

Samenvatting

De voorbije jaren ging veel aandacht uit naar de toename van de uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen onder druk van de vergrijzing en de stijgende kostprijs van nieuwe behandelingswijzen. Beslissend blijft uiteindelijk wel het uitgavenpeil dat jaarlijks wordt toegestaan in de begroting. De wetgever legde daarvoor vanaf 1994 een groeimarge op: de uitgaven mochten voortaan jaarlijks maximaal toenemen met een groeionorm van 1,5%, verhoogd met de verwachte inflatie. Daarnaast werden ook procedures ingesteld om te kunnen ingrijpen zodra de werkelijke uitgaven de begroting dreigen te overschrijden.

Sinds 1999 is de groeimarge echter meermaals verruimd, zowel door de groeionorm te verhogen tot 2,5% (en tot 4,5% vanaf 2005) als door grote bedragen aan "uitzonderlijke" uitgaven bovenop de groeionorm te aanvaarden. Zonder die ingrepen hadden de jaarlijkse uitgaven nu ongeveer 3 miljard euro lager moeten liggen (wat echter geen oordeel inhoudt over het feit of het huidige uitgavenpeil al dan niet wenselijk of nodig is). Bovendien volstonden de ingrepen niet om te beletten dat verschillende sectoren de hun toegewezen begroting substantieel overschreden, in totaal voor 2,28 miljard euro tijdens de periode 1999-2004 (te nuanceren met 1,07 miljard euro onderschrijdingen).

Het Rekenhof besloot daarom te onderzoeken in welke mate in deze periode de voorwaarden waren vervuld om de uitgaven via de begroting doelmatig te kunnen beheersen.

Het onderzoek gebeurde op drie niveaus: de instrumenten voor de uitgavenbeheersing, de rol van de actoren en de gebruikte gegevens om de uitgaven te ramen en op te volgen. De bevindingen werden daarna getoetst aan de wijzigingen die gelden vanaf de opmaak en opvolging van de begroting 2006 en die op 17 september 2005 zijn doorgevoerd krachtens een machtiging aan de regering om in plaats van de wetgever maatregelen te nemen om de uitgaven onder controle te krijgen.

- Allereerst is vastgesteld dat met het verruimen van de groeimarge nog steeds een zekere vorm van uitgavenbeheersing werd gerealiseerd, maar dan vooral in de vorm van het beperken van nieuwe initiatieven. Fundamenteel heeft de steeds hogere marge er echter toe geleid dat de begroting de uitgaventrend veeleer heeft gevolgd dan aangestuurd. Het effect van een groeimarge op de uitgavenbeheersing wordt immers steeds sterker naarmate dit instrument langer in de tijd onveranderd gehandhaafd blijft. Door de kort opeenvolgende aanpassingen bleef dat effect achterwege.

Een gelijkaardige bevinding geldt voor de procedures om overschrijdingen van de begroting te voorkomen en te beperken. Het bestaan van de procedures had mogelijk een preventief effect, maar er werd nagenoeg nooit effectief ingegrepen. Daartoe ontbraken de noodzakelijke voorwaarden, zoals een tijdige en regelmatige evaluatie van de uitgavenevolutive en afspraken over de concreet toe te passen maatregelen (bv. op vlak van tarieven of volumes) als risico's op een budgetoverschrijding zouden worden vastgesteld.

De beslissing om bij de verzekeringsinstellingen ("ziekenfondsen") en bij de farmaceutische industrie een deel van de overschrijding van de begroting terug te vorderen, had op de uitgavenevolutive in financieel opzicht slechts een relatief beperkte weerslag.

- Vervolgens bleken de structuren de doelstelling niet te kunnen waarmaken om alle actoren – zorgverleners, verzekeringsinstellingen, sociale partners en regering – in onderling overleg hun verantwoordelijkheid voor de uitgavengroei te doen opnemen. De actoren konden in die structuren geen eensgezindheid bereiken over de noodzakelijke keuzen zoals prioritaire behoeften, vereiste besparingen en mogelijke financieringswijzen.

Het ontbreken van duidelijke keuzen is wellicht tegelijk oorzaak en gevolg van de beslissende rol die de regering op zich nam. Daarbij blijft de inspraak in het beslissingsproces behouden, maar dan binnen een informeel en vaak bilateraal overleg met de (beleids) van de) minister van Sociale Zaken. Dat informele overleg leidt echter tot een weinig transparant begrotingsproces. Zo bestaat geen inzage in de elementen waarop de besliste maatregelen over nieuwe initiatieven en besparingen zijn geraamd, terwijl ze nochtans het sluitstuk van de begroting vormen.

Er wordt ook opgemerkt dat aan de structuren geen enkele rol is toebedeeld bij het vastleggen en het corrigeren van de belangrijke budgetten voor geneesmiddelen, de verblijfskosten in ziekenhuizen en de uitvoering van sociale akkoorden.

- Tot slot zouden de gegevens die noodzakelijk zijn voor een goed onderbouwde raming van de uitgaven en voor een actuele en correcte interpretatie van de uitgavenevolentie, verder moeten worden uitgewerkt en beter gecontroleerd. Zo werd het budgettaire effect van vooropgestelde besparingen tot 2005 niet systematisch opgevolgd. Maar vooral de tijdige aanlevering en de stabiliteit van de gegevens stelden problemen. Meermaals bleek een toename of afname van de uitgaven later niet overeen te stemmen met de realiteit maar voort te vloeien uit het feit dat het ritme was gewijzigd waartegen zorgverleners (vooral ziekenhuizen) factureren en verzekeringsinstellingen de facturen inboeken.

De wijzigingen ten gevolge van het koninklijk besluit van 17 september 2005 kunnen een antwoord bieden op talrijke vastgestelde tekortkomingen, in het bijzonder doordat de rol van de actoren opnieuw is gedefinieerd en de procedures functioneler werden gemaakt. Niettemin is het Rekenhof van oordeel dat de actoren al zelf binnen de bestaande structuren en wetgeving het initiatief hadden kunnen en moeten nemen om de uitgavenbeheersing procedureel en organisatorisch bij te sturen in de zin van de vaak evidente aanpassingen die nu met het besluit formeel moesten worden opgelegd.

Er wordt dan ook beklemtoond dat de effectiviteit van doorgevoerde wijzigingen in eerste instantie afhankelijk blijft van de wil en het initiatief van de actoren om de uitgaven te laten evolueren binnen het vooropgestelde budgettaire kader.