

Tableau 9 – Évolution des bonis et malis par mutualité (y compris les montants réservés de 2014 et 2015, en millions d'euros)

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNMLib	UNML	Caami	SNCB	Total
1995	11,5	0,8	6,8	1,5	2,4	0,3	0,5	23,8
1996	-13,0	-1,4	-9,1	-2,0	-4,3	-0,2	-0,7	-30,6
1997	2,2	0,5	-0,1	0,5	0,9	0,0	-0,3	3,8
1998	-7,3	0,0	-3,3	-0,3	-1,7	0,3	-0,6	-12,8
1999	-7,1	0,2	-6,8	-0,9	-1,9	0,4	-0,5	-16,5
2000	-21,5	-2,0	-14,4	-3,2	-7,2	-0,1	-1,0	-49,3
2001	-28,9	-1,8	-19,6	-4,2	-9,9	0,7	-1,3	-64,9
2002	36,3	1,5	13,0	0,6	7,3	0,3	-1,1	57,9
2003	-0,8	-0,4	-2,2	-2,8	-0,6	0,6	-2,3	-8,5
2004	-34,8	-3,2	-23,5	-5,1	-11,6	0,5	-1,5	-79,3
2005	15,0	1,4	8,9	2,0	1,1	1,3	-1,4	28,2
2006-DEF	51,5	5,1	38,2	7,1	14,6	1,9	1,3	119,6
2007-DEF	57,9	6,2	32,6	9,8	17,9	1,3	2,0	127,7
2008-DEF	19,8	1,8	8,6	1,5	2,7	0,4	-0,9	33,8
2009-PROV	41,0	2,5	32,0	7,6	2,8	1,9	2,7	90,5
2010-PROV	68,5	5,9	42,5	11,3	14,8	2,1	4,2	149,3
2011-PROV	21,6	1,0	8,2	4,7	-3,2	1,6	3,0	36,8
2012-PROV	-6,9	2,9	0,4	-2,7	1,5	0,6	-1,9	-6,1
2013-PROV	15,5	5,5	15,6	1,0	12,6	0,8	-0,8	50,1
2014-EST	32,3	-1,2	13,8	8,7	-3,1	1,7	5,8	57,9
2015-EST	-11,4	-7,3	-33,8	1,6	-26,1	-0,9	4,8	-73,2

Source : Cour des comptes

Les bonis successifs depuis 2005 ont permis aux mutualités de constituer une réserve dans un fonds spécial afin de pouvoir compenser les malis futurs (voir point 5.4.1).

La Cour des comptes observe que de tels malis sont cependant limités à 2 % de la quotité de ressources des années durant lesquelles l'objectif budgétaire adapté est dépassé de plus de 2 %. Ce principe permet de responsabiliser aussi en partie le gouvernement pour les dépassements budgétaires consécutifs à la définition d'un objectif budgétaire trop bas. La limitation a été appliquée en 1996, 2000, 2001 et 2004. La part des malis excédant cette limitation n'a pas été reprise à la charge des mutualités.

Tableau 10 – Malis non repris à la charge des mutualités (en millions d'euros)

Mutualité	1996	2000	2001	2004	Total
ANMC	23,1	16,1	5,6	19,4	64,2
UNMN	2,8	0,7	0,2	1,2	4,8
UNMS	17,5	9,2	4,6	13,5	44,8
UNMLib	3,9	1,8	0,2	2,9	8,8
UNML	8,6	4,3	3,4	8,0	24,3
Caami	0,3	0,001	0,0	0,0	0,3
SNCB	1,4	1,0	0,7	1,1	4,1
Total	57,5	33,1	14,7	46,1	151,4

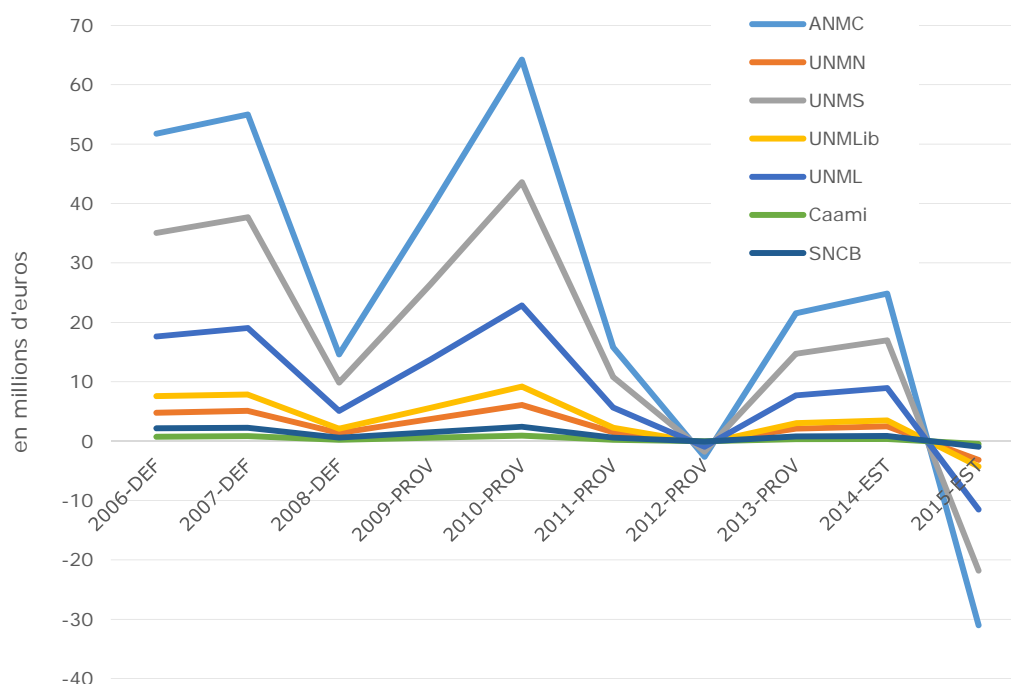
Source : Cour des comptes

En revanche, les bonis n'ont pas été limités, ce qui explique leur forte hausse pour certaines années. Ainsi, les excédents 2006 et 2007 s'élevaient à 2,7 % sur la base de la responsabilité financière définitive. En 2010, ce pourcentage était de 2,6 % sur la base de la responsabilité financière provisoire. Si les bonis étaient limités à 2 % de la quotité de ressources, comme les malis, ils seraient inférieurs de 29,9 millions d'euros, 34,2 millions d'euros et 37,6 millions d'euros pour ces années respectives.

Le volume des bonis et malis varie entre les mutualités (voir tableau 9). Les divergences sont dues au niveau des dépenses qui repose principalement sur le nombre de titulaires. C'est ainsi que l'ANMC et l'UNMS présentent des bonis et malis plus élevés.

Les bonis et malis des diverses mutualités suivent à peu près la même tendance. Cela s'explique par l'incidence de la clé de dépenses qui, actuellement, détermine la quotité de ressources d'une mutualité à hauteur de 70 %. Elle fait en sorte que le mécanisme de responsabilisation ne conduise pas uniquement à la responsabilisation individuelle des mutualités, mais aussi à une responsabilisation collective. Le mécanisme est détaillé à l'annexe 3. Il part de la formule de calcul de la quotité de ressources de chaque mutualité : $[(70 \% \times \text{clé de dépenses}) + (30 \% \times \text{clé normative})] \times \text{objectif budgétaire adapté}$. Si les dépenses d'une mutualité augmentent alors que celles des autres restent inchangées, l'application de la clé de dépenses fait en sorte que la quotité de ressources de cette mutualité augmente et que les quotités des autres diminuent. À l'inverse, une diminution des dépenses d'une mutualité, toutes autres choses restant constantes, lui vaut une quotité de ressources inférieure, tandis que les autres mutualités reçoivent une quotité supérieure. Si la clé de dépenses était utilisée à 100 %, les bonis et malis qui en découleraient équivaleraient au poids des dépenses d'une mutualité. En d'autres termes, toutes les mutualités présenteraient un boni et un mali proportionnels à leur quotité de ressources. Le graphique 1 explicite ce principe en calculant les bonis et malis 2006 à 2015 uniquement à partir de la clé de dépenses. Les différences par rapport à la répartition actuelle (clé de dépenses 70 % + clé normative 30 %) résultent donc de la clé normative.

Graphique 1 – Calcul du boni et du mali reposant uniquement sur la clé de dépenses



Source : Cour des comptes

Du fait de l'application de la clé de dépenses, les efforts entrepris par une mutualité pour gérer les prestations sont en partie répercutés (actuellement à hauteur de 70 %) sur les autres mutualités. De cette manière, les mutualités sont donc aussi responsabilisées de façon collective. En revanche, lorsqu'une mutualité voit ses dépenses augmenter ou diminuer, l'incidence sur ses bonis ou malis individuels s'en trouve limitée. Ce mécanisme pourrait avoir comme effet de ne pas inciter à la maîtrise des dépenses individuelles.

Dans son analyse (voir annexe 3), la Cour a du reste également observé un effet pervers au niveau du mécanisme de responsabilisation. La limitation des malis à 2 % de la quotité de ressources a pour effet que, dans certaines situations, un dépassement de l'objectif budgétaire de plus de 2 % entraîne, pour l'ensemble des mutualités, un mali total inférieur au mali en cas de dépassement inférieur à 2 %. Des dépenses supérieures pourraient donc générer des malis inférieurs, ce qui est contraire à l'objectif du mécanisme. La Cour a vérifié cette hypothèse pour 2004 (dépassement du budget de 3,1 %). La réduction des dépenses des mutualités pour amener le dépassement de l'objectif budgétaire global sous les 2 % génère effectivement des malis plus élevés. Un tel effet pervers n'est toutefois pas constaté si seule la clé de dépenses est utilisée pour le calcul de la quotité budgétaire.

Les fluctuations au fil des ans dans les diverses mutualités résultent d'une combinaison de facteurs comme une modification des dépenses, l'objectif budgétaire adapté et la variation des clés normative et de dépenses. L'exemple suivant illustre cette combinaison :

Le boni de l'UNMS passe de 0,4 million d'euros en 2012 à 15,6 millions d'euros en 2013 sur la base de la responsabilité financière provisoire. Les dépenses comptabilisées pour

cette mutualité ont augmenté de 2,9 % en 2013 contre 2,5 % pour l'ensemble des mutualités. La hausse des dépenses de cette mutualité étant plus importante que pour les autres mutualités en moyenne, la clé de dépenses augmente (passant de 29,2464 % à 29,3542 %). En outre, une clé normative plus élevée (adaptée à l'évolution du nombre d'affiliés) a été appliquée en 2013 (29,4035 % au lieu de 29,3649 %). L'augmentation de ces deux clés, appliquée à l'objectif budgétaire adapté qui a été rehaussé de 3,5 % par rapport à 2012, relève également la quotité de ressources de 3,8 %, soit près d'un pourcent de plus que l'augmentation des dépenses. Transposé aux montants importants gérés par les mutualités, ce phénomène a des répercussions non négligeables sur le montant calculé des bonis et malis.

La complexité du système amène parfois les mutualités à demander des précisions à la commission d'accompagnement de l'Inami à propos des facteurs qui expliquent ces différences et fluctuations. Il peut en résulter des adaptations, surtout au niveau de la constitution de la clé normative.

5.3.2 Disparités dans les méthodes de calcul

Des divergences globales ou au niveau des mutualités peuvent survenir entre les différents moments du calcul de la responsabilité financière.

5.3.2.1 Divergences globales

Décompte annuel des dépenses versus responsabilité financière provisoire

Il peut y avoir des divergences entre, d'une part, le décompte annuel des dépenses du mois d'avril de l'année X+1 et, d'autre part, la responsabilité financière provisoire calculée dans le cadre de la clôture des comptes de l'Inami. Elles sont plutôt mineures et se marquent surtout au niveau des adaptations de l'objectif budgétaire. Ainsi, en 2013, lors du calcul de la responsabilité financière provisoire, une déduction de 63,3 millions d'euros a été appliquée pour les montants réservés. Pour le calcul de la responsabilité financière provisoire de 2014 à 2016, les montants suivants seront encore respectivement déduits : 139,1 millions d'euros, 120,2 millions d'euros et 141,1 millions d'euros. Ces opérations ont une incidence négative de 2013 à 2016, respectivement de 15,8 millions d'euros, 34,8 millions d'euros, 30 millions d'euros et 35,3 millions d'euros sur le boni et le mali que les mutualités pensent recevoir entre le moment du décompte des dépenses et l'attribution des bonis et malis sur la base de la responsabilité financière provisoire.

Responsabilité financière provisoire versus définitive

Les différences entre la responsabilité financière provisoire et la responsabilité financière définitive tiennent, à l'évidence, à la nature des dépenses et de l'objectif budgétaire sur lesquels elles reposent. Si le calcul de la responsabilité financière provisoire se base sur la différence entre l'objectif budgétaire adapté et les dépenses comptabilisées, celui de la responsabilité financière définitive se fonde sur la différence entre l'objectif budgétaire adapté presté et les dépenses prestées.

Le tableau 11 reprend les différences pour les années 2006 à 2011. Celles de 2006 à 2008 résultent du décompte établi par l'Inami. Pour 2009 à 2011, la Cour a réalisé une estimation de la responsabilité financière définitive et des différences en se basant sur les chiffres de l'Inami concernant les dépenses prestées.

Tableau 11 – Différences entre la responsabilité financière provisoire et définitive (estimation pour 2009 à 2011, en millions d'euros)

Année	Différence objectif budgétaire presté-adapté (a)	Différence dépenses prestées-comptabilisées (b)	Différence (c = b - a)	Bonis/malis (d = c * 25%)
2006	166,9 ^(*)	258,0	-91,1	-22,8
2007	95,4	45,9	49,6	12,4
2008	124,4	271,2	-146,8	-36,7
2009	226,2	187,4	38,8	9,7
2010	187,7	140,0	47,7	11,9
2011	223,5	139,7	83,8	21,0

^(*) Pour un montant de 80,4 millions d'euros, la différence était due à une provision de stabilité qui a été déduite à deux reprises de l'objectif budgétaire adapté dans le cadre de la responsabilité financière provisoire, ainsi qu'à une déduction impropre de 4,1 millions d'euros relative aux dépenses afférentes à un accord social.

Source : Inami et Cour des comptes

Étant donné que le calcul de l'objectif budgétaire presté repose sur des données antérieures (la moyenne, pour les trois derniers exercices connus, du quotient entre les dépenses prestées et les dépenses comptabilisées des trois années précédentes), on peut partir du principe, à supposer que les dépenses en matière de santé augmentent chaque année, que le boni sera plus faible ou le mali plus important lors du calcul de la responsabilité financière définitive par rapport à la responsabilité financière provisoire.

C'est, par exemple, le cas en 2006 et en 2008. En d'autres termes, l'augmentation de l'objectif budgétaire entre la responsabilité financière provisoire et la responsabilité financière définitive est inférieure à celle des dépenses entre les deux moments de calcul. En 2007, par contre (et probablement aussi en 2009, 2010 et 2011), l'augmentation de l'objectif budgétaire est supérieure à celle des dépenses. Ce phénomène s'explique par des différences plus importantes entre les dépenses prestées et les dépenses comptabilisées dans les années précédentes, ce qui influe sur le coefficient de calcul de l'objectif budgétaire presté. Une différence positive importante sur une année se répercute sur l'augmentation de l'objectif budgétaire presté sur les trois années qui suivent.

Les différences globales et leur incidence sur le boni ou sur le mali sont de taille. Ces différences ainsi que le caractère tardif du calcul de la responsabilité financière définitive (voir point 5.2.4) mettent en question l'utilité du mécanisme de responsabilisation.

5.3.2.2 Différences par mutualité

Outre les différences globales précitées, il faut aussi tenir compte des différences entre les calculs par mutualité, qui découlent de l'adaptation de la clé de dépenses et de la clé normative. Le tableau 12 présente les différences par mutualité pour les calculs effectués en 2008. Un relevé des années 2006 à 2013 figure à l'annexe 4.

Tableau 12 – Décompte des dépenses et responsabilité financière provisoire et définitive par mutualité pour 2008 (en millions d'euros)

2008	ANMC	UNMN	UNMS	UNMLib	UNML	Caami	SNCB	Total
Décompte annuel des dépenses (A)	30,8	2,2	25,8	5,9	3,2	1,4	1,4	70,5
Responsabilité financière provisoire (B)	32,9	2,1	23,2	6,6	2,3	1,7	1,7	70,5
<i>Différence (C = B - A)</i>	<i>2,1</i>	<i>-0,1</i>	<i>-2,6</i>	<i>0,7</i>	<i>-0,8</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>-0,02</i>
Responsabilité financière définitive (D)	19,8	1,8	8,6	1,5	2,7	0,4	-0,9	33,8
<i>Différence (E = D - B)</i>	<i>-13,1</i>	<i>-0,3</i>	<i>-14,6</i>	<i>-5,1</i>	<i>0,4</i>	<i>-1,3</i>	<i>-2,7</i>	<i>-36,7</i>

Source : Cour des comptes

Les différences entre le décompte annuel (provisoire) des dépenses et la responsabilité financière provisoire sont principalement dues à l'adaptation de la clé normative entre les deux moments de calcul. La Cour fait remarquer que des corrections importantes ont été apportées surtout en 2012 et en 2013 (voir annexe 4). Elles découlaient de l'application d'une clé normative de 2008 adaptée au nombre actualisé d'affiliés des mutualités (voir aussi point 5.2.4).

Les différences entre la responsabilité financière provisoire et la responsabilité financière définitive découlent, elles, d'une combinaison des différences ci-dessus liées à l'objectif budgétaire pour la détermination de la quotité de ressources (objectif budgétaire adapté versus presté) et des dépenses prises en considération (dépenses comptabilisées versus prestées) s'accompagnant d'une clé normative et d'une clé de dépenses modifiées (adaptées à la suite de la modification du niveau des dépenses par mutualité).

Les différences entre les décomptes annuels, la responsabilité financière provisoire et la responsabilité financière définitive, tant au niveau des montants que des moments du calcul, génèrent de nouveaux problèmes. Un boni ou un mali calculé lors du décompte annuel d'avril peut ainsi différer du boni ou mali calculé à la clôture des comptes (responsabilité financière provisoire). De nouvelles différences apparaissent ensuite lors du calcul de la responsabilité financière définitive. Il en découle une grande incertitude quant au montant définitif, ce qui n'encourage guère la prise de mesures correctrices. En outre, le rythme de détermination de la responsabilité financière définitive est très irrégulier : en raison du retard dans la fixation de la clé normative, il arrive que les décomptes provisoires ou définitifs ne soient pas établis au cours de certains exercices (par exemple, en 2014 et 2015), alors qu'ils le sont pendant d'autres (par exemple en 2012), ou que plusieurs décomptes soient établis la même année (ce cas ne s'est pas encore présenté). Une telle situation peut entraîner à son tour des fluctuations importantes du niveau du fonds de réserve.

5.4 Gestion des bonis et des malis

5.4.1 Contenu et ampleur du fonds spécial de réserve

Les bonis sont affectés au fonds spécial de réserve de l'assurance maladie obligatoire⁷⁴, qui est subdivisé en deux parties distinctes :

- les versements des titulaires (*fonds des cotisations*) ou les versements provenant des moyens propres des mutualités ;
- les bonis cumulés ainsi que 80 % des intérêts générés par cette partie du fonds (*fonds des bonis*)⁷⁵.

Une mutualité en boni affecte ce boni à son fonds de réserve des bonis. Celle qui est en mali apure ce mali en prélevant d'abord le montant concerné sur le fonds des bonis et, ensuite, sur le fonds des cotisations si le premier ne suffit pas. Les différences sont imputées au fonds lors du prochain décompte.

Après prélèvement des déficits éventuels, la somme des deux fonds doit s'élever à au moins 4,46 euros par titulaire affilié⁷⁶. L'Office de contrôle des mutualités veille à ce que ce minimum soit assuré. En cas de déficit, la mutualité doit établir un plan de réalimentation pour restaurer le montant minimum du fonds. La réglementation ne prévoit pas de montant maximum, de sorte que les mutualités sont libres de fixer le montant de leur cotisation annuelle, quel que soit l'état réel des réserves.

Le tableau 13 présente le montant minimum de ces réserves fin 2015 compte tenu du nombre de titulaires affiliés à cette époque.

Tableau 13 – Montant minimum du fonds spécial de réserve

Mutualité	ANMC	UNMN	UNMS	UNMLib	UNML	Caami	SNCB	Total
Nombre de titulaires affiliés fin 2015 (statistiques Inami)	3.207.164	352.168	2.082.842	410.569	1.392.793	64.129	75.712	7.585.377
Montant minimum du fonds de réserve de 4,46 euros par titulaire affilié (en millions d'euros)	14,3	1,6	9,3	1,8	6,2	0,3	0,3	33,8

Source : Inami et Cour des comptes

La Cour des comptes observe que, mis à part une augmentation temporaire en 2004, le montant minimum est resté inchangé en dépit de la hausse des dépenses⁷⁷. La réserve

⁷⁴ Article 199 de la loi sur l'assurance maladie.

⁷⁵ Le montant des intérêts du fonds est quasi inexistant, puisque les bonis sont affectés au financement des dépenses de soins de santé.

⁷⁶ Article 199, § 3, de la loi sur l'assurance maladie.

⁷⁷ Le montant de 4,46 euros a été instauré à partir du 1^{er} janvier 1997. Pour 1995 et 1996, chaque mutualité était tenue de prélever 2,23 euros par affilié et par an. En 2004, il a été décidé, eu égard aux prévisions de malis, de relever

minimale de 4,46 euros par titulaire ne permettrait pas de couvrir, par exemple, le mali maximum de 2015 (voir tableau 14). Une réserve minimale allant jusqu'à 15 euros par titulaire serait nécessaire dans ce cas⁷⁸. En outre, il faut aussi tenir compte des bonis et malis qui viendront s'ajouter à la suite du décompte définitif des années précédentes. Ainsi, les comptes 2012 comportent, outre un mali total de 6,1 millions d'euros pour la responsabilité financière provisoire 2012, un montant négatif de 36,7 millions d'euros imputé sur la base de la responsabilité financière définitive 2008. Les bonis sont en effet moins élevés (à l'exception de l'UNML) que ceux déterminés au moment de la responsabilité financière provisoire (voir aussi tableau 12).

Tableau 14 – Aperçu de la situation du fonds spécial de réserve de l'assurance obligatoire (en millions d'euros)

Mutualité	ANMC	UNMN	UNMS	UNMLib	UNML	Caami	SNCB	Total
Situation fonds de réserve 2013 – partie bonis	285,0	32,4	187,1	42,1	64,7	14,6	9,5	635,5
Situation fonds de réserve 2013 – partie cotisations des affiliés	40,5	3,4	14,3	1,9	9,1	1,1	0,4	70,8
Total fonds de réserve assurance obligatoire 2013	325,5	35,9	201,4	44,0	73,9	15,7	9,9	706,3
Bonis/malis décompte provisoire des dépenses 2014	32,3	-1,2	13,8	8,7	-3,1	1,7	5,8	57,9
Bonis/malis décompte provisoire des dépenses 2015	-11,4	-7,3	-33,8	1,6	-26,1	-0,9	4,8	-73,2
Situation estimée fonds de réserve assurance obligatoire 2015	346,5	27,3	181,5	54,2	44,7	16,5	20,5	691,1
Estimation du caractère utilisable de la réserve								
Solde final du fonds de réserve moins la réserve minimale	332,2	25,7	172,2	52,4	38,5	16,2	20,1	657,2
Mali maximum 2 % sur la quotité de ressources 2015 (décompte provisoire avec déduction des montants réservés)	49,4	4,9	34,2	6,9	17,9	0,7	1,6	115,6
Nombre d'années durant lesquelles ce mali peut être compensé	6,7	5,2	5	7,6	2,2	21,7	12,3	5,7

Source : Inami et Cour des comptes

Fin 2013, le fonds spécial de réserve s'élevait au total et pour l'ensemble des mutualités à 706,3 millions d'euros, soit un montant largement supérieur au minimum requis de 33,8 millions d'euros. Ce chiffre s'explique essentiellement par les bonis cumulés, qui s'élevaient à 635,5 millions d'euros, intérêts compris. Le fonds des cotisations (70,8 millions d'euros) était également supérieur au minimum requis, en raison des cotisations

temporairement le montant du fonds spécial de réserve à 14,00 euros par affilié. À la lumière des prévisions positives pour les exercices 2005 et 2006, il a été décidé de ramener le montant minimum à 4,46 euros par affilié.

⁷⁸ Pour couvrir le mali maximum de 2015 (115,6 millions d'euros divisés par 7.585.377 titulaires).

complémentaires demandées par les mutualités à leurs affiliés pour compenser les futurs malis éventuels.

En ajoutant les bonis et malis 2014 et 2015 calculés sur la base du décompte provisoire des dépenses, le fonds de réserve s'élève à 691,1 millions d'euros fin 2015. Compte tenu du minimum requis et en considérant un mali maximum de 2 % sur la quotité de ressources propres pour 2015⁷⁹, une estimation a été réalisée pour chaque mutualité du nombre d'années de malis qui peuvent être compensées par le fonds spécial de réserve sans devoir solliciter des cotisations complémentaires auprès des affiliés. Dans ce cadre, il y a évidemment lieu de tenir compte des différents décomptes définitifs qui sont encore attendus et qui influenceront encore ces soldes.

De façon générale, il est possible d'avoir des dépassements maximaux de la quote-part budgétaire propre sans répercussions négatives sur la cotisation des affiliés pendant un nombre d'années relativement élevé. Cela n'encourage guère les mutualités à prendre activement des mesures pour limiter de tels dépassements.

La Cour observe que les mutualités ont affecté une partie des cotisations de leurs affiliés dans le cadre de l'assurance obligatoire à un fonds spécial de réserve relevant de l'assurance complémentaire. Cette réserve supplémentaire vise à couvrir les éventuels déficits du fonds spécial de réserve de l'assurance obligatoire dus à l'imputation de malis sans réclamer de cotisations supplémentaires aux affiliés. Le tableau 15 montre l'ampleur de ces réserves pour les cinq unions nationales. La SNCB dispose aussi d'une réserve complémentaire de ce type. Ces réserves contiennent parfois assez pour pouvoir apurer les malis pendant quelques années supplémentaires.

Tableau 15 – Situation du fonds spécial de réserve de l'assurance complémentaire (en millions d'euros)

Mutualité	ANMC	UNMN	UNMS	UNMLib	UNML
Montant	17,4	7,3	65,6	9,9	52,9
Nombre d'années durant lesquelles un mali (2 %) peut être compensé	0,4	1,5	1,9	1,4	3,0

Source : rapports annuels des mutualités et de l'OCM

Les dispositions légales prévoient un fonds uniquement dans le cadre de l'assurance obligatoire. L'existence d'un fonds à la fois dans l'assurance obligatoire et dans l'assurance complémentaire restreint la transparence quant aux réserves disponibles.

5.4.2 Gestion comptable et financière des bonis et malis

Lors de la clôture des comptes en matière de soins de santé, l'Inami attribue 25 % des bonis et malis de l'année aux mutualités. L'Inami inscrit en créances ou en dettes dans les comptes courants des mutualités la différence entre les avances versées et les dépenses

⁷⁹ Il convient d'ajouter qu'avant la réforme de l'État, l'objectif budgétaire global était plus élevé. Les mutualités disposent donc d'une plus grande réserve depuis la réforme de l'État.

comptabilisées. Le montant de ces bonis ou malis est ensuite versé aux mutualités ou récupéré auprès de celles-ci. Les mutualités reçoivent donc bien 25 % du boni. Le volume des liquidités qu'elles peuvent détenir étant limité, elles reversent à l'Inami le surplus dont elles n'ont pas besoin pour payer des prestations. Ces bonis se retrouvent, au même titre que les autres excédents de liquidités, dans la réserve d'attente (voir point 3.4.3 également).

L'Inami comptabilise cette réserve comme dette envers les mutualités. Dans ses écritures, l'Institut ne distingue pas la part des excédents liée au boni cumulé des mutualités des autres excédents. Les mutualités, en revanche, inscrivent le boni cumulé au titre de réserve dans leur bilan, et la créance sur l'Inami dans leur compte courant. Il est dès lors impossible d'établir une concordance parfaite entre, d'une part, l'ensemble du boni tel que repris dans les réserves du compte consolidé des mutualités et, d'autre part, le compte et la comptabilité de l'Inami.

Les besoins de financement de l'Inami diminuent donc en raison des excédents de liquidités dont l'Institut dispose et qui comprennent aussi le boni cumulé des mutualités. Il sollicite de ce fait moins de moyens auprès des Gestions globales. L'Inami ne comptabilise aucune créance pour le boni cumulé (qui s'élève, au 31 décembre 2015, à 620,3 millions d'euros) vis-à-vis des Gestions globales.

La comptabilité n'est donc pas transparente au niveau de la dette cumulée envers les mutualités et de la créance sur les Gestions globales.

Les mutualités ne disposent pas librement des réserves, mais peuvent imputer tout mali éventuel sur le montant qu'elles ont encore en créance sur l'Inami. Ce dernier devra dès lors demander plus de moyens en provenance des Gestions globales. Les bonis cumulés amènent donc à reporter dans le temps les dépenses à financer par les Gestions globales.

5.5 Conclusions

L'analyse du processus et des résultats de la responsabilisation financière des mutualités met en exergue les limites et les faiblesses du mécanisme actuel.

Bien qu'elles siègent dans la commission d'accompagnement, les mutualités indiquent qu'elles ne maîtrisent pas toujours de manière égale le modèle économétrique utilisé pour calculer la clé normative. Certaines s'interrogent sur les causes ayant abouti au boni/mali issu du calcul de la responsabilité financière.

La pertinence du processus de détermination de la responsabilité financière n'est pas avérée. D'une part, les dépenses prestées d'un exercice ne sont connues qu'après deux ans. D'autre part, la quotité de ressources attribuée à chaque mutualité varie à chaque étape du processus, de la répartition du budget adapté initial au calcul de la responsabilité définitive. De ce fait, les mutualités ne connaissent finalement leurs quotités de ressources pour une année que plusieurs années après le paiement des prestations. La variation des quotités de ressources et des bonis/malis attribués au cours des étapes du processus incite peu les mutualités à prendre des mesures de gestion des dépenses.

Alors que la clé normative et la responsabilité financière définitive des mutualités peuvent être, en théorie, déterminées deux ans et demi après la fin de l'exercice, le délai de calcul est bien plus long dans la pratique, en raison de la complexité du processus et des capacités

limitées au sein de l'Inami. L'Inami a proposé en 2015 un calendrier ambitieux pour combler le retard. Il apparaît que ce calendrier n'est pas respecté. Dans sa réponse, l'Inami s'engage à terminer le calcul des clés normatives de 2009 à 2014 avant la fin 2017.

Les délais et le modèle économétrique appliqué ont parfois généré des différences inexplicables entre mutualités et des variations annuelles inattendues pour une même mutualité. Des solutions sont mises en œuvre lorsque la cause des problèmes est connue. Ainsi, l'évolution des effectifs entre l'année de calcul et l'année sur laquelle porte la responsabilité financière est prise en compte.

À l'origine, la clé normative a été introduite afin d'éviter une sélection des risques par les mutualités qui auraient été tentées d'exclure de leurs affiliés les profils les plus coûteux en soins de santé. Cette motivation se justifie en cas de répartition des ressources entre les mutualités sur la base du nombre d'affiliés ou des cotisations des affiliés. Elle est toutefois moins pertinente en cas de répartition des ressources en fonction des dépenses, dans la mesure où la mutualité qui a la plus grande quotité de dépenses se verra également attribuer une plus grande quotité de ressources.

Bien que l'objectif visé par la réglementation soit une responsabilisation individuelle des mutualités, le mécanisme en place induit une responsabilisation collective. Le niveau du boni ou mali d'une mutualité dépend en effet du montant des dépenses de prestations des autres mutualités. Ainsi, une réduction des dépenses effectuées par une mutualité, par rapport à un niveau de dépenses inchangé dans les autres mutualités, conduit automatiquement à une diminution de sa clé de répartition de dépenses et à une augmentation de la clé de dépenses des autres mutualités et, par là, influence le niveau des bonis ou malis de chacune. Cet effet peut potentiellement inciter les mutuelles à ne pas rechercher une gestion individuelle des dépenses efficace.

Les malis sont limités à 2 % de l'objectif budgétaire adapté. Cette limitation révèle également un effet pervers du mécanisme de responsabilisation financière. En effet, dans certaines situations, un dépassement de plus de 2 % de l'objectif budgétaire adapté conduit à un mali supporté par les mutualités moindre que dans le cas où cette limite ne serait pas dépassée. Par ailleurs, aucune limite n'a été fixée pour les bonis. Cette absence de limitation a permis aux mutualités de se voir attribuer des bonis conséquents.

Dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, le législateur a prévu de constituer un fonds spécial de réserve au sein des mutualités composé, d'une part, des bonis issus de la responsabilisation financière et, d'autre part, des cotisations des affiliés. L'application du mécanisme de responsabilisation financière a conduit depuis 2005 à constituer des réserves importantes. Le montant élevé de ces fonds spéciaux de réserve incite peu à éviter les dépassements budgétaires.

Les bonis du fonds de réserve ne sont cependant pas des moyens financiers à la disposition des mutualités, mais des droits de créance pour financer d'éventuels malis futurs. Les états financiers de l'Inami ne rendent pas clairement compte des montants auxquels les mutualités pourraient faire appel en cas de mali.

Les mutualités ont également affecté des cotisations d'affiliés à un fonds constitué au sein de l'assurance complémentaire soins de santé, bien que cela ne soit pas prévu. La réglementation prévoit en effet la constitution de tels fonds uniquement dans le cadre de

l'assurance obligatoire. L'existence de ce fonds au sein de l'assurance complémentaire restreint la transparence quant aux réserves disponibles pour couvrir les malis futurs.

CHAPITRE 6

Conclusions

Dans sa résolution du 22 octobre 2015, la Chambre des représentants a demandé à la Cour des comptes de réaliser un audit de la responsabilité financière des mutualités. Elle a demandé plus particulièrement à la Cour d'examiner si « *la méthode et les variables appliquées à l'heure actuelle sont encore pertinentes* » et « *s'il s'agit d'un bon point de départ pour la répartition entre les unions nationales et pour la responsabilisation* » des mutualités.

La Cour des comptes a examiné dans quelle mesure le mécanisme actuel responsabilise dans son ensemble les mutualités au plan de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Elle ne se prononce toutefois pas sur les choix politiques sous-jacents (par exemple, les paramètres de la clé de répartition normative).

Au terme de son examen, la Cour estime qu'il ne peut pas être démontré que la responsabilité financière des mutualités constitue un instrument efficace pour maîtriser l'évolution des dépenses de l'assurance maladie. Elle se fonde sur les constats suivants.

Les mutualités ne peuvent influencer l'évolution des dépenses que de manière limitée. Plus d'un tiers de l'objectif budgétaire global échappe en effet à la concertation collective qu'elles ont avec les prestataires de soins, alors que cette concertation constitue justement un instrument collectif important pour maîtriser les dépenses. En outre, les mutualités ne disposent pas des instruments nécessaires pour piloter réellement l'évolution des dépenses. Enfin, il manque aussi un cadre financier et budgétaire directeur qui permettrait de prendre des initiatives conduisant à une maîtrise structurelle des dépenses à plus long terme.

Comme un lien entre les activités des mutualités et le résultat qui en découle (boni ou mali) ne peut pas être clairement établi, les bonis, qui s'élèvent à 635,5 millions d'euros au 31 décembre 2013 sur la base du résultat de la responsabilité financière provisoire, doivent davantage être imputés à des facteurs sur lesquels elles n'ont elles-mêmes aucune prise (comme la création d'une marge budgétaire au sein de l'objectif budgétaire global en raison de l'application du mécanisme d'indexation jusqu'en 2015) qu'à leurs activités de maîtrise des dépenses.

La Cour des comptes constate également que l'effet incitatif du mécanisme est affecté par le délai de calcul des bonis ou malis définitifs, dont la longueur est liée à l'obligation d'appuyer les calculs sur les dépenses prestées. En outre, les procédures complexes pour fixer la clé de répartition normative engendrent un retard supplémentaire dans le calcul des bonis et malis et de la quotité de ressources pour laquelle les mutualités sont responsabilisées. Par ailleurs, compte tenu de la charge de travail nécessaire pour fixer la clé de répartition normative, la Cour ne peut pas conclure que les coûts de la gestion du système se justifient par rapport à ce qu'il rapporte.

Les bonis des mutualités ont aussi des conséquences sur la gestion de la trésorerie. Comme ils sont compris dans les excédents de liquidités, ils ont un effet limitatif potentiel sur les besoins de trésorerie de l'Inami. Les mutualités détiennent donc une créance sur l'Inami et les Gestions globales. Si elles présentent un mali à l'avenir, elles l'apureront en premier lieu

au moyen des bonis constitués. Dans ce cas, les Gestions globales devront mettre à disposition les moyens financiers nécessaires pour l'apurer. Ni la créance des mutualités sur l'Inami ni celle de l'Inami sur les Gestions globales n'apparaissent en tant que telles dans le bilan de l'Inami (où les bonis figurent dans le compte courant entre l'Inami et les mutualités).

Le pacte d'avenir avec les organismes assureurs du 28 novembre 2016 propose de remplacer le système actuel de responsabilité financière individuelle par une responsabilité financière collective. L'opportunité d'un tel système relève d'un choix politique au sujet duquel la Cour des comptes ne se prononce pas. Elle souligne néanmoins que le système actuel comporte déjà plusieurs caractéristiques d'une responsabilisation collective, principalement en raison du fait que la quotité de ressources d'une mutualité est liée à l'évolution des dépenses totales.

La Cour des comptes estime qu'un système de responsabilisation, tant individuelle que collective, ne peut s'avérer un instrument efficace et efficient pour maîtriser les dépenses que si un certain nombre de conditions sont remplies :

- L'objectif est défini clairement au préalable.
- Un cadre budgétaire pluriannuel est élaboré pour maîtriser les dépenses.
- Les mutualités disposent des instruments nécessaires pour influencer individuellement et/ou collectivement l'évolution des dépenses.
- Un système d'incitants et de sanctions les encourage à contribuer effectivement à la réalisation de l'objectif visé.

Il faut donc mettre un terme aux effets pervers du modèle actuel, comme les bonis et réserves illimités et les délais élevés. Il faudrait également examiner si l'efficacité du système pourrait être améliorée en simplifiant la clé de répartition normative, voire en la supprimant en cas de responsabilisation collective.

Une condition supplémentaire au bon fonctionnement du système est que les mutualités puissent véritablement influencer l'évolution des dépenses d'un secteur. Ce n'est pas toujours le cas. Ainsi, elles n'ont guère d'influence directe sur les dépenses du secteur des médicaments. Dans les secteurs dans lesquels elles participent à la maîtrise de l'évolution des dépenses, il ne faut pas perdre de vue le rôle des autres parties (par exemple, les prestataires de soins) dans la maîtrise de ces dépenses.

D'autres systèmes de responsabilisation ne seraient-ils pas plus adaptés pour maîtriser les dépenses de soins de santé ? Par analogie avec le pacte d'avenir conclu en 2015 avec le secteur des médicaments, il pourrait être examiné si des engagements similaires pourraient être conclus à long terme avec d'autres secteurs. Dans ce cadre, tous les acteurs concernés (mutualités, prestataires de soins, gouvernement, partenaires sociaux) seraient responsabilisés de manière équilibrée en fonction d'objectifs à réaliser spécifiques au secteur.

S'il est décidé d'abandonner le système actuel de responsabilité financière ou d'introduire une responsabilisation financière collective, il faudra déterminer comment utiliser les réserves existantes provenant des bonis et des cotisations des affiliés.

CHAPITRE 7

Réponse de la ministre

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a répondu au projet de rapport de la Cour par lettre du 13 juin 2017⁸⁰.

La ministre énonce tout d'abord quelques orientations budgétaires de manière succincte, observant spécifiquement que les mutualités sont aussi impliquées de diverses manières dans les dépenses de médicaments, le prix de la journée d'hospitalisation, les accords sociaux et certains secteurs médicaux plus restreints. Les mutualités ne participent certes pas à la confection de ces différents budgets partiels (voir le point 4.2.2).

Elle indique ensuite que les effets pervers du mécanisme de responsabilisation qui sont cités feront l'objet d'une attention particulière de sa part. Sa cellule stratégique analysera les manquements constatés plus en détail en attendant leur discussion au Parlement.

La ministre aborde enfin les points de vue avancés par l'Inami dans sa lettre du 7 juin 2017. L'Inami y nuance ou explique certains constats et relève que le mécanisme de financement constitue aussi un instrument qui doit permettre d'éviter que les mutualités opèrent une sélection en fonction des risques. La ministre estime que l'instrument vise en premier lieu à responsabiliser financièrement les mutualités dans l'évolution des dépenses. Il présente dès lors un intérêt à long terme. La ministre se rallie ainsi au point de départ de la Cour des comptes, à savoir évaluer un système de bonis et malis conçu pour encourager les mutualités à faire évoluer les dépenses qu'elles consacrent à l'assurance maladie obligatoire dans les limites de la marge de croissance fixée par la loi (voir également les chapitres 1, 2 et 3).

⁸⁰ La lettre de la ministre est reprise à l'annexe 5.

ANNEXE 1

Évolution du modèle économétrique

Un modèle, élaboré à l'aide d'experts universitaires, permet à la mutualité de tenir compte de la présence parmi ses affiliés de certains profils moins avantageux (c'est-à-dire des affiliés qui risquent de coûter plus cher en soins de santé). Leur prise en compte dans la répartition des ressources permet en principe d'éviter que les mutualités sélectionnent leurs affiliés en fonction de leur profil de risque.

Les dépenses normatives sont les dépenses attendues qui découlent de l'application du modèle aux données pour une année considérée.

La clé de répartition normative correspond à la part (en %) des dépenses normatives pour chaque mutualité dans l'ensemble des dépenses normatives toutes mutualités confondues. Elle intervient pour 30 % dans le calcul de la responsabilisation financière des mutualités.

Les méthodes de fixation de la clé normative ont fortement évolué depuis l'introduction du système. Elles ont pour objectif de tenir compte de paramètres contemporains ayant une influence sur les dépenses de santé, des paramètres qui étaient censés expliquer les besoins en soins de santé des affiliés.

De 1995 à 2001

De 1995 à 2001, la clé normative était établie séparément pour le régime des travailleurs salariés et pour celui des travailleurs indépendants. L'objectif budgétaire annuel global était alors ventilé en objectifs partiels par régime et, dans chaque régime, par état social avec, au besoin, une distinction selon le droit à l'intervention majorée ou non⁸¹. Les états sociaux pris en compte devaient expliquer les besoins en soins de santé des affiliés. Il s'agissait, pour le régime des travailleurs salariés des titulaires indemnisables primaires, des pensionnés, des invalides et des handicapés, des veufs, veuves et orphelins et des personnes non protégées. Les états sociaux du régime des travailleurs indépendants étaient les titulaires indemnisables primaires, les invalides et les handicapés, les pensionnés, les veufs, veuves et orphelins et les membres des communautés religieuses. La clé de répartition normative pour un régime correspondait à la quote-part en pour cent des dépenses normatives totalisées par la mutualité pour tous les objectifs partiels du régime dans le total des dépenses normatives pour l'ensemble des mutualités.

De 2002 à 2007

De 2002 à 2007, la clé normative était également établie séparément pour les travailleurs salariés et pour les indépendants⁸². Les dépenses étaient ventilées en différents groupes.

⁸¹ Arrêté royal du 10 juin 1996 fixant la clé de répartition normative en vue de la ventilation de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs pour les années 1995, 1996 et 1997 ; arrêté royal du 22 janvier 1998 fixant la clé de répartition normative en vue de la ventilation de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs à partir de l'année 1998.

⁸² Arrêté royal du 17 février 2005 fixant la clé de répartition normative en vue de la ventilation de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs à partir de l'année 2002.

Plusieurs paramètres visant à prendre en compte les besoins en soins de santé des affiliés ont été ajoutés : le diagnostic de l'invalidité, le droit au forfait « malades chroniques » (destiné à absorber les frais élevés qui ne sont pas strictement médicaux) ainsi que les bénéficiaires du maximum à facturer⁸³. Les paramètres de calcul des dépenses normatives étaient constitués de 295 variables : 124 pour les travailleurs salariés et 171 pour les travailleurs indépendants.

Les dépenses annuelles du régime des travailleurs salariés étaient ventilées par le conseil général de l'Inami⁸⁴ en deux groupes :

- les dépenses annuelles pour les médicaments ambulatoires (55 variables) ;
- les dépenses annuelles pour les autres prestations (69 variables).

Les dépenses annuelles pour le régime des travailleurs indépendants étaient ventilées entre :

- les dépenses annuelles pour les médicaments ambulatoires destinés aux travailleurs indépendants handicapés et invalides avec intervention pour les petits risques (50 variables) ;
- les dépenses annuelles pour les autres prestations destinées aux travailleurs indépendants handicapés et invalides avec intervention pour les petits risques (65 variables) ;
- les dépenses annuelles pour les travailleurs indépendants sans intervention pour les petits risques (56 variables).

De 2008 à 2014

Les paramètres de calcul applicables lors de l'audit (décembre 2016-février 2017) sont ceux prévus par l'arrêté royal du 4 mai 2012⁸⁵. Ces critères se basent sur un modèle établi en 2008 à partir de données individuelles. Ce modèle est appliqué aux années 2008 à 2014.

Les paramètres de calcul des dépenses normatives sont constitués de 152 variables.

Outre les variables :

- démographiques : fonction de groupes d'âge et du sexe ;
- socio-économiques : isolement, bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, du revenu garanti ou d'une aide du CPAS, groupes sociaux (veuves et orphelins) et groupes bénéficiaires de l'intervention majorée ;
- environnementales : niveau d'urbanisation ;
- mortalité ;
- et incapacité primaire ;

⁸³ Le maximum à facturer (MAF) est un mécanisme dans lequel tous les tickets modérateurs sont remboursés aux membres ayant atteint un certain seuil de ticket modérateur dans l'année.

⁸⁴ Le conseil général détermine notamment les orientations de politique générale en matière de soins de santé. Il approuve l'objectif budgétaire global des prestations de santé, ainsi que les objectifs annuels partiels, veille à l'équilibre financier de l'assurance maladie, prend, si nécessaire, des mesures de correction budgétaire, et arrête les comptes de l'assurance maladie.

⁸⁵ Arrêté royal du 4 mai 2012 fixant la méthode de calcul de la clé de répartition normative et les caractéristiques des paramètres en vue de l'application de la responsabilisation financière définitive des organismes assureurs pour les années 2008 et suivantes.

le modèle prend désormais en considération des variables de morbidité indirecte, telles que le droit :

- à l'allocation pour personnes handicapées ;
- aux allocations familiales majorées pour personnes handicapées ;
- à certains forfaits infirmiers ;
- à l'intervention pour prestations de kinésithérapie pour pathologie lourde ;
- à l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne ;
- à l'allocation d'intégration ;
- etc.

Une sélection de groupes d'affections et de diagnostics fait également partie des variables retenues pour calculer la clé de répartition normative.

Par contre, le modèle ne comprend toujours pas de variables liées à l'offre de prestations.

Un coefficient est associé à chacune des variables. Il représente le coût (en euros par an) lié à une caractéristique spécifique. Les coefficients peuvent être additionnés pour donner le coût annuel pour l'assurance maladie d'une personne qui présente ces caractéristiques.

L'arrêté royal du 4 mai 2012 a prévu un régime transitoire pour 2008 et 2009, années pour lesquelles les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé sont répartis en travailleurs salariés et indépendants. Cette distinction n'est plus opérée à partir du calcul de la clé normative 2010.

À partir de 2015

Pour les années 2015 et suivantes, une nouvelle clé doit être mise au point afin de tenir compte de la sixième réforme de l'État. Ainsi, en décembre 2016, le conseil général de l'Inami a transmis à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique une proposition de modèle de clé normative à appliquer à partir de la responsabilisation financière définitive de 2015⁸⁶. Ce modèle est basé sur les données individuelles de 2012 et contient également des propositions d'affinement et d'amélioration qui doivent encore être approfondies.

⁸⁶ Inami, « Responsabilité financière des organismes assureurs. Modèle tenant compte de la 6^e réforme de l'État et proposition du conseil général, à transmettre à la ministre avant la fin d'année », note au conseil général, 6 décembre 2016, CGSS 2016/102.

ANNEXE 2

Impact de l'adaptation aux effectifs 2015 de la clé normative 2008 sur la répartition des quotités de ressources entre les mutualités

Tableau 16 – Répartition normative pour les travailleurs salariés

Mutualité	Pourcentage du 1/5/2016 au 31/7/2016	Montant 1/5/2016 (en millions d'euros)	Pourcentage du 1/8/2016 au 31/10/2016	Montant 1/8/2016 (en millions d'euros)	Différence (en millions d'euros)
ANMC	42,7189	2.699,8	41,7940	2.641,4	-58,4
UNMN	3,9854	251,9	4,4307	280	28,1
UNMS	30,4783	1.926,2	30,7165	1.941,3	15,1
UNMLib	6,0506	382,4	5,6380	356,3	-26,1
UNML	14,3428	906,5	15,1775	959,2	52,7
Caami	0,6566	41,5	0,7074	44,7	3,2
SNCB	1,7675	111,7	1,5358	97,1	-14,6
Total		6.320		6.320	0

Source : données Inami

Tableau 17 – Répartition normative pour les travailleurs indépendants

Mutualité	Pourcentage du 1/5/2016 au 31/7/2016	Montant 1/5/2016 (en millions d'euros)	Pourcentage du 1/8/2016 au 31/10/2016	Montant 1/8/2016 (en millions d'euros)	Différence (en millions d'euros)
ANMC	52,2898	326,8	49,4702	309,1	-17,5
UNMN	5,2083	32,5	5,4671	34,2	1,7
UNMS	13,6931	85,6	14,9236	93,3	7,7
UNMLib	7,6773	48	7,0737	44,2	-3,8
UNML	20,8623	130,3	22,6611	141,6	11,3
Caami	0,2692	1,7	0,4042	2,5	0,8
SNCB	x		x		
Total		624,9		624,9	0

Source : données Inami

ANNEXE 3

Responsabilité partagée

Bien que le calcul de la responsabilité financière donne lieu à l'attribution de bonis et malis individuels à chaque mutualité, le montant de ces bonis ou malis est déterminé en grande partie par le résultat des autres mutualités⁸⁷.

L'exemple du tableau 18 ci-après montre comment cette imbrication de responsabilité collective et individuelle s'articule concrètement. Il part d'un objectif budgétaire adapté de 20 milliards d'euros. Les mutualités A, B et C en reçoivent une quotité de ressources de 30 % sur la base de la clé normative et de 70 % sur la base de la clé de dépenses. La quotité de ressources de chaque mutualité se calcule donc comme suit : $20.000 \times ((0,3 \times \text{clé normative}) + (0,7 \times \text{clé de dépenses}))$.

Dans l'exemple qui suit, la clé normative est constante. Divers scénarios de dépenses sont simulés pour déterminer les effets de la clé de dépenses. Les excédents ou déficits sont maintenus sciemment à un niveau élevé pour mieux faire ressortir les divergences.

Tableau 18 – Exemple de responsabilité partagée entre les mutualités (en millions d'euros)

Mutualité	A	B	C	Total
Clé normative	50 %	30 %	20 %	100 %
Clé de dépenses (estimée)	50 %	30 %	20 %	100 %
Quotité de ressources sur la base de la clé normative (30 %)	3.000,0	1.800,0	1.200,0	6.000,0
Quotité de ressources sur la base de la clé de dépenses (70 %)	7.000,0	4.200,0	2.800,0	14.000,0
Quotité de ressources totale	10.000,0	6.000,0	4.000,0	20.000,0
Scénario 1 – dépenses (19.900) < quotité de ressources totale	9.500,0	5.900,0	4.500,0	19.900,0
Excédent (-)/déficit (+)	-5,0 %	-1,7 %	12,5 %	-0,5 %
Clé de dépenses (réelle)	47,7 %	29,6 %	22,6 %	100,0 %
Quotité de ressources sur la base de la clé normative (30 %)	3.000,0	1.800,0	1.200,0	6.000,0
Quotité de ressources sur la base de la clé de dépenses (70 %)	6.683,4	4.150,8	3.165,8	14.000,0
Quotité de ressources totale	9.683,4	5.950,8	4.365,8	20.000,0
Différence quotité de ressources - dépenses	183,4	50,8	-134,2	100,0
Boni individuel (+)/mali (-) (25 % de la différence)	45,9	12,7	-33,5	25,0

⁸⁷ Voir également J. Kesenne & J. Diels, « Ziekenfondsbudgettering », *Openbare uitgaven*, 28^e édition 1996, 4, p. 180.

Mutualité	A	B	C	Total
Scénario 2 – dépenses (20.250)				
> quotité de ressources totale	9.500,0	6.250,0	4.500,0	20.250,0
Excédent (-)/déficit (+)	-5,0 %	4,2 %	12,5 %	1,3 %
Clé de dépenses (réelle)	46,9 %	30,9 %	22,2 %	100,0 %
Quotité de ressources sur la base de la clé normative (30 %)	3.000,0	1.800,0	1.200,0	6.000,0
Quotité de ressources sur la base de la clé de dépenses (70 %)	6.567,9	4.321,0	3.111,1	14.000,0
Quotité de ressources totale	9.567,9	6.121,0	4.311,1	20.000,0
Différence quotité de ressources - dépenses	67,9	-129,0	-188,9	-250,0
Boni individuel (+)/mali (-) (25 % de la différence)	17,0	-32,3	-47,2	-62,5
Scénario 3 – dépenses +2 % (20.500)				
> quotité de ressources totale	9.500,0	6.250,0	4.750,0	20.500,0
Excédent (-)/déficit (+)	-5,0 %	4,2 %	18,8 %	2,5 %
Clé de dépenses (réelle)	46,3 %	30,5 %	23,2 %	100,0 %
Quotité de ressources sur la base de la clé normative (30 %)	3.000,0	1.800,0	1.200,0	6.000,0
Quotité de ressources sur la base de la clé de dépenses (70 %)	6.487,8	4.268,3	3.243,9	14.000,0
Quotité de ressources totale	9.487,8	6.068,3	4.443,9	20.000,0
Différence quotité de ressources - dépenses	-12,2	-181,7	-306,1	-500,0
Boni individuel /mali (25 % de la différence)	-3,0	-45,4	-76,5	-125,0
En cas de mali : limitation à 2 % de la quotité de ressources	-189,8	-121,4	-88,9	-400,0
Boni individuel (+)/mali (-) (25 % de la différence)	-3,0	-30,3	-22,2	-55,6

Source : Cour des comptes

Le scénario 1 part d'un excédent sur la quotité de ressources des mutualités A et B et d'un déficit de la mutualité C, ce qui donne lieu à un excédent global de 100 millions d'euros, dont 25 millions à l'avantage des mutualités. A et B reçoivent un boni, tandis que C reçoit un mali. Les mutualités sont donc responsabilisées individuellement. A et B ne récupèrent cependant pas l'intégralité de leur résultat. En adaptant la clé de dépenses (la clé normative étant équivalente), leur quotité de ressources est diminuée à l'avantage de celle de C. A et B ne reçoivent que 25 % (45,9 et 12,7 millions d'euros) de la différence entre la quotité de ressources et les dépenses (183,4 et 50,8 millions d'euros). Les 75 % restants, soit respectivement 137,6 et 38,1 millions d'euros, servent à couvrir 75 % du déficit de C (100,6 millions d'euros), soit la part que C ne prend pas en charge. A et B doivent donc porter également la responsabilité des mauvaises prestations de C. Il s'agit là d'un exemple de responsabilité collective. Le solde (75 millions d'euros) concerne un résultat positif pour l'assurance maladie.

Dans le scénario 2, les dépenses de la mutualité B augmentent de 350 millions d'euros, ce qui entraîne une hausse de sa quotité de ressources de 170,2 millions d'euros (elle passe de 5.950,8 à 6.121 millions d'euros). Cette augmentation ne compense toutefois pas celle des

dépenses, si bien qu'au final, le résultat individuel de B (responsabilité individuelle) baisse de 45 millions d'euros jusqu'à obtenir un mali de 32,3 millions d'euros. L'augmentation des dépenses de B pèse aussi indirectement sur le résultat de A et de C. En effet, la part des dépenses de A et C dans les dépenses totales se trouve ainsi réduite et leur quotité de ressources diminue sur la base de la clé de dépenses, tandis que leurs dépenses restent identiques. Le boni de A diminue et le mali de C augmente. Ce cas illustre une fois encore ce qu'est la responsabilité collective.

Dans le scénario 3, les dépenses de C augmentent de 250 millions d'euros par rapport au scénario 2, d'où un déficit sur l'objectif budgétaire adapté de plus de 2 %. Le mali individuel d'une mutualité ne peut jamais dépasser 25 % de 2 % de sa quotité de ressources. Cette règle s'applique à B et à C, de sorte que leur mali est limité. Les 250 millions d'euros de dépenses supplémentaires de C font baisser son résultat (la quotité de ressources moins les dépenses) de 117,2 millions d'euros. Les ressources de C augmentent (de 4.311,1 à 4.443,9 millions d'euros), mais pas de façon à compenser la hausse des dépenses. La responsabilité collective fait baisser le résultat de A et de B, puisque leur part respective dans les dépenses totales diminue et leur occasionne une quotité de ressources inférieure. Dans ce scénario, les trois mutualités reçoivent un mali globalement inférieur par rapport au scénario 2 où le déficit était plus bas. En pareil cas, les mutualités se voient récompensées pour leur déficit, un effet pervers que l'utilisation de la clé de dépenses à 100 % ne permet pas.

ANNEXE 4

Décompte provisoire et responsabilité financière

Évolution du décompte provisoire des dépenses et de la responsabilité financière provisoire et définitive par mutualité (en millions d'euros)⁸⁸

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNMLib	UNML	Caami	SNCB	Total
2006								
Décompte annuel (provisoire) des dépenses	77,8	6,6	43,2	9,8	20,4	2,7	2,0	162,5
<i>Modification</i>	-11,2	-1,1	-2,8	-1,5	-3,3	-0,1	-0,1	-20,1
Responsabilité financière provisoire	66,6	5,5	40,3	8,3	17,1	2,6	2,0	142,4
<i>Modification</i>	-15,1	-0,4	-2,1	-1,2	-2,6	-0,7	-0,7	-22,8
Responsabilité financière définitive	51,5	5,1	38,2	7,1	14,6	1,9	1,3	119,6
2007								
Décompte annuel (provisoire) des dépenses	54,5	5,4	28,9	10,2	11,8	1,7	2,8	115,3
<i>Modification</i>	-2,0	-0,2	3,8	-1,2	0,5	0,1	-1,1	0,0
Responsabilité financière provisoire	52,6	5,2	32,8	9,0	12,3	1,8	1,7	115,3
<i>Modification</i>	5,4	1,0	-0,2	0,8	5,5	-0,5	0,3	12,4
Responsabilité financière définitive	57,9	6,2	32,6	9,8	17,9	1,3	2,0	127,7
2008								
Décompte annuel (provisoire) des dépenses	30,8	2,2	25,8	5,9	3,2	1,4	1,4	70,5
<i>Modification</i>	2,1	-0,1	-2,6	0,7	-0,8	0,3	0,4	-0,02
Responsabilité financière provisoire	32,9	2,1	23,2	6,6	2,3	1,7	1,7	70,5
<i>Modification</i>	-13,1	-0,3	-14,6	-5,1	0,4	-1,3	-2,7	-36,7
Responsabilité financière définitive	19,8	1,8	8,6	1,5	2,7	0,4	-0,9	33,8

⁸⁸ Pour les années 2009 à 2011, la Cour des comptes n'a pas réalisé d'estimation de la responsabilité financière définitive par mutualité, étant donné qu'elle ne disposait pas d'une clé normative adaptée.

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNMLib	UNML	Caami	SNCB	Total
2009								
Décompte annuel (provisoire) des dépenses	48,6	2,8	21,6	9,4	3,8	2,1	2,3	90,5
<i>Modification</i>	-7,6	-0,4	10,4	-1,8	-0,9	-0,1	0,4	0,0
Responsabilité financière provisoire	41,0	2,5	32,0	7,6	2,8	1,9	2,7	90,5
2010								
Décompte annuel (provisoire) des dépenses	76,4	5,4	37,4	13,6	10,2	2,4	3,9	149,3
<i>Modification</i>	-7,9	0,5	5,1	-2,3	4,6	-0,3	0,3	0,0
Responsabilité financière provisoire	68,5	5,9	42,5	11,3	14,8	2,1	4,2	149,3
2011								
Décompte annuel (provisoire) des dépenses	27,0	0,7	6,0	6,2	-6,9	1,6	2,3	36,8
<i>Modification</i>	-5,5	0,3	2,2	-1,5	3,7	0,1	0,8	0,0
Responsabilité financière provisoire	21,6	1,0	8,2	4,7	-3,2	1,6	3,0	36,8
2012								
Décompte annuel (provisoire) des dépenses	2,2	-1,5	-3,7	2,5	-9,7	1,4	2,8	-6,1
<i>Modification</i>	-9,1	4,4	4,1	-5,2	11,2	-0,8	-4,7	0,0
Responsabilité financière provisoire	-6,9	2,9	0,4	-2,7	1,5	0,6	-1,9	-6,1
2013								
Décompte annuel (provisoire) des dépenses	35,1	0,6	15,3	8,6	0,4	1,3	4,7	65,9
<i>Modification</i>	-19,6	5,0	0,3	-7,6	12,1	-0,5	-5,5	-15,8
Responsabilité financière provisoire	15,5	5,5	15,6	1,0	12,6	0,8	-0,8	50,1

Source : Cour des comptes

ANNEXE 5

Lettre de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

(traduction)

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
MAGGIE DE BLOCK

M. Philippe Roland,
Premier Président
de la Cour des comptes
Rue de la Régence 2
1000 Bruxelles

Votre référence

A3-3.713.240 B4

Notre référence

MDB/2017/BW/HN/548.015

Annexes

Dossier traité par

Hans Nagels

Contact via

+32 (0) 2 528 69 00

Date

Bruxelles, le 13 juin 2017

Monsieur le Premier Président,

Je vous remercie pour votre lettre et votre projet de rapport d'audit relatif à la responsabilisation des mutualités dans les dépenses de l'assurance maladie. J'ai lu le projet avec grande attention. L'Inami a également analysé le texte et vous a transmis ses commentaires dans un courrier distinct, dont j'ai reçu copie. Je formule encore quelques remarques à ce sujet dans la présente lettre.

Voici les compléments que je souhaiterais apporter :

- Point 3.2.1, alinéa 3 : Je tiens à souligner que le gouvernement préconise une grande accessibilité à des soins de santé de qualité, même dans un environnement budgétaire limité. Les rapports européens le confirment.
- Point 3.2.1, alinéa 4 : La maîtrise des dépenses est un objectif à considérer comme un processus continu. Dans ce cadre, la planification pluriannuelle est indépendante du niveau de dépenses annuel estimé qui sert de base aux budgets annuels. Il convient toujours d'appliquer le principe du « bon père de famille ».
- Point 4.1 : Ce point traite de la manière dont les organismes assureurs peuvent influencer les dépenses à l'aide d'instruments et d'initiatives propres. Ce principe semble quelque peu contredit à la page 52, alinéa 4.
- Point 4.2.2, alinéa 3 : Le rapport précise que les organismes assureurs ne sont pas associés à l'élaboration ni à l'exécution du budget relatif aux médicaments, à la journée d'hospitalisation et aux dépenses à effectuer dans le cadre d'accords sociaux

ou de certains secteurs médicaux plus restreints. Je tiens à attirer l'attention sur le fait qu'en ce qui concerne les médicaments, les organismes assureurs sont représentés au sein de la commission de remboursement des médicaments (CRM) et de la commission qui s'occupe des contrats article 81. Concernant la journée d'hospitalisation, les organismes assureurs font partie de la commission d'accords pour les établissements de soins et les organismes assureurs et du conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH, ancien CNEH). Pour ce qui est des dépenses dans le cadre des accords sociaux, les organismes assureurs n'y participent certes pas directement, mais ces versements sont en grande partie effectués en dehors du circuit de paiement des organismes assureurs. Quant aux secteurs médicaux plus restreints, il existe pour chaque secteur au sein de la structure de concertation de l'Inami soit une commission d'accords soit un groupe de travail compétent au sein duquel les organismes assureurs siègent. Chaque secteur participe ainsi au suivi de ses objectifs budgétaires partiels.

- Point 4.4, alinéa 2 : Je prends acte de la conclusion selon laquelle les organismes assureurs ne parviennent pas, en l'absence d'une politique d'encadrement, à organiser conjointement des contrôles essentiels de l'octroi des prestations. À cet égard, je renvoie aussi à l'axe 3 du Pacte d'avenir avec les organismes assureurs.
- Point 5.3.1.2 : Les effets pervers invoqués dans le mécanisme de responsabilisation ont retenu toute mon attention et feront l'objet d'une analyse plus poussée par ma cellule stratégique.

Par ailleurs, je souhaite préciser ce qui suit au sujet de la réponse de l'Inami au projet de rapport.

L'Inami invoque à plusieurs reprises l'argument de la sélection des risques dans le cadre de la responsabilisation. Or, la responsabilisation financière n'est pas un instrument pour contrer la sélection des risques, mais bien pour responsabiliser sur le plan financier.

Si le gouvernement « se trompe » dans l'élaboration du budget, les organismes assureurs en assument aussi une part de responsabilité. Ils siègent au conseil général de l'Inami, qui est investi des missions suivantes :

Art. 16. (16) § 1^{er}. Le conseil général :

1° détermine les orientations de politique générale et fixe l'objectif budgétaire annuel global et soumet, après avis du comité de l'assurance, [à l'approbation du ministre, les budgets globaux des moyens financiers visés à l'article 69, § 4 et 5] ; <L 2002-08-22/39, art. 8, 071 ; Ed : 10-09-2002>

2° veille à l'équilibre financier de l'assurance soins de santé, notamment sur la base des rapports trimestriels de la commission de contrôle budgétaire, tels que prévus à l'article 18 ;

Ces dispositions nuancent l'affirmation selon laquelle les organismes assureurs ne seraient pas responsables lorsque les dépenses dépassent les estimations.

L'Inami déclare qu'un cadre financier à long terme ne fait pas partie de la responsabilisation financière. Je renvoie au complément ci-dessus au sujet du point 3.2.1, alinéa 4, du projet de rapport.

Il sera examiné si le délai de trois ans entre l'année budgétaire et la clôture n'a pas d'incidence sur la situation financière des organismes assureurs.

Lorsque le rapport d'audit définitif aura été publié, je suivrai avec grande attention les débats à ce sujet au Parlement. Les constatations et recommandations du rapport et les conclusions des débats parlementaires seront relayées aux organismes assureurs et à l'Inami.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'assurance de ma plus haute considération.

Maggie De Block

Il existe aussi une version néerlandaise de ce rapport.
Er bestaat ook een Nederlandse versie van dit verslag.

DÉPÔT LÉGAL
D/2017/1128/26

ADRESSE
Cour des comptes
Rue de la Régence 2
B-1000 Bruxelles

TÉL.
+32 2 551 81 11

FAX
+32 2 551 86 22

www.courdescomptes.be